

Nouveaux modèles de soins en médecine de famille

Dre CHRISTINE COHIDON^a et Pr NICOLAS SENN^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 885-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.826.885

Le futur des structures de première ligne sera interprofessionnel ou ne sera pas! Au-delà de cette affirmation un peu provocatrice, il s'agit, de fait, d'une transformation déjà bien en marche dans les pays occidentaux. Cet article décrit les évolutions dans différents pays comme aux États-Unis, où les Patient-Centered Medical Home, basées sur des équipes pluriprofessionnelles, se développent depuis les années 2000, et au Canada où l'évolution des modèles financiers accompagne celle des modèles organisationnels. En Europe, deux exemples d'intégration des domaines sanitaire et social soulignent la pertinence d'une telle démarche dans les soins de première ligne.

New models of care in family medicine

The future of primary care structures will be interprofessional or it will not be! Beyond this somewhat provocative statement, this is, in fact, a transformation that is already on the way in Western countries. This article describes developments in different countries, such as the United States, where Patient-Centered Medical Homes, based on multi-professional teams, have been developing since the 2000s, and Canada, where the evolution of financial models is accompanying that of organizational models. In Europe, two examples of integration of the health and social domains highlight the relevance of such an approach in primary care.

INTRODUCTION

Une des caractéristiques communes à la transformation des structures de soins primaires dans nos pays occidentaux est l'avènement des équipes interprofessionnelles. Ainsi, selon Jabbarpour, «Team-based care is the cornerstone of practice transformation» ou encore «Evidence suggests that a team-based structure is essential if our primary care workforce is to meet the chronic and preventive care needs of our population». Si la plupart des pays occidentaux ont effectivement entamé une transformation de leur système de soins primaires en ce sens, les stades d'avancement sont néanmoins assez différents. Dans les pays où la transformation est la plus ancienne (plusieurs décennies), les discussions concernent désormais la composition idéale des structures en termes de nombre et répartition des différents professionnel·les, ainsi que les nouveaux rôles, tels que les care et case managers, les coachs en santé...^{1,2}

AUX ÉTATS-UNIS: LE «PATIENT-CENTERED MEDICAL HOME», PÈRE DES NOUVEAUX MODÈLES³⁻⁷

Le concept inhérent (Medical Home) aux «Patient-Centered Medical Home» (PCMH) est assez ancien puisqu'il a été proposé dès 1967 par l'Académie de pédiatrie américaine. Il n'a été adopté en médecine de famille qu'en 2002. Ce modèle de soins consiste généralement en des structures dirigées par un·e médecin généraliste, dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, incluant au moins un·e infirmier·ère de cabinet, qui vise à fournir des soins centrés sur le patient, complets et coordonnés, en mettant l'accent sur l'autogestion et l'éducation du patient.^{6,7} En 2020, plus de 21 millions d'Américains étaient pris en charge dans les 13000 PCMH incluant 67000 professionnels cliniciens.

Les composantes des PCMH peuvent varier d'une structure à l'autre. Néanmoins, la revue de littérature de Jackson et coll. identifie de grandes composantes communes qui sont relatives a) au fonctionnement en équipe (avec aussi le développement de nouvelles professions telles que les case managers), b) à un focus large de la pratique (maladies chroniques, prévention et soins aigus), c) à l'amélioration de l'accès, d) à l'identification de patients à «hauts besoins», e) aux démarches améliorant la coordination des soins (sur les étapes de transition comme une sortie d'hôpital) et f) à l'utilisation d'outils électroniques (dossier électronique en particulier) pour améliorer les performances (tableau 1).⁷ Une des caractéristiques majeures des modèles PCMH est la coordination des soins. Celle-ci est généralement assurée par un·e gestionnaire de soins (case manager) qui identifie les patients ayant des besoins complexes et effectue un suivi des patients, en plus des visites (ou appels téléphoniques) au long cours. Le recours à un plan de soins individualisé est pour cela une composante essentielle du modèle PCMH.

	TABLEAU 1	Définition d'un PCMH	
--	-----------	----------------------	--

PCMH: Patient-Centered Medical Home.

- Soins en équipe, définis comme une structure d'équipe dans laquelle deux cliniciens ou plus travaillent ensemble. L'équipe peut être virtuelle
- L'intervention inclut au moins deux des quatre éléments suivants:
 - Amélioration de l'accès aux soins (amplitude heures d'ouverture, téléconsultation, prise de rendez-vous électronique, etc.)
 - Coordination des soins (au sein des structures et avec les autres acteurs de santé, introduction d'un case management, etc.)
 - Globalité des soins (soins préventifs, aigus, en santé physique et mentale)
 - Approche permettant une qualité et une sécurité des soins (médecine fondée sur les preuves, guidelines, prescription électronique, décision partagée, efficience)
- Partenariat durable et individualisé avec les patients pour une prise en charge globale
- Réorganisation des soins (nouveaux professionnels, nouveaux rôles, lien avec les autres structures communautaires, etc.)

^a Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département de médecine de famille, Université de Lausanne, 1011 Lausanne
christine.cohidon@unisante.ch | nicolas.senn@unisante.ch

L'évolution des modèles nécessite aussi une évolution du financement. Dans certains cas, cet élément fait partie des composantes fondatrices de la PCMH. La revue de littérature permet peu de détailler les modèles de financement, néanmoins il s'agit le plus souvent de financements ad hoc, de capitation, de paiement à l'acte ou de financements hybrides.⁸ Depuis le développement du modèle, de nombreuses études ont pu évaluer son efficacité. Ainsi, des effets positifs ont été montrés sur l'accès au soin, des marqueurs cliniques chez les patients porteurs de maladies chroniques, le développement d'activités de prévention et plus généralement la qualité des soins. Des études ont également montré une réduction de la médication ainsi qu'une diminution des hospitalisations évitables et des recours aux services d'urgence et, finalement, une réduction des coûts.⁷

Cependant, un certain nombre d'obstacles sont identifiés pour la création des PCMH. Ces obstacles sont liés au processus de transformation et aux difficultés associées à la gestion du changement, à la mise en œuvre et à l'utilisation d'un dossier médical électronique, aux financements et modèles de paiement appropriés, aux ressources et infrastructures insuffisantes au sein des cabinets et, enfin, à des mesures d'évaluation inégales et/ou inadéquates (inadéquation entre les indicateurs d'évaluation et les principes fondateurs des PCMH, indicateurs de coûts et d'utilisation du système basés sur des événements peu fréquents).⁹⁻¹¹

Certains considèrent le PCMH comme une première étape vers un autre modèle, celui des «Accountable care organizations» (ACO), qui se développe depuis quelques années aux États-Unis et qui a la particularité de regrouper des professionnels issus des soins primaires et de l'hôpital, pour une meilleure optimisation des ressources.⁵ Ces organisations de professionnels acceptent d'être responsables vis-à-vis de la qualité et des coûts sur les soins globaux qu'ils dispensent à leurs patients (via la production d'indicateurs évaluant ces aspects).

AU CANADA: UNE RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES DÈS LES ANNÉES 2000

L'exemple de l'Ontario^{12,13}

Au Canada, chacune des dix provinces a son propre système de santé (évoluant néanmoins dans le cadre fédéral de la Loi canadienne de santé, Canada Health Act 1984). Initialement,

la médecine de première ligne était organisée en cabinets individuels, ou de groupe, gérés les médecins et financés par un paiement à l'acte. Dans les années 2000, le Canada a entamé sa réforme des soins primaires avec les objectifs d'amélioration de l'accès, de développement de la prévention et la promotion de la santé, d'amélioration de la coordination des soins et de développement du travail en équipe.

En Ontario, ceci s'est traduit par l'apparition de nouveaux modèles d'organisation et de financement de soins primaires différents, mais combinant trois caractéristiques communes: un fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle, l'introduction du système de médecin référent et un modèle de financement combinant une capitation et un paiement à l'acte et à la performance.

La composante majoritaire du financement diffère selon les modèles. Ainsi, la capitation (paiement par patient par mois ajusté sur l'âge et le sexe des patients) est majoritaire dans les modèles Family Health Organization/Organisme de santé familial et Family Health Network/Réseau de santé familial. En 2012, ils représentaient déjà près de 40% des modèles en Ontario. À l'inverse, le paiement à l'acte est majoritaire dans les modèles Family Health Group/Groupe de santé familiale et Comprehensive Care/Soins complets. Ils représentaient 29% des modèles en 2012. Ces quatre modèles dominent encore aujourd'hui. Le **tableau 2** décrit leurs principales caractéristiques. À leur côté co-existent des modèles plus spécifiques de certains contextes (zone rurale, patientèle porteuse de certaines maladies).¹⁴ Ces modèles incluent une rémunération sous forme de salaires augmentés de bonus ou d'incitatifs, relatifs à certains types d'activité (visites à domicile, soins palliatifs, ...) ou recrutement de patients supplémentaires (patients avec certaines pathologies chroniques). Enfin, des soutiens financiers pour du personnel administratif et le développement d'outils électroniques ont été mis en place.

L'évolution du modèle de financement a été radicale et très rapide puisqu'en moins de dix ans, près de 80% des médecins en Ontario se sont retrouvés dans un des modèles décrits ci-dessus. Cela a aussi eu pour conséquence une diminution de la fréquence des cabinets individuels (diminution de 12% en dix ans), la plupart des modèles étant imaginés pour des cabinets de groupe. Par ailleurs, l'introduction de ces nouveaux modèles de financement a eu pour effet d'augmenter fortement le revenu des médecins de soins primaires (+32%

TABLEAU 2 Caractéristiques des nouveaux modèles de soins primaires en Ontario

Caractéristiques	Community Health Center	Family Health Network	Family Health Group	Rural and Northern Physician Group Agreement	Comprehensive care model	Family Health team	Family Health Organization
Rémunération principale du médecin	Salaires	Capitation	Acte	Salaires	Acte	Capitation ou salaires	Capitation
Incitatifs financiers	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Gouvernance	Communauté	Médecin	Médecin	Médecin	Médecin	Médecin - communauté	Médecin
Équipe interprofessionnelle	Oui	Limitée	Limitée	Non	Non	Oui	Limitée
Taille minimale (médecin(s))	Aucune	3	3	1	1	3	3

(Source: Ontario Ministry of Health and Long-Term care).

en trois ans) et de revaloriser la profession par rapport aux autres spécialités médicales.

Les patients ne sont pas obligés d'adhérer au modèle du médecin référent (qui implique le recours au même médecin ou cabinet). Les médecins ne peuvent en revanche pas choisir les patients en fonction de leur état de santé (sélection des risques). L'immense majorité des patients de l'Ontario a adopté ce système de médecin référent.

Quel que soit le type de modèle, les équipes incluent classiquement, outre le ou les médecins, des infirmier-ères (et/ou infirmier-ères de cabinet, nurse practitioner), ainsi qu'au moins un-e autre professionnel-le parmi les suivant-es: travailleur-euse social-e, diététicien-e ou pharmacien-ne. Selon le modèle, d'autres professionnel-les tels que des professionnel-les de santé mentale, des ergothérapeutes, des préventeurs (professionnel-les de la prévention) contribuent à l'équipe.

Cependant, derrière ce tableau qui paraît assez idyllique, les résultats de l'évaluation des effets de ces transformations en termes de résultats cliniques, et sur l'utilisation des services de santé, restent encore nuancés.^{12,15}

L'INTÉGRATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL¹⁶⁻¹⁷

Le développement des équipes interprofessionnelles de soins primaires a rapidement conduit, dans de nombreux pays, à l'intégration de travailleur-euses sociaux-ales dans les équipes. En effet, dans un souci de soins intégrés et centrés sur la personne, la prise en compte de la composante sociale est une évidence.

La revue de littérature de Fraser dans le domaine a décrit trois types d'activités confiées aux travailleur-euses sociaux-ales: un rôle de «care management» (en particulier pour l'adhésion thérapeutique), un rôle de soutien aux comportements de santé (en particulier dans le domaine de la santé mentale, allant même jusqu'aux thérapies comportementales) et un rôle de relai avec la communauté (en particulier avec les services sociaux communautaires). La revue a également montré les effets positifs d'une telle intégration, notamment sur les comportements de santé des patients.¹⁶

Cependant, la «simple colocation» ou intégration de tels professionnel-les au sein d'une équipe de soins primaires n'est qu'une première étape sur l'intégration des domaines social et sanitaire. Pour être plus efficace, cette intégration doit se faire en amont, c'est-à-dire au niveau de l'organisation et du financement des services sanitaires et sociaux, et être, bien entendu, accompagnée sur le terrain. Les deux exemples ci-dessous témoignent de cette évolution entreprise par l'Angleterre et la Suède.

EN SUÈDE, L'EXEMPLE DU MODÈLE «NORRTAELJE»¹⁷

En Suède, les centres de soins primaires intègrent des travailleur-euses sociaux-ales depuis longtemps. Depuis 2006, une expérimentation est conduite dans une région au nord de Stockholm, impliquant une transformation du financement

et de la gouvernance des services sociaux et de santé: le modèle Norrtaelje.

Alors qu'en Suède, les services de santé relèvent des comités et les services sociaux des communes, dans le modèle Norrtaelje, le conseil du comté de Stockholm et l'autorité locale Norrtaelje ont créé un comité directeur politique commun, permettant une administration et une gouvernance commune. Le modèle se caractérise par a) des responsabilités de financement pour une seule population, b) un accent accru sur la promotion de la santé pour la population et c) une organisation commune et intégrée des soins de santé et des services sociaux pour obtenir un plus grand bénéfice pour les patient.es et les utilisatriceur-ices. Bien que s'adressant à toute la population du bassin géographique, le modèle est principalement axé sur le groupe des personnes âgées ayant des besoins complexes.

Les retours d'expérience rapportent que le modèle Norrtaelje crée un environnement organisationnel permettant aux prestataires de services de santé et de services sociaux de travailler ensemble pour fournir la bonne combinaison de services, y compris des services préventifs et des services axés sur les clients en transition entre les secteurs. Cette transformation permet de rassembler les équipes et de mieux répartir les responsabilités selon les différents prestataires. La création du rôle de coordinateur-riche de soins (ou coach de santé) et de plans intégrés autour des transitions dans et hors de l'hôpital ainsi que des maisons de soins vers l'hôpital facilite le parcours de soins global des patients.

Les premiers résultats de l'évaluation des effets sur la santé de la population ont aussi montré une amélioration de certains indicateurs sur ce bassin géographique, comme une diminution du recours aux urgences et des hospitalisations évitables parmi les plus de 65 ans.¹⁸⁻¹⁹

EN ANGLETERRE: LE MODÈLE «PRIMARY CARE HOME»

En Angleterre, le modèle Primary Care Home (PCH) est développé par la National Association of Primary Care et soutenu depuis 2016 par le NHS (National Health System).²⁰⁻²¹ Il est né de la nécessaire restructuration du système de santé anglais du fait de l'évolution des besoins de la société. Présenté comme un changement complet de paradigme, il repose sur la réunion de professionnels de la santé et des services sociaux provenant de cabinets de médecine générale, de la communauté, de la santé mentale et de services de soins aigus, de services sociaux et du secteur du bénévolat.

Quatre caractéristiques essentielles décrivent le PCH de soins primaires:

- un budget unifié et capitalisé entre le sanitaire et le social,
- la définition d'une territorialisation avec une population couverte et enregistrée de 30 000 à 50 000 personnes par PCH (inscription du patient),
- un travail collaboratif des professionnel-les du sanitaire et du social, avec un fort accent mis sur les partenariats entre les soins primaires, secondaires et sociaux,
- des objectifs à la fois axés sur une prise en charge personnalisée et une amélioration d'indicateurs de santé populationnels.

Cette transformation du système est récente et les données analysées encore insuffisantes. Une évaluation a cependant été conduite dès 2017 sur 15 sites pilotes.²² Elle a rapporté les éléments suivants:

- la première tâche des PCH a été de définir les besoins de la population couverte et de mettre en évidence les faiblesses des services locaux proposés. La plupart des premières interventions ont concerné des patient.es complexes et fragiles (possible dès les six premiers mois de fonctionnement).
- Les premiers entretiens avec les patients et les professionnels convergent vers une meilleure expérience des soins. Une amélioration de certains indicateurs comme la diminution des hospitalisations a été notée.

En 2020, plus de 240 PCH fonctionnaient en Angleterre, couvrant plus de 11 millions de personnes.

CONCLUSION

Depuis une vingtaine d'années, de profondes transformations ont été opérées dans les modèles de soins primaires dans les pays occidentaux, avec un effet plutôt positif sur la santé et les prises en charge. Force est de constater que la Suisse n'en est qu'au stade des balbutiements dans ce domaine.

L'évolution des modèles passe généralement par une adaptation du système de financement du système car elle est indispensable pour la pérennisation des nouveaux modèles. L'exemple de l'Ontario, qui a directement intégré l'évolution du mode de financement comme principe fondateur de la nouvelle organisation, est probablement très révélateur. L'expérience du modèle Norrtaelje suggère aussi qu'une des façons de promouvoir l'intégration des soins de santé et des services sociaux est de commencer par une transformation qui aligne ces deux secteurs en termes d'organisation et de financement.

Pour autant, tous ces systèmes sont encore en transition. Ainsi, il existe encore souvent, dans de nombreux pays, un débat, aussi justifié sur le plan législatif, sur le transfert de tâches versus la délégation de tâches dans le fonctionnement d'équipes interprofessionnelles. La question de la taille idéale des structures, et surtout de la répartition entre les professions médicales et paramédicales, est encore à explorer. Par ailleurs, la question de l'intégration des patients dans ces nouveaux modèles, en particulier dans des aspects de gouvernance, est posée. Pour ce qui concerne l'intégration des déterminants comme moteur de l'évolution des modèles, il paraît désormais aussi nécessaire d'intégrer les aspects environnementaux au sens large des modèles, dans un souci de durabilité de nos systèmes. Enfin, soulignons encore et toujours la nécessité de mettre en place une évaluation des nouveaux modèles. Dans ce contexte, les recherches-actions sont particulièrement intéressantes car «calquées sur la vraie vie»!

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

ORCID ID:

C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500X>

N. Senn: <https://orcid.org/0000-0002-9986-3249>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'évolution des modèles de première ligne vers un fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle est une réponse adaptée aux contraintes pesant sur le système sanitaire.
- L'évolution des modèles financiers doit accompagner le développement de nouveaux modèles d'organisations des soins de première ligne afin d'assurer leur pérennité.
- Dans une perspective de prise en charge globale des patients telle qu'est caractérisée la première ligne, l'intégration des domaines sanitaire et social devrait se faire au niveau systémique.

1 **Jabbarpour Y, Jetty A, Dai M, Magill M, Bazemore A. The Evolving Family Medicine Team. *J Am Board Fam Med.* 2020 Jul-Aug;33(4):499-501.

2 *Saint-Pierre C, Hershovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam Pract.* 2018 Mar 27;35(2):132-41.

3 Sinaiko AD, Landrum MB, Meyers DJ, et al. Synthesis Of Research On Patient-Centered Medical Homes Brings Systematic Differences Into Relief. *Health Aff.* 2017 Mar 1;36(3):500-8.

4 Weiss L, Griffin K, Wu M, et al. Transforming Primary Care in New York Through Patient-Centered Medical Homes: Findings From Qualitative Research. *J Prim Care Community Health.* 2022 Jan-Dec;13:2150131922112588.

5 Cantiello J. To What Extent Are ACO and PCMH Models Advancing the Triple Aim Objective? Implications and Considerations for Primary Care Medical Practices. *J Ambul Care Manage.* 2022 Oct-Dec;45(4):254-65.

6 *Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, et al. The patient centered medical home. A systematic review. *Ann Intern Med.* 2013 Feb 5;158(3):169-78.

7 John JR, Jani H, Peters K, Agho K, Tannous WK. The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 21;17(18):6886.

8 Bourgueil Y. La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France. *Les Tribunes de la santé.* 2013;40(3):63-8.

9 Saynisch PA, David G, Ukert B, et al. Model Homes: Evaluating Approaches to Patient-centered Medical Home Implementation. *Med Care.* 2021 Mar 1;59(3):206-12.

10 Janamian T, Jackson CL, Glasson N, Nicholson C. A systematic review of the challenges to implementation of the patient-centred medical home: lessons for Australia. *Med J Aust.* 2014 Aug 4;201(3 Suppl):S69-73.

11 Harbrecht MG, Latts LM. Colorado's Patient-Centered Medical Home Pilot met numerous obstacles, yet saw results such as reduced hospital admissions. *Health Aff.* 2012 Sep;31(9):2010-7.

12 *Hutchison B, Glazier R. Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Aff.* 2013 Apr;32(4):695-703.

13 *Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ.* 2009 May 26;180(11):E72-81.

14 Ontario. Ministry of Health, Ministry of Long-Term. Primary care Payment Models in Ontario [En ligne]. Disponible sur : www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/pcpm/

15 **Carter R, Riverin B, Levesque JF, Garipey G, Quesnel-Vallée A. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2016 Jul 30;16:324.

16 **Fraser MW, Lombardi BM, Wu S, et al. Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. *J Soc Social Work Res.* 2018;9(2):175-215.

17 *Bäck MA, Calltorp J. The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *Int J Integr Care.* 2015 Sep 23;15:e016.

18 Doheny M, Agerholm J, Orsini N, Schön P, Burström B. Impact of integrated care on trends in the rate of emergency department visits among older persons in Stockholm County: an interrupted time series analysis. *BMJ Open.* 2020 Jun 3;10(6):e036182.

19 Agerholm J, de Leon AP, Schön P, Burström B. Impact of Integrated Care on the Rate of Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions among Older Adults in Stockholm County: An Interrupted Time Series Analysis. *Int J Integr Care.* 2021 Jun 9;21(2):22.

20 NHS 75 England. Primary care home model [En ligne]. Disponible sur : www.england.nhs.uk/new-care-models/pch/

21 National Association of Primary Care. Disponible sur : <https://napc.co.uk/primary-care-home/>

22 Kumpunen S, Rosen R, Kossarova L, Sherlaw-Johnson C. Primary Care Home: Evaluating a new model of primary care. London: Nuffield Trust; 2017.

* à lire

** à lire absolument