

Résumé

On ne dispose pas encore de connaissances suffisantes sur le système de soins ambulatoires considéré dans sa totalité, en matière d'effectif et de localisation des institutions et professionnels, de formes de collaboration et de volume d'activité. L'équipe du projet «Soins ambulatoires» du PNR 8 cherche à combler cette lacune à l'échelle des cantons de Fribourg et Vaud, en mettant l'accent sur l'augmentation récente, mais durable, des membres de toutes les professions contribuant aux soins ambulatoires. Ceux-ci représentent 42% des personnels de santé, et les médecins y sont 1/4. Cette étude fait aussi une large part aux institutions et organismes, tels les services de soins infirmiers à domicile et les policliniques des hôpitaux régionaux.

Summary

A study on the structures for the ambulatory care system using inventories of health professions: Methods and first results

In Switzerland the ambulatory care system considered as a whole, is not sufficiently known, especially as regards number and location of institutions and professionals, forms of cooperation and measures of activity. The research team «Ambulatory care» of the Swiss National Research Programme No. 8 tries to fill that gap in the cantons of Fribourg and Vaud in pointing out to the recent but lasting numeric growth in all professions contributing to ambulatory care. The latter represent 42% of all health workers, and among them the physicians are 1/4. This study attracts attention to institutions and organizations like those providing home care and outpatient departments of regional hospitals.

Note méthodologique sur la collaboration entre praticiens dans le secteur ambulatoire

F. Paccaud¹ et G. Pult²

Notre étude sur la quantification et la qualification des soins ambulatoires inclut l'évaluation des relations entre prestataires (cf. *Martin et al.*, 1980). La note ci-dessous décrit le cadre général de nos réflexions méthodologiques.

La collaboration entre prestataires couvre un domaine vaste de relations plus ou moins formalisées. A l'instar de la littérature, notre travail porte sur son aspect le plus formel (et aussi le mieux appréciable), à savoir les renvois de patients entre prestataires ou, plus généralement, les délégations de prestations opérées entre praticiens (on inclut ainsi les actes médico-techniques: laboratoire p. ex.). L'évaluation des modalités précises de ces délégations et la discussion d'autres types de relations entre prestataires sera abordé dans des publications ultérieures.

Dans la littérature traitant des problèmes, actuels ou à venir, relatifs au personnel de santé ambulatoire, la collaboration entre prestataires est un aspect encore rarement abordé. L'extension des tâches et la multiplication des compétences imposent pourtant un effort d'analyse. Ce besoin, anciennement reconnu (*White* 1961), est rendu plus urgent par l'évolution actuelle du nombre des prestataires et les questions qu'elle soulève (*Mechanic* 1978, *O'Neal* 1978, *Scheffler et al.* 1978, *Bui Dang Ha Doan* 1980).

Au demeurant, le sujet suscite plus souvent des débats d'opinions que la conduite d'études précises (pour une revue de la littérature sur les renvois entre médecins,

cf. l'article de *Paccaud et Pult* dans ce cahier). Les termes de ces débats permettent de mettre en évidence les difficultés théoriques importantes qui existent quant au concept même de collaboration.

Chez les auteurs consultés, la collaboration entre prestataires est surtout abordée en discutant un critère d'optimalité: la meilleure collaboration est celle qui optimalise l'effort thérapeutique adressé au patient. Cette optimalité dépend clairement de la conception que l'auteur adopte pour définir la qualité des soins:

- la collaboration doit être encouragée, voire maximisée, si l'on estime que la *qualification du prestataire* est la meilleure garantie de la qualité du soin; selon cette option («the right patient in the right place»), la circulation des patients entre les diverses spécialités médicales et paramédicales assure les meilleurs soins au moindre coût (cf. p.ex. *Sanazaro* 1980). Cette notion est ancienne: elle accompagne le mouvement continu de spécialisation depuis un siècle, dont elle contribue à fonder la rationalité.
- la collaboration est contrariée par l'approche (en somme inverse) qui insiste sur la *continuité des soins* comme une composante importante de la qualité (c'est l'un des critères de *Donabedian* couramment utilisés dans les travaux portant sur la qualité; pour une revue générale, cf. *Brook et al.* 1977, *Donabedian* 1978). Cette notion de continuité des soins est d'apparition plus récente mais les travaux s'y référant sont de plus en plus nombreux (cf. p.ex. *Becker et al.* 1974, *Breslau et al.* 1975, *Shortell* 1976, *Starfield et al.* 1976, *Ware et al.* 1978, *Rogers* 1980). Cet intérêt est contemporain du regain de faveur de la profession du médecin généraliste (*Geyman* 1980).

Même si chacun peut penser que la collaboration optimale doit intégrer ces deux critères (p.ex. par la création de petites unités multidisciplinaires: cf. *Simborg et al.* 1978, *Master et al.* 1980), il reste difficile de

¹ Médecin, Institut de médecine sociale et préventive (Dir. Prof. A. Delachaux), CHUV, 1011 Lausanne, et Service des statistiques sanitaires, Hallwylstrasse 15, 3000 Berne.

² Dr ès sciences économiques, Division des sciences sociales et économiques, Pierre-à-Mazel 7, 2000 Neuchâtel.

Ce travail entre dans le cadre du projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires» du PNR 8 du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Requête No. 4.356.0.79.08 – requérant responsable: Dr J. Martin).

les concilier. La littérature médicale récente fait constater que, quel que soit le type de prestataires concernés, les contradicteurs empruntent régulièrement les termes de cette polarisation entre continuité des soins et qualification du prestataire: ainsi le débat sur la création d'une spécialité gériatrique (Kane et al. 1980, Reichel et al. 1980), sur le rôle du généraliste (Saint-Yves 1980, Barley 1980) ou celui des soins à domicile (Wright et al. 1980, Greenhouse 1980) ou encore le rôle des physiothérapeutes (Wardwell 1980, Blumberg et al. 1980).

Chacune des deux argumentations peut faire valoir les conséquences délétères entraînées par l'autre position théorique poussée à l'extrême: ainsi, un respect scrupuleux de la qualification de chacun des prestataires conduit au morcellement des soins, auquel il est devenu courant d'imputer simultanément une insatisfaction du patient et une responsabilité majeure dans l'explosion des coûts sanitaires (Kropf 1980). A l'inverse, on peut arguer que la continuité des soins correspond de facto à une substitution de compétences entre différentes catégories de soignants, qui menace trivialement la qualité des soins fournis et, à terme, entraîne aussi une augmentation globale des coûts sanitaires. Il ne s'agit pas ici seulement de prestations surspécialisées mais également de prestations courantes, comme le suggèrent par exemple les travaux de Hulka (1975).

Ces arguments reposent sur des données encore fragiles. De plus, et quelles que soient les conclusions «définitives» auxquelles on parviendra à l'avenir pour caractériser le type de collaboration optimisant la qualité des soins, il est probable qu'elles ne trancheront pas, seules, le débat. La collaboration, comme d'autres prestations, est en effet l'objet de décisions quotidiennes, principalement prises par les prestataires; ces décisions ne sont pas seulement guidées par les impératifs de la rationalité médicale, mais prenant en compte d'autres paramètres, notamment ceux liés au contexte sanitaire dans lequel s'inscrit le praticien. Parmi les contraintes exercées par le système sanitaire, on citera par exemple l'augmentation globale du nombre de prestataires, l'accroissement de leur qualification en nombre et en spécificité, la modification des contraintes légales et/ou corporatives qui règlent les relations entre praticiens, le mode de paiement de leurs prestations (Robertson 1972, Dutton 1979, Porter 1980).

L'effet de ces facteurs, qui relèvent plus d'une rationalité socio-sanitaire que d'une rationalité strictement médicale, est mal connu et la prédiction d'une tendance plausible est malaisée. Ainsi l'augmentation globale du nombre de médecins laisse penser que chacun pourrait élargir son champ d'intervention, de façon à conserver un volume d'activité suffisant: la collaboration entre eux et avec d'autres prestataires (hospitaliers et paramédicaux) pourrait ainsi diminuer. Toutefois, tous les travaux disponibles, se rapportant à des situations contemporaines ou passées, suggèrent plutôt des arguments contraires, à savoir que la

concentration de médecins favorise et augmente les relations entre eux à cause des demandes induites par les praticiens, en particulier des demandes de prestations spécialisées.

Il est probable que la collaboration soit particulièrement sensible à ces contraintes conjoncturelles du système sanitaire. En effet, chaque praticien possède un champ d'intervention potentiellement large et peu défini dans les faits, sinon par les règles de déontologie ou les prescriptions légales ou conventionnelles. C'est particulièrement vrai pour les médecins dont l'universalité du diplôme fait d'eux des omnipraticiens en puissance: un changement de leur activité peut s'opérer rapidement, sans nécessiter une modification de leur statut professionnel. Cela ne serait pas sans conséquence sur leurs relations entre eux, mais aussi avec les prestataires paramédicaux, dont les compétences recourent fréquemment celles des médecins (Lewis et al. 1967, Yesalis et al. 1980).

La description de la collaboration interprofessionnelle présente de nombreuses difficultés, notamment celles liées à l'enregistrement de ces prestations déléguées entre praticiens; ultérieurement, la recherche des déterminants de cette collaboration implique la prise en compte de nombreux facteurs. Cet effort nous paraît néanmoins indispensable si l'on veut donner une vision pertinente du fonctionnement du système ambulatoire et ne pas ignorer l'aspect interactif de son activité.

Bibliographie

- Barley, S. L., General practitioner as first contact. *Lancet* ii, 1980: 697.
- Becker, M. H., et al. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. *Am. J. pub. health*, 64, 1974: 1062-1070.
- Blumberg, L., et al. The future of chiropractice. *N. Eng. J. med.*, 303, 1980: 399.
- Breslau, N., et al. Continuity of care in a University-based practice. *J. med. educ.*, 50, 1975: 965.
- Brook, R. H., Quality assurance and cost control in ambulatory care. Santa Monica, Rand Corp., 1977.
- Bui Dang Ha Doan, L'activité professionnelle des médecins en 1977. *Cah. sociol. démogr. méd.*, 20 (1), 1980.
- Donabedian A., Needed research in the assessment and monitoring of the quality of medical care. *US Dep. of health, educ. & welfare*, 1978.
- Dutton, D. B., Patterns of ambulatory health care in 5 different delivery systems. *Med. care*, 17 (3), 1979: 221-243.
- Geyman, J. P., Family practice: foundations of health care. New York: Appleton, 1980.
- Greenhouse, A. H., Patients with stroke: home or hospital? *Lancet*, ii, 1980: 646.
- Hulka, B. S., Practice characteristics and quality of primary medical care: the doctor-patient relationship. *Med. care*, 13, 1975: 808.
- Kane, R., et al. The future need for geriatric manpower in the US. *New Eng. J. med.*, 302, 1980: 1327-1332.
- Kropf, R., The development of ambulatory care as a cost containment strategy. *Pres. at the Int. Conf. on systems science in health care*, July 14-17, Montreal, 1980.
- Lewis, C. E., et al. Nurse clinics and progressive ambulatory patient care. *New Eng. J. med.*, 277, 1967: 1236-1241.

- Martin, J., et al. Une vue globale du secteur ambulatoire: Sozial- und Präventivmedizin, 26, 1981.
- Master, R. J., A continuum of care for the inner city. *New Eng. J. med.*, 302 (26), 1980: 1434–1440.
- Mechanic, D., Approaches to controlling the costs of medical care: short-range and long-range alternatives. *New Eng. J. med.*, 298 (5), 1978: 249–254.
- O'Neal, E. A., A framework for ambulatory care evaluation. *J. nurs. adm.*, 8 (7), 1978: 15–20.
- Porter, A. M. W., Three threats to stands of medical practice. *Lancet*, i, 1980: 1071–1073.
- Reichel, W., et al. Is there shortage of geriatricians? *New Eng. J. med.*, 303, 1980: 887.
- Robertson, R. L., Research report: comparative medical care use under prepaid group practice and free choice plans: a case study. *Inquiry*, 9 (3), 1972: 70–76.
- Rogers, J., The concept and measurement of continuity in primary care. *Am. J. pub. health*, 70 (2), 1980: 122–127.
- Saint-Yves, I. F. M., Need general practitioner be the patients' first contact with health services? *Lancet*, ii, 1980: 578.
- Sanazaro, P. J., Quality assessment and quality assurance in medical care. *Ann. rev. pub. health*, 1, 1980: 37–68.
- Scheffler, R. M., et al. Physicians and new health practitioners: issues for the 1980s. *Inquiry*, 16 (3), 1979: 195–229.
- Shortell, S., Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med. care*, 14, 1976: 377.
- Simborg, D. W., Physicians and non-physician practitioners: the characteristics of their relationships. *Am. J. pub. health*, 68 (1), 1978: 44–48.
- Starfield, B. H., et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Med. care*, 14, 1976: 625–636.
- Wardwell, W., The future of chiropractic. *New Eng. J. med.*, 202, 1980: 688.
- Ware, J. E., et al. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health med. care serv. res.*, vol. 1, Jan/Feb. 1978.
- White, K. L., et al. The ecology of medical care. *New Eng. J. med.*, 265, 1961: 285.
- Wright, W. B., et al. Crisis procedure for stroke at home. *Lancet*, 1980, ii: 249.
- Yesalis, C. E., et al. Does chiropractic utilization substitute for less available medical services? *Am. J. pub. health*, 70, 1980: 415–417.

Zusammenfassung

Methodologische Bemerkungen zur Zusammenarbeit zwischen Praktikern in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Zusammenarbeit zwischen den Praktikern der ambulanten Versorgung (Ärzte und andere Medizinberufe) ist noch wenig untersucht. Dieser Aspekt der Gesundheitsökonomie begegnet indessen zunehmendem Interesse. Er betrifft wichtige Probleme der Organisation der Versorgung, die Entscheidungen über Qualität und Wirtschaftlichkeit zugleich anbelangen. Ein wichtiger und unausweichlicher Widerspruch folgt aus der Forderung sowohl eine qualitativ hervorragende – das heisst spezialisierte – wie eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung anzustreben.

Résumé

Note méthodologique sur la collaboration entre praticiens dans le secteur ambulatoire

La collaboration entre les praticiens ambulatoires (médecins et paramédicaux) est encore peu étudiée. Cet aspect de l'économie sanitaire suscite pourtant un intérêt croissant; il concerne en effet d'importants problèmes d'organisation du secteur ambulatoire, impliquant à la fois des choix qualitatifs et économiques. Un aspect fondamental est la contradiction relativement inévitable entre deux impératifs: la qualification spécialisée du prestataire requis d'une part, la souhaitable continuité des soins d'autre part.

Summary

A methodological note about collaboration between ambulatory practitioners

There are still few studies about the collaboration between ambulatory practitioners (physicians and paramedical services). Nevertheless, the interest seems to be growing for this aspect of health care; it involves indeed basic organisational problems as well as fundamental questions about quality of care and its economic implication. A basic problem is rooted in the inevitable contradiction of the efforts towards a highly qualified – i. e. specialised – care on the one hand and those towards continuity on the other hand.

Analyse des taux de renvoi entre médecins praticiens – une revue de la littérature

F. Paccaud¹ et G. Pulz²

I. Concepts et utilité

La figure 1 permet de visualiser les différents chemins que le patient peut parcourir dans un système médical. Nous avons regroupé les composants de ce système en quatre grandes catégories de prestataires: les généra-

listes, les spécialistes, les hôpitaux et le personnel paramédical. Dans la légende, les trois premières flèches correspondent aux trois types de traitement médical figurant dans le classement de *Feldstein* (1974): le premier est initié à la demande du patient, le deuxième est prescrit par un prestataire et exécuté par un autre («renvoi»); le dernier est prescrit et réalisé par un même prestataire, impliquant ainsi une reconvo- cation. L'ensemble des chemins pris en compte par le schéma est exhaustif, bien qu'en pratique certains d'entre eux puissent se révéler négligeables, tels que par exemple les renvois effectués par le personnel paramédical vers l'hôpital.

Dans le texte présent, nous nous bornons à traiter le

¹ Médecin, Institut de médecine sociale et préventive (Dir. Prof. A. Delachaux), CHUV, 1011 Lausanne, et Service des statistiques sanitaires, Hallwylstrasse 15, 3000 Berne.

² Dr ès sciences économiques, Division des sciences sociales et économiques, Pierre-à-Mazel 7, 2000 Neuchâtel.

Ce travail entre dans le cadre du projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires» du PNR 8 du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Requête No. 4.356.0.79.08 – requérant responsable: Dr J. Martin).