

Organisation des soins en médecine de famille : quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2020 ?

Dre CHRISTINE COHIDON^a et Pr NICOLAS SENN^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 920-3

Cet article présente une sélection d'études marquantes publiées, en 2020, qui explorent différents aspects du fonctionnement et de l'organisation de la médecine de famille dans le monde. Cette année, deux revues de littérature sont présentées. Elles concernent les interventions à large échelle permettant de renforcer les soins primaires et la vision de la collaboration interprofessionnelle par d'autres professionnels que les médecins. Un troisième article porte sur le lien entre la régularité des visites chez le généraliste et les hospitalisations. Enfin, impossible d'échapper à un article en lien avec la pandémie de Covid-19 cette année! Celui proposé ici synthétise le rôle potentiel des soins primaires dans la réponse à la pandémie.

Organization and practice in family medicine: What's new in the 2020 literature?

This is a selection of some important studies published in 2020 dealing with several key organization and functioning features of family medicine. This year, two literature reviews are presented. They deal with large-scale interventions to strengthen primary care and the view of interprofessional collaboration by professionals other than physicians. A third article focuses on the link between regular visits to the general practitioner and hospitalizations. Finally, it is impossible to avoid an article related to the COVID-19 pandemic this year! This one synthesizes the potential role of primary care in the response to the pandemic.

INTRODUCTION

Nous proposons ici une sélection d'articles issus de la littérature scientifique sur la médecine de famille (MF) en lien avec l'organisation du système de santé, parus en 2020. Ils ont été retenus pour l'intérêt de leur thématique, leur originalité ou leur qualité méthodologique.

REPENSER LES SOINS PRIMAIRES POUR FAIRE FACE À LA PANDÉMIE DE COVID-19¹

(A pandemic is a time when people need primary care more than ever and primary care needs to know how to help them, Krist 2020).¹ En effet, les professionnels des soins primaires peuvent relayer les messages de santé publique, prendre en charge les patients avec des pathologies fréquentes et référer les cas les plus graves à la seconde ligne. De par leur prise en

charge holistique des patients, les professionnels de soins primaires sont aussi à même de gérer les autres conséquences d'une pandémie, qu'elles relèvent du médical (Covid long, décompensations psychiques, aggravation de maladies chroniques préexistantes) et/ou du social (isolement social, augmentation de la précarité...). Forts de ce constat, les auteurs américains de cet article proposent un plan opérationnel pour les soins primaires, en particulier les cabinets de médecine de famille, en situation de pandémie telle que nous la vivons depuis plus d'un an. Leur schéma s'appuie sur le cadre des épidémies grippales déjà en place aux États-Unis et qui comporte six périodes de temps: 1) l'investigation des tout premiers cas; 2) la reconnaissance du potentiel de transmission; 3) la montée de la vague pandémique; 4) l'accélération de la vague; 5) la décélération et 6) la préparation pour les vagues futures. Pour chacune de ces périodes de ce plan initialement non spécifique des soins primaires, les auteurs décrivent les conséquences sur la médecine de premier recours (MPR) et suggèrent les actions à mettre en place.

Le **tableau 1** distingue nettement les périodes, mais pour ce qui concerne les actions à mettre en œuvre, celles-ci se cumulent dans le temps. Par ailleurs, la réalité est souvent plus complexe avec des recouvrements de périodes, des durées plus ou moins longues et des phases potentiellement différentes selon l'unité géographique considérée. Pour ces raisons, une collaboration de l'ensemble des acteurs communautaires locaux, non seulement médicaux et paramédicaux mais aussi sociaux, technologiques, asséculo-logiques et politiques, apparaît essentielle pour une gestion optimale. Les situations de crise sanitaire sont souvent révélatrices des limites et des barrières au bon fonctionnement des systèmes sanitaires. Il faut espérer qu'elles soient aussi des leviers pour leur évolution, voire transformation.

Une collaboration de l'ensemble des acteurs communautaires locaux apparaît essentielle pour une gestion optimale d'une pandémie. Les situations de crise sanitaire sont souvent révélatrices des limites et des barrières au bon fonctionnement des systèmes sanitaires.

INTERVENTIONS POUR LE RENFORCEMENT DES SOINS PRIMAIRES²

La mission des soins primaires, telle que définie par Barbara Starfield, repose sur quatre piliers: premier contact avec le

^aDépartement de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1015 Lausanne
christine.cohidon@unisante.ch | nicolas.senn@unisante.ch

TABEAU 1 Préparation et réponse communautaire et des soins primaires en cas de pandémie

MPR: médecins de premier recours.

Période	Situation pour les MPR	Exemple d'activités à développer dans la communauté et en soins primaires
1. Investigation	<ul style="list-style-type: none"> • Travail habituel • Préparation aux premiers cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à la surveillance de santé publique
2. Reconnaissance du potentiel épidémique	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition de premiers patients dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Séparation des patients suspects des non-suspects • Minimisation des temps d'attente au cabinet • Gestes barrières
3. Début de la vague	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation rapide des cas dans la communauté • Inquiétude des patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Téléconsultation au maximum, triage • Identification et atteintes des patients vulnérables et ayant des vulnérabilités mentales et sociales • Éviter aux patients les hospitalisations et recours aux urgences non nécessaires
4. Accélération de la vague	<ul style="list-style-type: none"> • Apparitions de cas graves • Hospitalisations • Renoncement aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des mesures précédentes • Contribution à la stratégie de test • Travail en équipe autour des patients vulnérables • Soutiens aux équipes hospitalières
5. Décélération	<ul style="list-style-type: none"> • Diminutions des nouveaux cas • Patients hospitalisés en augmentation • Reprise des autres soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux personnes guéries et en soins de suite • Adoption de stratégies de réouverture assurant la sécurité de tous
6. Préparation de l'avenir	<ul style="list-style-type: none"> • Décompensations • Forts besoins en santé mentale • Problèmes sociaux • Soulagement des charges du cabinet (financières, du personnel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse aux patients ayant renoncé aux soins et en décompensation • Renforcement du rôle des travailleurs sociaux • Reconstruction de sa pratique

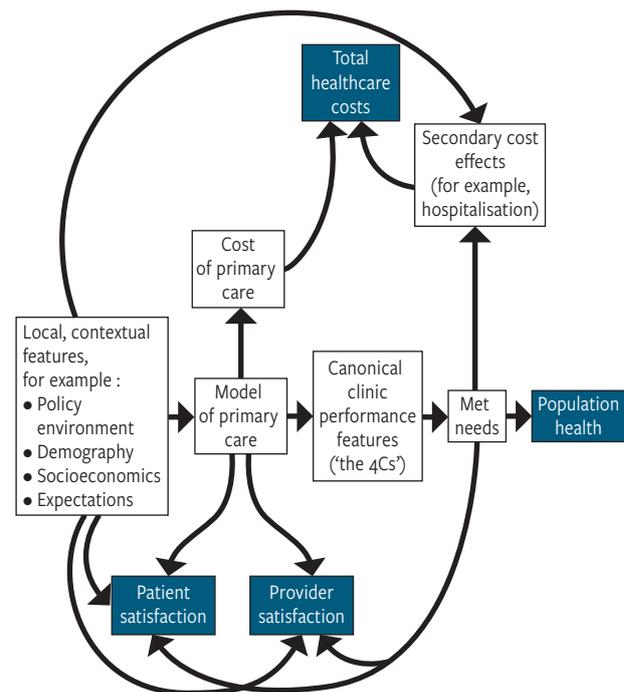
(Adapté de réf. 1).

système de santé (accès), continuité des soins, étendue des soins et coordination des soins (en anglais les «4C» soit *first-contact, continuity, comprehensiveness and coordination*).³ À partir de là, le renforcement des soins primaires au sein du système de santé apparaît, pour de nombreux pays occidentaux, comme une nécessité afin de faire face au défi du vieillissement de la population et de ses conséquences sanitaires. Ce «virage ambulatoire» permettrait un meilleur maintien des patients à domicile, évitant aussi les effets délétères des hospitalisations sur la fonctionnalité des personnes âgées, une stabilisation des coûts et une meilleure coordination des parcours de soins impliquant de multiples professionnels.⁴ Cela se concrétise sur le terrain par l'élaboration de nombreux programmes proposant innovations et transformations des soins primaires à travers le monde. L'étude de Jimenez et coll.² synthétise les interventions globales, incluant plusieurs composantes liées à des politiques nationales ou des régions, des systèmes asséculogiques ou des réseaux professionnels, au travers d'une revue systématique de littérature. Les études sont recensées selon les composantes qu'elles ciblent (parmi les 4C) et selon leur impact par rapport au *quadruple aim*, à savoir: santé des patients, maintien des coûts, satisfaction des patients et des professionnels (figure 1).

Les 37 études identifiées portent majoritairement sur l'accès (21/37, amplitude des horaires, multiplication des types d'accès et outils facilitants), le mode de rémunération des professionnels (18/37, incitatifs au regard d'activités, capitation vs paiement à l'acte, forfaits), le fonctionnement en équipes et l'utilisation des nouvelles technologies (14/37). Les interventions montrent des résultats mitigés. Ainsi, aucune étude ne rapporte des améliorations significatives sur l'ensemble des effets étudiés. Les effets les plus nets sont observés sur la satisfaction des patients et des professionnels, l'augmenta-

tion des visites en MPR et la participation aux programmes de prévention. En revanche, des résultats moins probants concernent les coûts, la réduction des hospitalisations et du recours aux services d'urgences. Ces interventions introduisent généralement de multiples composantes et leurs résultats sont observés auprès de populations différentes, ce

FIG 1 Schéma conceptuel de la revue de littérature



(Tirée de réf. 2).

qui explique les résultats mixtes et surtout la difficulté de les interpréter de manière causale. Les enjeux de recherche sont désormais de pouvoir «démêler» ces résultats et d'identifier des interventions (uniques ou composites) qui seraient bénéfiques quels que soient la population, le système sanitaire et son organisation. Notamment, il conviendrait de repenser les modalités d'évaluation des interventions complexes en explorant de nouvelles approches moins strictement quantitatives (souvent empruntées à l'épidémiologie clinique pour l'évaluation d'interventions simples et standardisées comme des médicaments ou des tests de diagnostic) mais combinant des approches mixtes qualitatives et quantitatives.^{5,6}

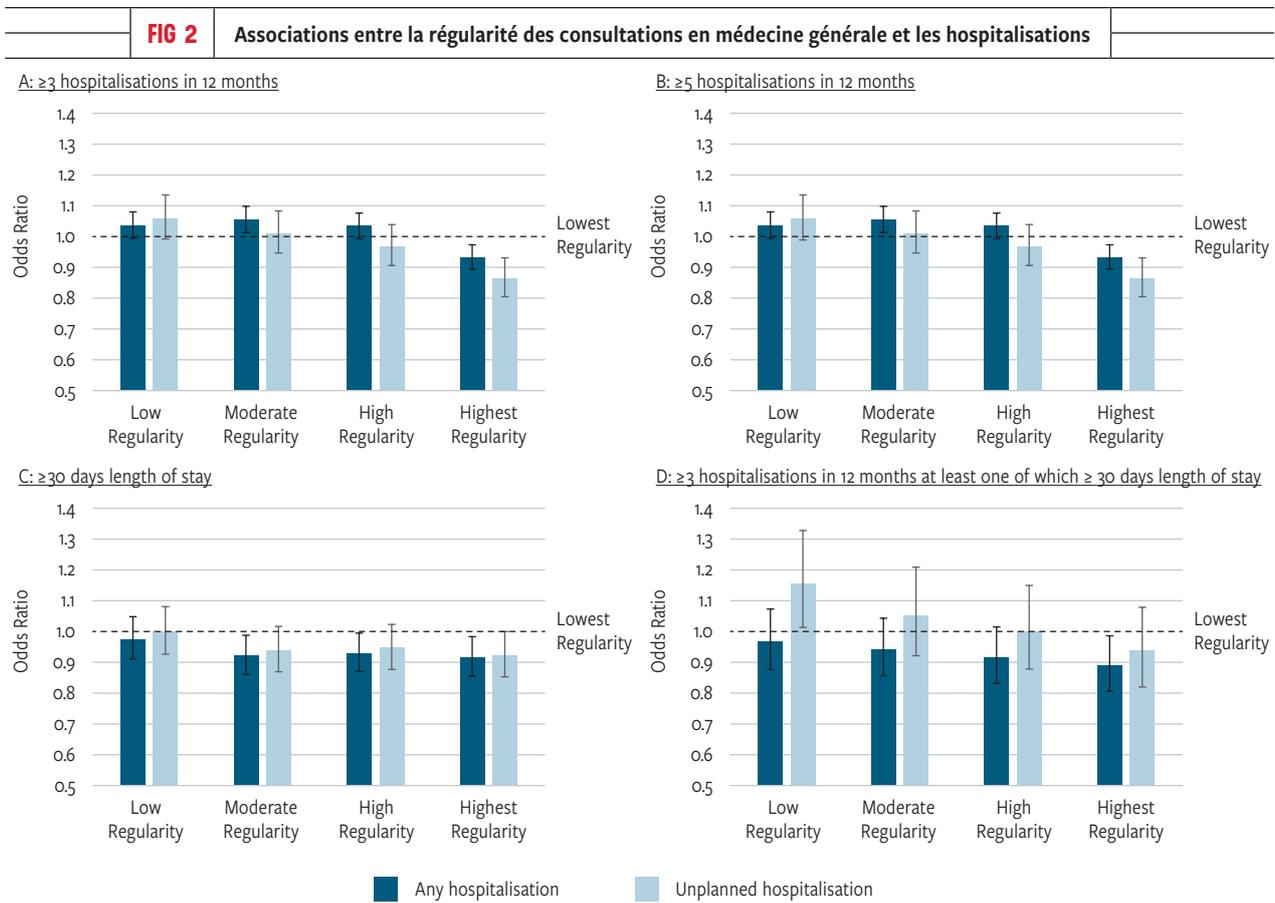
Les effets les plus nets des interventions visant à renforcer les soins primaires sont observés sur la satisfaction des patients et des professionnels, l'augmentation des visites en MPR et la participation aux programmes de prévention. En revanche, des résultats moins probants concernent les coûts, la réduction des hospitalisations et du recours aux services d'urgences.

la fréquence des hospitalisations. Cette question est particulièrement importante pour les patients qui ont des fréquences élevées d'hospitalisation (ou de réhospitalisation), générant ainsi des coûts importants pour le système de santé (*high cost users*). La population d'étude est une cohorte de patients de plus de 45 ans (plus de 250 000 patients), leur nombre médian de consultations chez le généraliste sur la durée du suivi était de 16. La régularité des visites (mesurée par un indice complexe entre 0 et 1, basé sur le nombre de jours entre les visites, et tenant aussi compte de la fréquence des visites et d'un éventuel nombre différent de professionnels) chez le médecin généraliste a été mesurée sur 4 ans (2005-2009) et les hospitalisations sur 8 ans (2009-2017). Les données rapportent que 15% des patients ont eu au moins trois hospitalisations par an, dont un tiers étaient imprévues, et que 25% ont été réhospitalisés dans les 30 jours. L'analyse montre globalement que les patients avec la plus grande régularité de visites chez le généraliste ont le plus faible risque d'hospitalisations fréquentes et de réhospitalisations (figure 2). Cette étude basée sur un très large échantillon et une solide méthode prend tout son sens dans le cadre du virage ambulatoire, évoqué précédemment et souhaité par de nombreux systèmes sanitaires occidentaux.

Les patients avec la plus grande régularité de visites chez le généraliste ont le plus faible risque d'hospitalisations fréquentes et de réhospitalisations.

RÉGULARITÉ DES VISITES CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET HOSPITALISATION⁷

Cette étude menée en Australie combine des données administratives à des données d'enquête et a pour objectif d'analyser si la régularité des visites en médecine générale est associée à



(Tirée de réf. 7).

L'INTERPROFESSIONNALITÉ EN SOINS PRIMAIRES VUE PAR LES «AUTRES» PROFESSIONNELS⁸

La collaboration interprofessionnelle (CIP) dans les soins primaires a été montrée comme à l'origine d'effets positifs sur la santé et la satisfaction des patients. Pour autant, son implantation n'est ni naturelle ni aisée. Cette revue de littérature s'intéresse à la perception de la CIP par des professionnels non médecins travaillant en soins primaires. La liste de ces professionnels varie selon le pays, mais en Australie (pays d'origine des auteurs) il s'agit de psychologues, physiothérapeutes, ostéopathes, travailleurs sociaux, et psychologues du travail (healthdirect.gov.au/allied-health). Douze études ont été identifiées sur ce thème, les professions les plus représentées par ordre de fréquence étant les physiothérapeutes, les chiropracteurs, les psychologues du travail et les ostéopathes. La revue fait apparaître cinq thèmes majeurs dans le cadre de la CIP: 1) le partage d'une philosophie; 2) la communication et les interactions cliniques; 3) l'environnement physique; 4) la notion de hiérarchie et 5) les considérations financières. Au sein de ces thèmes, une communication rapide et interactive est relevée comme composante prépondérante, malheureusement, en pratique, les professionnels décrivent plutôt la communication comme moyen de référer les patients entre professionnels, ce qui n'est pas réellement une forme de CIP (réunions conjointes). De plus, une CIP réussie devrait reposer sur une collaboration coordonnée dans la réalisation des activités menées par les différents professionnels et un leadership partagé, ce qui n'est pas non plus toujours le cas, et ce au profit d'une fragmentation des tâches menées en parallèle. Concernant ces deux aspects, l'effet positif du partage d'un même lieu professionnel (colocation) est largement souligné. Il est cependant important de considérer que ce seul critère n'est pas suffisant pour la mise en place d'une CIP réussie. Le *primum movens* doit venir des professionnels eux-mêmes et ils n'en ont peut-être pas encore tous les compétences. La connaissance des autres professionnels et de leurs missions et responsabilités est un premier pas nécessaire pour développer une collaboration basée sur la confiance et le respect. La préparation au travail en interprofessionnalité par une formation initiale et continue des professionnels de soins primaires apparaît aussi être un fondamental dans l'équation menant à une CIP satisfaisante et efficiente.

Une CIP devrait reposer sur une collaboration coordonnée, en colocation, dans la réalisation des activités menées par les différents professionnels et un leadership partagé.

La préparation au travail en interprofessionnalité par une formation initiale et continue des professionnels de soins primaires apparaît être un fondamental.

CONCLUSION

Ces différentes études montrent que la recherche en MPR est bien vivante et qu'elle peut prendre de multiples formes. Notamment les revues systématiques, pratiquement inexistantes il y a quelques années, sont devenues monnaie courante. Sans avoir la prétention de révolutionner la science ou l'organisation des services de santé, il est intéressant de constater que, par petites touches, il est possible d'amener des transformations qui aboutissent finalement à des changements en profondeur de la pratique. En témoignent par exemple les nombreuses études en lien avec l'interprofessionnalité que l'on voit progressivement devenir une réalité pour certains cabinets, même si les écueils restent encore nombreux dans la mise en œuvre.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La régularité des visites en médecine de famille est prédictive d'une diminution des hospitalisations et réhospitalisations
- Même si certains outils ou contextes sont favorables, le *primum movens* pour une collaboration interprofessionnelle réussie doit venir des professionnels eux-mêmes; ces derniers n'en ont peut-être pas tous les compétences
- Une collaboration de l'ensemble des acteurs communautaires locaux, pas uniquement dans le domaine sanitaire, apparaît essentielle pour la gestion optimale d'une pandémie

1 *Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *Ann Fam Med* 2020;18:349-54.
 2 *Jimenez G, Matchar D, Koh GC, Car J. Multicomponent Interventions for Enhancing Primary Care: A Systematic Review. *Br J Gen Pract* 2021;71:e10-21.
 3 **Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
 4 Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. *Health Policy* 2021;125:512-9.
 5 *Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying Complexity in Health Services Research: Desperately Seeking an Overdue Paradigm Shift. *BMC Med*

2018;16:95.

6 Schutz Leuthold M, Schwarz J, Marti J, et al. Protocol for an Implementation and Realist Evaluation of a New Organisational Model for Primary Care Practices in the Canton of Vaud, Switzerland. *BMJ Open* 2020;10:e040154.

7 *Moorin RE, Youens D, Preen DB, Wright CM. The Association between General Practitioner Regularity of Care and 'High Use' Hospitalisation. *BMC Health Serv Res* 2020;20:915.

8 Seaton J, Jones A, Johnston C, Francis K. Allied Health Professionals' Perceptions of Interprofessional Collaboration in Primary Health Care: An Integrative Review. *J Interprof Care* 2020;35:217-28.

* à lire

** à lire absolument