

Organisation des soins en médecine de famille

Quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2021?

Dre CHRISTINE COHIDON^a et Pr NICOLAS SENN^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 943-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.781.943

Cet article présente une sélection d'études marquantes récemment publiées et qui explorent différents aspects du fonctionnement et de l'organisation de la médecine de famille dans le monde. Cette année, trois des quatre articles portent sur le fonctionnement en équipe en soins primaires. Ils démontrent l'intérêt d'une telle pratique, aussi bien sur le bien-être des professionnels que pour l'efficacité du système de santé. Le dernier article souligne l'intérêt de l'adoption de comportements de santé dès l'âge de 50 ans pour réduire le risque de fragilité lié au grand âge.

Organization and practice in family medicine: What's new in the 2021 literature?

This is a selection of some important studies recently published and dealing with several key organization and functioning features of family medicine. This year, three of the four articles focus on teamwork in primary care. They show the value of such a practice, both for the well-being of professionals and for the efficiency of the healthcare system. The last article highlights the value of adopting healthy behaviors at age 50 to reduce the risk of frailty associated with older age.

INTRODUCTION

Comme chaque année, nous proposons une sélection d'articles en lien avec l'organisation du système de santé issus de la littérature scientifique sur la médecine de famille (MF) et parus en 2021. Ils ont été retenus pour l'intérêt de leur thématique, leur originalité ou leur qualité méthodologique. Cependant, cette année, nous nous accordons deux dérogations: nous nous écartons un peu de l'organisation du système de santé en proposant un article, par ailleurs de 2020, sur l'hygiène de vie et la promotion de la santé autour de 50 ans. Il s'inscrit néanmoins complètement dans le thème de ce numéro sur le selfcare. Ses conclusions peuvent s'appliquer aussi bien pour le selfcare des patients que pour celui des médecins! Les autres articles sont centrés sur le travail en équipe, avec différentes nuances, que ce soit en termes de composition et de fonctionnement, ou d'impact sur les professionnels, les patients et le système de santé.

^aDépartement de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1004 Lausanne
christine.cohidon@unisant.ch | nicolas.senn@unisant.ch

FAVORISER UNE BONNE HYGIÈNE DE VIE À 50 ANS!¹

Avec l'allongement de la durée de vie, la fragilité, définie par la vulnérabilité aux facteurs d'agression et le déclin fonctionnel, est devenue l'un des problèmes majeurs de notre époque. La fragilité expose l'individu à un risque accru de multiples atteintes de sa santé, que ce soit au travers de troubles cognitifs, de fractures, de handicaps, d'hospitalisation et de décès.

Si le mode de vie délétère est clairement reconnu comme un facteur de risque de maladies chroniques et de mortalité, son rôle dans la survenue de la fragilité est nettement moins clair. Par ailleurs, la plupart des études menées sur ce sujet portent sur des patients d'âge déjà avancé (au moins au-dessus de 60 ans) et sur un suivi relativement court.

Cette étude a été menée dans la prestigieuse cohorte du Whitehall II. Elle repose sur la participation de 6357 fonctionnaires britanniques suivis en moyenne pendant 20 ans. L'objectif est ici d'étudier le rôle des comportements sains à l'âge de 50 ans sur la survenue ultérieure d'une fragilité.

Le comportement sain a été caractérisé par les éléments suivants: absence de tabagisme, consommation d'alcool modérée (1 à 14 unités par semaine), activité physique modérée (jusqu'à 2 h 30 par semaine) ou intense (plus de 2 h 30 par semaine), consommation de fruits et légumes au moins 2 fois par jour. La fragilité a été définie par la présence d'au moins trois critères parmi les suivants: lenteur à la marche, faible force musculaire, perte de poids, épuisement et activité physique limitée.

Les résultats montrent clairement une association entre un comportement sain à 50 ans et une réduction du risque de fragilité 20 ans plus tard. Considérant les quatre facteurs indépendamment, la réduction du risque de fragilité s'étend de 24% pour la consommation de fruits et légumes à 44% pour l'absence de tabagisme (respectivement 27% pour la consommation modérée d'alcool et 34% pour l'activité physique modérée à intense).

Deux autres aspects sont particulièrement intéressants:

- On observe un bénéfice cumulé, c'est-à-dire que le risque diminue avec le nombre de comportements adoptés. Ainsi le risque de fragilité est jusqu'à 72% plus faible lorsque les quatre comportements sont adoptés (**figure 1**).
- L'adoption de comportements sains après 50 ans (changement de mode de vie) montre aussi une diminution du risque de fragilité (**tableau 1**).

TABLEAU 1 Associations entre le changement de mode de vie et le risque de fragilité

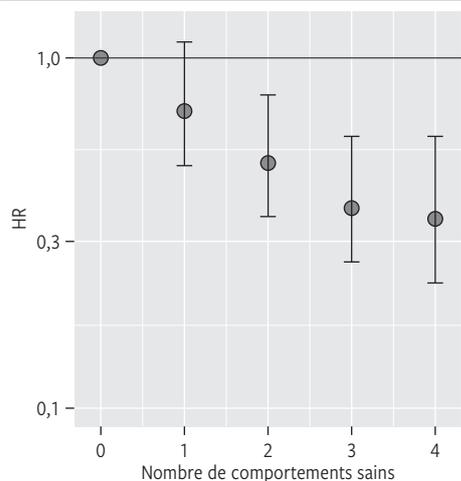
Données issues de la cohorte de fonctionnaires britanniques de la cohorte Whitehall II.
Modèle 3: ajusté sur sexe, ethnicité, statut marital, niveau d'éducation, profession, nombre de comorbidités et mesure intermédiaire des comportements.
HR: Hazard Ratio.

Nombre de comportements sains		N fragiles/N total	Fragiles (%)	Modèle 3	
En 1985 Âge moyen = 44,4 ans	En 1997 Âge moyen = 54,8 ans			HR (IC 95%)	p
0-1	0-1	66/422	15,64	1 (valeur de référence)	-
0-1	2	51/555	9,19	0,64 (0,44-0,94)	0,02
0-1	3-4	38/426	8,92	0,57 (0,38-0,87)	0,009
2	0-1	25/248	10,08	0,69 (0,43-1,10)	0,12
2	2	84/999	8,41	0,57 (0,41-0,81)	0,001
2	3-4	79/1329	5,94	0,37 (0,26-0,53)	< 0,001
3-4	0-1	7/72	9,72	0,56 (0,25-1,27)	0,17
3-4	2	29/545	5,32	0,41 (0,26-0,65)	< 0,001
3-4	3-4	85/1839	4,62	0,29 (0,21-0,42)	< 0,001

(Adapté de réf. 1)

FIG 1 Risque de fragilité et nombre de comportements sains à 50 ans

HR: Hazard Ratio.



Ces résultats, obtenus à travers une analyse rigoureuse menée dans une cohorte internationalement reconnue pour avoir fait avancer l'épidémiologie sociale et professionnelle, sont extrêmement intéressants en termes de répercussions pratiques. Non seulement ils devraient inciter les médecins de famille à faire continuellement de la prévention auprès de leur patientèle et ce à tout âge, mais aussi les pouvoirs publics à proposer des campagnes de prévention de diffusion large dans les médias, facilitant l'« empowerment » et le « selfcare » de la population. En conclusion, on pourrait dire que le déclin fonctionnel se prévient à 50 ans alors qu'il ne peut que « s'accompagner » à 80 !

^aDans les cliniciens sont inclus les médecins, les infirmiers-ères de cabinet et les « physician assistants ».

^bLes PA sont des professionnels de santé de niveau master formés dans un cursus médical.

RENFORCER LE RÔLE DES ASSISTANTES MÉDICALES!²

Les modèles de soins primaires sont en continuelle évolution depuis une vingtaine d'années à la poursuite, en particulier aux États-Unis, du « quadruple aim », proposé comme objectif ultime de tout système de santé (amélioration de la santé des populations et de l'expérience des patients, maintien des coûts et bien-être des professionnels).³ Dans ce contexte, le travail en équipe s'est considérablement développé comme solution potentielle au burnout des professionnels. Le modèle « Patient-Centered Medical Home » est aujourd'hui couramment adopté.⁴ Récemment, les transformations de ce modèle initial ont concerné le rôle des assistantes médicales (AM) comme soutien des cliniciens dans les aspects administratifs et de coordination des soins avec la volonté d'un ratio d'au moins 1 clinicien^a pour 1 AM. Le modèle présenté dans cette étude est celui de Stanford Primary Care 2.0, lancé en 2016. Il repose sur trois composantes:

- la prise en charge des patients par un duo de cliniciens (médecin + infirmier-ère ou « physician assistant » (PA)^b), soutenu par des AM avec un ratio de 2 AM par duo.
- Un élargissement des activités des AM incluant non seulement des activités administratives, mais aussi des prises en charge populationnelles et individuelles pour les patients chroniques.
- Une inclusion d'autres professionnel-le-s au sein même de la structure de soins primaires, tel-le-s que pharmacien-ne, diététicien-ne, coach de santé et physiothérapeute.

En plus de ces éléments structurels, le modèle prévoit différents éléments organisationnels permettant de meilleurs fonctionnement en équipe (réunions dédiées) et coordination des soins.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'apport de ce modèle sur le développement du fonctionnement en équipe ainsi que sur le bien-être des professionnels (burnout, contrôle sur le travail, accomplissement et sens du travail) sur une période de 24 mois après l'implantation (évaluation avant-après et comparaison avec des structures témoins fonctionnant sur un modèle plus classique de ratio 1/1).

L'évaluation montre les résultats suivants:

- une amélioration du fonctionnement en équipe qui se maintient dans le temps en comparaison aux structures témoins (**figure 2**).
- Globalement peu ou pas de différence en comparaison aux structures témoins quant au bien-être des professionnels. Pour ce qui est du burnout, une tendance à la diminution est observée en début d'intervention jusqu'à 15 mois (**figure 3**), mais celle-ci disparaît peu avant la fin de l'évaluation. Les auteurs attribuent cette cassure à des coupes budgétaires ayant justement fait diminuer le ratio AM/cliniciens. En revanche, au sein de la structure mettant en application le nouveau modèle, le développement d'équipe est associé à une augmentation du bien-être.
- À noter que l'évaluation ne montre pas de modification d'indicateurs de coût, de qualité des soins et de satisfaction des patients.

Cette étude, de grande rigueur méthodologique, contribue à justifier le développement d'équipes et en particulier le soutien en ce sens que peuvent apporter les AM. Elle renforce également les résultats déjà observés dans plusieurs recherches sur le travail en équipe et l'amélioration du bien-être des professionnels. Les auteurs attirent enfin l'attention sur les difficultés auxquelles peuvent se heurter ces modèles qui renforcent le rôle des AM, à savoir la résistance au changement des cliniciens et surtout l'absence de financement pour des services non facturables!

PRENDRE SOIN DE SOI EN TRAVAILLANT AVEC LES AUTRES⁵

La demande grandissante de prise en charge de patients chroniques multimorbides combinée à la pénurie de professionnels dans certains pays sont à l'origine d'une importante pression sur les soins primaires. Comme conséquence, des «épidémies de burnout» sont décrites chez ces professionnels dans de nombreux pays. Comme montré dans le précédent article, le développement de nouveaux modèles de soins basés sur le fonctionnement en équipe est aussi proposé comme une possible réponse à ce problème. Dans ce domaine, et au-delà du «simple et global» travail en équipe, le «comanagement» du patient semble être une solution prometteuse. Le comanagement (ou dyade interdisciplinaire) se définit comme le partage de responsabilités dans la gestion des tâches à mener pour un même patient. Au moins deux professionnels de disciplines différentes réalisent leurs activités de manière autonome mais contribuent ensemble à la prise en charge du patient dans son diagnostic et son suivi. Le modèle s'appuie sur le modèle conceptuel de comanagement de Norful.⁶ Celui-ci stipule, comme condition de réussite de cette approche, un nécessaire partage de la philosophie du soin, une communication efficace et une confiance et un respect mutuels.

L'objectif de cette étude transversale est d'explorer l'impact d'un comanagement des patients sur les professionnels en termes de burnout, de satisfaction au travail et d'intention de quitter la profession. L'étude a été menée auprès d'un échantillon

⁵Les PA sont des professionnels de santé de niveau master formés dans un cursus médical.

FIG 2 Fonctionnement en équipe dans les 2 types de structures

Développement du fonctionnement en équipe dans la structure appliquant le modèle Stanford Primary Care 2.0 en comparaison à des structures témoins. IC à 95%. La ligne pointillée indique les changements en ratio AM/clinicien de 2:1 à 1,5:1 à 16 mois postimplantation. AM: assistant médical; Pre: préimplantation.

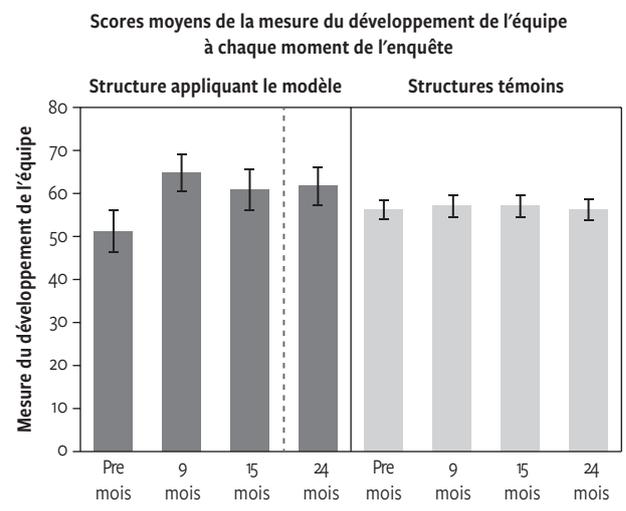
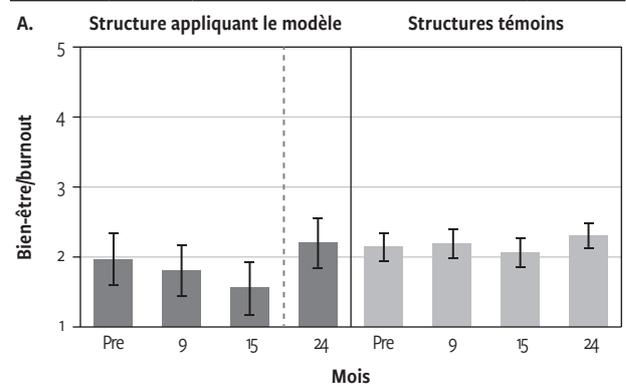


FIG 3 Évolution du score de burnout dans les 2 types de structure

Évolution du score relatif au burnout dans la structure appliquant le modèle Stanford Primary Care 2.0 en comparaison à des structures témoins. Pre: préimplantation.



de 333 professionnels de soins primaires dans l'État de New York (médecins, infirmiers-ères de cabinet et PA^c). La mesure du comanagement était faite via le Co-Management Index (PCMI) qui quantifie l'existence d'un comanagement au travers des trois sous-échelles relatives à la communication, au respect et à la confiance, et enfin à la philosophie de soin partagée.

Les résultats montrent une association entre l'augmentation de l'index de comanagement et une plus faible déclaration de burnout, d'insatisfaction et d'intention de quitter son emploi. De tels liens sont observés pour chacune des sous-échelles de l'index de comanagement (**tableau 2**).

Un des intérêts de cette étude réside dans le fait que c'est un management partagé qui est mesuré et non globalement un

TABLEAU 2

Comanagement et différents indicateurs de mal-être au travail

Le tableau indique l'association entre le comanagement et différents indicateurs de mal-être au travail des professionnels.

^aAjusté sur la profession, l'âge, la race, le genre, l'antériorité, le lieu (rural, urbain), la durée d'expérience au poste et le type d'activité.

PCMI score: Comanagement Index.

* 0,01 < p <= 0,05; ** 0,001 < p <= 0,01; *** p <= 0,001.

Résultats (n = 333)	OR ajusté (IC 95%) ^a
Total PCMI score	
Burnout autodéclaré	0,93 (0,91-0,96)***
Satisfait de son travail	1,05 (1,02-1,08)***
Intention de quitter	0,95 (0,92-0,98)**
Sous-échelle 1 – Communication efficace	
Burnout autodéclaré	0,85 (0,79-0,91)***
Satisfait de son travail	1,13 (1,05-1,21)***
Intention de quitter	0,87 (0,80-0,95)***
Sous-échelle 2 – Respect et confiance mutuels	
Burnout autodéclaré	0,81 (0,74-0,88)***
Satisfait de son travail	1,16 (1,07-1,26)***
Intention de quitter	0,82 (0,74-0,91)***
Sous-échelle 3 – Philosophie de soin partagée	
Burnout autodéclaré	0,82 (0,76-0,89)***
Satisfait de son travail	1,13 (1,06-1,22)***
Intention de quitter	0,91 (0,83-0,99)*

(Adapté de réf. 5)

fonctionnement en équipe. Par ailleurs, les trois dimensions incluses dans cette échelle permettent de préciser ce qui sous-tend ce comanagement et d'en étudier les effets directs sur les indicateurs d'effet. L'intérêt de cette étude est aussi que les infirmiers-ères et le-la PA sont également interrogé-e-s et que le lien entre les différentes dimensions du comanagement et les indicateurs de bien-être au travail existent indépendamment de la profession occupée. On peut regretter néanmoins qu'une analyse distincte par profession n'ait pas été menée.

IMPACT D'UNE PRISE EN CHARGE EN ÉQUIPE SUR LE RECOURS AUX URGENCES⁷

Les difficultés d'accès aux soins primaires ont pour effet d'augmenter le recours aux services d'urgences souvent pour les patients chroniques multimorbides. Ainsi, aux États-Unis et au Canada, qui présentent d'importants problèmes d'accès aux soins primaires, il est estimé qu'environ 40% des recours aux urgences auraient pu être pris en charge par le généraliste.

Dans un contexte de renforcement des soins primaires, deux stratégies sont souvent combinées: le développement du travail en équipe et une réforme du mode de financement. En effet, de plus en plus de pays abandonnent (ou réduisent) le

système du paiement à l'acte (fee-for-services), plus adapté aux soins aigus, au profit de modèles de financement mixtes, laissant une large part à la capitation,^d considérée comme plus adaptée à la prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques. Dans ce contexte, en Ontario, au Canada, 80% des patients sont désormais pris en charge par des généralistes rémunérés selon un financement mixte (capitation, paiement à l'acte et incitatif), de répartitions variables selon le modèle, les plus fréquents étant le Family Health Organization (capitation à 70%, paiement à l'acte 20% et incitatif 10%) et le Family Health Group (capitation à 15%, paiement à l'acte 80% et incitatif 5%).

L'objectif de cette étude est de comparer le taux de recours aux urgences dans le cadre de la réforme du modèle financier évoluant vers une part de capitation largement majoritaire (modèle Family Health Organization). Au sein de cette réforme, l'étude distingue deux populations de patients, l'une prise en charge par une équipe en soins primaires (Health Family Team (HFT)) et dont les professionnels autres que médecins sont financés par l'État, et la seconde qui ne dispose pas de ce financement spécifique pour une prise en charge en équipe. Les HFT peuvent inclure des infirmiers-ères, des assistants sociaux, des diététiciens, des pharmaciens et d'autres professionnels de santé. Des rôles précis sont confiés à chacun des professionnels en concertation au sein de l'équipe. Selon la taille de l'équipe, les professionnels travaillent au sein du cabinet médical ou pas.

Les analyses portent sur plus de 2 millions de patients. Les taux de recours aux urgences ont été calculés au minimum sur une période de 6 ans, incluant 3 années avant la réforme du financement et 3 années après.

Dans les deux populations, on observe une augmentation du recours aux urgences avec le temps. Cependant, après la mise en place de la réforme, le recours aux urgences a augmenté globalement deux fois moins vite chez les patients suivis par une équipe en soins primaires que dans l'autre population de patients. Ces résultats sont constants, que ce soit en ville ou à la campagne (figure 4).

Cette étude, qui s'intéresse à d'autres aspects que les deux études précédentes, renforce aussi la conviction quant au nécessaire fonctionnement en équipe en soins primaires. Cependant, le développement d'équipes en soins primaires est aussi conditionné à la possibilité de son financement. Dans cette étude, l'État l'a financé. Dans un système comme celui de la Suisse, c'est aussi pour l'instant l'une des seules possibilités. L'évolution des modèles de soins doit donc nécessairement s'accompagner de celle de modèles de financement si l'on veut que des expériences pilotes positives se transforment en pratiques pérennes.

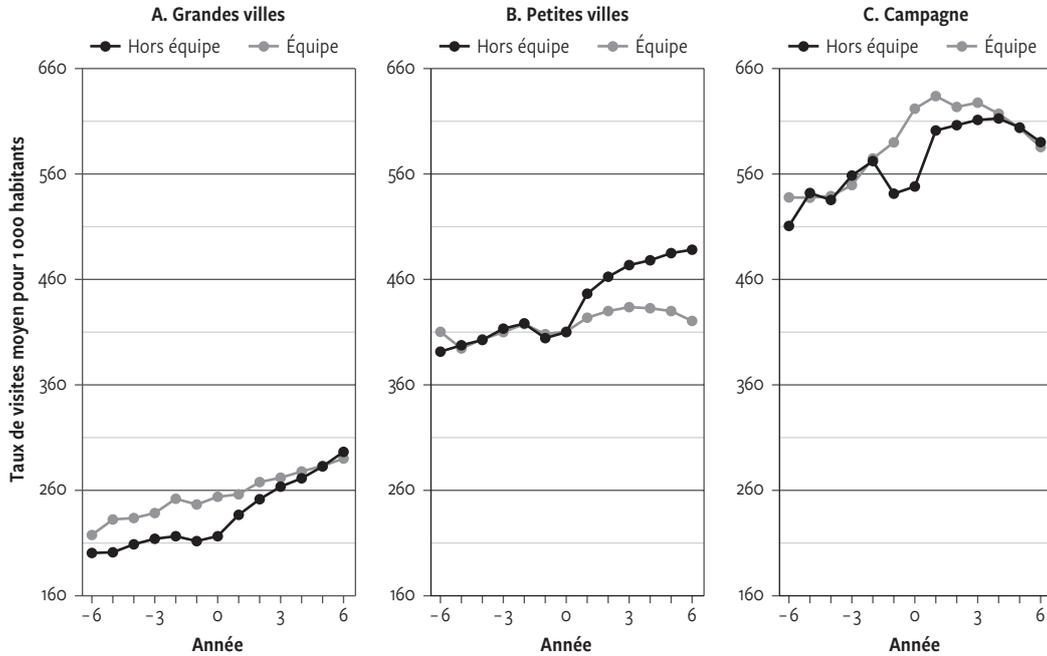
CONCLUSION

Ces articles apportent des éléments convaincants quant à l'intérêt du fonctionnement en équipe en cabinet de médecine de famille. Il est particulièrement intéressant, du point de vue du système de santé, de noter que les répercussions concernent non seulement une meilleure prise en charge des

^dForfait attribué au médecin ou au cabinet par patient qu'il suit, avec un potentiel ajustement sur l'âge, la condition économique, la morbidité, etc.

FIG 4 Visites aux urgences avant et après la réforme du modèle financier

Taux annuel de visites aux urgences avant et après la réforme du modèle financier, selon le fonctionnement en équipe. La valeur 0 sur l'axe des x indique la date à laquelle le médecin d'un patient est passé à un modèle de capitation. Une valeur négative indique une année de prétransition, des valeurs positives indiquent des années de post-transition. Ajusté ajusté sur âge, sexe, morbidité, immigration récente du patient et quintile de revenu du quartier.



patients, mais aussi un plus grand bien-être au travail des professionnels.

Cependant, la littérature se penche encore peu sur les différents effets du fonctionnement en équipe selon la nature des membres la composant. Il apparaît dès lors nécessaire de poursuivre les travaux en ce sens pour essayer de mieux caractériser les compositions d'équipe les plus appropriées pour les différentes parties prenantes.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une bonne hygiène de vie à 50 ans réduit significativement le risque de fragilité au grand âge
- Une prise en charge en équipe d'au moins deux professionnels en soins primaires (médecin et infirmier-ère, par exemple) est associée à un meilleur bien-être au travail

1 **Gil-Salcedo A, et al. Healthy Behaviors at Age 50 Years and Frailty at Older Ages in a 20-Year Follow-Up of the Uk Whitehall II Cohort: A Longitudinal Study. PLoS Med 2020;17:e1003147.
2 *Shaw JG, et al. Primary Care 2.0: A Prospective Evaluation of a Novel Model of Advanced Team Care with Expanded

Medical Assistant Support. Ann Fam Med 2021;19:411-8.
3 **Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Ann Fam Med 2014;12:573-6.
4 *Jackson GL, et al. The Patient Centered Medical Home. A Systematic

Review. Ann Intern Med 2013;158:169-78.
5 *Norful AA, et al. Mitigating Primary Care Provider Burnout with Interdisciplinary Dyads and Shared Care Delivery. J Eval Clin Pract 2021; epub ahead of print.
6 Norful AA, et al. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain.

Ann Fam Med 2018;16:250-6.
7 **Kiran T, et al. Impact of Team-Based Care on Emergency Department Use. Ann Fam Med 2022;20:24-31.

* à lire
** à lire absolument