



"Imaginer les soins primaires de demain"

Senn, Nicolas ; Bourgueil, Yann ; Falcoff, Hector ; Van Durme, Thérèse ; Breton, Mylaine ; Hudon, Catherine ; Cohidon, Christine ; Macq, Jean ; Ferguson, Monique

ABSTRACT

Le livre Imaginer les soins primaires de demain est basé sur les preuves scientifiques actuelles et coécrit par des chercheur·euses et professionnel·les de santé en association avec le Groupe francophone de soins primaires (www.gfisp.org). Par leur position centrale d'accès au système de santé, leur rôle naturel dans la coordination des soins et s'inscrivant dans un partenariat à long terme avec les individus au sein de leur communauté, les soins primaires devraient être le pivot de tout système de santé. Pourtant, alors qu'ils constituent effectivement un premier niveau de soins pour la population sur un territoire donné afin de répondre à une majorité des besoins individuels, nous observons dans les pays occidentaux un déficit encore important du déploiement des soins primaires. Les causes sont multiples : prépondérance dans nos sociétés d'une médecine technologique centrée sur l'hôpital et les soins aigus, manque de culture de santé publique des professionnel·les, déficits structuraux et de gouvernance des systèmes de santé ou encore manque de volonté politique. Le livre Imaginer les soins primaires de demain est basé sur les preuves scientifiques actuelles et coécrit par des chercheur·euses et professionnel·les de santé en association avec le Groupe francophone de soins primaires (www.gfisp.org). Il propose une réflexion sur les défis contemporains que doivent affronter les soins primaires ainsi que sur les possibles voies d'action pour y faire face. Rédigé par plus d'une quarantaine d'expert·es, il s'agit d...

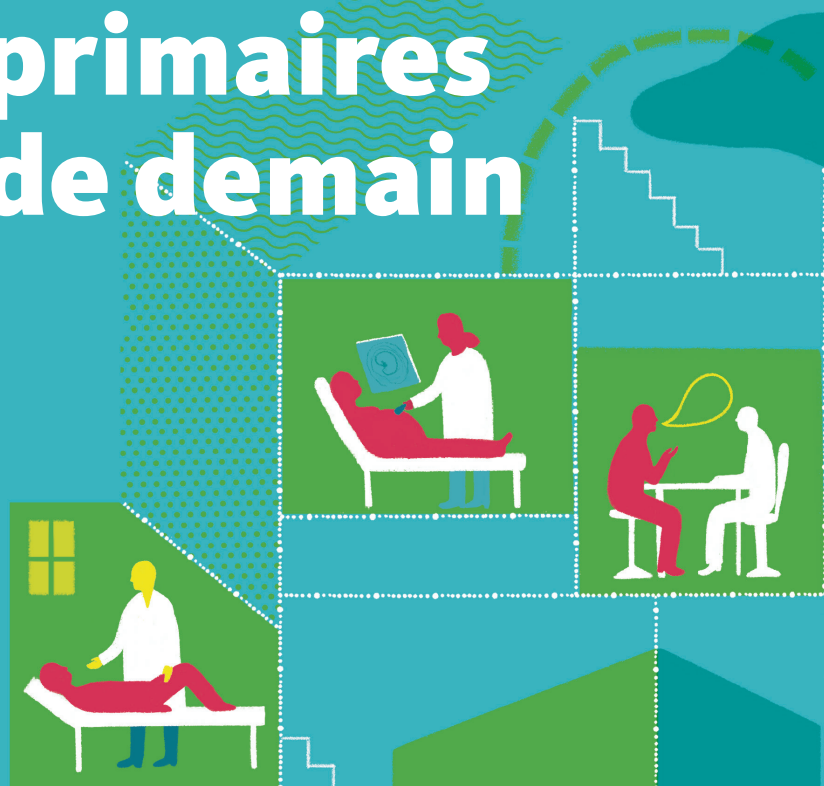
CITE THIS VERSION

Senn, Nicolas ; Bourgueil, Yann ; Falcoff, Hector ; Van Durme, Thérèse ; Breton, Mylaine ; et. al. *Imaginer les soins primaires de demain*. Revue Médicale Suisse : Lausanne, Suisse (2025) (ISBN:9782880495374) 378 pages <http://hdl.handle.net/2078.1/298666>

Le dépôt institutionnel DIAL est destiné au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques émanant des membres de l'UCLouvain. Toute utilisation de ce document à des fins lucratives ou commerciales est strictement interdite. L'utilisateur s'engage à respecter les droits d'auteur liés à ce document, principalement le droit à l'intégrité de l'œuvre et le droit à la paternité. La politique complète de copyright est disponible sur la page [Copyright policy](#)

DIAL is an institutional repository for the deposit and dissemination of scientific documents from UCLouvain members. Usage of this document for profit or commercial purposes is strictly prohibited. User agrees to respect copyright about this document, mainly text integrity and source mention. Full content of copyright policy is available at [Copyright policy](#)

Imaginer les soins primaires de demain



Sous la direction de
Nicolas Senn

Yann Bourgueil
Mylaine Breton
Christine Cohidon
Hector Falcoff
Monique Ferguson
Catherine Hudon
Jean Macq
Thérèse Van Durme

RMS
EDITIONS

GFSP
Groupe Francophone
de Soins Primaires

Imaginer les soins primaires de demain

La version en libre accès de cette publication a bénéficié du soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique



Dans cet ouvrage, l'utilisation du genre masculin a parfois été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Mise en page: Jennifer Freuler

Illustration de couverture: Mirjana Farkas/mirjanafarkas.com

© 2025

RMS éditions / Médecine et Hygiène

Chemin de la Gravière 16

CH-1225 Chêne-Bourg

www.revmed.ch

editions@medhyg.ch

ISBN papier: 9782880495374

ISBN XML: 9782880495770

ISBN PDF: 9782880495763

DOI:10.53738/REVMED.95763

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons CC BY-NC-ND
(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)



Imaginer les soins primaires de demain

Sous la direction de
Nicolas Senn

Yann Bourgueil
Mylaine Breton
Christine Cohidon
Hector Falcoff
Monique Ferguson
Catherine Hudon
Jean Macq
Thérèse Van Durme

RMS
EDITIONS

GFCSP
Groupe Francophone
de Soins Primaires

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement tous-tes les auteur-trices de ce livre pour leur engagement et l'énergie mise dans la rédaction des différents chapitres. Ces plus de quarante contributeur-trices démontrent que les soins primaires sont un champ de recherche académique bien vivant, en francophonie aussi ! Nous tenons également à remercier les expert-es qui ont investi un temps considérable à revoir tous les chapitres et proposer des changements ayant permis de rendre le livre meilleur. Il s'agit d'un travail de l'ombre essentiel pour garantir la rigueur scientifique de l'ouvrage. Un grand merci à Mirjana Farkas pour la réalisation de la couverture du livre qui a su parfaitement capturer l'esprit du travail et esquisser une maison de santé où l'on aurait envie de travailler. Finalement, nous souhaitons remercier chaleureusement les éditions RMS pour leur soutien inconditionnel à ce projet et surtout Marina Casselyn qui a magnifiquement orchestré l'organisation complexe du livre.

Sommaire

Préface	13
Domhnall MacAuley	

Prologue : Défis d'aujourd'hui pour les soins primaires de demain	17
Nicolas Senn	

Présentation des auteurs	27
---------------------------------	----

Partie 1 : Contexte et mise en perspective

1 – Préambule : une définition des soins primaires	33
---	----

2 – Historique du futur des soins primaires	38
Nicolas Senn et membres du GFSP	

3 – Gouvernance des systèmes de santé : développer les soins primaires ou repenser les systèmes?	54
Stéphanie Monod	

4 – Recherche, innovations et transformations pour un système de soins primaires apprenant	64
Jean-Frédéric Levesque	

5 – Vers une intégration locale des soins primaires et de la santé publique comme réponse aux défis sociaux et environnementaux	80
Nicolas Senn, Christine Cohidon, Stéphanie Monod	

Partie 2 : Six enjeux pour les soins primaires

1 – Dimension sociale et organisation des soins primaires	97
Mylaine Breton, Catherine Lamoureux-Lamarche, Nadia Deville-Stoetzel, Véronique Deslauriers	

2 – Dimension politique des soins primaires	108
Yann Bourgueil, Hector Falcoff	

3 – Intégration des soins : opportunité pour les soins primaires	120
Catherine Hudon, Jean Macq	

4 – Défis environnementaux contemporains en soins primaires	128
Nicolas Senn, Monique Ferguson	
5 – Résilience des services de santé et des soins primaires	139
Thérèse Van Durme, Christine Cohidon	
6 – Santé mentale et soins primaires	151
Christine Cohidon, Yann Bourgueil	

Partie 3 : **Les six enjeux en Belgique, France, Québec et Suisse**

1 – Étude comparative internationale sur les enjeux sociaux, politiques, environnementaux, d'intégration, de résilience et de santé mentale	169
Nicolas Senn, Catherine Lamoureux-Lamarche, Thérèse Van Durme, Mylaine Breton, Jean-Frédéric Lévesque et Christine Cohidon	
2 – Annexe : Développement d'indicateurs qualitatifs sur la base d'un modèle organisationnel afin d'explorer les six enjeux	194

Partie 4 : **Soins primaires de demain :** **éléments de réflexion et pistes concrètes**

La population

1 – Besoins populationnels et disponibilité des données	219
Christine Cohidon	
2 – Surveillance épidémiologique et monitoring des pratiques dans les structures de soins primaires	229
Yolanda Mueller	
3 – Les soins primaires, le coeur d'une organisation territoriale	237
Anne-Sophie Lambert, Béatrice Scholtes, Denis Herbaux, Jean Macq	
4 – L'organisation de l'offre de soins primaires en territoire : une illustration d'une maison médicale en Belgique	248
Jean Macq, Hubert Jamart, Denis Herbaux, Anne-Sophie Lambert, Béatrice Scholtes, Thérèse Van Durme, Jean-Luc Belche	
5 – Intégration des services en soins primaires pour une meilleure justice sociale	257
Gladys Ibanez, Julie Chastang	

Les pratiques en soins primaires

6 – Pour et avec le patient	267
Yves Dario, Bénédicte Gombault	
7 – Promotion de la santé et préventions en soins primaires	273
Stéphanie Pin	
8 – La gestion de cas : une approche de coordination pertinente pour la collaboration interprofessionnelle permettant le déploiement de soins intégrés	280
Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard	
9 – Santé écoresponsable : perspectives générales pour la transformation des soins primaires	289
Ségolène de Rouffignac, Hélène Dispas	
10 – Intégration des enjeux environnementaux en pratique clinique	304
Johanna Sommer, Yves Jackson	
11 – Réflexion autour de l'évaluation relationnelle et réflexive en soins primaires	321
Madeleine Capiou, Jean Macq, Sophie Thunus	

Les professionnels de santé en soins primaires

12 – La collaboration interprofessionnelle	333
Isabelle Gaboury, Elisabeth Martin	
13 – Bien-être des professionnels de soins primaires	343
Christine Cohidon	
14 – Numérique et pratiques professionnelles	352
Jacques Lucas, Brigitte Séroussi	
15 – La formation en soins primaires	361
Aline Ramond-Roquin, Arthur Piraux, Marie-Ève Poitras, Bintou Ouattara, Tiphane Bouchez, Laure Fiquet	
Postface	373
Jacques Cornuz	

Préface

Domhnall MacAuley, MD

Professeur honoraire en soins primaires,
Université de Ulster, Irlande du Nord
Ancien rédacteur en chef pour les soins primaires
pour le *British Medical Journal* et rédacteur en chef adjoint
et consultant pour le *Canadian Medical Association Journal*
Éditeur en chef de *MedicsVoices.com*.

La médecine de famille et les soins primaires sont confrontés à de nombreux défis dans les pays à hauts revenus. En se tournant vers l'avenir, les auteurs d'*Imaginer les soins primaires de demain* adoptent une approche innovante et rafraîchissante qui reflète leurs différentes perspectives internationales.

Issus de pays francophones différents, avec des systèmes de santé et des modèles de soins primaires différents, les auteurs sont unis par une même langue. Cependant, ce n'est pas seulement la langue, mais aussi l'influence francophone qui ajoute une dimension à la fois subtile et importante. Elle permet aux auteurs d'échapper aux limites linguistiques des termes anglocentriques souvent utilisés dans le cadre des systèmes de santé, des services de santé, ainsi que pour les structures qui définissent traditionnellement la nature de la médecine générale. Cela permet de réimaginer les soins primaires en utilisant de nouvelles attitudes, de nouvelles idées, pour une nouvelle vision.

Les soins médicaux ont évolué. Nourris d'un modèle traditionnel de médecine générale fondé sur des soins primaires individuels et continus dispensés par le médecin de famille, nous devons nous demander si ce modèle actuel est viable au 21^e siècle. En effet, l'écart se creuse entre ce que les patients souhaitent et ce qui est possible. Le personnel médical a également changé, la profession s'attendant à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, à davantage de travail à temps partiel, à une diminution des responsabilités 24 heures sur 24. Ces facteurs associés à une pénurie de médecins ont entraîné notamment un clivage entre

les zones urbaines et les zones rurales, ces dernières étant en pénurie de médecins. En effet, la pratique rurale a du mal à trouver des médecins.

La médecine reste une profession de soins, mais n'est toutefois plus considérée comme une vocation qui prime sur la vie personnelle. La médecine elle-même devient de plus en plus sophistiquée, avec un éventail croissant de compétences nécessaires pour fournir des services exhaustifs. « Mon médecin » ne peut plus offrir seul l'expertise nécessaires à cette prise en charge globale de haut niveau.

Comment ces facteurs influenceront-ils l'avenir de la médecine générale et comment la profession doit-elle répondre aux demandes et aux attentes ? Les auteurs tentent de se projeter dans l'avenir et de solutionner certaines des difficultés anticipées.

La médecine générale ne peut être considérée comme une spécialité « isolée du monde ». En effet, la médecine de famille a toujours sa place dans une société affectée de manière dramatique par des facteurs socio-économiques, le racisme, le sexisme et d'autres formes de discrimination. Ce qui est particulièrement frappant, c'est le fossé qui sépare les « autochtones » et les « non-autochtones » en matière d'équité soins de santé, surtout au Canada. De plus, compte tenu des inégalités de santé entre les différentes communautés, il semble évident que nous ne pouvons pas nous attendre à ce que le même modèle soit approprié partout. Que pouvons-nous apprendre des approches novatrices du Québec et de la Belgique, par exemple ? Comment pourrions-nous intégrer la médecine générale à la santé publique ? Comment une approche intersectorielle pourrait-elle contribuer aux soins de santé ?

Les soins primaires sont fragmentés. Si, dans de nombreux pays, les médecins indépendants ont un contact et une relation personnelle avec leurs patients, ce n'est pas le cas partout. Ce n'est peut-être pas là le meilleur modèle pour parvenir à des soins médicaux accessibles à tous. Une forme de soins de santé universels nécessiterait un changement radical du système de santé et une énorme volonté politique. Serait-il possible de reconstruire de tels systèmes ? Comment définirions-nous le rôle et la responsabilité des soins primaires ? Est-il même possible de fournir des soins de santé universels ? Pouvons-nous améliorer le parcours des patients complexes et comment la prévention serait-elle mise en place ? Et qu'en est-il du financement, des systèmes d'information nécessaires et du personnel ? Les soins de santé intégrés posent également d'énormes défis.

Les services de soins intégrés présentent cependant de grands avantages. Ils deviennent toutefois de plus en plus complexes et les patients nécessitent une aide pour coordonner leurs soins. Un médecin de famille ancré dans sa communauté connaît bien les besoins de ses patients, leur environnement, leurs antécédents et le soutien dont ils ont besoin ; nous devons donc créer un système qui intègre cette expertise communautaire. Existe-t-il un modèle qui pourrait nous aider à comprendre comment nous pourrions fournir des soins de santé intégrés ? Le modèle de Valentijn aux différents niveaux – micro, méso et macro – permet de conceptualiser la voie vers les soins de santé intégrés. Cependant, pour développer des soins primaires mieux coordonnés, nous ne pouvons pas nous contenter d'imposer un système ; nous devons plutôt répondre aux points de vue de toutes les parties concernées : professionnels, patients et citoyens.

Les soins de santé font également partie de « l'environnement global ». Nous pouvons voir comment la pollution, le climat et la nature influencent les soins de santé et vice versa, et, plutôt que de considérer cela comme un problème éloigné, nous devons savoir comment les soins primaires s'intègrent dans ce monde, reconnaître notre propre responsabilité et identifier les façons dont les services de santé contribuent à l'impact environnemental. Comment pouvons-nous réduire cet impact et accroître notre sensibilisation aux menaces mondiales ? Nous devons réagir et jouer un rôle.

Le changement est difficile. En même temps que nous travaillons à une transformation, nous devons être conscients des menaces et des limites auxquelles nous sommes confrontés dans la médecine d'aujourd'hui, notamment à une main-d'œuvre en déclin qui doit faire face à une demande croissante. Combien de temps cette situation peut-elle durer ? Les professionnels de la santé parviennent-ils à faire face à cette situation urgente ? Nous devons prendre en compte tous ces aspects aux niveaux personnel, politique et de la santé publique. Nous ne pouvons pas continuer à fournir des services sans fin, nous devons travailler avec d'autres pour partager ce fardeau. Les soins primaires ont montré leur capacité à répondre, mais ces ressources ne sont pas inépuisables.

Ce livre est tourné vers l'avenir. Grâce à ma connaissance directe des soins de santé dans les cultures francophones du Canada, de Suisse et de France, et, indirectement, de Belgique, j'y trouve un grand nombre d'idées passionnantes et novatrices et je me sens privilégié d'avoir été invité à rédiger cette préface. Les auteurs ont profondément réfléchi aux soins primaires et à leur avenir. En général, nous avons tendance à nous tourner vers le

passé pour trouver des solutions : les patients recherchent une vision idéalisée du médecin généraliste traditionnel de leur passé, les médecins eux-mêmes peuvent être réticents au changement et les autorités politiques sont parfois peu enclines à la modernisation. Mais les auteurs de ce livre regardent vers l'avant, les yeux et l'esprit ouverts. Ce livre contient de grandes idées. Voyons-les s'épanouir.

Prologue

Défis d'aujourd'hui pour les soins primaires de demain

Nicolas Senn

*au nom du comité éditorial (Mylaine Breton, Yann Bourgueil,
Christine Cohidon, Hector Falcoff, Monique Fergusson,
Catherine Hudon, Jean Macq et Thérèse Van Durme)*

*« Si tu veux voler, peins un oiseau »,
disait le vieux Desheng.*

Jean-Pierre Siméon, *Le livre des petits
étonnements du sage Tao Li Fu*, 2019



Image: Pharmacie Rustique. Des patients français de premier ordre dans la pharmacie de Michael Schüppach sur le Dorfberg à Langnau (dessin [1774]: G. Locher, gravure [1775]: Bartholomäus Hübner. [domaine public]).

Il y a déjà fort longtemps

Au XVIII^e siècle, le Dr Michael Schüppach exerçait la médecine dans la petite bourgade de Langnau dans le canton de Berne (Suisse). Il était connu dans toute l'Europe pour sa sagacité clinique, sa capacité à diagnostiquer les maladies et à proposer des remèdes adéquats. Goethe lui a même rendu visite en 1779. D'après sa biographie, il fut formé initialement comme « simple » chirurgien (selon le texte) et offrait de nombreux services sous le même toit, à la fois un salon de barbier, un cabinet médico-chirurgical et une pharmacie. On raconte également que pour lui, ce n'étaient pas tellement ses remèdes qui soignaient les gens, mais l'importance qu'il accordait à l'écoute des patients. Nous parlerions de nos jours du « lien thérapeutique » ou de « médecine psychosomatique ». Pour parachever ce tableau un peu idyllique, il portait, toujours selon l'histoire, une attention particulière et bienveillante aux pauvres et indigents de la région. Un système de santé à lui tout seul en quelque sorte, incluant aussi le secteur social. Fait intéressant : bien que très renommé, il ne fut jamais reconnu par ses pairs médecins de l'université de Berne, un barbier-chirurgien n'était pas un médecin à cette époque.

Il fut donc un temps où il était simple de savoir de quoi nous parlions. Il y avait la médecine, les chirurgiens, les apothicaires et les hospices pour héberger les malades. Et même parfois le chirurgien, le médecin, l'apothicaire et l'assistant social ne faisaient qu'un, comme le Dr Schüppach. En même temps, les possibilités thérapeutiques étaient limitées, pouvant être maîtrisées par une seule personne. Puis, avec l'avènement au cours de l'histoire des sciences biomédicales, de la santé publique, des soins et des modèles économiques productivistes au XX^e siècle, la spécialisation a fait son œuvre, avec la création de multiples disciplines et organisations de santé, pour arriver à la situation complexe des systèmes sanitaires que nous connaissons maintenant. La trajectoire des « soins primaires » dans cette généalogie a, en quelque sorte, suivi le trajet inverse. En effet, nous pourrions dire qu'avant l'apparition des spécialités « tout n'était que soins primaires ». Dans ce sens, les soins primaires ne se sont pas créés en « spécialité » de la même manière. Il a fallu constater la nécessité de conserver un socle fort de soins généraux et médicaux accessibles à toute la population pour que les soins primaires soient forcés à se (re)définir. L'événement le plus marquant à ce jour pour affirmer cette nécessité fut certainement la déclaration internationale d'Alma-Ata en 1978 qui esquaissa les contours des soins primaires (ou « soins de santé primaires » si nous nous référons à la traduction littérale de l'anglais, *Primary Health Care*). Cette vision très récente du développement des soins primaires, surtout dans les pays

occidentaux, ne doit pas occulter le fait que les préoccupations de santé communautaire remontent à beaucoup plus longtemps. Il y a eu notamment la conférence de Bandoeng en 1937 en Indonésie, considérée comme l'une des premières pierres de « l'hygiène rurale », et qui mènera à Alma-Ata, un demi-siècle plus tard. Il est néanmoins intéressant de conserver à l'esprit que ces développements sont fortement imprégnés d'une vision occidentale du monde, la conférence indonésienne ayant été voulue par les puissances coloniales de l'époque. Les soins primaires tels que nous les connaissons actuellement trouvent cependant leurs racines dans ces premiers développements.

Comme nous le constatons, les soins primaires ne se sont donc pas définis « en creux » comme on pourrait le penser par rapport aux autres disciplines (c'est-à-dire que les soins primaires se définiraient par tout ce que les autres disciplines ne sont pas), mais bien plutôt par la nécessité impérative de maintenir un accès à des soins globaux et continus de qualité, à un coût abordable pour la société et à même de garantir la meilleure santé possible à tout un chacun.

L'illusion (et l'inintérêt) d'un consensus universel sur les définitions

Cette évolution historique complexe dans le temps et l'espace peut expliquer, en partie, le foisonnement de terminologies : soins primaires, soins de premiers recours, soins de première ligne, soins de proximité, soins premiers... ; avec, à chaque fois, un cortège de définitions semblables mais toujours un peu différentes. Ces nuances peuvent certes être importantes, mais sont en réalité le reflet de contextes de pratiques, économiques, géographiques ou culturels différents. À une époque valorisant une normativité importante des concepts, il semble paradoxalement nécessaire, voire impératif, de réapprendre à vivre avec une diversité sémantique de concepts et de définitions afin de préserver toute la richesse et la variété des contextes d'utilisation et de pratique des soins primaires. Par ailleurs, la recherche perpétuelle d'un consensus sur une définition universelle, ainsi que l'étiquette unique qui l'accompagnerait, semble non seulement vaine, mais également sans intérêt et source d'appauvrissement. Il est certes nécessaire de se comprendre, de savoir dans quel univers nous travaillons. Nous avons besoin de points de repère et de valeurs communes, mais aussi de respect et d'ouverture d'esprit. Comme l'écrivait très justement, et dans un tout autre domaine, Murray Bookchin, penseur de

l'écologie sociale: « La capacité d'un écosystème à maintenir son intégrité ne dépend pas de l'uniformité du milieu, mais bien de sa diversité. »

Dans le cadre de cet ouvrage, et après d'intenses discussions au sein de notre groupe de réflexion, nous avons développé une définition « opérationnelle » générale des soins primaires, qui n'a d'autre ambition que d'éclairer cet ouvrage, sans prétention de prééminence sur d'autres définitions existantes. La voici :

« Les soins primaires constituent un premier niveau de soins accessibles à tous et permettant de répondre à une majorité des besoins individuels de santé de chacun au sein de la population. Ils s'inscrivent dans un partenariat durable à long terme avec les personnes (malades et non malades) et s'exercent dans le contexte de la famille, de la communauté et de l'environnement naturel et bâti. Ils sont délivrés par des prestataires de soins de santé généralistes, médicaux, paramédicaux et sociaux, idéalement travaillant en équipe ou en réseaux de soins et partageant en général un même lieu. Ceux-ci participent à la santé d'une population sur un territoire donné, notamment par leur rôle dans la promotion de la santé et la prévention. »

Pourquoi ce livre ?

Dans le sillage de l'émergence des soins primaires comme un secteur à part entière des systèmes de santé, et comme discuté dans le chapitre 1.2 (rapport historique), de nombreux rapports, livres et publications ont exploré les soins primaires et leur futur, et ont essayé de dessiner les contours de son organisation. Fait intéressant, la grande majorité de ces écrits gravite autour des fonctions fondamentales des soins primaires décrites notamment avec minutie par Barbara Starfield il y a plus de quarante ans : accès, coordination, globalité des services ou longitudinalité des suivis. Moins fréquemment, les analyses sur les soins primaires, tout du moins dans les pays à haut revenu, se penchent sur les défis sociétaux présents et à venir en essayant d'esquisser les potentiels rôles des acteurs·trices de soins primaires, les risques encourus ou les changements organisationnels que cela pourrait nécessiter. C'est dans cette perspective que ce livre a été pensé, en quelque sorte afin de *placer les soins primaires au cœur d'une réflexion globale sur les problèmes sociétaux contemporains*.

Le Groupe francophone de soins primaires (GFSP) a vu le jour en 2019 à l'occasion de la réunion d'une poignée d'experts académiques en soins primaires de France, Belgique, Québec et Suisse de différents horizons

(chercheur-euses, acteurs-trices de terrain ou spécialistes en santé publique) qui partageaient une vision commune des soins primaires et surtout partageaient l'envie de travailler ensemble et apprendre les uns des autres. De ce petit groupe est née l'idée de ce livre. De nombreuses réunions en ligne, puis une rencontre de tous les membres du comité éditorial à Orford au Québec en 2022 nous a permis d'identifier les grands enjeux pour les soins primaires de demain. Nous aurions pu en imaginer de nombreux, mais ceux qui nous semblaient les plus pertinents sont au nombre de six. Quatre concernent la société dans son ensemble, mais peuvent se décliner en soins primaires : la durabilité, la santé mentale, les enjeux sociaux et la politique (au sens large, mais aussi professionnelle). Deux autres sont plus spécifiques aux soins primaires : la résilience des soins primaires et l'intégration des services en soins primaires.

De quoi parle ce livre ?

Ce livre a été construit autour des six enjeux décrits précédemment. Ils sont détaillés dans des chapitres spécifiques (Partie 2). Pourquoi aborder ces enjeux spécifiquement ? Si nous restons centrés sur les caractéristiques traditionnelles des soins primaires (ex, accès, coordination...), ce qui est le contenu habituel de la majorité des ouvrages sur les soins primaires, nous risquons de passer à côté d'autres éléments fondamentaux qui conditionnent fortement la pratique des soins primaires. Et de ce fait, nous réduisons notre potentiel à fournir des soins de qualité à la population. Par exemple, la question politique est très importante, mais souvent négligée dans les analyses de système. Elle est par ailleurs très influencée par des intérêts corporatistes. Il s'agit le plus souvent d'un corps professionnel unique (la plupart du temps les médecins) qui parle « au nom » des soins primaires. Il est en effet très rare de voir les professionnels de soins primaires (médecins, infirmier-ères, assistant-es sociaux-ales, etc.) parler d'une seule voix au niveau politique. Il y a pourtant là un véritable enjeu pour les professionnels eux-mêmes à investir pleinement ce champ politique pour défendre des valeurs communes pour la santé de la population (sans négliger bien sûr leurs propres intérêts et bien-être). La pandémie de Covid-19 nous a également appris que les soins primaires étaient sous-mobilisés dans des missions de santé publique, que cela soit par négligence des autorités de gouvernance, par déficit de capacité des structures de soins primaires ou par manque de vision des acteurs-trices de soins primaires eux-mêmes quant à leur rôle de garants de la santé de la population. Tout cela relève non seulement d'un enjeu politique, mais également

d'une question d'intégration des services (notamment de santé publique et de soins primaires) et de résilience des soins primaires (et tout le système par la même occasion).

Un autre aspect pratiquement absent de toutes les discussions, rapports, ou organes de prospective des soins primaires (et pourtant pour lequel une littérature scientifique existe) est la question de la durabilité, notamment environnementale. Il s'agit là d'intégrer le défi majeur que posent et vont poser de façon croissante les dégradations environnementales, le changement climatique, la raréfaction des ressources (naturelles et matérielles) et l'instabilité croissante des sociétés (mêmes occidentales). Les soins primaires ont, ou devraient avoir, un rôle central à jouer dans ces crises contemporaines. Tout d'abord en adoptant des pratiques à faible impact environnemental. Ensuite, en étant le moteur d'un changement épistémologique dans la perception des liens entre la santé et l'environnement, c'est-à-dire de l'interdépendance de la santé humaine avec celle des écosystèmes. Enfin, les soins primaires devraient se considérer comme une réponse *en tant que telle* au nécessaire changement de paradigme pour des systèmes de santé « débiomédicalisés », plus orientés sur la communauté et intégrant des pratiques fortes de prévention, de promotion de la santé et de considération des déterminants socio-environnementaux de la santé.

La question de la santé mentale a aussi son importance. En effet, cette question dépasse largement l'approche spécialisée psychiatrique, mais revêt une importance majeure au niveau sociétal, notamment du fait que les plaintes à caractère « psychologique », sans diagnostic psychiatrique précis, mais nécessitant une prise en charge adéquate « à bas seuil » (jargon détestable, mais explicite), sont des causes fréquentes de consultations en soins primaires.

Il pourrait nous être reproché de ne pas aborder d'autres enjeux tout aussi importants pour les soins primaires. Nous pouvons penser à la digitalisation, l'arrivée en force de l'intelligence artificielle, la gouvernance des systèmes de santé, les systèmes apprenants, la place des « patients partenaires » ou les conflits armés. Il est évident que ce sont également des thèmes d'importance pour les soins primaires. Ils ne sont pas oubliés pour autant. En première partie du livre, deux chapitres aborderont ces questions beaucoup plus prospectives et très enrichissantes pour nos réflexions. Ces sujets étant par ailleurs très présents médiatiquement, d'autres auteurs-trices se chargeront, à n'en pas douter, de proposer une réflexion poussée les concernant.

Afin d'ancrer tous ces enjeux dans la réalité concrète de terrain, il nous a semblé également indispensable de confronter ces six enjeux à la situation dans les quatre pays/régions francophones représentés par les différents éditeurs·trices et auteurs·trices de ce livre. En effet, nous avons cherché à savoir comment ces enjeux étaient abordés en France, Belgique, Suisse et au Québec. Pour ce faire, nous avons développé, au travers d'une méthode classique en recherche sur les services de santé, plus d'une trentaine d'indicateurs de nature qualitative afin de caractériser ces enjeux. Leur développement est le fruit d'intenses discussions entre les éditeurs·trices et auteurs·trices de ce livre. Ils ont été ensuite renseignés par des expert·es scientifiques des différents pays sur un mode consensuel (avec trois modalités de réponses générales : oui, absolument ; en partie ; pas du tout). Par exemple, sur le plan de l'intégration, trouve-t-on des différences entre les pays favorisant structurellement l'interprofessionnalité ? Pour le juger, une affirmation, « Dans votre pays ou région, il existe des mécanismes formels qui reconnaissent, financent et soutiennent les soins primaires en tant que tels, notamment en favorisant des fonctionnements pluriprofessionnels », a été proposée pour positionnement aux experts. Ou bien afin de savoir si les aspects sociaux font partie intégrante des soins primaires, l'affirmation qui l'explore est : « Dans votre pays, les assistant·es sociaux·ales sont généralement intégré·es aux équipes de soins primaires. » Ce travail très exploratoire a eu l'intérêt de mettre en perspective des similitudes et des différences entre les pays, et d'y déceler des sources d'inspiration pour développer de nouvelles approches. Le chapitre 2 expose ces différents indicateurs, accompagné d'une brève analyse comparative. On y trouve également un descriptif du fonctionnement des soins primaires dans ces quatre pays/régions « en un clin d'œil », ce qui fait aussi émerger les faits saillants de chaque système de soins primaires.

Finalement, ce livre ne serait rien sans un ancrage important dans des éléments d'opérationnalisation et le récit d'expériences de terrain, publiés dans la littérature scientifique actuelle – souvent peu connue – des différents domaines. En effet, il s'agit également d'esquisser des éléments de réponses à des questions plus concrètes : Comment mieux implanter une vision territoriale des soins primaires ? Quelles pistes pour développer l'interprofessionnalité ? Comment rendre plus durables nos activités de soins primaires ? Ou encore comment intégrer des aspects de prévention et de promotion de la santé en soins primaires ? Ce sont les questions auxquelles s'attellent les quelque 15 derniers chapitres de ce livre. Souvent écrite à plusieurs mains par des auteurs·trices expert·es scientifiques de ces différents domaines, cette partie du livre (la plus grande !) viendra donner

de la profondeur et de l'inspiration à ceux et celles qui souhaiteraient développer de nouvelles approches des soins primaires. Si certain-es trouveront les thèmes traités allant de soi, d'autres seront peut-être surpris par des approches peu conventionnelles, comme la question de la mesure de la qualité. Faut-il rester dans un cadre normatif d'indicateurs? Ou au contraire envisager une approche plus qualitative de la qualité? Ce sera aux lecteurs-trices d'en juger!

Vers de nouveaux modèles de soins primaires. La nécessité d'une transformation

Parmi les émulations du moment dans les soins primaires, se trouve le développement de nouveaux modèles de soins (nous parlons souvent de « Maisons de santé »). Par là, nous entendons la conceptualisation de nouvelles façons d'organiser et de délivrer des soins primaires. Ces nouveaux modèles poursuivent en général comme objectifs principaux l'amélioration de l'accès aux services de santé, la diversité et la qualité des soins proposés à la population. Ils visent également à améliorer l'interface avec d'autres secteurs de la société (social, urbanisme, environnemental...). Ils mobilisent en général des approches interprofessionnelles, des outils de communication et différentes modalités innovantes de financement. Les groupes de médecine de famille au Québec, les maisons médicales en Belgique, les maisons pluriprofessionnelles en France ou les *community-oriented primary care practices* en Angleterre ne sont que quelques exemples issus de ces réflexions. Parfois, ces évolutions se font plus discrètement, plus localement, comme en Suisse, avec l'adaptation de cabinets de médecine générale existants ou d'autres structures, nées de la volonté d'une poignée de professionnel·les de terrain de transformer leurs pratiques.

Si une abondante littérature consensuelle existe sur la nécessité de changer de modèle, les recettes appliquées peuvent être cependant très différentes d'un contexte à l'autre. Par ailleurs, les preuves de changements concrets dans l'amélioration des soins délivrés et de l'impact sur la santé des personnes restent relativement peu étayées. Ceci s'explique certainement par la difficulté d'évaluer de telles interventions, complexes par nature. Mais il est également possible que ces changements ne prennent la forme que de « simples ajustements » des pratiques plus que des transformations en profondeur du système de santé. Il est en effet fréquent que le passage d'une théorie ambitieuse à une pratique réellement transformée

ne se passe pas vraiment, ou alors les interventions ne sont simplement pas d'une ampleur suffisante. Les freins sont multiples, et c'est certainement dans les six enjeux décrits de ce livre que résident de nombreuses barrières au changement. Mais c'est également dans ce livre que l'on trouvera quelques ingrédients pour développer de nouveaux modèles de soins !

À qui s'adresse ce livre ?

Nous pensons que transformer les soins primaires à l'aune des enjeux décrits dans ce livre doit se voir et se vivre de différentes perspectives, de différents environnements, en s'écartant de la caricaturale binarité du *bottom up vs top down* (resté sans traduction en français). De ce fait, ce livre, écrit par des expert-es scientifiques reconnu-es du domaine et issu-es de différentes universités francophones, se destine autant aux professionnel·les de santé qui souhaitent repenser leurs propres pratiques qu'aux acteurs·trices politiques désireux·ses d'empoigner sérieusement la réforme du système de santé en pariant sur des soins primaires forts ou enfin à nourrir une recherche visant d'autres ambitions que les usuels ajustements. Dans cette perspective, il s'adresse également aux chercheurs·euses en santé publique et systèmes de santé, afin d'offrir une synthèse actuelle des connaissances scientifiques de ces dimensions des soins primaires et esquisser ainsi de nouvelles pistes de recherche pour la transformation des services de recherche.

In fine

L'idée de ce livre est de prendre un peu les chemins de traverses et d'explorer les soins primaires autrement, différemment qu'à travers les ouvrages de références « classiques », partant d'enjeux importants, mais souvent négligés, afin de penser un autre système de santé dans lequel des soins primaires revisités trouveront un élan nouveau. Ce livre se veut également une invitation à la créativité des acteurs·trices de la santé et des chercheurs·euses sur l'organisation des services de santé. Peut-être n'y trouveront-ils pas leur bonheur, mais juste quelques pistes pour imaginer une nouvelle vision et une nouvelle pratique des soins primaires. Ce sera déjà ça.

Présentation des auteur·trices

BELCHE Jean-Luc – Médecin généraliste, Professeur au Département de médecine générale, Université de Liège Belgique

BOUCHEZ Tiphanie – Médecin généraliste et maîtresse de conférences des universités, Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, RETINES, EUR HEALTHY, Université Côte d'Azur, France

BOURGUEIL Yann – Médecin spécialiste de santé publique, expert de santé publique au Département des patients et des pathologies chroniques à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, membre du comité exécutif de la chaire santé de Sciences Po Paris. Chercheur associé à l'équipe de recherche Préventions, organisations et parcours en soins primaires, Paris, France

BRETON Mylaine – Professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

CAPIAU Madeleine – Infirmière, doctorante, Institut de recherche santé et société, Assistante d'enseignement, Faculté de santé publique, UCLouvain, Bruxelles, Belgique

CHASTANG Julie – Maître de conférences – Membre du Département de médecine générale, Faculté de santé Sorbonne université, Paris, France

CHOUINARD Maud-Christine – Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Canada

COHIDON Christine – Médecin de santé publique, Privat-docent, Responsable de secteur, Secteur recherche sur l'organisation des services de santé en médecine de famille, Département de médecine de famille, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

DARIO Yves – Coordinateur de projet senior, Fondation Roi Baudouin, Fonds Dr Daniel De Coninck, Belgique

DE ROUFFIGNAC Ségolène – Médecin généraliste et chercheuse-enseignante, Centre Académique de Médecine Générale, Faculté de médecine et médecine dentaire, Bruxelles, Belgique

DESLAURIERS Véronique – Coordinatrice de recherche, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

DEVILLE-STOETZEL Nadia – Stagiaire post-doctorale, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

DISPAS Hélène – Médecin généraliste, membre du réseau de chercheurs associés d'Etopia asbl (Centre d'étude et d'animations sur l'écologie politique), Bruxelles, Belgique

FALCOFF Hector – Médecin généraliste, ancien Professeur associé de médecine générale (Université Paris Descartes), coordinateur de SFTG Recherche, chercheur associé au Laboratoire d'Informatique Médicale et Ingénierie des Connaissances (LIMICS), Paris, France

FERGUSON Monique – Responsable de projets, Brusano, Recherches et Communication, Bruxelles, Belgique

FIQUET Laure – Professeure associée au Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Rennes, Unité de recherche POPS (Préventions, organisations et parcours en soins primaires), France

GABOURY Isabelle – Professeure, Directrice de la recherche, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

GOMBAULT Bénédicte – Coordinatrice de projet senior, Fondation Roi Baudouin, Fonds Dr Daniel De Coninck, Belgique

HERBAUX Denis – Directeur de la Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des Services de santé, Institute for Interdisciplinary Innovation in healthcare, Université Libre de Bruxelles, Belgique

HUDON Catherine – Professeure, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

IBANEZ Gladys – Professeure, Directrice du Département de Médecine générale, faculté de santé Sorbonne université, Paris, France

JACKSON Yves – Médecin responsable de l'Unité de médecine et de soins dans la communauté, Hôpitaux Universitaires de Genève - Professeur assistant, Faculté de médecine, Université de Genève, Suisse

JAMART HUBERT – Médecin généraliste, Doctorant, Département universitaire de médecine générale, Unité de recherche soins primaires et santé, Université de Liège, Belgique

LAMBERT Anne-Sophie – Chercheuse post-doctorante, Institut de Recherche Santé et Société, Université Catholique de Louvain, Belgique

LAMOUREUX-LAMARCHE Catherine – Coordinatrice de recherche, Université de Sherbrooke – Centre de Recherche Charles-Le Moyne (CRCLM), Longueuil, Canada

LEVESQUE Jean-Frederic – Professeur Adjoint, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales, Sydney, Australie

LUCAS Jacques – Ancien Président de l'Agence du Numérique en Santé, Paris, France; ancien Premier Vice-Président et Délégué général au numérique, Conseil National de l'Ordre des Médecins, Paris, France

MACQ Jean – Professeur, Institut de Recherche Santé et Société, Faculté de Santé Publique, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

MARTIN Elisabeth – Doctorante, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

MONOD Stéphanie – Professeure, Cocheffe du Département d'épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

MUELLER Yolanda – Privat-docent, Médecin de santé publique, Département de médecine de famille, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

OUATTARA Bintou – Cheffe de clinique au Département universitaire de médecine générale, Faculté de santé, Université d'Angers, France

PIN Stéphanie – Cheffe du Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

PIRAUX Arthur – Maître de conférences en pratiques officinales, POPS (Préventions, organisations et parcours en soins primaires), Faculté de santé, Université d'Angers, France

POITRAS Marie-Ève – Infirmière PhD. Professeure agrégée. Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de

Sherbrooke, Saguenay, Québec, Canada. Titulaire Chaire CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires.

RAMOND-ROQUIN Aline – Professeure au Département de médecine générale, Directrice de l'Unité de recherche POPS (Préventions, organisations et parcours en soins primaires), Faculté de santé, Université d'Angers, France

SCHOLTES BEATRICE – Chercheuse post-doctorante au Département de Médecine Générale de l'Université de Liège, Belgique

SENN Nicolas – Professeur et médecin chef du Département de médecine de famille, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique & Université de Lausanne, Lausanne, Suisse

SEROUSSI Brigitte – Professeur des Universités, praticien hospitalier à Sorbonne Université Paris Nord, INSERM, Laboratoire d'Informatique, Médicale et d'Ingénierie des connaissances en e-Santé, LIMICS, Paris, France; AP-HP, Hôpital Tenon, Paris, France; Délégation ministérielle au Numérique en Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention, Paris, France

SOMMER Johanna – Professeure titulaire, Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, responsable du cursus santé planétaire, faculté de Médecine de Genève, FMH médecine interne générale, Suisse

THUNUS Sophie – Professeure de management des services de santé, Faculté de santé publique, Institut de recherche santé et société, UCLouvain, Bruxelles, Belgique

VAN DURME Thérèse – Professeure à la Faculté de Santé Publique, Chercheuse qualifiée à l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) de l'Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

Partie 1 : Contexte et mise en perspective

1.1 Préambule : une définition des soins primaires

Nicolas Senn

De multiples définitions coexistent et sont souvent comprises ou interprétées de façon différente. Dans le cadre de cet ouvrage, il importait de trouver une définition opérationnelle qui permette d'être assez précise afin de décrire au mieux les concepts explorés tout en préservant une vision synthétique de ce que sont les soins primaires.

La définition retenue a été élaborée sur des concepts existants, notamment ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Institute of Medicine (IOM). Elle a été élaborée par le comité de rédaction de l'ouvrage.

Il est important de mentionner que des domaines ou concepts connexes existent dans certains pays, mais qu'ils sont parfois utilisés autrement. Parmi ceux-ci, citons les soins de première ligne, les soins de premier recours, les soins de santé primaires ou les soins premiers. La compréhension de ces termes est fortement liée au contexte culturel du pays ou de la région concernée, et il n'est par conséquent pas possible d'établir des correspondances et une définition générale et unique. Dans le contexte de cet ouvrage, le comité éditorial a jugé que l'appellation « soins primaires » était la plus universellement admise dans les différents pays francophones (même s'il s'agit d'une traduction littérale de l'anglais) et la seule pour laquelle il est possible d'élaborer une définition consensuelle.

Définition proposée

« Les soins primaires constituent un premier niveau de soins accessibles à toutes et tous et permettant de répondre à une majorité des besoins individuels de santé de chacune et chacun au sein de la population. Ils s'inscrivent dans un partenariat durable à long terme avec les personnes (malades et non malades) et s'exercent dans le contexte de la famille, de la communauté et de l'environnement naturel et bâti. Ils sont délivrés par des prestataires de soins de santé généralistes, médicaux, paramédicaux et sociaux, idéalement travaillant en équipe ou en réseaux de soins et partageant en général un même lieu. Ceux-ci participent à la santé d'une population sur un territoire donné, notamment par leur rôle dans la promotion de la santé et la prévention. »

Compléments à la définition

Soins

Par « soins », nous comprenons les multiples activités et fonctions réalisées en soins primaires par les différent·es professionnel·les des domaines médicaux, paracliniques ou sociaux visant à apporter un bénéfice aux individus en termes de santé et/ou de bien-être dans les dimensions physiques, sociales, psychologiques et éventuellement spirituelles. Cela comprend par exemple les consultations, la prescription d'examens et d'investigations, la prescription de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, la réalisation d'interventions mineures, l'émission d'avis et de recommandations, la provision d'information, l'éducation thérapeutique ou la coordination entre professionnel·les. Concernant les soins sociaux, ils sont essentiellement centrés sur la prise en charge des déterminants sociaux de la santé des individus (par exemple, faire le lien avec les services sociaux pour le logement, le chômage ou identifier les personnes en situation d'isolement social).

Besoins individuels

Les besoins individuels en santé sont ceux ressentis par les personnes (les poussant à consulter, par exemple) ou identifiés par les professionnel·les de soins primaires dans les multiples dimensions énoncées dans la définition (physique, psychologique ou social).

Partenariat durable

Le partenariat s'inscrit dans la perspective d'une « responsabilité populationnelle ». Les soins peuvent être ponctuels ou continus. Par ailleurs, le partenariat peut être formel (listes de patient·es) ou très informel (le·la patient·e sait qui est son médecin, son cabinet, sa maison médicale, et inversement pour les soignant·es).

Les professionnels

Il est difficile de nommer explicitement les différents professionnels entrant dans la définition des soins primaires, notamment du fait que d'un pays à l'autre, les rôles et activités des professionnel·les partageant la même « étiquette professionnelle » peuvent varier considérablement. Par exemple, les soins de santé sociaux sont parfois assumés par des infirmier·ères et parfois par des assistant·es sociaux·ales. Dans certaines

structures, les infirmier·ères de pratique avancées (IPS) fournissent des soins médicaux (diagnostiquer, prescrire), ailleurs pas. Il semble dès lors plus judicieux de nommer les « grands domaines d'activités et de rôles » qui constituent le socle professionnel des soins primaires. Ce socle se compose de trois domaines : soins de santé médicaux, paramédicaux et sociaux. Cette approche par domaine à l'immense avantage de favoriser les approches interprofessionnelles affranchies des silos professionnels. Parmi les professionnel·les, on retrouve notamment les médecins, les infirmier·ères, les kinésithérapeutes/physiothérapeutes, les assistant·es sociaux·ales, les ergothérapeutes, les pharmacien·nes, les assistant·es médicaux·ales.

Colocation (unité de lieu)

L'unité de lieu est une notion importante en soins primaires. En effet, l'ancrage fort dans les communautés locales des soins primaires rend indispensable que les équipes de soins puissent se connaître et échanger régulièrement concernant tant la prise en charge des patients que le fonctionnement de la structure. Ceci relève de la continuité globale des soins, dimension importante des soins primaires.

Quelques définitions courantes des soins primaires dans la littérature

1) Selon l'**OMS** les soins primaires représentent :

« Le premier niveau de contacts des individus avec le système national de santé. »

En complément, selon le rapport de 2008¹, l'OMS précise :

- accent sur les besoins sanitaires ;
- relation personnelle durable ;
- soins complets, continus et centrés sur la personne ;
- responsabilité de la santé de tous au sein de la collectivité et pendant toute la vie ; responsabilité de tenir compte des déterminants de la mauvaise santé ;
- les gens sont partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité.

2) Selon un document de T. McLean et al. citant les travaux sur les définitions de J. Haggerty², les soins primaires (*Primary Care*) font partie

intégrante des soins de santé primaires (*Primary Health Care*) et peuvent être résumés en anglais ainsi :

« ... primary care is the first level of contact of individuals and families with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work. Primary care constitutes the first element of a continuing health care process that may also include the provision of timely and appropriate secondary and tertiary levels of care... ».

Traduction en français: « ... Les soins primaires sont le premier niveau de contact des individus et des familles avec le système de santé national, rapprochant les soins de santé le plus possible du lieu de vie et de travail des personnes. Les soins primaires constituent le premier élément d'un processus continu de soins de santé qui peut également inclure la prestation de soins secondaires et tertiaires appropriés et en temps opportun... »

3) Selon l'**OCDE**, les soins primaires sont définis de façon très similaire, en mettant peut-être plus l'accent sur l'aspect interprofessionnel (www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm):

« Primary care is defined as the first level of contact for the population with the health care system, bringing health care as close as possible to where people live and work. It addresses the main health problems in the community, providing preventive, curative and rehabilitative services. Primary care goes beyond services provided by primary care physicians to encompass other health professionals such as nurses, pharmacists, auxiliaries, and community health workers. »

Traduction en français: « Les soins primaires sont définis comme le premier niveau de contact de la population avec le système de soins de santé, rapprochant les soins de santé le plus près possible du lieu de vie et de travail des gens. Ils s'attaquent aux principaux problèmes de santé de la communauté, en fournissant des services préventifs, curatifs et de réadaptation. Les soins primaires vont au-delà des services fournis par les médecins de soins primaires et englobent d'autres professionnels de la santé tels que les infirmier·ères, les pharmaciennes, les auxiliaires et les agents de santé communautaires. »

4) Pour l'**Institute of Medicine (IOM)**³:

« Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community. »

Traduction en français: « Les soins primaires sont la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles par des cliniciens chargés de répondre à une grande majorité des besoins personnels en matière de soins de santé, de développer un partenariat durable avec les patient-es et d'exercer dans le contexte de la famille et de la communauté. »

Références bibliographiques

1. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care – now more than ever. 14 octobre 2008.
2. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):336-44.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in América. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

1.2 Historique du futur des soins primaires

Nicolas Senn

Yann Bourgeuil, Catherine Hudon, Mylaine Breton,
Hector Falcoff, Christine Cohidon, Thérèse Van Durme,
Jean Macq, Monique Ferguson

« L'urgence impose un mode de production répétitif et standardisé, où la création n'a pas sa place. »

Bouton C, *Le Temps de l'urgence*, p. 181.

Les soins primaires (SP) se sont fortement développés sur le plan théorique et conceptuel depuis plus de cinquante ans ainsi que les prestations qui se sont largement étendues. Toutefois, peu de réformes nécessaires à leur déploiement ont pu être menées à leur terme. Par ailleurs, les enjeux pour les SP peuvent être considérés de deux natures différentes interdépendantes : 1) les enjeux relatifs directement à la santé de la population, en quelque sorte « les problèmes à affronter » (par exemple vieillissement, maladies infectieuses) et 2) les enjeux de nature organisationnelle des services de santé (par exemple coordination des soins, interprofessionnalité). Si certains enjeux sont récurrents et font l'objet de nombreux travaux, d'autres restent peu abordés. Nous avons identifié pour ce travail six enjeux qui nous semblent primordiaux : la dimension sociale et l'organisation des soins, la dimension politique des soins primaires, l'intégration des soins, les défis environnementaux et contemporains en soins primaires, la résilience des services de santé et des soins primaires, la santé mentale et soins primaires. Par ailleurs, la majorité des travaux scientifiques, recommandations ou livres abordant la question des enjeux pour les soins primaires l'aborde souvent de façon globale et homogène sans tenir compte de la grande diversité d'initiatives locales naissant parfois spontanément pour affronter ces enjeux. Cette approche globale laisse ainsi à penser que les changements doivent se faire à une échelle macroscopique et structurelle du système. Or nous pensons qu'il existe un interstice dans lequel les professionnels de santé se glissent parfois, faisant preuve d'une remarquable créativité pour imaginer de nouveaux modèles d'organisation de soins primaires à échelle humaine « micro » (un quartier, une ville...). Ces initiatives passent souvent sous le radar des travaux scientifiques à

l'exception parfois de certains travaux de type recherche-action ou de projets pilotes. Dans ce chapitre, nous décrirons d'où vient le « futur des soins primaires », pourquoi parler de six enjeux en particulier et quelle perspective ce livre souhaite adopter.

Bref historique du développement des SP

La prise de conscience de l'importance des soins primaires (SP) pour la santé de la population n'est pas nouvelle. Par ailleurs, depuis l'Antiquité, il est reconnu que la santé des communautés dépend entre autres de la préservation d'un environnement sain¹. Par la suite, les modèles d'assurances mutualisées ont eu pour objectif, depuis la fin du XIX^e siècle, de préserver la santé du plus grand nombre. Plus récemment, une des premières pierres fondatrices d'importance a été la déclaration d'Alma-Ata en 1978² qui, bien que globale, montrait la détermination des signataires à renforcer les systèmes de santé en développant les soins de santé primaires (SP). Cette initiative fut précédée d'autres mouvements plus locaux comme les barefoot doctors en Chine³. Prévention, promotion de la santé et préservation d'un environnement sain (social, physique, naturel, etc.) jumelées à des soins curatifs sont au cœur des valeurs des SP. Ils viennent en ce sens apporter une juste mesure aux développements « cornucopiens¹ » de la médecine contemporaine. Dès les années 1960, les États-Unis, qui présentaient déjà un système de santé très fragmenté, réalisaient cette importance avec de multiples rapports⁴⁻⁶ qui aboutiront à la création en 1969 de la médecine de famille comme spécialité à part entière, ceci afin de compenser la surspécialisation des soins et de mieux reconnaître les enjeux communautaires de la santé. En Europe, le mouvement a été plus hétérogène, notamment du fait de la grande diversité des systèmes d'assurances sociales des pays (mais qui reconnaissent dans l'ensemble que la santé est un droit fondamental), même si certains pays comme les Pays-Bas, les pays scandinaves ou le Royaume-Uni ont initié des réformes substantielles afin de renforcer les SP⁷. La déclaration d'Alma-Ata fut réaffirmée à de nombreuses reprises, dans la charte d'Ottawa en 1986⁸, dans le rapport de l'OMS en 2008 (« Des soins de santé primaires, maintenant plus que jamais⁹ ») ou plus récemment la reformulation d'Alma-Ata en 2018 sous la forme de la déclaration d'Astana¹⁰. Notons finalement qu'à ses débuts dans les années 1970, l'Association mondiale pour la médecine de famille (WONCA) fut également un moteur important de promotion de la réorientation du système de santé vers les SP.

Dérivant principalement de ces impulsions politiques, de nombreux rapports et recherches suivirent, souvent à l'échelon des pays avec de

fréquentes comparaisons internationales, afin de caractériser les SP, leur organisation, leur performance ou de définir des éléments de réformes. Sur le plan de la recherche, les travaux de Barbara Starfield restent parmi les plus marquants et ont fortement influencé la façon de décrire les SP et leur performance¹¹⁻¹⁵. L'accent a surtout été mis sur la description de l'accès, des soins centrés sur la personne, de la coordination, de l'exhaustivité des services et de la qualité des soins du point de vue du système de santé.

Dans cette perspective, de nombreuses publications ont proposé des recommandations, souvent destinées aux décideurs politiques, afin de mener des réformes allant dans le sens du renforcement des SP dans les axes précédemment décrits (accès, etc.)^{16,17}. Cependant, nombre de ces recommandations n'ont jamais été implantées et les réformes ambitieuses nécessaires jamais ou partiellement menées. C'est le constat fait par exemple aux États-Unis suite au rapport de l'Institute of Medicine publié en 1996¹⁸. Certains pays ont certainement été plus loin comme le Royaume-Uni qui a su transformer en profondeur le fonctionnement des SP et des modèles organisationnels¹⁹. Mais même dans cette situation, les effets sur la santé populationnelle ont été difficiles à mesurer directement^{20,21}.

Une récente publication aux États-Unis a exploré les pistes pour implanter des SP de haute qualité et leur constat est sans appel. Malgré des réformes, malheureusement très partiellement mises en œuvre dans la réalité, les ressources allouées aux SP restent très faibles et ne représentent que 5 % des dépenses de santé alors que les SP représentent 35 % des visites de soins aux États-Unis¹⁸. Il est par ailleurs clair que les activités de SP sont globalement moins coûteuses que celles dans les spécialités, des SP forts (axés sur la prévention et la promotion de la santé) peuvent en plus diminuer le recours secondaire aux soins spécialisés (et donc le recours à des prises en charge onéreuses).

Dans les pays de l'OCDE, la moyenne est à peine plus élevée car elle ne représente que 6,6 % des dépenses, mais avec de grandes différences entre les pays. Par exemple, cette proportion représente 9,2 % en Belgique et seulement 4,9 % en Suisse²². De façon très intéressante, on observe que dans ces mêmes pays, une part parfois non négligeable des SP est prodiguée par des spécialistes (accès direct au gynécologue ou au psychiatre qui officient parfois avec la double casquette de spécialiste et de médecin de premier recours), comme en Suisse où cette part représente 49 % (moyenne OCDE : 15 %). On peut probablement postuler que fournir des soins de base généraux au travers de soins spécialisés ne peut pas être considéré comme une organisation optimale du système (à l'exception

de quelques spécialités relevant des soins de base comme la pédiatrie ou la kinésithérapie). Autre signal alarmant, aux États-Unis, de 2002 à 2016, alors que les dépenses totales de santé ont doublé, la part totale des dépenses pour les SP est passée de 6,5 % du total en 2002 à 5,4 % en 2016 pour une augmentation nette d'environ 50 % des dépenses²³.

L'immense majorité des réformes proposées vise des modifications structurelles du système, comme des adaptations législatives ou des modifications de modalités de financement (visant essentiellement une réduction des coûts du système de santé). Mais là aussi, les efforts sont très disparates d'un pays à l'autre. Par exemple, certains pays ont mis en place des stratégies afin de développer les ressources humaines de soignants des SP tandis que d'autres n'ont encore rien entrepris²⁴. En bref, on retrouve parmi les incitations la promotion du travail en équipes interprofessionnelles en maison de santé, l'intégration de parcours de soins pour des populations cibles (par exemple, le diabète) ou la mise à disposition de données de santé populationnelles. Ces développements n'ont cependant pas été mis en place de façon homogène dans tous les pays.

Les chiffres à disposition actuellement montrent souvent une réduction du nombre de médecins de famille par rapport aux spécialistes, comme en Angleterre où la proportion est passée de 35 à 26 % en vingt ans²⁵. La situation est similaire dans la plupart des pays occidentaux. Certes, il est important de noter que cette baisse est en partie compensée par l'émergence dans le même laps de temps de nouveaux modèles de soins interprofessionnels, certainement un des développements les plus significatifs en SP, même si très inégal selon les pays¹⁸.

Par ailleurs, la «démédicalisation» relative des SP (moins de médecins généralistes, parfois accompagnée de l'arrivée d'autres soignants) tient probablement également au fait que des progrès technologiques médicaux ont «forcé» les médecins à se surspécialiser en abandonnant la médecine générale. Au rang des autres avancées significatives, il y a également l'arrivée des nouvelles technologies (par exemple, dossier électronique du patient, ultrason portable) et, selon certains auteurs, une meilleure prise en compte dans la prise en charge de certains déterminants sociaux de la santé¹⁸.

À titre d'exemple, le tableau 1 illustre le type de propositions que l'on retrouve dans un grand nombre de publications pour renforcer les SP. L'objectif n'est pas de juger objectivement si ces éléments ont été réalisés, mais la marge de progression reste certainement importante.

Tableau 1. Un exemple des pistes à suivre... il y a vingt ans¹⁶

1) Les soins organisés autour des besoins des patients
2) Le but des SP est de délivrer des soins de haute qualité documentés par des résultats mesurables
3) L'information et les systèmes d'information sont la colonne vertébrale des processus de SP
4) Les systèmes de santé actuels doivent être reconstruits
5) Le système de financement des soins de santé doit soutenir des pratiques de SP de haute qualité
6) La formation en SP doit être revitalisée avec un accent particulier mis sur les nouveaux modèles de soins et réalisée sur les lieux délivrant des SP de haute qualité
7) La valeur de la pratique des SP doit être constamment améliorée, documentée et communiquée

Un autre aspect central des réformes des SP est la question du rôle du médecin généraliste (ou médecin de famille) et par conséquent celui d'autres soignants comme les pharmacien·nes, psychologues ou les infirmier·ères dans ces nouveaux modèles de soins, voire de professionnels non soignants (assistants sociaux...). En effet, de plus en plus de publications mettent l'accent sur le changement de paradigme que représentent les réformes nécessaires des SP pour les médecins et les autres professionnels. Comme le soulignent Bergeron et al., pour que les réformes soient réellement effectives, il est primordial que les SP ne s'articulent plus exclusivement autour du médecin généraliste, mais clairement autour d'équipe de SP²⁶. Un autre aspect est qu'il est de plus en plus évident que le système de rémunération à l'acte du médecin généraliste en particulier et des autres prestataires en général est un frein au déploiement de SP de qualité¹⁸. Dès lors, ces différents acteurs, mais surtout les médecins, jouent un rôle politique crucial dans les réformes que ce soit comme facilitateurs... ou comme opposants.

Nous l'avons vu, les réformes touchent essentiellement le niveau macroscopique du système, ce qui est cohérent, car ce sont bien entendu les aspects structuraux du système qui définissent en grande partie les modèles de soins au niveau local. Il y a cependant certainement une marge de créativité pour les professionnels de terrain, en collaboration avec les communautés locales, sur les modalités organisationnelles de la structure

de soins qui permettraient à la fois de répondre aux besoins en santé des patients et de la population locale.

Le tableau 2 présente quelques définitions classiques des SP qui se rejoignent sur beaucoup de points.

Tableau 2. Quelques définitions des soins primaires

Selon l'OMS, les soins primaires représentent (cité par Bergeron et al., 2021): « le premier niveau de contact des individus avec le système national de santé »
Selon un document de T. McLean et al., les soins primaires (Primary Care) font partie intégrante des soins de santé primaires (Primary Health Care) et peuvent être résumés en anglais ainsi: « ... primary care is the first level of contact of individuals and families with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work. Primary care constitutes the first element of a continuing health care process that may also include the provision of timely and appropriate secondary and tertiary levels of care... ». <i>(Traduction en français: « ... les soins primaires sont le premier niveau de contact des individus et des familles avec le système de santé national, rapprochant les soins de santé le plus possible du lieu de vie et de travail des personnes. Les soins primaires constituent le premier élément d'un processus continu de soins de santé qui peut également inclure la prestation de soins secondaires et tertiaires appropriés et en temps opportun... »).</i>
Selon l'OCDE, les soins primaires sont définis de façon très similaire, en mettant peut-être plus l'accent sur l'aspect interprofessionnel: « Primary care is defined as the first level of contact for the population with the health care system, bringing health care as close as possible to where people live and work. It addresses the main health problems in the community, providing preventive, curative and rehabilitative services. Primary care goes beyond services provided by primary care physicians to encompass other health professionals such as nurses, pharmacists, auxiliaries, and community health workers » (www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm). <i>(Traduction en français: « Les soins primaires sont définis comme le premier niveau de contact de la population avec le système de soins de santé, rapprochant les soins de santé le plus près possible du lieu de vie et de travail des gens. Ils s'attaquent aux principaux problèmes de santé de la communauté, en fournissant des services préventifs, curatifs et de réadaptation. Les soins primaires vont au-delà des services fournis par les médecins de soins primaires et englobent d'autres professionnels de la santé tels que les infirmières, les pharmaciens, les auxiliaires et les agents de santé communautaires. »)</i>

Dans le contexte de cet ouvrage, la définition suivante a été adoptée par les responsables éditoriaux : « Les soins primaires constituent un premier niveau de soins accessibles à tous et permettant de répondre à une majorité des besoins individuels de santé de chacun au sein de la population. Ils s'inscrivent dans un partenariat durable à long terme avec les personnes (malades et non malades) et s'exercent dans le contexte de la famille, de la communauté et de l'environnement naturel et bâti. Ils sont délivrés par des prestataires de soins de santé généralistes, médicaux, paramédicaux et sociaux, idéalement travaillant en équipe ou en réseaux de soins et partageant en général un même lieu. Ceux-ci participent à la santé d'une population sur un territoire donné, notamment par leur rôle dans la promotion de la santé et la prévention. »

Plus de détails sur cette définition sont apportés dans le chapitre 1.1 (Pré-ambule).

Les enjeux de santé pour la population et l'organisation des SP

Dans le cadre des nombreux ouvrages parus sur l'organisation des SP dans leur ensemble et parfois des structures de SP elles-mêmes, les enjeux sont souvent exposés de deux perspectives différentes, parfois complémentaires. Il y a d'un côté la perspective des besoins et dynamiques populationnels ou des patients, et de l'autre celle des aspects organisationnels, souvent des processus, propres aux SP.

Pour les besoins de la population figurent en général les problèmes fréquents de santé (maladies infectieuses, traumatismes, etc.), le suivi des maladies chroniques ou les actes de prévention individuelle (par exemple, vaccination, dépistage des cancers, promotion de la santé) ou encore le vieillissement de la population.

Concernant les aspects organisationnels propres aux SP, on retrouve les éléments d'organisation qui favorisent l'accès, la coordination, la continuité des soins, la globalité des services, les modalités de rémunération ou le travail en équipe. Ces différents aspects se réfèrent très largement à des cadres conceptuels existants depuis plus de vingt ans comme le *Chronic Care Model* de Wagner ou les travaux de Barbara Starfield^{27,28}. Par ailleurs, il est important de noter que ces enjeux peuvent souvent se décliner soit à un niveau global du système de santé, soit de façon plus locale au niveau de l'organisation des structures de SP elles-mêmes comme les

cabinets et les maisons de santé. Pour ce livre, nous nous intéresserons essentiellement au deuxième aspect, local. Par ailleurs, il est important de mentionner que certaines initiatives comme le *triple aim* (meilleurs soins, meilleure santé et réduction des coûts) puis le *quadruple aim* (incluant en plus la santé des soignant-es) et finalement le *quintuple aim* (addition de l'équité) ont essayé d'apporter une touche transversale aux différents enjeux du système, mais en restant très globales et peu concrètes sur la façon de relever les défis de l'avenir, notamment au niveau local²⁹.

Au-delà des aspects assez classiques et déjà très souvent abordés dans la littérature, certains enjeux de santé continuent de représenter (ou vont à l'avenir s'accroître, en pensant notamment aux fortes dégradations environnementales ou aux déterminants sociaux de la santé) des défis importants pour la santé des populations. Ils sont cependant peu évoqués dans le cadre spécifique de l'organisation des structures de SP ou alors, s'ils sont régulièrement évoqués, ils restent des défis majeurs dans leur mise en œuvre dans les modèles de soins. Ces enjeux sont de nature globale, souvent sans attachement à des pathologies spécifiques et, comme nous l'avons vu plus haut, en lien directement avec la santé des populations ou plus de nature organisationnelle.

Lors de travaux préparatoires pour ce livre, **six enjeux « négligés » ont été retenus**. Cette sélection s'est faite au cours de discussions itératives parmi une dizaine d'experts en SP, membres du Groupe francophone de soins primaires (www.gfisp.org). Même s'ils sont abordés de façon séquentielle pour plus de commodité, il est évident que des liens étroits existent entre la majorité d'entre eux comme nous le verrons.

Il y a d'abord la **dimension sociale des SP**. En effet, l'orientation encore fortement biomédicale des soins fournis en SP, notamment du fait de la prépondérance des médecins dans les structures, a toujours limité une réelle intégration des déterminants sociaux de la santé. Considérer la dimension sociale des soins implique de penser des modèles de soins adaptés, notamment pourvus de professionnels compétents, pour y répondre. Cette dimension est fortement liée à des attributs fondamentaux des SP que sont les soins axés sur les objectifs de vie de la personne combinés à une approche de santé communautaire, l'accès, la coordination des soins avec des services liés aux déterminants sociaux de la santé, ou l'équité.

Nous commençons seulement à réaliser à quel point **notre relation à l'environnement naturel influence notre santé**. Que cela soit directement par la pollution, l'augmentation des pollens et des maladies infectieuses du fait du réchauffement climatique, ou plus indirectement en dégradant

massivement les écosystèmes, voire au travers de l'impact environnemental du système de santé lui-même³⁰. L'avenir de la santé humaine devra nécessairement compter avec de nouvelles variables : les pics de canicule, les problèmes de nutrition, les maladies émergentes ou l'écoanxiété³¹. Même s'il reste encore passablement d'inconnues sur la manière d'intégrer ces composantes dans l'organisation des structures de soins, il est certain qu'il faudra compter avec³².

Les problématiques de santé mentale, partie intégrante de la santé « holistique » et fortement interconnectée à la santé physique, méritent également une attention particulière. En effet, la psychiatrie dite communautaire reste le parent pauvre de la psychiatrie au profit d'une psychiatrie fortement individualisée, pratiquée dans le secteur libéral et aux fortes inégalités sociales d'accès. À l'opposé, les pathologies fréquentes (notamment les troubles anxio-dépressifs), invalidantes et parfois sévères ne disposent que de ressources limitées pour leur prise en charge, alors qu'elles sont parmi les problèmes les plus fréquents en SP. Qui plus est, la gouvernance et les financements des services de santé mentale sont souvent dissociés des services de SP. Une meilleure intégration de la prise en charge des pathologies mentales en SP pourrait en effet permettre un rééquilibrage des forces entre SP (où sont les patients) et spécialistes (où sont les forces de travail), une meilleure prise en charge de patients, et finalement contribuer significativement à la santé de la population dans leur contexte.

Ensuite, **la dimension politique des SP** joue un rôle important dans le développement des SP mais n'est que rarement abordée (du moins explicitement) dans les réformes. En effet, on considère souvent la politique au niveau structurel, définissant les « règles du jeu » (modalités financières, organisation macroscopique...). Il y a cependant aussi d'autres enjeux de nature politique qui ont leur importance notamment en termes de gouvernance (leadership, accompagnement de l'innovation, allocation des ressources, priorisation des modèles). Par exemple, les sociétés professionnelles (notamment médicales) ou encore syndicales, les politiques culturelles (accès aux manifestations), ou des mouvements citoyens (c'est-à-dire associations de patients) jouent un rôle essentiel dans la détermination de l'organisation des structures de soins. En étant par exemple attachées à des modalités de rémunération à l'acte, les organisations médicales empêchent souvent l'émergence de nouveau modèle de soins. McCauley *et al.* le mentionnent sans équivoque dans un ouvrage récent : « Il est essentiel de passer d'une rémunération du médecin à l'acte à une

rémunération par équipe pour des prises en charge globales¹⁸.» Finalement, la dimension politique des SP se joue parfois aussi au niveau local si on pense au rôle de plaider que les professionnels peuvent être amenés à endosser comme à celui des patients et des communautés locales.

Un des grands enjeux à venir pour la santé de la population et des SP est **la résilience (ou adaptation)**. On entend par là la capacité à s'adapter, « à faire avec », ou simplement à résister aux pressions. Il est nécessaire de rappeler que nos systèmes de santé, à l'image de nos sociétés probablement, sont conçus pour réagir (traitements aigus) et non pour prévenir/anticiper « les chocs »³³. En effet, comment le système, les structures de soins, les professionnels de santé ou les patients vont-ils pouvoir faire face aux menaces de plus en plus nombreuses pour la santé, aux conditions de travail difficiles, aux ressources (y compris en soignants) limitées, aux possibilités techniques de soins de plus en plus importantes mais de moins en moins atteignables par la majorité ? Ces questions sont importantes et peuvent avoir un grand impact sur l'organisation des structures de SP qui deviennent souvent le réceptacle de demandes contradictoires qu'il s'agit alors de réguler.

Finalement, un enjeu crucial, qui découle en quelque sorte de ce qui précède et qui inclut de multiples dimensions organisationnelles (interprofessionnelle, inter-organisationnelle, dimensions de santé publique...), est **l'intégration en SP**, au niveau local, mais également dans toutes les politiques à l'image de la perspective *health in all policies*³⁴. En effet, avoir la conscience d'une responsabilité populationnelle locale, organiser des actions de santé publique, travailler en équipe, penser en termes de parcours et de territoires (bassins) de vie, avec des parcours de soins, plus que de maladies, ou caractériser les besoins des patients, sont actuellement des activités largement négligées au niveau des pratiques mais qui pourtant peuvent faire une grande différence dans la réduction du fardeau de morbidité du système de santé.

Le choix de ces six enjeux paraîtra arbitraire à certains. Mais s'ils sont déjà proprement abordés, il paraît raisonnable de penser que l'impact sur la façon de concevoir l'organisation des SP et surtout de leurs structures peut être important.

La **figure 1** essaie de résumer les enjeux principaux. De façon schématique, il est possible de répartir, comme nous l'avons vu, ces enjeux en deux groupes : 1) les enjeux relatifs directement à la santé de la population, en quelque sorte « les problèmes à affronter » ou les « données de départ » (par exemple, vieillissement, maladies infectieuses) et 2) les enjeux de nature organisationnelle

des services de santé (par exemple, coordination des soins, interprofessionnalité). Il est évident que les enjeux de nature organisationnelle influencent (ou devraient influencer!) la santé de la population. Cet apport est cependant modeste, sachant que les services de santé ne contribuent que pour 15 à 20% (dans le meilleur des cas) de la santé des personnes, le restant étant lié aux conditions de vie, au patrimoine génétique ou encore au statut socio-économique. La manière dont on aborde ces deux groupes d'enjeux est également différente: d'un côté il s'agit d'identifier les problèmes de santé à affronter et de l'autre il est question de mettre en œuvre des modalités organisationnelles à même d'améliorer les prises en charge. La **figure 1** représente de façon simplifiée les différents enjeux pour les SP. En vert sont présentés les enjeux qui seront traités dans cet ouvrage. Les autres enjeux mentionnés en gris, dont la liste est naturellement non exhaustive, sont ceux fréquemment retrouvés dans la littérature.

En dernier lieu, et comme précédemment évoqué, il est important de réaliser que ces différents enjeux ne sont pas isolés les uns des autres, mais sont au contraire fortement interconnectés, à la fois par les sujets qu'ils couvrent que par l'impact sur la réorganisation des structures qu'ils nécessitent (cf. **tableau 3**).

Figure 1 : Cartographie des enjeux importants pour les SP (en bleu, les enjeux traités dans ce livre)

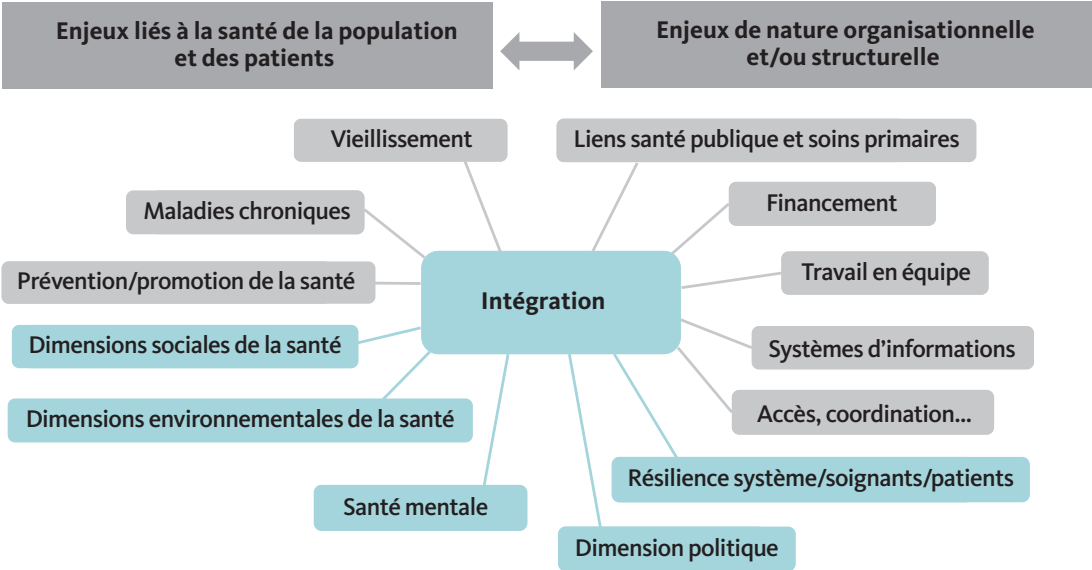


Tableau 3 : Intégration et interrelations entre les différents enjeux

	Les dimensions sociales des soins primaires	La dimension politique des soins primaires	L'intégration en soins primaires	Environnement, santé et soins primaires	La résilience du système, des soignants et des patients (<i>empowerment...</i>)	La santé mentale en soins primaires
Les dimensions sociales des soins primaires			X	XX	X	
La dimension politique des soins primaires			X	X	XX	
L'intégration en soins primaires				X	XX	X
Environnement, santé et soins primaires					XX	X
La résilience du système, des soignants et des patients (<i>empowerment...</i>)						X
La santé mentale en soins primaires						

L'importance des modèles d'organisation de SP innovants

Souvent, dans la littérature scientifique, les modèles organisationnels des structures de soins (au niveau local) sont décrits implicitement comme devant être relativement homogènes et largement définis par le cadre structurel imposé par le système de santé. Il y a souvent peu d'espace laissé aux acteurs eux-mêmes pour créer de nouveaux modèles de soins, autre que de s'occuper des aspects opérationnels de l'organisation du travail ou du suivi de la qualité¹⁸. Or, la réalité du terrain est souvent différente et montre que des innovations, parfois importantes, peuvent en émerger sans toucher au cadre structurel (législatif, financier, etc.). Cet aspect est relativement peu évoqué dans la littérature scientifique et il semble dès lors important de

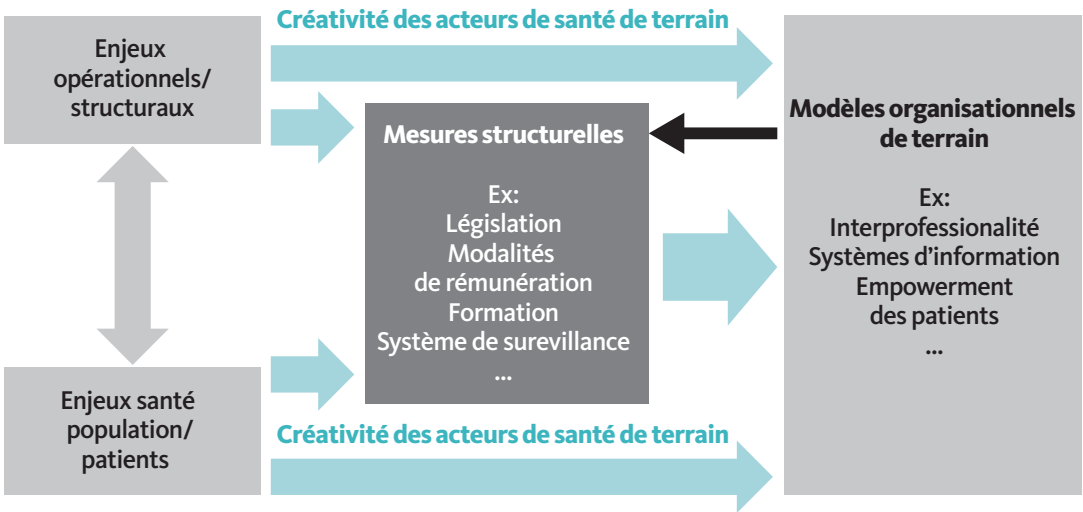
susciter également la créativité des acteurs de terrain eux-mêmes. Les deux approches, structurelles et locales, sont nécessairement complémentaires.

Il ne va bien sûr pas de soi d'être créatif, quand on est soignant, surchargé par les tâches quotidiennes du soin. De surcroît, cela demande de bien comprendre les rouages du système de santé et de travailler avec des experts du système de santé. Et finalement, cela demande d'avoir des valeurs, une vision de ce que doivent être les SP. Il semble dès lors crucial d'explorer les modèles novateurs qui marchent et respectent les valeurs fondamentales des SP, ainsi que d'exposer les éléments clés pour développer une structure de soins à même de répondre aux enjeux précédemment cités.

Dans ce contexte, le cadre imposé par le système de santé peut servir autant comme frein que comme stimulant à la créativité.

La **figure 2** tente de résumer les liens entre enjeux, mesures structurelles, modèles organisationnels et rôle des acteurs de terrain.

Figure 2 : Schéma de l'articulation entre enjeux de santé et organisationnels, mesures structurelles et modèles organisationnels



Comme nous l'avons vu, de nombreux livres, rapports, articles scientifiques ont été écrits sur les meilleures façons de développer les SP de demain. Plus rarement ont été décrites les structures de soins innovantes (et les éléments de conception) à un niveau micro. Et finalement, certains enjeux restent

encore peu abordés dans une perspective de l'organisation des structures de SP. C'est pour éclairer ces enjeux « négligés » que nous avons cru bon de rédiger cet ouvrage, pour donner des pistes nouvelles de réflexion afin de repenser les SP contemporains.

Références bibliographiques

4. Gaille M. Santé et environnement. Philosophies ed. PUF, editor 2018.
5. Declaration of Alma-Ata 1978. Disponible sur : www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
6. Zhang D, Unschuld PU. China's barefoot doctor: past, present, and future. *Lancet* 2008;372(9653):1865-7.
7. Association AM. Citizens Commission on Graduate Medical Education. Chicago: The graduate education of physicians; 1966.
8. Services NCoCH. Health is a community affair: Report of the National Commission on Community Health Services. Cambridge: MA; 1967.
9. Association) AAM. *Ad Hoc* Committee on Education for Family Practice, and Council on Medical Education. Meeting the challenge of family practice (also known as the "Willard Report"). Chicago: IL; 1966.
10. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Rev Fr Aff Soc* 2010; 1(3):11-20.
11. Deschamps JP. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Hegel* 2017;2(2):105-6.
12. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever; 2008.
13. WHO. Déclaration d'Astana; 2018.
14. Starfield B. The future of primary care in a managed care era. *Int J Health Serv* 1997;27(4):687-96.
15. Starfield B. Primary care: Balancing Health Needs, Services and Technologies. New York: Oxford University Press; 1998.
16. Starfield B. Primary care reform in contemporary health care systems. *Implementing Primary Care Reform: Barriers and Facilitators* 2004:151-64.
17. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report* 2012. *Gac Sanit* 2012;26(Suppl 1): 20-6.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
19. Showstack J, Anderson Rothman A, Hassmiller SB. *The Future of Primary Care*. Jossey-Bass; 2004.
20. Wilson R, Short S, Dorland J. *Implementing Primary Care Reform Barriers and Facilitators*. *Studies SoP*; 2004.
21. McCauley L, Phillips RJ, Meisner M, Robinson SK. *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care*. Sciences NAO; 2021.

22. Dowswell G, Harrison S, Wright J. The early days of primary care groups: general practitioners' perceptions. *Health Soc Care Community* 2002;10(1):46-54.
23. Campbell SM, Kontopantelis E, Reeves D, et al. Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 and 2007. *Ann Fam Med* 2010;8(6):499-506.
24. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2008;6(3):228-34.
25. Expenditure on primary health care. Disponible sur : www.oecd-ilibrary.org/sites/co5odd46-en/index.html?itemId=/content/component/co5odd46-en.
26. Martin S, Phillips RL Jr, Petterson S, Levin Z, Bazemore AW. Primary Care Spending in the United States, 2002-2016. *JAMA Intern Med* 2020;180(7):1019-20.
27. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care; 2020.
28. Commission PCW. The future of primary care, Creating teams for tomorrow; 2017.
29. Bergeron H, Moyal A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. Presses de Sciences Po 2019; 76 p.
30. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74(4):511-44.
31. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-65.
32. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12(6):573-6.
33. Romanello M, McGushin A, Di Napoli C, et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *Lancet* 2021.
34. Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet* 2021;397(10269):129-70.
35. André H, Gonzalez Holguera J, Depoux A, et al. Talking about Climate Change and Environmental Degradation with Patients in Primary Care: A Cross-Sectional Survey on Knowledge, Potential Domains of Action and Points of View of General Practitioners. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(8):4901.
36. Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. © World Health

- Organization 2020 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies); 2020.
37. Levesque JF, Breton M, Senn N, et al. The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. *Public Health Rev* 2013;35(1):14.

1.3 Gouvernance des systèmes de santé : développer les soins primaires ou repenser les systèmes ?

Stéphanie Monod

Introduction

Les soins primaires (*cf.* 1. Préambule, pour la définition du livre) sont souvent considérés comme des sous-chapitres des systèmes de santé et sont définis, dans les grands référentiels stratégiques de l'OMS, comme les garants des fonctions essentielles que sont l'accessibilité, l'approche globale, la continuité et la coordination des services centrés sur la personne¹. Même s'il est clairement identifié qu'ils constituent la pierre angulaire de systèmes de santé efficaces, centrés sur les personnes et équitables, et qu'ils permettent d'améliorer les résultats de santé et réduire des dépenses inutiles, ils restent encore trop souvent marginaux dans les investissements consentis par les États². Dans le dernier rapport de l'OCDE *Health at a Glance*^{3,4}, les dépenses allouées dans ce secteur représentaient en moyenne 13 % des dépenses totales de santé, allant de 8 % pour la Suisse à près de 20 % en Slovaquie et Estonie. Un chiffre stable ces dernières années. Ce chapitre retrace brièvement l'évolution de nos systèmes occidentaux et discute, à partir du plaidoyer en faveur des soins primaires, les orientations que pourrait prendre le débat sur le renfort de ce secteur et la transformation des systèmes de santé.

Bref retour sur l'évolution de nos systèmes de santé

C'est au cours du XIX^e siècle que s'ancre la construction des systèmes de soins modernes. L'État met progressivement en place des formes de protection sociale face aux risques financiers liés aux aléas de la vie : le chômage, la vieillesse, la maladie ou l'accident. Cette étape marque la formalisation des liens entre des individus, des professionnels de soins et un État qui, lui-même ou via des assurances sociales, assure une première forme d'accès aux soins. Les États endossent ainsi, dès le début du dernier siècle, une double responsabilité : celle de continuer de développer la santé publique pour protéger la santé des populations et celle d'encadrer

le développement d'un système de soins qui s'organise autour des médecins et des hôpitaux principalement.

À partir de là, les systèmes occidentaux vont vivre une croissance spectaculaire qui les mènera à une forme de point de rupture. Le siècle sera marqué par la puissance médicale, les promesses et l'émergence d'un vaste marché. La médecine s'approprie la question de la santé en plaçant l'individu et ses organes au centre des préoccupations et en le dissociant de la population et de l'environnement dans lesquels il vit. La recherche se concentre dans les hôpitaux qui deviennent des hauts lieux de légitimité, au point de monopoliser le discours sur la santé. Les succès de la médecine sont spectaculaires entraînant une croissance de l'espérance de vie et contribuant au développement économique de sociétés qui, en retour, attendent encore davantage de promesses. Dans ce contexte, la dimension collective d'hygiène publique s'affaiblit et le rôle d'État dans ce domaine est minimisé.

Dans une société qui aspire de plus en plus au confort et à une santé moderne, on consent ainsi à un investissement massif pour porter cette médecine toute puissante et salvatrice. La figure 1 illustre l'évolution des dépenses de santé rapportées au PIB dans différents pays occidentaux et cette forte accélération à partir des années 1960. On assiste ainsi au cours du siècle à des transferts de légitimité et on passe progressivement des soins globaux (issus de traditions diverses) vers la biomédecine qui s'hyperspécialise; du collectif vers l'individu; de la communauté vers l'institutionnel hospitalier; du pouvoir d'État vers le pouvoir médical; et d'un système social vers un marché.

Le long plaidoyer des soins primaires

Plusieurs courants tenteront de contenir ou d'équilibrer les développements de la biomédecine avec ceux de la santé publique. Des tentatives de repositionnement vont avoir lieu au cours du siècle dernier. Parmi elles figure la grande déclaration d'Alma-Ata en 1978⁵ qui replace l'importance cruciale des soins de santé primaires pour le développement de systèmes de santé efficaces et accessibles. Plus récemment, face à l'énorme pression sur les systèmes de santé que constituent le vieillissement démographique, la croissance des maladies chroniques et des inégalités sociales de santé, les soins primaires apparaissent comme le canot de sauvetage des organisations de santé mises sous tension. En 2015, l'OMS publie un rapport⁶ dans lequel les auteurs soutiennent que les systèmes dotés d'un

haut niveau de soins primaires maîtrisent mieux les coûts et obtiennent de meilleurs résultats en matière de santé que les autres. En 2020, un *policy brief* de l'OCDE⁷ plaide fortement pour les soins primaires avec la création de nouveaux modèles de soins, la mise en place d'incitatifs financiers, une plus grande place à donner aux patients (*self care*, autogestion, partenariat) et l'interprofessionnalité.

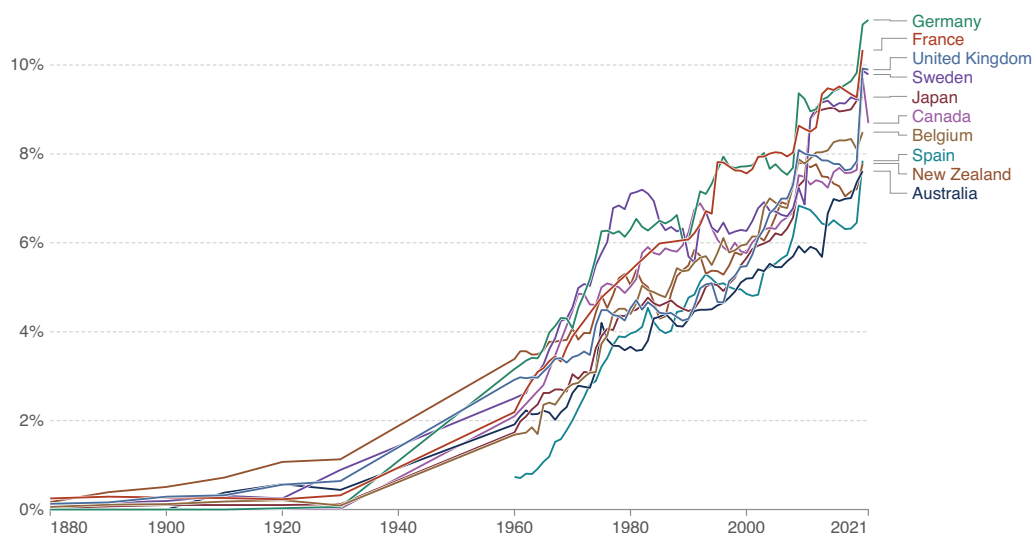
Dans le rapport *Building Primary Care in a Changing Europe*⁶ (2015), on relève que le déploiement des soins primaires reste très hétérogène et que leur maturité est liée aux trois dimensions suivantes : 1) la gouvernance (vision et stratégie gouvernementales explicites ; réglementations favorables) ; 2) le financement (conditions de financement favorables avec éléments incitatifs) ; et 3) le soutien aux professionnels des soins primaires (formation et développement, soutien aux associations professionnelles). Les résultats montrent que certains États ont développé de véritables sous-systèmes, facilitant l'accès aux soins et développant les

Figure 1 : Évolution des dépenses de santé en pourcent du PIB 1880-2021.

Government health expenditure as a share of GDP, 1880 to 2021



This metric captures spending on government funded health care systems and social health insurance, as well as compulsory health insurance.

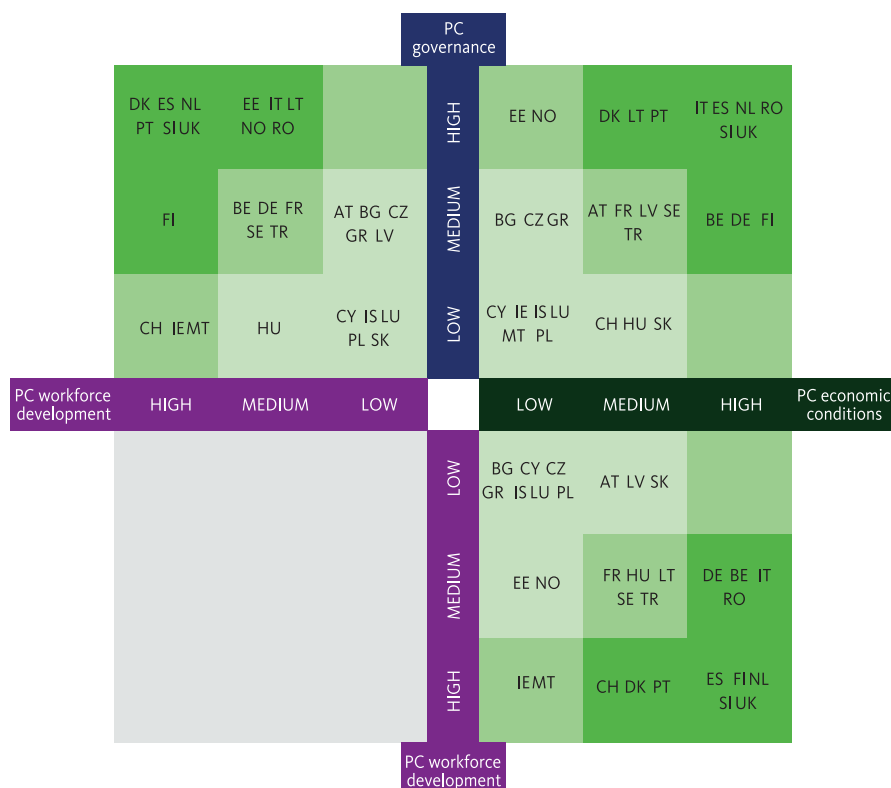


Data source: Our World In Data based on Lindert (1994), OECD (1993), OECD Stat OurWorldinData.org/financing-healthcare | CC BY

Note: Health spending includes final consumption of health care goods and services (i.e. current health expenditure). This excludes spending on capital investments.

soins coordonnés. C'est le cas notamment de pays qui se sont dotés d'une solide gouvernance comme le Danemark, l'Espagne, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, la Slovénie et le Royaume-Uni (figure 2).

Figure 2 : Conditions de développement des soins primaires en Europe.
Issu de *Building Primary Care in a Changing Europe*.



© World Health Organization 2015

Key: AT – Austria; BE – Belgium; BG – Bulgaria; CH – Switzerland; CY – Cyprus; CZ – Czech Rep.; DE – Germany; DK – Denmark; EE – Estonia; ES – Spain; FI – Finland; FR – France; GR – Greece; HU – Hungary; IE – Ireland; IS – Iceland; IT – Italy; LT – Lithuania; LU – Luxembourg; LV – Latvia; MT – Malta; NL – Netherlands; NO – Norway; PL – Poland; PT – Portugal; RO – Romania; SE – Sweden; SI – Slovenia; SK – Slovakia; TR – Turkey; UK – United Kingdom.

Toutefois, malgré les évidences de plus en plus affirmées, le développement des soins primaires reste lent dans bon nombre de pays et il fait

l'objet de nombreux freins ou blocages. Quelques hypothèses peuvent être discutées.

Au niveau de la gouvernance des systèmes de santé, cela a été mentionné, les pays avec une vision stratégique forte pour la santé, intégrant les dimensions de promotion de santé, de prévention et de soins et développant des politiques intégrées et multisectorielles, sont naturellement orientés vers le développement des soins primaires, comme garants indispensables à la survie et l'efficacité du système⁸. *A contrario*, dans des pays dans lesquels la croissance et le développement du système de santé se sont principalement faits autour du marché des soins, on souffre d'une plus grande fragmentation du système et il est plus difficile pour les gouvernements de développer les soins primaires et réaliser une intégration des différents niveaux de soins⁹. Le développement des soins primaires doit donc s'intégrer dans une gouvernance globale du système de santé qui soit ambitieuse, avec une bonne capacité de décentralisation des services¹⁰.

Au niveau du leadership professionnel, il paraît clair que le développement des soins primaires ne peut se faire sans être porté par les acteurs de soins de première ligne (médecins et soignants en particulier). Cela implique un engagement fort pour légitimer, au sein même de la profession médicale, l'expertise spécifique et le rôle clé de ces professionnels (cf. 2.2 Dimension politique des soins primaires). Il faut donc des leaders, des chercheurs et des praticiens engagés qui puissent, au sein du corps médical, se décaler d'une vision hospitalo-centrée vers une vision des soins dans la communauté et plus intégrés. Or, la corporation des soins de première ligne se cherche encore souvent en termes d'identité et oscille entre rester dans la corporation médicale historique, largement tenue par les professionnels hospitaliers et les spécialistes, et s'autonomiser en une force politique propre, davantage interprofessionnelle.

Enfin, au niveau de l'éducation des professionnels de santé et notamment des médecins, on souffre encore d'un système de formation qui continue de survaloriser au cours des études médicales et infirmières une médecine aiguë, très technique et spécialisée au détriment de la santé publique et des soins de première ligne, plus globaux et perméables à d'autres domaines comme ceux du social et de l'environnement. Il est ainsi difficile de faire ensuite émerger un changement de culture. Rééquilibrer, dans les curriculums, le rapport santé et soins et celui entre spécialités et généralisme est donc une étape indispensable à la construction de nouveaux modèles de soins et ceux-ci devraient être largement pensés en interprofessionnalité.

Seulement, ces curriculums sont souvent élaborés en vase clos et dans un entre-soi qui souffre peu de débat.

Face à des défis gigantesques, repenser les systèmes

Nos systèmes de santé conçus et développés au cours du siècle passé et dont le modèle est déjà sous tension doivent affronter des défis absolument inédits¹¹. Citons le vieillissement rapide de la population et la croissance des inégalités de santé, la souffrance des professionnels de santé et les pénuries massives, la croissance des coûts non maîtrisable, le défi climatique ou encore l'imprévisibilité de l'intelligence artificielle.

Il semble illusoire de penser qu'une simple adaptation des systèmes, avec un renfort partiel des soins primaires ou des offensives de formation de professionnels, puisse être suffisante¹². L'horizon 2040-2050 laisse supposer dans la plupart des pays européens une très forte croissance des besoins de soins avec notamment un doublement des cas de démence^{13,14}. Sans un profond changement des priorités en termes de trajectoires de soins, les patients vont de plus en plus être exclus des systèmes institutionnels qui ne seront plus en capacité de les accueillir. Les États n'échapperont pas à des arbitrages dans le secteur sanitaire, au grand risque de rationnement, ce qui mettra en cause leur responsabilité populationnelle.

Au vu des formidables enjeux à venir, peut-on encore militer pour le développement des soins primaires comme un sous-chapitre des systèmes de santé? Ne devrions-nous pas capitaliser sur l'expertise et les valeurs des soins primaires pour repenser le cœur et la gouvernance de nos systèmes en entier?

Le modèle de performance des systèmes de santé produit par l'Observatoire européen des systèmes de santé et politiques de santé¹⁵ peut servir de base de réflexion pour les décideurs afin de réarticuler les bases politiques du système. Le cadre conceptuel a l'avantage de resituer en priorité les objectifs sociétaux d'un système de santé qui doit contribuer au développement économique, à la cohésion sociale, au bien-être de la société et à une durabilité environnementale. Il identifie ensuite des objectifs spécifiques qui sont le maintien du meilleur état de santé possible de la population; une organisation de services efficaces et équitables, centrés sur la personne; et la garantie d'une protection financière à la population. Dans ce modèle, la gouvernance est la fonction primaire essentielle au déploiement de toutes autres activités et elle est constituée de quatre

fonctions principales (cf. tableau 1) notamment la stratégie, la régulation et la participation aux décisions.

Tableau 1 : Fonctions essentielles de la gouvernance selon le modèle HSPA de l’Observatoire européen des systèmes de santé et politiques de santé.

Fonctions principales de la gouvernance
• Une vision et des politiques publiques explicites
• Une législation et une régulation qui permettent la mise en œuvre de la vision
• Une capacité de partenariat et de participation des acteurs aux processus décisionnels (ONG, institutions académiques, partenaires institutionnels du système de santé, associations de patients)
• Un système d’information permettant de générer des évidences, monitorer et évaluer

Ce référentiel est utilisé actuellement par plusieurs gouvernements pour évaluer leur gouvernance santé et les priorités stratégiques^{16,17}. Les États qui font l’effort d’une analyse de leur performance peuvent identifier leurs potentiels d’amélioration et réviser l’alignement entre stratégie, législation, mécanismes de financement et formation des professionnels de santé. Par cet exercice, les États en arrivent nécessairement à une bascule des centres d’intérêt de l’institutionnel aigu vers la communauté et des soins aigus vers les soins chroniques. Le plaidoyer pour les soins primaires peut donc se retrouver dans ce plaidoyer-là avec l’avantage d’être plus systémique et puissant dans ses mécanismes de transformation.

Stimuler le débat politique pour redéfinir les priorités

Pour encourager le monde politique à agir et enjoindre l’État à faire cette analyse et retrouver son champ de responsabilité, il faut que le débat sociétal advienne. Mais il ne peut se faire sans le soutien clair des professionnels de santé et notamment ceux du monde médical et infirmier engagés dans les soins dans la communauté.

Dans ce débat, les acteurs de soins primaires doivent se mobiliser, se fédérer efficacement, non seulement pour défendre leur part de sous-système

mais bien pour transformer plus globalement le grand système. Au-delà de la défense de leur propre secteur, les soins primaires peuvent mobiliser les patients, les citoyens et les professionnels pour changer de paradigme et créer de nouveaux narratifs. Ils peuvent inscrire au cœur même du corps médical une ligne forte, transformatrice et mobilisatrice¹⁸. Le changement du discours médical est très puissant lorsqu'il advient et les effets pourraient perler ensuite sur l'enseignement et la formation des futurs professionnels de santé. En somme, il s'agit de s'engager et ne pas attendre d'être légitimé par le système pour donner de la voix.

La société doit aussi se réapproprier son système de santé. Aujourd'hui, il est illisible et on doute de son fonctionnement et de ses valeurs. Face au défi climatique, il ne peut pas non plus rester dans sa bulle, coûte que coûte, sans faire sa part de décarbonation, c'est-à-dire de décroissance. Le débat sur les priorités et les valeurs fondamentales à préserver doit survenir si l'on ne veut pas que d'autres le fassent à notre place. Il s'agit donc de créer des espaces de dialogue, au travers par exemple d'assemblées citoyennes ou d'autres instruments de gouvernance participative¹⁹. Vaste exercice, utopique certainement, mais pourra-t-on l'éviter ?

Enfin, à l'instar des conclusions portées par le Comité consultatif national d'éthique français²⁰, il faut reconsidérer sérieusement la souffrance de nos professionnels de santé. Une refonte du système ne pourra s'opérer sans redonner du sens et de la valeur aux métiers du soin et aux professions œuvrant dans le champ de la santé. Les fondements éthiques seront les conditions même de son fonctionnement, de son efficacité et de l'adhésion de tous les acteurs. Pour cela, au-delà de l'amélioration des conditions de travail et de l'attractivité des professions, le respect de la personne doit redevenir une valeur centrale et la relation doit retrouver sa place.

Conclusion

Face aux puissants défis de notre société, nos systèmes de santé tremblent. Traditionnellement construits autour des soins curatifs et des technologies, ils devront se repositionner ou s'effondrer, débordés par les besoins. Le rôle de l'État social sera aussi de plus en plus interrogé, impliquant un nécessaire débat de société si l'on veut continuer de tendre vers une couverture universelle des soins. Il n'est plus l'heure pour les soins primaires de défendre encore leur propre sous-système et collecter quelques reconnaissances. Il est temps plutôt de se mobiliser, à partir de cette culture et ces valeurs, en faveur d'une refondation des systèmes.

Références bibliographiques

1. World Health Organization. Implementing the primary health care approach. A primer. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. Realising the Potential of Primary Health Care. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2020.
3. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2023.
4. Mueller M, Morgan D. “Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework”. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2018.
5. World Health Organization. Déclaration d’Alma-Ata. 1978. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>.
6. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. Organization for Economic Co-operation and Development. Realising the Potential of Primary Health Care. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2020.
8. Fryatt R, Bennett S, Soucat A. Health sector governance: should we be investing more? *BMJ Global Health* 2017;2:e000343.
9. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2013;13:528.
10. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system performance assessment: A primer for policy-makers. 2022. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-primer-for-policy-makers>.
11. Organization for Economic Co-operation and Development. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2023.
12. The Lancet Regional Health-Europe. Securing the future of Europe’s ageing population by 2050. *Lancet Reg Health Eur* 2023;35:100807.
13. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. [Demographic change and disease rates: a projection until 2050]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2010;53(5):417-26.
14. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* 2022;7(2):e105-e125.
15. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, et al . Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022.

16. van der Pol S, Sandhu A, Mierau J, Jansen D. Strengthening public health in the Netherlands. Lessons from global public health systems. Final report – 23 June 2022. 2023. www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2023/04/18/op-onzegezondheid/Strengthening+public+health+in+the+Netherlands.pdf.
17. Gerkens S, Maertens De Noordhout C, Lefèvre M, et al. Performance of the belgian health system: revision of the conceptual framework and indicators set. 23 juin 2023. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2023-06/KCE_370_Performance_Revision_framework_conceptual_Report.pdf.
18. Teo KW, Hu Y, Chew KT, et al. Health System Transformation Playbook and Unified Care Model: an integrated design, systems & complexity thinking approach to health system transformation. *Front Health Serv* 2023;3:1157038.
19. Rajan D, Brocard E, Poulussen C, et al. Beyond consultations and surveys: enhancing participatory governance in health systems. *Eurohealth* 2022;28(1).
20. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis 140. Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives. 20 octobre 2022. www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_o.pdf.

1.4 Recherche, innovations et transformations pour un système de soins primaires apprenant

Jean-Frédéric Levesque

Des systèmes de soins primaires sous stress

Dans les pays à fort développement économique, les soins primaires sont souvent définis comme représentant le point de contact initial entre les individus et le système de santé. Ils se concentrent sur la fourniture de soins médicaux complets, accessibles et continus aux individus, aux familles et aux communautés¹. Les fournisseurs de soins primaires coordonnent la réponse aux besoins en soins de santé au long du continuum de soins incluant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des affections médicales courantes. Les fournisseurs de soins primaires, souvent définis comme ceux prodigués par les médecins de familles, ou médecins généralistes, et leurs équipes, visent à diagnostiquer et traiter une grande variété de problèmes de santé. Ils sont reconnus comme centraux à la performance des systèmes de santé^{2,3}.

Néanmoins, les soins primaires sont présentement confrontés à de multiples défis incluant la pénurie de prestataires, une augmentation de la demande de soins de santé associée à des populations croissantes et vieillissantes, la fragmentation de soins, la hausse des coûts de santé, l'intégration des nouvelles thérapies et technologies de l'information, l'épuisement et les stress au travail, les inégalités d'accès, ainsi que la désuétude des modèles de remboursement et de financement⁴⁻⁶.

En effet, les pénuries limitent l'accès des patients à des soins rapides et complets, ce qui entraîne des temps d'attente plus longs, une charge de travail accrue pour les fournisseurs existants et des lacunes potentielles dans la prestation des soins. Les fournisseurs de soins primaires doivent gérer un volume plus élevé de patients, ce qui réduit les temps de consultation et pose des problèmes potentiels pour fournir des soins personnalisés et complets⁷. La fragmentation des soins se produit lorsque les patients reçoivent des services de santé de plusieurs fournisseurs sans coordination efficace des soins. Cela peut entraîner des inefficacités, la duplication des tests ou des traitements, des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques⁸. De plus, le coût des soins de santé impose un fardeau

financier aux gouvernements et peut affecter la disponibilité des services, impactant l'accès aux soins pour les populations vulnérables.

L'intégration des nouvelles technologies dans les pratiques de soins primaires peut s'avérer difficile. Par exemple, l'implantation de dossiers de santé électroniques, de plateformes de télésanté et de systèmes d'analyse de données nécessite des investissements financiers, la formation du personnel et des ajustements significatifs des processus de soins. Ultimement, les fournisseurs de soins primaires sont souvent confrontés à des niveaux élevés de stress et d'épuisement professionnel. Ces facteurs peuvent entraîner une diminution de la satisfaction au travail, une diminution de la qualité des soins et des pénuries de prestataires, de par le fait que les professionnels cherchent des cheminements de carrière alternatifs ou prennent leur retraite plus tôt. Finalement, les modèles traditionnels de paiement à l'acte peuvent créer des incitations qui privilégient le volume par rapport à la valeur, décourageant potentiellement les soins préventifs, la coordination des soins et l'engagement des patients à plus long terme.

Relever ces multiples défis nécessitera des efforts importants, incluant la collaboration entre les décideurs politiques, les organisations de soins de santé, les prestataires et les communautés dans des réformes significatives. Les stratégies classiques empruntées pour faire face à ces défis incluent l'augmentation de la main-d'œuvre, les efforts d'amélioration de la coordination et de l'intégration des soins, l'implantation de systèmes d'échange d'informations, la promotion de soins fondés sur la valeur, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé et la promotion d'un environnement de travail favorable⁹.

L'innovation pour répondre aux défis des soins primaires

L'innovation peut être définie comme le processus d'introduction de nouvelles idées, méthodes, produits ou services qui résultent en des améliorations, des avancées ou des changements significatifs. Soutenir l'innovation en contexte de soins implique l'application de processus créatif, de méthode de résolution de problèmes pour relever les défis existants, répondre aux besoins en constante évolution et créer de la valeur. L'innovation implique de sortir des sentiers battus, d'adopter des approches non conventionnelles et de favoriser une culture qui encourage et nourrit la créativité. En somme, l'innovation vise à trouver des solutions nouvelles à des défis, qu'ils soient de nature technique, sociale, économique ou

organisationnelle et transformer des idées en actions, produits ou services tangibles qui ont un impact pratique.

L'avenir des soins primaires sera façonné par divers facteurs, notamment les progrès technologiques, l'évolution des besoins en soins de santé, l'évolution démographique et les réformes en cours des systèmes de santé^{10,11}. À cet égard, quelques grandes tendances illustrent le futur potentiel des soins primaires. Les soins primaires intègrent de plus en plus les technologies de télésanté et de soins virtuels, le monitoring à distance des patients¹², ainsi que plus récemment le diagnostic fondé sur des technologies employant l'intelligence artificielle (IA) et les applications d'apprentissage automatique.

Au cours des prochaines décennies, les soins primaires seront probablement davantage centrés sur le patient, en se concentrant sur ses préférences, son engagement dans la prise de décision partagée, soutenus par des technologies telles que les portails de patients, les applications de santé mobiles et les dossiers de santé personnalisés¹³.

Les soins primaires s'appuieront de plus en plus sur des modèles de soins collaboratifs et en équipe impliquant des professionnels de santé multidisciplinaires¹⁴. L'intégration des pharmaciens, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels paramédicaux deviendra plus courante¹⁵. Ils joueront probablement un rôle central au sein des modèles de soins basés sur la valeur, axés sur la qualité des résultats, la rentabilité et la satisfaction des patients tout en réduisant l'utilisation inutile des soins de santé¹⁶.

L'intégration entre les soins primaires, les soins spécialisés et les services de santé comportementale continuera de croître¹⁷. L'avenir pourrait voir des innovations dans les modèles de main-d'œuvre des soins primaires pour remédier aux pénuries de fournisseurs, améliorer l'accès et optimiser la prestation des soins. Cela pourrait inclure des rôles élargis pour les infirmières praticiennes, les adjoints au médecin et d'autres fournisseurs non médecins, ainsi que l'exploration de nouveaux modèles de prestation de soins comme les accords de pratique en collaboration et le transfert des tâches¹⁸⁻²⁰.

Finalement, les innovations en soins primaires incluront probablement des modèles de prestation de soins alternatifs tels que les cliniques de détail, les centres de soins d'urgence et les unités de santé mobiles. Ces modèles offrent un accès pratique aux services de soins primaires, en particulier pour les maladies mineures, les soins préventifs et les besoins de soins de

santé immédiats mais non urgents²¹. Ce ne sont là que quelques exemples d'innovations en soins primaires.

L'innovation au centre des systèmes de santé apprenants

Un système de santé apprenant est une approche innovante qui vise à améliorer continuellement la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins grâce à l'intégration de la recherche, de l'analyse des données et de la pratique. Il combine la prestation de soins de santé de routine avec la collecte et l'analyse systématiques de données pour générer de nouvelles connaissances, améliorer les résultats et éclairer la prise de décision à tous les niveaux du système de santé²².

Les éléments clés d'un système de santé apprenant comprennent une infrastructure de données robuste (par exemple les dossiers de santé électroniques, les registres cliniques, les appareils portables et les mesures rapportées par les patients) pour capturer et stocker des données de santé provenant de diverses sources, des processus systématiques et robustes d'analyse des données où chercheurs, patients, cliniciens et gestionnaires travaillent ensemble pour identifier les lacunes dans les connaissances, mener des études et appliquer les résultats pour améliorer les soins aux patients. Ils incluent aussi des boucles de rétroaction permettant aux idées et résultats de recherche générés par l'analyse des données d'être réintroduits dans la pratique clinique pour améliorer la prestation des soins²³. Cela peut impliquer la mise à jour des directives cliniques, la mise en œuvre de nouveaux protocoles et la fourniture de rétroaction aux prestataires individuels et aux organisations de soins de santé.

L'objectif d'un système de santé apprenant est donc de favoriser une culture d'amélioration continue, une pratique fondée sur des données probantes et des soins personnalisés. En tirant parti des données et de la recherche, les systèmes de santé peuvent s'adapter et évoluer en temps réel, ce qui conduit finalement à de meilleurs résultats pour les patients, à une réduction des coûts et à une meilleure prestation des soins de santé.

Au cours des prochaines sections, nous discuterons de l'innovation en première ligne sous l'angle du concept des systèmes apprenants.

Nous aborderons la façon dont la recherche en soins primaires peut nous aider à comprendre comment le secteur s'intègre dans un système de prestation de soins de santé qui fait face à sa propre transformation pour ensuite discuter de la nécessité d'étudier l'impact de nouvelles façons

d'utiliser les données de santé et les informations sur les patients pour guider les décisions cliniques et leur impact sur la pratique des soins de santé primaires.

Nous soulignerons comment la personnalisation des soins va au-delà de ses applications génomiques et doit englober la personnalisation de l'expérience de soins et des formes d'organisation qui peuvent convenir à différentes personnes pour ensuite discuter de la nécessité de repenser la mesure dans l'espace des soins de santé primaires, compte tenu de l'explosion des technologies qui nous permettent de mesurer discrètement avant, enfin, de préconiser de mettre l'accent sur la promotion d'un système de soins de santé primaires apprenant par l'établissement d'une infrastructure organisationnelle de première ligne.

Primaire, secondaire, tertiaire : les paradoxes des systèmes fragmentés, coordonnés, intégrés

Les soins primaires sont souvent conceptualisés comme étant un secteur pouvant relier divers autres secteurs au sein de systèmes de santé complexes. Les soins intégrés, auxquels cette idée se rapporte, sont un objectif très bien établi et largement adopté comme priorité pour l'amélioration de l'accès et de l'efficacité des soins.

Mais au-delà de diverses tentatives d'établissement de parcours cliniques pour soutenir la continuité des soins au moment de la sortie de l'hôpital, de la mise en œuvre de systèmes d'information permettant à plusieurs prestataires d'accéder aux informations sur les patients et au plan de traitement de divers prestataires, de l'adoption de modèles prédictifs pour identifier les utilisateurs à haut risque à des stades plus prématurés pour assurer la stratification des patients aux fins de la gestion des cas, la fragmentation des soins de santé demeure.

Malgré cet objectif d'intégration, les soins de santé primaires interagissent avec d'autres niveaux de soins ou secteur plus souvent comme une série de collaborations bilatérales. En effet, tous les patients n'ont pas besoin de soins intégrés, souvent leurs besoins étant ponctuels. Tous les prestataires n'ont pas besoin de faire partie du système de soins intégrés en permanence, leurs services étant hautement techniques et servant des objectifs hautement spécialisés. Le besoin d'intégration varie également tout au long du cycle de vie et de l'évolution naturelle des maladies. Malgré de multiples études portant sur l'intégration en première ligne, dont

sur les modèles de quartiers de soins de santé, comme celui du comté de Canterbury en Nouvelle-Zélande, plus de recherches devraient être réalisées pour permettre de comprendre l'arrimage dynamique de différents secteurs de soins.

Les processus cliniques ou les rôles professionnels permettant d'assurer la gestion de ces multiples relations qui sont nécessaires pour gérer les patients dans une perspective populationnelle demeurent peu intégrés à la pratique de première ligne. La pratique des soins de santé primaires reste en effet assez isolée et les cycles de la maladie éloignent souvent le patient, pour le renvoyer par défaut, lorsque les soins spécialisés ont fait leur temps. Dans le même ordre d'idées, les soins médicaux primaires sont souvent le service par défaut lorsqu'une autre perspective paramédicale ou sociale serait celle requise. La duplication est encore très répandue là où les soins de santé primaires et les soins spécialisés suivent les patients en parallèle, sans une valeur ajoutée claire de la cogestion du patient.

Une première ligne apprenante pourrait fonder le développement de mécanisme d'intégration des soins en participant à quatre courants principaux. Le premier réfère à la nécessité d'étudier l'organisation des soins primaires et les configurations des équipes multidisciplinaires pour identifier les processus cliniques et les systèmes d'information et les rôles de soutien qui assureraient la coordination des soins.

Le second courant concerne l'étude du rôle des patients et de leur capacité à naviguer les trajectoires de soins et comment ils peuvent être les déterminants de l'intégration ou de la fragmentation des soins. Ils sont finalement les seuls, avec leurs soignants, à être témoins de tout leur parcours de soins. Ce courant requiert des études sur les « carrières des patients » et leur migration à travers les organisations au fil de leur vie et de leurs états de santé.

Le troisième courant se rapporte au besoin de développer et d'évaluer des mécanismes d'affiliation des spécialistes au sein des pratiques de soins primaires. La recherche doit nous informer sur les modalités les plus efficaces pour fournir une base populationnelle aux soins spécialisés si l'on veut atteindre une intégration des soins. Les soins spécialisés sont une ressource limitée et assurer leur distribution en fonction des besoins peut nécessiter de comprendre leur patientèle actuelle et peu de recherches ont scruté cet aspect.

Finalement, le quatrième courant concerne la nécessité d'étudier l'impact des technologies de l'information sur la prestation actuelle des soins

primaires, mais également sur la transformation organisationnelle nécessaire pour tirer pleinement parti de ces technologies dans les années à venir, soutenant l'intégration par la continuité informationnelle.

Détecter, communiquer, prédire : personnalisation génétique et algorithmique

La personnalisation des soins cliniques en soins primaires n'est aussi pas une idée nouvelle. Les soins de santé primaires, en particulier ceux offerts en contexte multidisciplinaire, sont en effet fondés sur l'idée des soins centrée sur les patients et une perspective holistique intégrant les besoins biologiques, psychologiques et sociaux des patients. Il demeure néanmoins que cette personnalisation des soins est réalisée, dans une large mesure, en utilisant une approche clinique heuristique. Cette personnalisation est fondée sur une diversité de connaissances accumulées et sur une relation à long terme entre le clinicien et le patient.

Une telle heuristique n'est pas parfaite. Nombre de traitements ne sont pas fondés sur les preuves scientifiques et les cliniciens n'ont pas la connaissance complète du patient pour assurer une offre thérapeutique personnalisée. Avec l'émergence de la médecine de précision, ce que nous savons être un traitement efficace l'est aussi de plus en plus, pouvant fonctionner davantage, pour certaines personnes et pas pour d'autres, et les études d'efficacité basées sur des comparaisons de moyennes arrivent à leurs limites. La médecine fondée sur la preuve scientifique, après tout, visait à normaliser la pratique afin de minimiser l'erreur moyenne. Ce qui fonctionne pour 80 % des patients est en effet meilleur que ce qui fonctionne pour 60 % des patients. Mais ce qui fonctionne pour 80 % des patients, nous le savons, s'il est appliqué systématiquement, ne fonctionnera pas pour 20 % des patients.

Une voie émergente concerne les progrès de la médecine personnalisée et de précision et l'émergence de capacités analytiques pour prédire de plus en plus ce qui est le plus susceptible de fonctionner, et pour qui. Les progrès récents proviennent à la fois des progrès de la génomique et des études de l'interaction de la physiologie, de la génétique et de la thérapeutique, ainsi que des progrès de notre capacité à analyser des ensembles de données plus importants avec de meilleures données sur lesquelles fonder nos décisions cliniques. Les modèles et les algorithmes sont en train de s'immiscer dans les soins, générant des enjeux pour les systèmes de première ligne.

Premièrement, ces approches seront perturbatrices pour des soins de santé primaires peu organisés. Une modification des processus de soins sera nécessaire pour traduire ces nouvelles modalités diagnostiques et prédictives en avantages pour les patients. Les tests au point de service, le dépistage génétique, les algorithmes d'aide à la décision basés sur des modèles prédictifs risquent de changer significativement la pratique clinique et devront être évalués pour démontrer leur efficacité et leur sécurité. Ces nouveaux tests et signes cliniques auront un impact si ultimement ils modifient les décisions des cliniciens et des patients.

Le deuxième enjeu de recherche concerne la façon dont nous pouvons exploiter la puissance de l'intelligence artificielle et de l'apprentissage automatique pour mieux comprendre la santé des populations de patients et soutenir le développement d'une pratique de soins primaires basée sur la compréhension de la dynamique des besoins de soins de la population et des patientèles. C'est là que la population s'intègre dans l'individu.

L'augmentation de la quantité, de la variété et de l'actualité des données dans nos vies peut s'avérer une riche source d'informations pour les soins cliniques. Nous pourrions être signalés lorsque certains de nos patients montrent une baisse significative de leur nombre de pas effectués au cours de la dernière semaine. Sont-ils fragilisés? Nous pourrions étudier notre groupe de patients en comprenant le niveau d'activité physique de notre communauté et adapter nos conseils préventifs cliniques en conséquence.

Le troisième enjeu de recherche découle du fait que bon nombre de ces nouveaux outils de diagnostic ont été développés dans des environnements et des contextes de recherche hautement spécialisés. Les tester dans des populations réelles, sans capacité de contrôle de l'inclusion, sera crucial pour leur introduction intelligente dans la pratique courante.

Finalement, nous avons besoin de recherches sur la mise en place de soins primaires personnalisés et d'une navigation clinique efficace du dépistage, de la modification du mode de vie et du traitement, incluant une compréhension des facteurs qui soutiendront l'adoption par le patient de ces thérapies personnalisées, pour mieux comprendre leurs impacts sur l'accès aux soins et leur impact sur la santé.

Universalité personnalisée : cocréation, prise de décision partagée, autogestion et valeur ajoutée des soins primaires

Les services de santé de première ligne seront aussi perturbés par divers courants poussant à une personnalisation de l'organisation des soins.

Cette idée s'appuie sur diverses études récentes, sur la prise de décision partagée et l'autogestion, qui visaient à modifier l'équilibre des pouvoirs entre les patients et les prestataires et également à faire en sorte que l'acte réel des soins de santé primaires intègre de plus en plus les points de vue des patients comme une autre connaissance requise pour de bons soins cliniques. Mais si la personnalisation des décisions cliniques individuelles est essentielle à des soins de bonne qualité, et pas seulement aux soins de santé primaires, ce n'est pas le seul domaine où la personnalisation peut aider à améliorer l'accès et l'efficacité des soins primaires dans les années à venir.

Nous devons nous appuyer sur les travaux récents autour de la cocréation et, plus précisément, de la cocréation basée sur l'expérience du patient, où l'obtention de soins peut constituer le fondement d'un système de soins primaires mieux organisé. Il est paradoxal néanmoins que la cocréation semble s'imposer plus rapidement, tant comme innovation que comme objet de recherche, en médecine spécialisée et en milieu de soins aigus qu'en soins primaires. Plus d'études sur la cocréation dans les soins de santé primaires permettraient de développer des modèles organisationnels de soins fondés sur la démonstration scientifique et non essentiellement sur la préférence des cliniciens.

La cocréation de modèles organisationnels de soins, lorsque développés pour standardiser les soins, à l'image des guides de pratiques cliniques, peut aider à mieux concevoir les configurations de ressources, de mécanismes de gouvernance, de financement et de planification plus efficaces pour répondre aux besoins et attentes des populations.

Cependant, la cocréation doit aussi être étudiée dans son objectif de générer des modèles de soins de santé primaires qui permettent aux patients non seulement d'accéder à un modèle générique qui convient à une majorité, mais également pour nous aider à personnaliser les modèles de soins, tout comme la prise de décision partagée nous aide à fournir des soins cliniques axés sur le patient et fondés sur des données probantes. Le futur risque d'être composé de multiples modalités organisationnelles offertes aux patients (par exemple présentiel, virtuel, synchrone et asynchrone) pour mieux personnaliser l'accès et la prestation de soins aux attentes des personnes ou de sous-groupes.

Les soins de santé primaires semblent souvent organisés selon des modèles de réforme qui se concentrent davantage sur les modalités de financement et la taille des milieux de pratiques que sur la refonte des flux et des processus de soins réels visant à les aligner sur l'expérience des

patients. Le modèle organisationnel ultime pourrait être celui qui donne aux patients le choix et le contrôle aussi sur le mode de prestation des soins, en plus du choix et du contrôle sur le plan de traitement.

En termes de priorités de recherche, soutenir le développement et l'évaluation de nouveaux modèles de prestation, exploiter les technologies de la communication et de l'information et les changements dans la composition de la main-d'œuvre nécessitera d'étudier l'organisation des soins de santé primaires – allant des consultations en face à face, des approches de télémédecine, des soins à domicile, de l'autogestion, des visites sans rendez-vous ou planifiées, des consultations de groupe, des visites virtuelles.

Ceci est particulièrement important à une époque où nous reconnaissons que l'absence d'options génère une surutilisation, un surdiagnostic et un surtraitement pour de nombreux patients, en particulier les plus fragiles. Les soins de santé primaires ont la responsabilité sociale de répondre au besoin d'une médecine lente et de l'établissement d'une ère morale où notre infrastructure de soins de santé nous permet de faire moins, même si nous pouvons faire plus. Ce virage vers une offre plus diversifiée et flexible de formes organisationnelles de pratiques et de services de première ligne est également nécessaire pour répondre aux besoins de la prochaine génération de grands utilisateurs.

Enfin, il est également nécessaire de concevoir et d'évaluer des modèles qui correspondent également aux désirs et aux attentes des prestataires, et ils évoluent rapidement. Comment adaptons-nous nos conceptions organisationnelles pour attirer des stagiaires en médecine vers les soins de santé primaires et des professionnels paramédicaux et des infirmières vers la pratique des soins de santé communautaires, souvent ruraux? Le secteur des soins de santé primaires est bien placé pour penser à élargir la gamme de modèles de pratique afin de générer une expérience personnalisée.

Mesurer les soins primaires à l'ère des technologies de l'information pour mieux comprendre les structures et dynamiques organisationnelles

La mesure est un enjeu particulier concernant le futur des soins de santé primaires. Les avancées dans les capacités de mesure et d'analyse détermineront grandement la façon dont les soins primaires contribuent à rassembler des systèmes fragmentés, comment ils peuvent être le secteur où la médecine personnalisée est réalisée et comment ils peuvent fournir une

gamme d'options flexibles pour personnaliser la prestation de soins. Les problèmes complexes sont en effet difficiles à résoudre sans informations appropriées sur la situation actuelle et ses moteurs potentiels. La mesure est donc la clé de l'amélioration et la clé de la recherche.

Il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la mesure des services de soins de santé primaires²⁴. Le Canada a été à l'avant-garde dans ce domaine au cours des dernières années, avec de nombreuses équipes de soins de santé primaires communautaires s'appuyant sur les progrès du Royaume-Uni en matière de surveillance régulière des pratiques de soins primaires. L'Australie a également été témoin d'avancées telles que l'étude Beach, qui tentait de comprendre la prestation actuelle des soins de santé primaires grâce à des auto-audits et à des systèmes d'extraction de données à partir de dossiers médicaux électroniques, tels que le système GRANITE. Cependant, ces systèmes s'intéressent encore principalement à mesurer les résultats des soins primaires – en termes de diagnostics posés, de médicaments prescrits, de plans de traitement convenus – et ne prêtent pas encore vraiment attention à ce qui détermine la performance des soins de santé primaires.

Une première ligne apprenante doit mieux comprendre sa propre composition et dynamique pour mieux comprendre comment évoluer et reformer l'offre de soins. Un projet de « génome organisationnel des soins de santé primaires » ou peut-être une étude sur la « physiologie des soins de santé primaires » permettrait de mieux comprendre les ressources, la gouvernance et la pratique clinique pour évaluer les résultats des soins et contribuer à reformer l'organisation des soins primaires. De tels systèmes de mesure devraient inclure la mesure régulière des résultats, en particulier les mesures des résultats rapportés par les patients. Il serait alors possible de relier structures, processus et résultats comme nous l'avons tenté dans une étude récente où nous avons évalué les pratiques de première ligne selon divers aspects de leur vision, ressources, structures et pratiques cliniques^{25,26}.

De meilleurs systèmes d'information et de mesure pourraient soutenir la recherche en milieu réel²⁷. De telles études peuvent aider à comprendre l'hétérogénéité des organisations.

Des mesures dans de nouveaux domaines, tels que les résultats rapportés par les patients et les formes organisationnelles, en plus des mesures relationnelles et d'utilisation dont nous disposons actuellement sont nécessaires. Dans notre programme de recherche, cela nous a permis de démontrer que les modèles multidisciplinaires de soins de santé primaires

étaient associés à une prise en charge plus globale des soins chroniques. Par rapport aux modèles traditionnels de groupe et solo^{25,26}.

En termes de recherche, pour soutenir une telle émergence d'un secteur des soins primaires véritablement mesuré, cela nécessiterait le raffinement des cadres de mesure du rendement, le développement de nouveaux outils de mesure et d'extraction, et l'évaluation de technologies qui peuvent permettre de mesurer sans avoir besoin de saisir les données.

La pratique clinique est déjà suffisamment chargée d'enregistrer des informations cliniques dans le but de prodiguer des soins et d'assurer la continuité de l'information entre les prestataires. Par conséquent, nous avons besoin de la participation des chercheurs en soins de santé primaires à l'étude des sources d'information actuellement disponibles qui sont à l'extérieur de l'espace clinique mais qui pourraient éclairer cet espace clinique.

Les soins primaires comme système de santé apprenant

L'Institute of Medicine²⁸ (IoM) définit un système de santé apprenant comme un système dans lequel « la science, l'informatique, les incitations et la culture sont alignées pour une amélioration et une innovation continue, avec les meilleures pratiques intégrées de manière transparente dans le processus de prestation de soins et les nouvelles connaissances capturées en tant que sous-produit intégral de l'expérience de prestation de soins ».

Cette notion d'apprentissage des systèmes prend sa source il y a plusieurs centaines d'années. L'exemple du dossier médical, inventé non pas pour simplement documenter les informations relatives aux patients mais pour aussi étudier constamment les présentations cliniques et l'efficacité ou non des traitements est une analogie intéressante. Le développement des systèmes d'informations permet, de manière similaire, non pas essentiellement de documenter les volumes de services rendus, mais aussi d'en analyser l'efficacité.

Le dossier médical, à son origine, avait principalement pour but de documenter l'expérience naturelle de traitement des patients, de s'assurer qu'une découverte fortuite d'un traitement innovant ne serait pas perdue à jamais et, bien sûr, de s'assurer que les tentatives infructueuses seraient également enregistrées et mises en évidence.

Une telle vision du dossier clinique, appliqué aux systèmes d'informations en soins primaires, permettrait d'établir des mécanismes qui soutiennent la pratique réflexive et également une contribution plus forte des soins de

santé primaires à la science en général. À la fois dans le but d'adapter nos stratégies et nos techniques, mais aussi dans le but de remettre en question nos hypothèses, deux aspects de ce qu'est l'apprentissage.

L'idée de système de santé apprenant est maintenant utilisée depuis longtemps, en commençant par la notion d'organisations apprenantes, puis en évoluant vers la notion de systèmes apprenants. En un mot, ces idées suggèrent qu'il existe des éléments fondamentaux qui permettent à une organisation ou à un système d'adapter sa structure, son organisation, ses processus et ses services pour répondre à l'évolution des besoins, aux innovations et aux nouvelles preuves. L'automatisation, la recherche comparative sur l'efficacité, l'apprentissage à partir de la déviance positive, l'utilisation de la modélisation prédictive et l'utilisation croissante de l'aide à la décision clinique ont tous été annoncés comme soutenant un système d'apprentissage.

Du point de vue de la recherche, cela pourrait signifier la nécessité d'établir, comme le proposent Jeremy Grimshaw et ses collègues, une approche de méta-laboratoire et des études d'efficacité comparative en plus d'un retour à la médecine observationnelle où les progrès sur les résultats seraient soigneusement notés par le biais d'audits cliniques comme moyen d'apprendre ce qui fonctionne dans des contextes réels.

Cela pourrait soutenir un système de soins primaires apprenant mais aussi contribuer à l'évaluation réelle de divers traitements et approches démontrés comme efficaces dans le contexte très contrôlé de la recherche clinique. Les soins primaires, de par leur couverture populationnelle, pourraient contribuer à réduire les biais associés à la sélection des patients aux fins d'essais cliniques contrôlés randomisés, pouvant affecter l'efficacité réelle, par l'application de plateforme d'essais cliniques en contexte réel.

L'idée des méta-laboratoires est que de nombreuses études n'ont pas la puissance statistique requise et ne parviennent pas à démontrer ce qu'elles veulent démontrer. Selon cette idée des méta-laboratoires, chaque pratique de soins primaires est conçue comme un petit laboratoire contribuant à diverses études multicentriques. De tels systèmes nécessitent aussi de réfléchir à des modèles de recherche qui pourraient s'appuyer sur l'analyse secondaire des données de soins primaires à grande échelle, surtout si les systèmes d'information en première ligne accroissent les capacités de mesure des résultats.

Mais un système d'apprentissage n'est pas un système qui se contente de regarder en interne pour savoir ce qui fonctionne. Il examine également

les travaux dans d'autres endroits et exploite la variation dans la façon dont les soins sont dispensés dans différents contextes pour savoir ce qui fonctionne où, et ce qui pourrait fonctionner ici.

Davantage d'études comparatives entre juridictions, davantage d'études internationales rétrospectives et longitudinales des secteurs des soins primaires, ainsi que l'établissement de métalaboratoires d'innovations dans la pratique des soins primaires soutiendraient l'intégration de la recherche au sein de la prestation usuelle de soins.

Des comparaisons locales et internationales utilisant des processus de synthèse délibérative permettraient finalement de mesurer le contexte organisationnel et systémique pour mieux comprendre les mécanismes de production de la santé en soins primaires.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons présenté cinq idées et priorités de recherche afin d'orienter la recherche sur les soins de santé primaires vers de nouveaux domaines au cours de la prochaine décennie. Nous avons proposé d'examiner comment les soins de santé primaires peuvent être un lien dans un système de soins de santé paradoxal où des soins fragmentés sont parallèles à des approches plus coordonnées et intégrées grâce à une intégration à la fois générique et cloisonnée. Des questions soulevées concernent aussi les défis d'intégrer la médecine personnalisée dans les soins de santé primaires et de créer plus de connaissances sur les modèles organisationnels des soins de santé primaires pour répondre aux besoins de moyens plus personnalisés de fournir et de recevoir des soins de santé à l'avenir. Finalement, l'élargissement des horizons de mesure dans les soins de santé primaires a été proposé pour répondre au besoin d'un système de soins de santé primaires apprenant.

Narcisse était un très bel homme qui est devenu tellement hypnotisé par sa propre réflexion qu'il s'est fané, inconscient de ce qui se passait autour de lui et inattentif à ses propres besoins de survie. Pygmalion était un sculpteur tombé amoureux de sa sculpture. La recherche peut générer un système de soins primaires apprenant pour mieux être en mesure de faire évoluer sa structure, son fonctionnement et intégrer de nouvelles modalités d'intégration des soins et de nouvelles technologies.

C'est pour nous une responsabilité de ne pas trop regarder notre réflexion et d'accepter de remodeler notre secteur pour renouveler notre vision

de l'intégration, faciliter l'émergence de la personnalisation des soins, offrir des modalités d'organisation des soins qui répondent aux besoins et attentes des populations et soutenir une recherche clinique en milieu réel des soins.

Références bibliographiques

1. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? *Can J Public Health* 2006;97(5):409-11.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
3. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Primary care and health system performance : adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-487-503.
4. Bodenheimer T, Pham HH. Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(5):799-805.
5. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022;10(5):e715-72.
6. Roland M. Just another GP crisis: the Collings report 70 years on. *Br J Gen Pract* 2020;70(696):325-26.
7. Haggerty JL, Levesque JF, Hogg W, Wong S. The strength of primary care systems. *BMJ*. 2013;346:f3777.
8. Senn N, Cohidon C, Breton M, Levesque JF, Zuchuat JC. Patterns of patient experience with primary care access in Australia, Canada, New Zealand and Switzerland: a comparative study. *Int J Qual Health Care* 2019;31(9):G126-32.
9. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q* 2011;89(2):256-88.
10. Strumpf E, Levesque JF, Coyle N, Hutchison B, Barnes M, Wedel RJ. Innovative and diverse strategies toward primary health care reform: lessons learned from the Canadian experience. *J Am Board Fam Med* 2012;25 Suppl 1:S27-33.
11. Carter R, Riverin B, Levesque JF, Gariépy G, Quesnel-Vallée A. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:324.
12. Parker S, Prince A, Thomas L, et al. Electronic, mobile and telehealth tools for vulnerable patients with chronic disease: a systematic review and realist synthesis. *BMJ Open* 2018;8(8):e019192.
13. Wagner EH, LeRoy L, Schaefer J, et al. How Do Innovative Primary Care Practices Achieve the Quadruple Aim? *J Ambul Car Manage* 2018;41(4):288-97.
14. Winpenny EM, Miani C, Pitchforth E, King S, Roland M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services : a scoping review of

- interventions at the primary-secondary care interface. *J Health Serv Res Policy* 2017;22(1):53-64.
15. Levesque JF, Harris MF, Scott C, et al. Dimensions and intensity of inter-professional teamwork in primary care: evidence from five international jurisdictions. *Fam Pract* 2018; 35(3):285-94.
16. Russell GM, Miller WL, Gunn JM, et al. Contextual levers for team-based primary care: lessons from reform interventions in five jurisdictions in three countries. *Fam Pract* 2018;35(3):276-84.
17. Roland M, Nolte E. The future shape of primary care. *Br J Gen Pract.* 2014;64(619):63-4.
18. Chapman SA, Blash LK. New Roles for Medical Assistants in Innovative Primary Care Practices. *Health Serv Res* 2017;52 Suppl 1(Suppl 1):383-406.
19. Friedman A, Hahn KA, Etz R, et al. A Typology of Primary Care Workforce Innovations in the United States Since 2000. *Med Care* 2014;52(2):101-11.
20. Golnick C, Asay E, Provost E, et al. Innovative primary care delivery in rural Alaska: a review of patient encounters seen by community health aides. *International Journal of Circumpolar Health* 2012;71:18543.
21. Khanassov V, Pluye P, Descoteaux S, et al. Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *Int J Equity Health* 2016;15(1):168.
22. Greene SM, Reid RJ, Larson EB. Implementing the learning health system: from concept to action. *Ann Intern Med* 2012;157(3):207-10.
23. Menear M, Blanchette MA, Demers-Payette O, Roy D. A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Policy Syst* 2019;17(1):79.
24. Olde Hartman TC, Bazemore A, Etz R, et al. Developing measures to capture the true value of primary care. *BJGP Open* 2021;5(2):BJGPO.2020.0152.
25. Pineault R, Provost S, Borgès Da Silva R, Breton M, Levesque JF. Why Is Bigger Not Always Better in Primary Health Care Practices? The Role of Mediating Organizational Factors. *Inquiry.* 2016;53:0046958015626842.
26. Borgès Da Silva R, Pineault R, Hamel M, Levesque JF, Roberge D, Lamarche P. Constructing taxonomies to identify distinctive forms of primary healthcare organizations. *ISRN Family Med* 2013;2013:798347.
27. Senn N, Breton M, Ebert ST, Lamoureux-Lamarche C, Lévesque JF. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy* 2021;125(2):160-7.
28. McGinnis MJ, Fineberg HV, Dzau VJ. Advancing the Learning Health System. *N Engl J Med* 2021;385(1):1-5.
29. O'Neill B, Aversa V, Rouleau K, Lazare K, Sullivan F, Persaud N. Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. *PLoS One* 2018;13(10):e0206096.

1.5 Vers une intégration locale des soins primaires et de la santé publique comme réponse aux défis sociaux et environnementaux

Nicolas Senn, Christine Cohidon, Stéphanie Monod

Durabilité des systèmes de santé et défis futurs pour la médecine

Les changements épidémiologiques et démographiques ainsi que les dégradations rapides de l'environnement mettent les systèmes de santé du monde entier sous pression et remettent aujourd'hui en question l'offre de soins aux individus et aux populations¹⁻³. La transition épidémiologique⁴, induite par le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques, nécessite en outre d'importantes ressources pour continuer à fournir aux patient·es des soins au long cours et de plus en plus complexes. Sans un changement radical, de l'organisation des systèmes de santé, de leur financement, voire de la définition de leurs objectifs, les besoins de soins ne pourront être satisfaits. Même si les institutions de soins augmentaient massivement leurs infrastructures, les capacités d'accueil seraient dépassées⁵⁻⁸ au vu des pénuries croissantes de professionnels. Dans un monde largement dominé par un modèle biomédical de la santé, les systèmes de santé sont encore classiquement construits autour des soins hospitaliers pour guérir des maladies aiguës sur une courte période⁹, alors qu'il est reconnu que la contribution de la biomédecine à la santé de la population est limitée, voire qu'elle a parfois des impacts négatifs autant sur la santé que sur l'environnement¹⁰⁻¹².

Le défi démographique, en particulier le vieillissement de la population, oblige déjà les systèmes de santé à prodiguer des soins plutôt qu'à guérir, à prendre en compte l'expérience du·de la patient·e et sa qualité de vie plutôt que suivre des indicateurs classiques de mortalité. Le rôle du·de la patient·e devient central. Les questions de préférences et de valeurs deviennent fondamentales, de même que les questions éthiques (euthanasie, suicide assisté, acharnement thérapeutique, prolongation de la vie ou coût des soins, par exemple). Cette situation oblige les acteurs à réinventer les interactions entre la société et la santé, et la médecine¹³. Enfin, alors que la prévention et la promotion de la santé sont centrales si l'on veut contenir l'augmentation rapide du recours aux services de soins, elles

restent encore marginalisées dans les investissements publics en matière de financement des services de soins et de santé. Malgré des décennies de conférences, en particulier Alma-Ata¹⁴, et de travaux scientifiques sur le rôle des déterminants de la santé et la nécessité d'intégrer la santé publique dans toutes les politiques, aucun État, aucune société n'a véritablement intégré les composantes sociales et environnementales de la santé en tant que système modèle¹⁵.

Dans ce contexte, le domaine de la pratique médicale lutte continuellement entre une vision dominante scientifique purement biomédicale de la santé et une vision plus sociale de la santé et de la médecine avec une intégration plus forte des dimensions sociales et environnementales^{3,16-19}. La pratique contemporaine de la médecine s'efforce également de préserver son identité dans le cadre d'un modèle industriel et économique mondialisé qui encourage le développement d'activités rémunératrices plutôt que d'actions contribuant directement à la santé telles que la participation sociale, l'activité physique ou la spiritualité²⁰. Par ailleurs, l'industrialisation des services de soins soumet les professionnel·les à une forte pression à la performance et à une importante charge administrative, ce qui conduit aussi à une perte de sens du métier. La plupart des pays occidentaux observent ainsi de grandes vagues de réorientation professionnelle des soignant·es. Enfin, la numérisation de la santé, la santé personnalisée, l'augmentation exponentielle des nouvelles technologies, modifient les attentes des patient·es et, avec elles, la vision traditionnelle des soins médicaux, et de la relation patient·e-médecin²¹. Cette évolution contribue à fournir des soins hautement individualisés et spécialisés, mais de manière sectorielle, avec le risque de perdre une vision plus large de la santé et de l'équité entre les membres d'une communauté, et en introduisant un déséquilibre dans les investissements consentis à un individu par rapport au collectif^{9,22}.

Il apparaît que les systèmes de soins et la médecine atteignent certaines limites, situation qui les oblige à réinventer certains principes fondamentaux. Le risque d'effondrement des systèmes de santé existe, avec une menace élevée sur l'état de santé de la population et une exacerbation des inégalités en matière de santé. Le changement ne devrait pas se limiter à l'adaptation du système, mais il devrait remettre profondément en question notre perception même de la santé, le rôle d'un système de santé au niveau individuel et populationnel, ainsi que les responsabilités en matière de gouvernance et en particulier le rôle de l'État social. Cela conduit également à une remise en question profonde de la responsabilité médicale car, malgré les investissements massifs en ressources, la biomédecine est

de moins en moins efficace pour traiter les problèmes sur lesquels elle est censée agir, comme nous l'avons vu avec la diminution de l'espérance de vie dans certains pays tels que les États-Unis²³.

Dans la même perspective, alors que les soins hospitaliers et spécialisés sont surreprésentés dans le paysage sanitaire aujourd'hui, la place des soins primaires ainsi que leur rôle et missions en matière de santé publique reste largement sous-estimée par les décideurs politiques et les professionnels de terrain, et ce, bien que largement reconnus depuis Alma-Ata⁶. En effet, soins primaires et santé publique sont souvent perçus comme deux domaines bien distincts, avec un partage très limité d'objectifs, de valeurs, et de services, le premier étant considéré comme dédié aux soins individuels et le second à la santé populationnelle. Il est également vrai que la santé publique s'appuie sur de nombreuses sous-disciplines (épidémiologie, statistique, économie, sociologie, droit...) permettant de recouvrir des domaines parfois très éloignés des soins primaires, tels que la planification sanitaire, l'information médicale, l'économie de la santé... L'intégration des soins primaires et de la santé publique trouve en revanche une place de choix dans le concept de santé publique et communautaire. Ce dernier met en avant l'intérêt d'une approche locale et territoriale de la santé, considérant que la connaissance fine d'une population dans son milieu de vie (son état de santé et l'ensemble de ses déterminants) permet une meilleure réponse à ses besoins (et/ou demandes) via des pratiques et services de soins adaptés. On voit bien ici la place des acteurs de soins primaires, non seulement dans l'identification des besoins, mais aussi dans les réponses à y apporter. Il s'agit donc là d'aborder la santé sous une forme de responsabilité populationnelle locale dans un maillage étroit de liens entre les acteurs de soins primaires et de santé publique.

L'objectif du présent chapitre de réflexion est de proposer une manière de repenser les systèmes de santé, en reformulant les interactions entre soins primaires et santé publique à un niveau local. Ainsi, à l'instar de la Déclaration d'Alma-Ata et de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, nous réaffirmons qu'une nouvelle vision de la santé et des systèmes de santé, et notamment de la place des soins primaires, est plus que jamais nécessaire, adoptant non seulement une approche bio-psycho-sociale étendue, mais englobant également d'autres déterminants négligés tels que les enjeux environnementaux, l'engagement communautaire ou la spiritualité. L'ensemble devrait viser la préservation à long terme de la santé humaine, allant de pair avec une profonde transformation sociétale nécessaire pour faire face à la crise environnementale en cours.

Qu'est-ce que la « santé » ?

L'adaptation des systèmes de santé actuels nécessite de revenir au concept même de « santé » de l'individu et de la population. Par essence, les systèmes de santé devraient être repensés en sachant « quelle santé » nous (la société) voulons atteindre. Dans une vision populaire, on (y compris des professionnels du soin) imagine la santé comme l'absence de maladie. Nous admettons cependant et depuis longtemps que la santé est beaucoup plus complexe et qu'elle n'est pas uniquement liée aux maladies, du moins en théorie. En 1946 déjà, l'OMS définissait la santé, de façon quelque peu idéalisée, non pas uniquement comme l'absence de maladie, mais comme un complet bien-être physique, mental et social²⁴. Pourtant, et paradoxalement, les développements médicaux et technologiques massifs des dernières décennies ont progressivement donné aux personnes l'illusion que la santé était presque exclusivement une question de chimie, de physiologie et de génétique, pour laquelle nous pouvions trouver des solutions dans les services de santé²². Ceci laissait donc peu de place à la prise en compte des facteurs externes, c'est-à-dire à la prise en compte de l'importance de l'interaction des êtres humains avec leur environnement (bâti, naturel, social, physique...) pour leur santé. La conscience de l'importance de l'environnement n'est cependant pas nouvelle. Hippocrate soulignait déjà l'importance de l'appréciation des sols, des vents et de la nutrition des habitant-es en tant que conditions préalables à toute activité médicale. En 1986, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, se basait sur une approche socio-écologique de la santé pour souligner l'importance de créer des environnements favorables et à préserver. Elle spécifiait aussi, parmi les préalables indispensables à toute amélioration de la santé (tels que se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable), le fait de bénéficier d'un écosystème stable (même si ce qui était entendu ici par « écosystème » n'est pas très clair : parlait-on d'environnement naturel, de biodiversité ou plus généralement de son environnement de vie physique^a ?). Plus récemment, d'autres visions conceptuelles de la santé intégrant les dimensions environnementales sont apparues, dans différentes perspectives. De nombreux philosophes et sociologues (G. Canguilhem²⁵, R. Dubos²⁶, D. Fassin²⁷ ou L. Nordenfelt²⁸) considèrent aujourd'hui que la santé est un concept labile et qu'elle dépend (ou est la conséquence), au moins en partie, de l'interaction de l'être humain avec son environnement (celui-ci

a. PROMOTION DE LA SANTÉ – Charte d'OTTAWA (wikiwix.com).

étant compris dans une perspective large). Comme synthèse de ces travaux, Marie Gaille, philosophe française, a récemment passé en revue les différents concepts philosophiques sur les relations entre la santé, la maladie et l'environnement. Elle propose une définition synthétique du lien entre la santé et l'environnement et affirme « la nécessité d'appréhender la santé comme un état dynamique dans lequel l'individu est capable d'organiser un monde et d'agir de manière significative pour lui²⁹ ». Une telle définition de la santé va plus loin que les principes énoncés dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. En effet, elle introduit une notion d'interdépendance et d'interaction de l'humain avec l'environnement, la santé étant en quelque sorte la résultante de ces interactions. Ainsi, une telle définition devrait être considérée comme la perspective à adopter pour examiner de manière critique le fonctionnement des systèmes de santé, leur définition, leurs objectifs, leur intégration dans l'ensemble de la société et, enfin, pour reconsidérer le rôle de l'ensemble des acteur-trices de la santé dans l'interaction avec les individus/patients.

Repenser les systèmes de santé en tenant compte de leur forte dépendance à l'égard de leur environnement

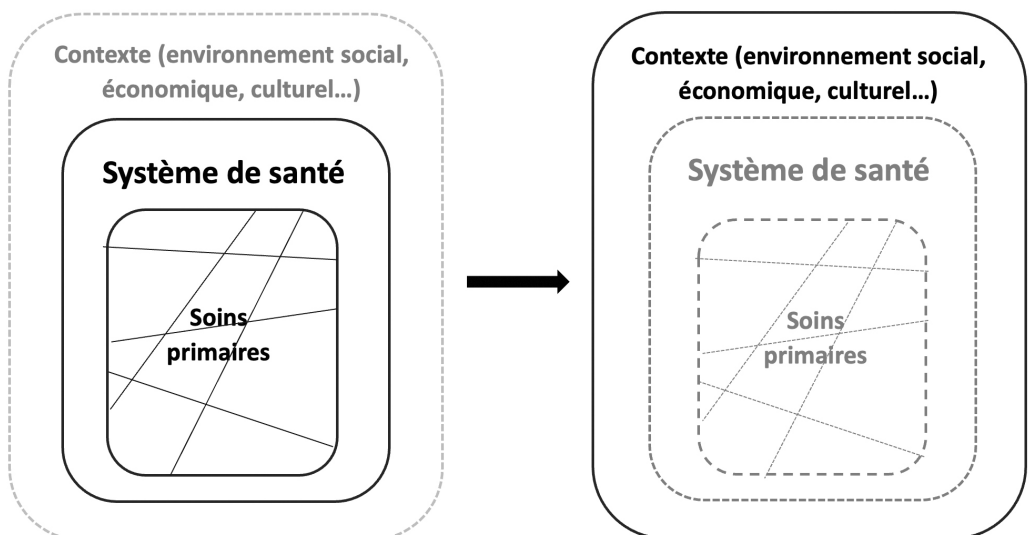
Les systèmes de santé actuels se considèrent encore plus ou moins comme des entités autonomes, déconnectées des autres secteurs et surtout déconnectées de l'environnement dans lequel ils fonctionnent (entendu comme les vastes contextes sociaux, politiques, économiques, juridiques, naturels et physiques). Ils bénéficient en effet d'une grande autonomie et autorité qui semblent les affranchir de l'environnement dans lequel la population et eux-mêmes évoluent. Or, les systèmes de santé sont conditionnés par les contextes sociaux et culturels dans lesquels ils évoluent. Dans la plupart des pays occidentaux, l'orientation biomédicale et productiviste des systèmes de santé (l'équation : plus de soins = plus de santé ; plus cher = plus puissant, plus technique = meilleurs soins) n'est en réalité que le reflet d'un courant culturel dominant³⁰. Comme l'écrit le sociologue Niklas Luhmann dans son livre *Systèmes sociaux. Esquisse d'une théorie générale*³¹ (p. 228) : « Le concept d'environnement [entendu ici comme l'environnement physique, social ou naturel général] ne doit pas être compris comme une catégorie résiduelle [c'est-à-dire à la périphérie du système]. La relation à l'environnement est plutôt constitutive de la formation des systèmes ». Dans cette perspective, il apparaît essentiel de garder à l'esprit une compréhension globale de l'environnement pour pouvoir repenser les systèmes de santé. La figure 1 illustre ce changement

de paradigme dans la conception des systèmes de santé. Alors qu'ils sont généralement considérés comme fermés et indépendants des autres systèmes, nous encourageons l'affranchissement des lignes et des périmètres pour faciliter la réconciliation de la dimension médicale avec son contexte (environnement, social, économique, culturel, etc.). Repenser les systèmes de santé est donc nécessairement un choix de société qui puisse réintégrer ces différentes dimensions contextuelles et les mettre en tension avec les valeurs de la biomédecine contemporaine.

Un tel changement de paradigme, bien qu'urgent, ne peut probablement pas émerger spontanément de la société ou du corps médical. Le débat politique doit être alimenté largement et les connaissances des citoyen·nes doivent être améliorées pour que de nouvelles orientations pour les systèmes de santé, leur gouvernance et leur organisation puissent être débattues. La corporation médicale elle-même doit aussi être incitée à faire évoluer la vision classique de la biomédecine pour pouvoir soutenir de tels débats.

À partir de là, **nous formulons l'hypothèse que les acteur·trices des soins primaires et de la santé publique sont en capacité de proposer,**

Figure 1. Repenser le système de santé et sa relation avec l'environnement contextuel en référence à la conception des systèmes de Niklas Luhmann



dans une perspective ascendante, des cadres de réflexion créatifs, des nouveaux processus de soins et un nouveau paradigme pour la santé.

De notre point de vue, ces acteur-trices clés doivent se mobiliser, trouver des objectifs communs, renforcer leur rôle dans les systèmes de santé et imaginer de nouveaux modèles de soins.

**Développement d'un nouveau paradigme d'interaction
soins primaires-santé publique qui puisse conduire
à la transformation du système**

La volonté de renforcer la culture et les compétences en santé publique (davantage de compétences en matière de prévention et de promotion de la santé, par exemple) des soins primaires pour promouvoir une vision plus large de la santé et du rôle des médecins de premier recours est loin d'être nouvelle. Au niveau mondial, il est important de rappeler que cela s'inscrit dans la même perspective que ce qui fut annoncé dans la déclaration d'Alma Ata^b en 1978 et rappelé plus récemment dans la déclaration d'Astana^c en 2018. Toutes deux visent non seulement à promouvoir des soins primaires forts mais également une meilleure intégration avec les actions de santé publique³². Dans les années 1980, J. T. Hart appelait déjà à un « nouveau type de médecin³³ », parlant de « santé publique de quartier ». Depuis lors, des progrès ont certainement été réalisés. Au Royaume-Uni, par exemple, les structures de médecine générale ont beaucoup changé, comprenant plus de services, incluant des aspects sociaux, avec un degré élevé d'inter-professionnalisme. Dans cette perspective, le développement des soins primaires orientés vers la communauté au Royaume-Uni est un exemple très pertinent¹⁰. À l'inverse, dans d'autres pays plus libéraux comme la Suisse, l'Allemagne ou la France, les soins primaires sont restés remarquablement inchangés, fortement axés sur les médecins et les soins individuels, avec des pratiques en solo et une prédominance de soins techniques^{4,5}.

Pour poursuivre cette ambition d'intégration des soins primaires et de santé publique, des travaux ont également été réalisés pour identifier les activités et les responsabilités qui pouvaient être « transférées » de la santé publique aux soins de santé primaires, comme la prévention, la responsabilité de la population ou l'intégration des services médicaux et sociaux, par exemple. Une revue de la littérature réalisée par Leveque *et al.*³⁴ a permis d'identifier les activités et les rôles fonctionnels respectifs de la santé publique et des

b. Déclaration d'Alma-Ata (who.int).

c. who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf

soins primaires, montrant que certains rôles se situent à l'interface entre les deux domaines. Par exemple: 1) la planification conjointe des activités de soins primaires et de santé publique en fonction des caractéristiques et des besoins de la population locale (y compris sociaux); 2) l'évaluation de l'impact des soins sur les patient-es et les communautés; 3) le plaidoyer en faveur de la promotion de santé et une équité d'accès aux soins. Si ces domaines constituent des éléments importants d'intégration des activités entre santé publique et soins primaires, ils ne sont toutefois pas suffisants pour transformer plus radicalement le système de soins.

Pour aller plus loin, il semble nécessaire de définir le « niveau » d'intégration auquel il est souhaité d'agir. Orkin *et al.*³³ proposent que cette intégration se fasse « institutionnellement » en créant de nouvelles institutions de taille moyenne (quelques dizaines/centaines d'employés) combinant soins primaires et santé publique. Bien qu'intéressante conceptuellement, une telle démarche nécessite des changements radicaux dans l'organisation du système, dans les attributions de missions des différents acteurs et dans les mécanismes de financements. Cette proposition pourrait peut-être plus facilement voir le jour localement, dans des régions où l'engagement des autorités de santé, des acteur-trices des soins primaires et des spécialistes de la santé publique est déjà fort, mais elle reste cependant peu réaliste à plus grande échelle. Un tel changement organisationnel devrait en outre s'appuyer sur un changement d'identité des soins primaires, mais occasionnerait possiblement une perte de réactivité locale (proximité), une croissance des charges administratives de gestion et une démotivation des équipes de soins.

Développer une responsabilité populationnelle locale entre santé publique et soins primaires (des « soins primaires centrés sur la population/communauté »)

Une manière d'appréhender ce nouveau paradigme soins primaires-santé publique est, de notre point de vue, de développer une responsabilité populationnelle à partir des soins primaires à un niveau très local, s'inscrivant ainsi dans le concept de santé publique et communautaire. Nous proposons ainsi de nous concentrer sur l'organisation des soins primaires et d'identifier les éléments clés qui permettraient d'étendre progressivement le rôle classique des soins primaires centrés sur l'individu vers un rôle plus large « centré sur la communauté/population ». Cette démarche aurait le mérite de travailler en même temps le changement d'identité des soins primaires et le développement d'actions de santé publique très ancrées

au niveau local. La mise en œuvre de cette approche viendrait également bousculer quelque peu les acteur-trices de santé publique en renforçant l'idée que les soins primaires peuvent être un levier important de santé populationnelle actionnable, comme nous l'a rappelé la crise Covid³⁵.

Pour les acteur-trices des soins primaires, cela veut dire faire évoluer une perspective centrée sur les soins individuels des patient-es à une perspective de « soins » populationnels, c'est-à-dire ciblés pour des groupes de patient-es ou de citoyen-nés. Il s'agit d'un changement important, qui implique de passer, d'une vision biomédicale centrée autour des soins curatifs classiques, à un soin populationnel visant le maintien et la promotion de la santé d'une communauté locale.

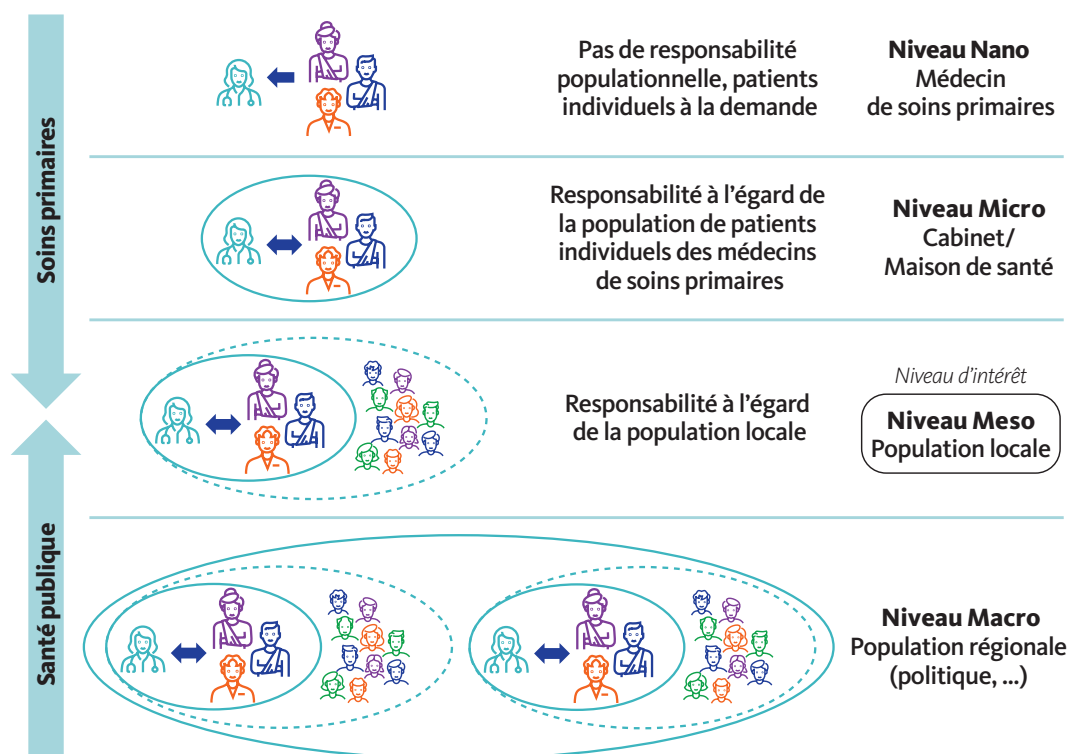
A priori, un tel changement de paradigme n'est pas évident à réaliser. En effet, comment les acteur-trices des soins primaires pourraient-elles déterminer de quelle manière s'occuper d'une population entière, même à un niveau local? Les approches et objectifs traditionnels des soins basés uniquement sur la maladie semblent inadéquats pour répondre aux besoins plus holistiques d'une population. Nous proposons ainsi aux acteurs de soins primaires de développer d'emblée (et de manière séquentielle) une approche de santé publique en tentant de mieux comprendre leur population locale avec ses déterminants environnementaux, sociaux, culturels ou spirituels de la santé pour ensuite planifier, à partir de là, leur offre de soins individuels. Les acteur-trices des soins primaires pourraient ainsi se poser la question suivante: « Quelles sont les caractéristiques de la population du quartier? » Ou encore: « Est-ce que je fournis les meilleurs soins possibles à la population locale que je sers? »

Cette nouvelle approche, qui nous semble réaliste, est ce que l'on pourrait appeler une **« vision des soins primaires centrée sur la population locale »**. La dimension « locale » est primordiale dans ce changement de paradigme et les soins primaires n'entendent pas se substituer à la santé publique dans sa responsabilité globale. Elle permet par contre aux professionnels de pouvoir travailler (en tant qu'infirmier-ère, médecin généraliste, pharmacien-ne ou autre) dans une communauté où l'on « connaît les gens » et où l'on peut « saisir » la santé de la communauté. Pour soutenir cette démarche, il est essentiel de mettre en place des systèmes efficaces d'enregistrement des personnes (ou de listes de patient-es) auprès de la structure de soins en utilisant des systèmes d'information adaptés, qui permettent de décrire la santé de la population (cf. chapitre 4.1 Besoins populationnels et disponibilité des données).

Cette approche pourrait aussi favoriser une évolution du rôle des professionnel·les des soins de santé primaires vers plus de leadership politique local qui pourrait à terme influencer les décisions au niveau de la municipalité (niveau inférieur de la gouvernance de la santé), par exemple en ce qui concerne le développement communautaire, les espaces verts, les soins sociaux ou encore le secteur de l'éducation.

La figure 2 illustre l'évolution du rôle des professionnel·les de soins de santé primaires, qui pourrait s'étendre progressivement d'une pratique exclusivement clinique « à la demande » à une responsabilité plus intégrée à l'égard de la population locale. Une petite échelle devrait être préférée pour préserver, voire renforcer, l'autonomie des structures de soins primaires et leur proximité avec les communautés locales. Le niveau « macro », de responsabilité globale de santé publique, serait ainsi constitué d'un ensemble de structures de soins primaires avec responsabilité populationnelle locale.

Figure 2. Différents niveaux de responsabilité populationnelle

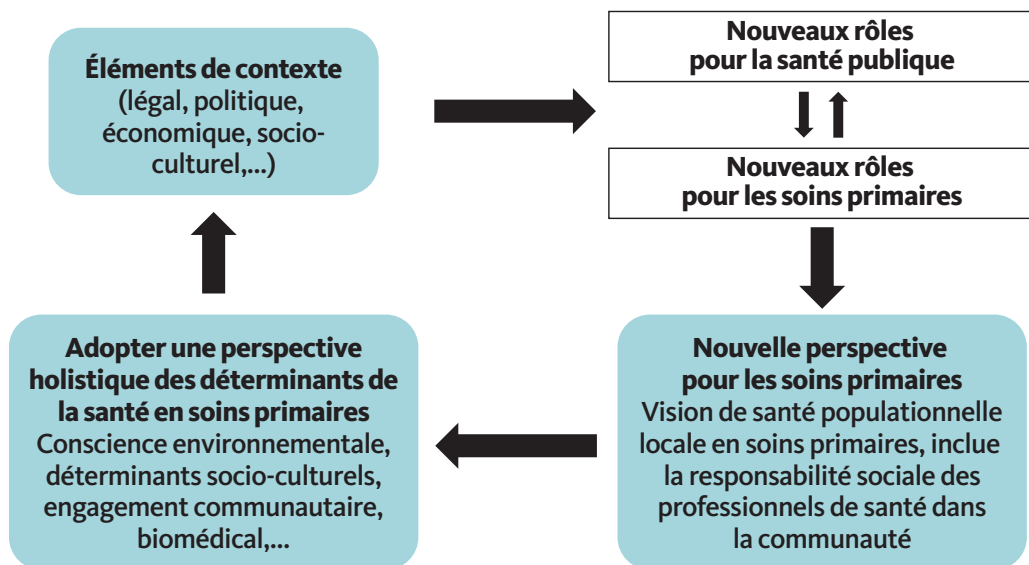


Éléments clés du changement

Sans prétendre à une exhaustivité, plusieurs éléments devraient pouvoir contribuer au changement. Tout d'abord, au niveau systémique, il paraît important de fédérer les acteurs-trices des soins primaires autour d'un même narratif, comprenant des valeurs, une définition de la santé ainsi qu'une nouvelle conception de la responsabilité (*accountability* en anglais). Deuxièmement, il est nécessaire de communiquer et d'influencer le débat politique (plaidoyer) en thématissant les enjeux de durabilité et les nécessaires redéfinitions des objectifs du système de santé. Des nouveaux modèles de soins primaires, comprenant des changements structurels tels que des nouvelles modalités de financement (capitation, « *bundle paiement* », paiement à la performance, etc.) devraient être explicités et testés, notamment via des partenariats privé-public encourageant l'innovation au niveau local. Troisièmement, la responsabilité des acteurs de la santé envers la population à qui ils « doivent rendre des comptes » devra être évaluée. Des nouveaux indicateurs ou de nouvelles méthodes d'évaluation devraient être développés pour évaluer la réalisation des objectifs de santé, en tenant compte, par exemple, du bien-être de la population locale ou des valeurs des patient-es. Les mesures traditionnelles, basées sur les activités médicales ou le taux de recours à l'hôpital, ne seraient en effet pas adéquates pour accompagner cette évolution. Enfin, un changement de posture doit aussi s'opérer au niveau spécifiquement des professionnels de soins primaires pour progressivement endosser une responsabilité populationnelle locale. Les médecins généralistes devront apprendre à travailler avec des entités publiques locales (typiquement municipalités) et collaborer aux frontières de plusieurs politiques publiques (politiques sociales ou d'urbanisation par exemple). Le-la médecin généraliste doit intégrer le fait qu'il-elle n'est pas le-la seul-e acteur-trice à avoir des connaissances et des responsabilités en matière de santé, mais qu'il s'agit d'une activité partagée, même s'il-elle préservera largement son identité et ces prérogatives originelles (en bref: diagnostic et traitement/proposition de prise en charge). D'autre part, les autorités de santé publique doivent elles aussi progressivement faire confiance à ces soins primaires locaux et déléguer une partie de ses responsabilités populationnelles à ces plus petits niveaux territoriaux (cf. chapitre 4.3 Les soins primaires, le cœur d'une organisation territoriale). Tout en reconnaissant la diversité des modèles possibles, elle doit aussi proposer des conditions cadres uniformes et garantir des principes d'équité. En somme, il s'agit de redéfinir et de rendre visibles les périmètres d'autonomie, autant des soins primaires que de la santé publique. En effet, les leviers de changement sont aussi

dans la capacité des acteur-trices à prendre leurs responsabilités et reconnaître leur capacité à agir à leur niveau. La figure 3 résume une perspective schématique du processus d'intégration des soins de santé primaires et de santé publique au niveau local.

Figure 3. Processus global d'intégration des soins de santé primaires et des soins primaires au niveau local



En guise de conclusion : un nouveau paradigme pour la santé et les systèmes de santé

Comme déjà mentionné, les systèmes de santé actuels sont encore fortement axés sur la réparation de la santé et la prise en charge de la maladie, avec ses processus et ses indicateurs de succès (report de mortalité, par exemple). Or, un nouveau paradigme, dont les concepts existent, au moins en partie, depuis longtemps mais dont la mise en œuvre ne se fait pas, devrait considérer la santé à un niveau plus global, en tenant compte d'autres déterminants de la santé, tant au niveau de l'individu qu'au niveau de la population. Les autorités de santé publique et les décideurs politiques devraient jouer un rôle important en fournissant des cadres clairs, fondés sur la valeur, pour concevoir les systèmes de santé de demain et soutenir le développement de nouveaux modèles de soins. La pandémie

de Covid-19 nous a rappelé que les enjeux de santé ne concernaient pas seulement les unités de soins intensifs des hôpitaux et leurs besoins de respirateurs. Le contrôle de l'épidémie, les mesures de prévention, les soins aux personnes au sein de la communauté et en particulier dans les maisons de retraite ont été clairement plus difficiles à appréhender. En outre, l'impact considérable de la pandémie sur l'ensemble de la société (confinement, isolement, aggravation des inégalités sociales, chômage, par exemple) a bien montré que la santé et les soins ne pouvaient être dissociés du reste de l'environnement physique, social ou culturel des personnes et des populations.

Le développement des soins primaires avec une responsabilité populationnelle locale est un premier pas vers l'amélioration globale du système de santé et vers davantage de santé au sein de la population. Par la suite, une transformation plus radicale du système de santé devra probablement advenir avec comme perspective une redéfinition de la santé, moins biomédicale et plus sociale et interdépendante avec l'environnement. Dans ce cadre, les domaines de la nature, de la spiritualité ou encore de la participation sociale devraient être prédominants et nécessiter de profondément revoir notre manière de définir la santé. Ces transformations rencontreront certainement d'importantes résistances. Au-delà de l'absolu nécessité d'adopter une gouvernance des systèmes de santé à même de mener de telles réformes (c'est-à-dire une gouvernance participative et informée), il s'agira également d'accompagner ces changements avec la mise en œuvre d'une recherche en soins primaires et en santé publique permettant d'accompagner l'émergence de ces nouveaux modèles, et de guider les acteurs du système de santé dans les choix stratégiques (*cf.* chapitre 1.4 Recherche, innovations et transformations pour un système de soins primaires apprenant).

Nous gageons que la transformation des soins primaires, en travaillant au niveau local, promouvant de nouvelles valeurs et anticipant de nouveaux objectifs de santé pourrait bien être la première étape d'une transformation plus radicale. Nous pourrions enfin parler de réels « systèmes de santé », en lieu et place de nos « systèmes de soins », des systèmes compris dans une perspective holistique et incluant tous les déterminants de la vie humaine. Cette révolution est peut-être nécessaire pour sauver (la santé de) l'humanité !

Références bibliographiques

1. MacNeill AJ, McGain F, Sherman JD. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. *Lancet Planet Health* 2021;5(2):e66-e68.
2. Gonzalez Holguera J, Senn N. Pour des services de santé suisses durables dans les limites planétaires. *Swiss Academies Communications* 2022,17(2). www.samw.ch/dam/jcr:4c79cfd2-4970-4b44-9deo-307aadb4fd57/feuille_de_route_assm_services_de_sante_durables.pdf.
3. Zywert K. Human health and social-ecological systems change: Rethinking health in the Anthropocene. *Anthropocene Rev* 2017;4(3):216-38.
4. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49(4):509-38.
5. Goh CY, Marimuthu M. The Path towards Healthcare Sustainability: The Role of Organisational Commitment. *Procedia Soc Behav Sci* 2016;224:587-92.
6. OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems. 2015. www.oecd.org/health/fiscal-sustainability-of-health-systems-9789264233386-en.htm.
7. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
8. Gelormino E, Bambra C, Spadea T, Bellini S, Costa G. The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base. *Int J Health Serv* 2011;41(2):209-30.
9. Woolf SH. Necessary But Not Sufficient: Why Health Care Alone Cannot Improve Population Health and Reduce Health Inequities. *Ann Fam Med* 2019;17(3):196-9.
10. Neresini F, Crabu S, Di Buccio E. Tracking biomedicalization in the media: Public discourses on health and medicine in the UK and Italy, 1984-2017. *Soc Sci Med* 2019;243:112621.
11. Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare (Basel)* 2017;5(4):88.
12. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Glob Health Action* 2014;7:23998.
13. Haslam SA, McMahon C, Cruwys T, et al. Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. *Soc Sci Med* 2018;198:14-21.
14. Susan B Rifkin. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(Suppl 3): e001188.
15. Barrett B, Charles JW, Temte JL. Climate change, human health, and epidemiological transition. *Prev Med* 2015;70:69-75.
16. Kay VA, Livingstone CH. Promoting environmental sustainability, equity and health in Victorian Primary Care Partnerships. *Health Promot J Austr* 2020;31(2):298-308.

17. Hensher M, Zywert K. Can healthcare adapt to a world of tightening ecological constraints? Challenges on the road to a post-growth future. *BMJ* 2020;371:m4168.
18. Abou Farman RR. Measures of future health, from the nonhuman to the planetary – An introductory essay. *Med Anthropol Theory* 2019;6(3):1-28.
19. Crisp N. What would a sustainable health and care system look like? *BMJ* 2017;358:j3895.
20. Miller HD. From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(5):1418-28.
21. Pomey MP, Hihat H, Khalifa M, Lebel P, Néron A. Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Exp J* 2015;2(1):29-42.
22. Lantz PM. The Medicalization of Population Health: Who Will Stay Upstream? *Milbank Q* 2019;97(1):36-9.
23. Harper S, Riddell CA, King NB. Declining Life Expectancy in the United States: Missing the Trees for the Forest. *Annu Rev Public Health* 2021;42:381-403.
24. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition. 2020. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf.
25. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses universitaires de France; 2013.
26. Dubos R. *Man Adapting*. The Silliman Memorial Lectures Series. New Haven: Yale University Press; 1980.
27. Fassin D. Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropol Soc* 2000;24(1):95-116.
28. Nordenfelt L. *On the Nature of Health an Action-Theoretic Approach*. Boston: D. Reidel; 1987.
29. Gaille-Nikodimov M. *Santé et environnement*. Paris: Presses universitaires de France; 2018.
30. Illich I. L'expropriation de la santé. *Esprit* 1974;(436(6)):931-940.
31. Luhmann N. *Systèmes sociaux, esquisse d'une théorie générale*. Québec: Les Presses de l'université de Laval; 2010.
32. Hone T et al. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 2018;392:1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
33. Hart JT. A new kind of doctor. *J R Soc Med* 1981;74(12):871-83.
34. Lévesque JF, Breton M, Senn N, Levesque P, Bergeron P, Roy DA. The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. *Public Health Rev* 2013;35(1):14.
35. Orkin AM, Bharmal A, Cram J, Kouyoumdjian FG, Pinto AD, Upshur R. Clinical Population Medicine: Integrating Clinical Medicine and Population Health in Practice. *Ann Fam Med* 2017;15(5):405-9.

Partie 2 : Six enjeux pour les soins primaire

2.1 Dimension sociale et organisation des soins primaires

Mylaine Breton, Catherine Lamoureux-Lamarche,
Nadia Deville-Stoetzel, Véronique Deslauriers

Déterminants sociaux de la santé

L'équité en santé suppose de pouvoir atteindre son plein potentiel de santé sans être désavantagé par sa position sociale ou d'autres facteurs individuels et externes¹. Cependant, au sein d'un même pays, des écarts dans la distribution des pathologies à travers la population, mais aussi des inégalités en termes d'espérance de vie sont constatées. Par exemple, en France, les hommes les plus aisés ont une espérance de vie à la naissance de 84 ans alors que celle-ci est réduite à 71 ans chez les hommes les moins aisés, ce qui représente un écart de 13 ans². À Montréal, l'écart d'espérance de vie entre les populations vivant dans des quartiers favorisés et celles vivant dans les quartiers défavorisés est de 11 ans³.

Certaines inégalités en matière de santé sont attribuables à des facteurs d'origine biologique alors que d'autres sont tributaires de facteurs socio-économiques inhérents aux conditions de vie des personnes. Autrement dit, l'environnement dans lequel « les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (p. 9)⁴ englobe un ensemble de déterminants sociaux de la santé⁴. Ceux-ci sont multifactoriels et contribuent aux inégalités de santé à la hauteur de 30 à 55 %. Parmi les principaux déterminants sociaux de la santé figurent le revenu, l'éducation, l'emploi, le lieu de résidence, la langue, le soutien social, l'origine ethnique, la religion et l'orientation sexuelle^{2,4-9}.

Plusieurs études ont montré un gradient social de santé, soit une distribution inégale de ces déterminants à travers la population, suggérant une association entre un statut socio-économique élevé et un meilleur état de santé par rapport à un statut socio-économique inférieur¹⁰. Hormis les facteurs économiques, l'isolement et la qualité des relations sociales sont des facteurs impactant la santé^{5,6}. Par exemple, les personnes isolées socialement ont un taux de mortalité deux à trois fois plus élevé que celles qui disposent d'un réseau de soutien répondant à leurs besoins¹¹⁻¹³.

Le racisme et les discriminations vécues par certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires

font également partis des facteurs d'inégalités de santé majeurs observés dans plusieurs pays économiquement développés⁹. À titre d'exemple, l'écart de santé entre les communautés autochtones et non autochtones au Canada en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires^{14,15} contribue à une réduction de l'espérance de vie d'environ 5 et 7 ans chez les femmes et les hommes autochtones respectivement¹⁶. De plus, le diabète a augmenté de façon spectaculaire dans les communautés autochtones à la suite de la perte des modes de vie traditionnels découlant du système de réserves^{14,17,18}.

De manière générale, la distribution inégale des déterminants sociaux de la santé dans la population contribue à vulnérabiliser davantage certains groupes^{1,6-8}. Les écarts de santé déjà observés entre les populations se sont accentués pendant la pandémie de la Covid-19 avec des taux plus élevés d'infection, de mortalité et de détérioration des soins de santé auprès des populations vulnérabilisées^{5,19}. Ces constats incitent à réitérer la nécessité d'agir sur l'équité en santé^{5,20} faisant de cet enjeu un des objectifs prioritaires d'amélioration des soins dans le système de santé⁵.

L'organisation des soins primaires

Le système de santé, dans lequel les soins primaires jouent un rôle fondamental, contribue aux déterminants de la santé à la hauteur d'environ 20 %²¹. Avec plus de 85 % de la population recevant au moins un service de soins primaires au cours d'une année comparativement à 7 % en soins hospitaliers²², mettre en place un système de soins primaires efficace contribue à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités de santé, tout en diminuant les coûts du système²³⁻²⁸. Ses avantages en termes de qualité des soins (par exemple, la prestation de soins préventifs) et de résultats sur la mortalité, la satisfaction des patients, l'adhésion au traitement, l'utilisation optimale des services, sont déjà bien documentés²⁹⁻³⁹.

Plusieurs initiatives ont vu le jour au cours des dernières décennies afin d'améliorer l'organisation des soins primaires. Elles se distinguent par le type de collaborations pluriprofessionnelles ou intersectorielles qu'elles mettent de l'avant. D'une part, les initiatives de collaborations pluriprofessionnelles se caractérisent par la participation de différents types de professionnels de la santé (médecins et pharmaciens par exemple). Elles visent notamment à mieux coordonner les parcours de santé et à redistribuer les tâches et rôles de chacun dans une optique de prévention. Une attention accrue a été portée aux bénéfices d'une prise en charge par une équipe

pluriprofessionnelle et à la considération des déterminants sociaux de la santé. Les modèles de soins primaires sont historiquement, et encore très largement dans les pays francophones d'Europe, orientés vers la pratique solo ou en groupes de médecins généralistes, limitant ainsi les possibilités de coordination des soins de santé avec les services sociaux. Néanmoins, depuis le début des années 2000, plusieurs pays ont innové avec la mise en place de politiques visant à développer des soins primaires basés sur des équipes pluriprofessionnelles composées notamment de médecins généralistes, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de pharmaciens⁴⁰⁻⁴³.

Au Québec et en Belgique, l'intégration des assistants et travailleurs sociaux dans les équipes de soins primaires^{44,45} a constitué une première étape dans la reconnaissance et la considération des dimensions sociales. En effet, ces professionnels ont pour rôle de soutenir les équipes de soins primaires lorsque les patients se présentent avec des problèmes psychosociaux ou de santé mentale⁴⁶. Au-delà de l'évaluation et du traitement des problèmes psychosociaux, ils peuvent également jouer un rôle dans la reconnaissance et la modification des déterminants sociaux en coordonnant les services de santé et sociaux dont les programmes de soutien aux logements, à l'alimentation et à l'emploi. Par exemple, ils peuvent assister les patients éprouvant des problèmes de logement et les orienter vers les ressources communautaires les mieux à même de répondre à leurs besoins⁴⁶.

D'autre part, plusieurs interventions innovantes portant sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre des soins primaires⁴⁷ ont été rendues possibles grâce à une plus grande collaboration intersectorielle. Celle-ci se définit par la création de partenariats entre les acteurs de la santé et ceux du social. Des initiatives de prescription sociale faites par les professionnels de la santé ont été mises en place pour répondre à des besoins non médicaux des patients^{48,49}. En Angleterre, la prescription sociale en soins primaires passe principalement par des travailleurs de liaison, ceux-ci ont pour mission d'aider les patients à naviguer entre les services communautaires disponibles afin de répondre à leurs besoins et sont intégrés directement à l'équipe de soins primaires^{49,50}. En Australie, un certain nombre de centres de santé communautaires ont mis en place des équipes de soins pluriprofessionnelles afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé⁵¹. Au Royaume-Uni, des cabinets de médecine générale ont accueilli des travailleurs de l'organisation Citizens Advice afin d'aider les patients à accéder aux prestations^{52,53}. Aux États-Unis, Health Leads, une organisation à but non lucratif, a contribué à la formation et à la

mise en place de bénévoles dans les cliniques pour aider les patients ayant divers besoins sociaux. À Boston, un outil en ligne a été mis au point pour diriger les patients vers des ressources communautaires spécifiques afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé⁵⁴. À San Francisco, Health Begins est une grande organisation qui fournit des conseils sur mesure à de multiples organismes de santé désireux de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé⁵⁵.

Il est de plus en plus reconnu que les organisations de soins primaires doivent prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. Les prestataires de soins primaires suivent les patients de manière longitudinale et ont souvent une connaissance précise de leurs conditions de vie et de l'impact de celles-ci sur leur santé⁵⁶. Dans ce mouvement, des outils ont été développés pour les prestataires de soins primaires afin de faciliter le dépistage des déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, la sécurité alimentaire, la qualité de l'environnement et la sécurité du logement^{47,57-59}. À titre d'exemple, en France, un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel a été développé (EPICES – Évaluation de la précarité des centres d'examen de santé⁶⁰). Des interventions offertes en première ligne ont même commencé à s'intéresser aux possibilités de modifier certains de ces déterminants pour réduire le fardeau financier et le racisme^{61,62}. Des outils de dépistage sont de plus en plus utilisés dans la pratique clinique. Toutefois, la formation des résidents en médecine sur les stratégies à mettre en place afin de réduire l'impact des déterminants sociaux de la santé demeure insuffisante. Il a été recommandé de la renforcer⁶³.

Responsabilité populationnelle

Depuis plus de trente ans, plusieurs pays ont élaboré des structures et mis en œuvre des processus organisationnels ayant pour objectif de faciliter la collaboration entre les prestataires de soins et les organisations afin d'améliorer la coordination des services dans le continuum de soins et de fournir des services mieux intégrés⁶⁴. Déjà dans les années 1990, les travaux précurseurs de Shortell *et al.*⁶⁵ avaient mis de l'avant la notion de renforcement des liens entre les prestataires et les organisations de santé. Cette proposition connaît actuellement un regain d'intérêt alors que plusieurs pays en ont fait un objectif politique^{66,67}. Effectivement, les conjonctures démographiques et sociales récentes – entraînant une augmentation des inégalités sociales et économiques au sein des populations⁶⁸ – amènent les décideurs à repenser l'offre de services. Des prérogatives en termes

de besoins populationnels, mais aussi de gestions des ressources destinées au système de santé, sous-tendent ces changements d'orientation politique.

Au-delà d'une meilleure intégration des services de santé, la recherche d'une plus grande efficience du système de santé amène à rapprocher deux domaines d'activités du secteur de la santé qui se sont largement développés en parallèle dans les pays industrialisés : la santé publique et le système de soins²⁸. Une plus grande intégration de la santé publique amène le développement d'une planification populationnelle à l'intérieur de l'organisation de soins de santé et une plus grande articulation des préoccupations de santé publique dans une coordination de services de santé à un niveau local⁶⁹.

L'un des premiers enjeux de cette intégration disciplinaire est de modifier le modèle de prestation de services individuels selon un processus axé sur la planification communautaire. Cette transformation introduit la notion de territorialité dans le processus de planification et de promotion de la santé. L'offre de services de santé doit non seulement répondre aux besoins des utilisateurs de services, mais aussi tenir compte des besoins de la population non-utilisatrice des services de santé⁷⁰. Ce point de vue diffère de la gestion traditionnelle des organisations, qui est fondée sur la réponse aux demandes de services.

La notion de responsabilité populationnelle, définie par le mandat d'améliorer la santé et le bien-être d'une population, amène à développer des collaborations intersectorielles avec différents acteurs, dont les organisations de santé, mais aussi avec les différents acteurs du territoire, en promouvant une approche basée sur la population⁷¹. Les citoyens de ces territoires sont au cœur de ces démarches d'amélioration et doivent avoir des représentants qui s'impliquent activement sur les différents comités locaux. Une gouvernance locale doit se mettre en place, dans laquelle divers acteurs se mobilisent pour améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire. Plusieurs stratégies pour répondre à une grande responsabilité populationnelle ont été observées dans plusieurs pays. Parmi celles-ci figurent les projets pilotes en Belgique basés sur des relais « action quartier » centrés sur des informations de proximité et les zones de soins primaires (en Flandres⁷²). Du côté de la France, les postes de médiateurs localisés dans des zones prioritaires sociales témoignent de cet intérêt croissant pour la responsabilité populationnelle, bien qu'ils demeurent très peu nombreux. Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé est une illustration du dynamisme

des professionnels de la santé qui souhaitent décloisonner les services et mieux organiser l'offre de services sur un territoire donné⁷³.

Au Québec, en 2004, le Gouvernement a découpé le territoire en quatre-vingt-quinze réseaux locaux de services basés sur une responsabilité populationnelle où les centres de santé et de services sociaux avaient le mandat d'animer et de coordonner des projets pour améliorer la santé d'une population définie de manière géographique⁶⁴.

Bien que le contexte actuel favorise la convergence entre les soins primaires et la santé publique, certaines interventions de santé publique demeurent hors du domaine des soins de santé. La santé publique s'intéresse à des domaines beaucoup plus larges et diversifiés qui ne sont pas couverts par les soins de santé, tels que l'environnement, les infrastructures publiques et la sécurité au travail. Plusieurs initiatives de santé publique sont de nature macroscopique et le niveau local a relativement peu de contrôle et de levier pour agir.

Conclusion

Les soins primaires sont la principale porte d'entrée et de contact de la population avec le système de santé. Les modèles de soins primaires évoluent graduellement vers des organisations pluriprofessionnelles de proximité intégrées dans la communauté, qui considèrent à la fois les dimensions médicales et sociales de la santé. Bien que les organisations de soins primaires considèrent de plus en plus les déterminants de la santé dans la prise en charge des individus, la majorité des interventions touchant les déterminants sociaux dépasse les frontières du système de santé. La reconnaissance de ces déterminants dans la prise en charge par les professionnels de soins primaires amène à réfléchir à de nouveaux modèles d'interventions et de collaborations intersectorielles. Plusieurs réflexions et paradoxes sont soulevés à cet égard, dont les rôles et responsabilités de chacun dans l'amélioration de la santé et du bien-être des populations et la réduction des inégalités de santé.

Références bibliographiques

1. National Academies of Sciences Eam. Communities in Action: Pathways to Health Equity. National Academies Press; 2014.
2. Collège de la médecine générale. Comment prendre en compte la situation sociale des patients en médecine générale? 100 propositions pour mieux comprendre et agir. Paris, France: Collège de la médecine générale; 2022.

3. Le Blanc MF. Les inégalités sociales de santé à Montréal le chemin parcouru. Montréal, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique; 2012.
4. Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé (OMS); 2009.
5. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 2022;327(6):521-2.
6. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Alexander R. Social determinants of health: the Canadian facts. Ontario Tech University Faculty of Health Sciences; 2020.
7. Patrick K, Flegel K, Stanbrook MB. Vulnerable populations: an area CMAJ will continue to champion. *Cmaj* 2018;190(11):E307.
8. Clark B, Preto N. Exploring the concept of vulnerability in health care. *Cmaj* 2018;190(11):E308-e9.
9. O'Neill J, Tabish H, Welch V, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol* 2014;67(1):56-64.
10. Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalité 2022. Disponible sur : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html.
11. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316.
12. Holt-Lunstad J aBNU. Chapter 10 social support and health. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior: Theory, research, and practice*. 5th edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
13. Michael YL, Farquhar SA, Wiggins N, Green MK. Findings from a community-based participatory prevention research intervention designed to increase social capital in Latino and African American communities. *J Immigr Minor Health* 2008;10(3):281-9.
14. Tobe SW, Maar M, Roy MA, Warburton DE. Preventing Cardiovascular and Renal Disease in Canada's Aboriginal Populations. *Can J Cardiol* 2015;31(9):1124-9.
15. Ivanich JD, Mousseau AC, Walls M, Whitbeck L, Whitesell NR. Pathways of Adaptation: Two Case Studies with One Evidence-Based Substance Use Prevention Program Tailored for Indigenous Youth. *Prev Sci* 2020;21(Suppl 1):43-53.
16. National Household Survey. Aboriginal Peoples in Canada: First Nations people, Metis and Inuit. Canada: Statistics Canada; 2011.
17. Maar MA, Sutherland M, McGregor L. A regional model for ethical engagement: the first nations research ethics committee on Manitoulin Island; 2007.

18. Maar M. Clearing the path for community health empowerment: Integrating health care services at an Aboriginal health access centre in rural north central Ontario. *Int J Indig Health* 2004;1(1):54-64.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Risk for COVID-19 infection, hospitalization, and death by race/ethnicity. Disponible sur : www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html
20. Center of Diseases Control and Prevention (CDC). Risk for COVID-19 infection, hospitalization, and death by race/ethnicity. CDC; 2021.
21. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé – 2^e édition: Concepts, méthodes, stratégies. Paris: Les éditions JFD; 2020.
22. Wong ST, Johnston S, Burge F, McGrail K. Value in Primary Healthcare. *Measuring What Matters?*. *Healthc Pap* 2019;18(4):58-67.
23. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013;32(4):686-94.
24. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-65.
25. Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(5):412-22.
26. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
27. Starfield B. *Primary care, Balancing Health Needs, Services and Technologies* New-York. New-York: Oxford University Press; 1998.
28. Levesque JF, Breton M, Senn N, et al The interaction of public health and primary care: functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Rev* 2013;35(1):14.
29. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors — a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ open* 2018;8(6):eo21161.
30. Hollander MJ, Kadlec H. Financial implications of the continuity of primary care. *Perm J* 2015;19(1):4.
31. Starfield B, Shi L, Machink J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83.
32. Lambrew JM, DeFriesse G, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34(2):138-51.
33. McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care?. *Can Fam Physician* 2001;47:70-6.

34. McRae I, Yen L, Gillespie J, Douglas K. Patient affiliation with GPs in Australia — Who is and who is not and does it matter?. *Health Policy* 2011;103(1):16-23.
35. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33(1):22-7.
36. Peel A, Gutmanis I, Bon T. Disparities in health outcomes among seniors without a family physician in the North West Local Health Integration Network: a retrospective cohort study. *Cmaj* 2019;7(1):E94.
37. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51(1):123-33.
38. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Accessibility and continuity of primary care in Québec. Ottawa; 2004.
39. Sanmartin C, Ross N. Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Health Policy* 2024;1(2):103-19.
40. Romanow RJ. Building on values: the future of health care in Canada; 2002.
41. Kirby M. The Health of Canadians – The Federal Role. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology [En ligne]. 2002; Final Report (Rep. n° 6: Recommendations for Reform).
42. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q* 2011;89(2):256-88.
43. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Rican S. Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas?. *Health Policy* 2019;123(5):508-15.
44. Wankah P, Guillette M, Dumas S, et al. Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care* 2018;10(3):48-53.
45. Feryn N, De Corte J, Roose R. The DNA of Social Work as a Partner in Primary Health Care. *Soc Work Public Health* 2022;37(5):407-18.
46. Tadic V, Ashcroft R, Brown JB, Dahrouge S. The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Health Policy* 2020;16(1):27-42.
47. Pinto AD, Bloch G. Framework for building primary care capacity to address the social determinants of health. *Can Fam Physician* 2017;63(11):e476-e82.
48. Bloch G, Rozmovits L. Implementing social interventions in primary care. *Cmaj* 2021;193(44):E1696.
49. Frostick C, Bertotti M. Social prescribing in general practice. *Br J Gen Pract* 2019;69(688):538.

50. National Health Services. Social prescribing: NHS. Disponible sur : www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/.
51. Baum FE, Legge DG, Freeman T, et al. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health* 2013;13(1):460.
52. Abbott S. Prescribing welfare benefits advice in primary care: is it a health intervention, and if so, what sort? *J Public Health Med* 2002;24(4):307-12.
53. Burrows J, Baxter S, Baird W, Hirst J, Goyder E. Citizens advice in primary care: a qualitative study of the views and experiences of service users and staff. *Public Health* 2011;125(10):704-10.
54. Bachrach D, Pfister H, Wallis K, Lipson M. ADDRESSING PATIENTS' SOCIAL NEEDS. *Commonwealth Fund* 2014:1-36.
55. Manchanda R. Practice and Power: Community Health Workers and the Promise of Moving Health Care Upstream. *J Ambul Care Manage* 2015;38(3):219-24.
56. Kiran T, Pinto AD. Swimming 'upstream' to tackle the social determinants of health. *BMJ Qual Saf* 2016;25(3):138-40.
57. Wintemute K, Noor M, Bhatt A, et al. Implementation of targeted screening for poverty in a large primary care team in Toronto, Canada: a feasibility study. *BMC Fam Pract* 2021;22(1):194.
58. Andermann A. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev* 2018;39:19.
59. Bradywood A, Leming-Lee TS, Watters R, Blackmore C. Implementing screening for social determinants of health using the Core 5 screening tool. *BMJ Open Qual* 2021;10(3).
60. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH* 2006;14.
61. Pinto AD, Da Ponte M, Bondy M, et al. Addressing financial strain through a peer-to-peer intervention in primary care. *Fam Pract* 2020;37(6):815-20.
62. Hassen N, Lofters A, Michael S, et al. Implementing Anti-Racism Interventions in Healthcare Settings: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(6):2993.
63. Lewis JH, Lage OG, Grant BK, et al. Addressing the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education Curricula: A Survey Report. *Adv Med Educ Pract* 2020;11:369-77.
64. Breton M, Pineault R, Levesque JF, et al. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Serv Res* 2013;13:262.
65. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994;13(5):46-64.
66. McDonald B. A review of the use of the balanced scorecard in healthcare. *BMCD Consult* 2012;2012:1-32.

67. Lemieux-Charles L, Chambers LW, Cockerill R, et al. Evaluating the effectiveness of community-based dementia care networks: the Dementia Care Networks' Study. *Gerontologist* 2005;45(4):456-64.
68. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Tous concernés. Pourquoi moins d'inégalité profite à tous. OECD Publishing; 2015.
69. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. Integrating public health into local healthcare governance in Quebec: challenges in combining population and organization perspectives. *Health Policy* 2009;4(3):e159.
70. Breton M, Denis JL, Lamothe L. Incorporating Public Health More Closely Into Local Governance of Health Care Delivery: Lessons From the Québec Experience. *Can J Public Health* 2010;101(4):314-7.
71. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisation des soins* 2008(2):113-24.
72. Eerstelijnszone. Over ons. Disponible sur : www.eerstelijnszone.be/over-ons.
73. Fédération nationale, Communautés professionnelles, Territoriales de Santé. CPTS, une opportunité!. 2023. Disponible sur : www.fcpts.org/

2.2 Dimension politique des soins primaires

Yann Bourgueil, Hector Falcoff

Dimension politique des soins primaires : de quoi s'agit-il, et pourquoi c'est particulièrement important aujourd'hui ?

La structuration du système de soins en niveaux primaire, secondaire et tertiaire est apparue dès le début du XX^e siècle. Dans le rapport Dawson qui n'a pas eu de suite immédiate, les auteurs ont imaginé une organisation du système de soins permettant d'utiliser au mieux les ressources pour prendre soin d'une population à l'échelon d'un territoire. La relation inverse entre la fréquence des maladies et la disponibilité des moyens spécialisés, techniques et humains, pour les soigner, conduit au principe de la gradation des soins. La prise en charge des situations morbides les plus fréquentes et l'activité de prévention individuelle relèvent de la première ligne de soins composée de professionnels de santé mais également d'acteurs intervenant dans le domaine social qui sont au plus près de la population sur l'ensemble du territoire. Cette première ligne doit donc être accessible à tous et capable de traiter et suivre au long cours un large éventail de situations, mais elle a également la charge de repérer les situations qui relèvent des soins spécialisés de deuxième ou troisième ligne, et de se coordonner avec ces niveaux quand c'est nécessaire aussi bien pour adresser les patients que pour les recevoir après recours spécialisé. C'est ce raisonnement qui a conduit à définir le concept de *primary care*, que l'on traduit ici en français par soins primaires (cf. chapitre 1.1 - Une définition des soins primaires). « Définition des soins primaires », caractérisés par les fonctions essentielles (même si elles ne lui sont pas exclusives) d'approche globale, d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins.

Notre réflexion concerne des systèmes de santé avec une couverture de soins universelle ou quasi universelle pour l'ensemble des résidents (système nationalisé ou couverture par un système d'assurance obligatoire, ou similaire), ce qui n'empêche pas néanmoins des problèmes d'accès aux soins pour différentes raisons (socio-économique, littératie en santé, « déserts médicaux »...).

Dans ces contextes, les soins primaires renvoient donc bien à l'art médical et aux soins mais dans un référentiel « d'économie politique » qui est

celui de la politique à mener pour l'emploi le plus efficace et équitable possible de ressources collectives mises en commun, par définition limitées, afin de soigner chacun selon ses besoins et améliorer la santé de tous. C'est bien la transposition des valeurs de justice sociale et de solidarité dans un schéma d'organisation d'ensemble du système de santé, qui conduit à organiser le système en niveaux de soins dont les soins primaires constituent le premier étage, sinon les fondations.

Le secteur des soins primaires et les professionnels de santé qui y travaillent (médecins généralistes et autres médecins de premier recours, infirmières, kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens, professionnels du médico-social et du maintien à domicile...) sont ainsi les dépositaires de valeurs collectives et sont engagés de fait, parfois à leur corps défendant ou à leur insu, dans des enjeux politiques qui dépassent l'horizon de leur responsabilité de soignant, qu'ils perçoivent le plus souvent comme avant tout individuelle vis-à-vis du malade. C'est d'ailleurs principalement dans ce référentiel qu'ils sont formés (approche centrée patient).

Ainsi, prendre en compte la dimension politique des soins primaires, c'est prendre en compte les fonctions du secteur des soins primaires au regard des enjeux d'équité dans l'accès aux soins de première ligne mais également l'accès aux soins secondaires et la coordination avec les autres niveaux de soins. Ces enjeux ne sont pas spécifiques aux soins primaires. Mais parce qu'ils sont en première ligne au plus près de la population, et qu'ils constituent la voie d'accès principale au système de soins et déterminent largement la suite des parcours de soins, la politique des soins primaires joue un rôle déterminant dans la concrétisation de ces valeurs.

Les acteurs qui composent les soins primaires ont donc des responsabilités collectives qui peuvent selon les systèmes être assumées par des professionnels à titre individuel, les organisations dont ils sont les propriétaires ou celles qui les emploient, en articulation avec les institutions garantes de la santé publique.

La bonne réalisation par les professionnels des soins primaires des missions d'intérêt collectif repose d'une part sur la qualité de leur collaboration entre eux mais également avec les acteurs qui interagissent avec les soins primaires. Ces acteurs peuvent être dans le secteur sanitaire mais également dans la communauté (élus, représentants des malades, acteurs associatifs, représentants des habitants). D'autre part, la collaboration sur le terrain peut être facilitée ou entravée par « le niveau macro » de la politique des soins primaires (promotion et financement d'innovations

organisationnelles, résistance des logiques monoprofessionnelles centrées sur leurs intérêts financiers ou leur autonomie professionnelle...).

Nous appelons dimension politique des soins primaires l'ensemble des actions, règles, organisations, modalités de financement qui visent à garantir pour la population un accès aux soins de qualité et équitables, qu'ils soient préventifs et/ou curatifs. La politique des soins primaires est la résultante des processus dynamiques entre les différents acteurs du système de santé.

Y a-t-il une politique de soins primaires aujourd'hui ?

Dans de nombreux pays dont la Suisse, la Belgique, le Canada et la France, les soins primaires sont caractérisés par la présence importante et centrale des médecins exerçant selon le cadre traditionnel de l'exercice individuel rémunéré à l'acte. Cette forme libérale d'exercice peut selon les cas être également celle des autres professionnels de soins primaires comme en France, en Belgique et en Suisse. L'exercice libéral a été défini en France en 1927 au congrès de la CSMF¹ par sept principes fondateurs : le libre choix du médecin par le patient, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout patient soigné, le paiement direct par l'assuré en prenant comme base le minimum des tarifs syndicaux, la liberté thérapeutique de prescription, le contrôle des malades par les caisses et des médecins par les syndicats, la représentation du syndicat dans les commissions techniques des caisses, la liberté de fixer les tarifs. Ainsi, le modèle d'organisation des soins primaires qui caractérise nos pays se situe entre un modèle professionnel non hiérarchisé (il n'y a pas de rôle de coordinateur ni de *gatekeeper* confié au médecin généraliste) et un modèle professionnel hiérarchisé (l'accès au médecin généraliste conditionne l'accès au second recours) caractérisé par le rôle prépondérant des médecins indépendants dans l'organisation des soins². En période de croissance économique, démographique et de croissance des systèmes de soins, ces modèles d'organisation reposant sur la pratique libérale individuelle et une forme de concurrence entre acteurs ont facilité l'accès aux soins pour la population au prix d'un certain consumérisme médical. Le développement concomitant d'un important secteur hospitalier public souvent non coordonné avec le secteur ambulatoire a également conduit à une forme de segmentation des recours aux soins selon les statuts socio-économiques des patients. Les patients les plus aisés ont plus souvent recours à la médecine libérale alors que les plus défavorisés s'adressent au secteur public. La coexistence d'un secteur de soins ambulatoires, organisé selon

les principes de l'exercice libéral et régulé par les caisses d'assurance maladie avec un secteur hospitalier principalement public régulé par l'administration de l'État, n'a pas permis le développement d'un premier niveau de soins organisé spécifiquement selon les principes des soins primaires. Les soins primaires ne sont en général pas définis dans les textes, ils ne sont pas représentés au sein de l'administration de la santé et les comptes de la santé n'identifient généralement pas de comptes des soins primaires dans les dépenses de santé. Il n'y a pas à proprement parler de politique explicite orientée vers la structuration et la gouvernance des soins primaires comme premier niveau du système de soins, et si les fonctions d'accessibilité, de coordination, de continuité et d'approche globale dans ces pays sont plus ou moins assurées, elles le doivent largement à la période de forte croissance économique et démographique qui a suivi la fin de la Deuxième Guerre mondiale.

Les équilibres constitués au moment des trente glorieuses et l'organisation des soins qui en résulte sont aujourd'hui profondément remis en cause par une moindre croissance des ressources financières comme humaines mais également une augmentation de la complexité des situations à prendre en charge en soins primaires qui deviennent également plus fréquentes (polypathologies, intrications de situations médicales et sociales en lien avec le vieillissement et la perte d'autonomie). La prévention secondaire et tertiaire longtemps sous-investie apparaît également de plus en plus comme un volet d'action à renforcer aussi bien pour prévenir la survenue de complications chez les personnes déjà malades que pour faire face au retour des épidémies infectieuses et aux problèmes à venir avec le dérèglement climatique³.

La politique de soins primaires : une (re)fondation nécessaire

Au regard des valeurs de solidarité financière et de justice sociale qui les fondent, les systèmes de santé issus des États-providence sont fortement questionnés et conduits à s'adapter. Pour le secteur des soins primaires, il s'agit notamment de transformer les modèles d'organisation et de pratique individuelles, structurées pour soigner principalement des pathologies aiguës, vers des formes plus collectives mais également d'intégrer des objectifs d'actions plus orientés vers la préservation, l'amélioration de la santé à la fois des individus et des populations à l'échelon local. Ces transformations sont profondes et questionnent très fortement les rôles et positions professionnelles mais également les modalités et niveaux de rémunération. Il s'agit donc de faire évoluer les règles du jeu au sein

même des soins primaires et avec les autres acteurs du système de santé. La dimension politique, au sens de la redéfinition des règles et des rapports entre acteurs du champ, est donc bien présente, source d'affrontements, de conflits mais également condition de l'adaptation nécessaire des systèmes de santé.

Si elle est souvent masquée par des questions de sécurité, de qualité des soins et de craintes de perte d'identité ou de revenus, nous pensons néanmoins que la dimension politique des soins primaires doit être explicitée et assumée en tant que telle par les acteurs de la santé. L'adaptation des systèmes et des acteurs aux contraintes de l'environnement est une condition de leur survie mais les modalités mêmes de leur adaptation et notamment l'anticipation des transformations à mener aussi bien pour les professionnels que pour les usagers nous paraissent essentielles. La survenue brutale de changements pourtant anticipables et prévisibles peut être source de nombreuses souffrances, voire de désaffection notamment des jeunes vis-à-vis des secteurs qui n'ont pas su s'adapter à l'évolution des attentes des professionnels comme des besoins des populations. La crise des vocations régulièrement déplorée peut prendre sa source dans le décalage entre une représentation formelle des acteurs et des processus de décision organisés en silos d'une part, et des situations vécues d'autre part : engorgement des urgences pour des demandes de soins non programmées, dysfonctionnement des relations ville-hôpital pour les admissions ou les sorties de patients, défauts de communication et d'anticipation entre acteurs du domicile débouchant sur des hospitalisations ou des crises « évitables », sentiment d'impuissance entraînant une inflation d'actes répétitifs en lieu et place d'un travail plus long et continu d'*empowerment* des malades...) et une représentation formelle des acteurs et des processus de décision organisés en silos. Dans ce contexte dysfonctionnel, les interactions avec les patients, devenus plus exigeants car mieux informés, peuvent également générer de tensions et un vécu de dévalorisation sociale des professionnels de santé qui peut également contribuer à la « crise des vocations ».

Quelques défis en rapport avec la dimension politique des soins primaires

S'interroger sur les défis de la dimension politique des soins primaires, c'est se demander ce qu'on peut attendre d'une réforme de l'organisation des soins primaires. Cette réforme, qui est en cours depuis des

années dans tous les pays développés, est nécessairement politique, au sens où elle nécessite un engagement du politique pour appuyer et promouvoir un changement qui ne va pas de soi : elle s'appuie sur un appareil législatif, répartit les budgets, régule les flux des professionnels, définit les contenus des programmes et les compétences des professions, modifie les rapports hiérarchiques entre ces mêmes professions, spécifie les cahiers des charges des organisations et des technologies...

Idéalement :

- l'engagement dans la réforme des soins primaires est précédé d'expériences locales pour étudier ce qui est faisable, acceptable, utile, efficient ;
- la réforme est coconstruite avec l'ensemble des parties prenantes, les changements de pratiques et d'organisation ne pouvant s'opérer qu'avec leur implication.

Ci-dessous, nous abordons quelques défis de la réorganisation des soins primaires en France, mais il est probable que bien d'autres pays s'y reconnaîtront, totalement ou partiellement.

Visibilité des soins primaires

Une première étape incontournable est de définir et rendre visibles les soins primaires : les inscrire dans la loi, définir leurs missions spécifiques, préciser les programmes de formation communs aux professionnels de soins primaires. La nécessité d'une organisation à deux niveaux, méso (territoire et population) et micro (équipes de soins et liste de patients), doit être reconnue, et tous les professionnels, y compris ceux de deuxième et troisième recours, doivent y contribuer.

Accès aux soins

L'accès aux soins est un enjeu majeur. Il varie selon les territoires et selon la position sociale et la littératie de santé des patients et des usagers. Nous devons évoluer vers un accès réellement universel sans discrimination ni obstacle financier, social, physique ou géographique. Les difficultés d'accès aux soins doivent devenir une préoccupation des professionnels de soins primaires qui doivent également pouvoir s'appuyer sur un deuxième niveau de soins réactif et accessible.

Démographie des professionnels

L'accès aux soins est lié à la démographie des professionnels et tout particulièrement à celle des médecins généralistes et du personnel infirmier. Il dépend également de la répartition des professionnels sur les territoires. Réguler la démographie des professionnels exige à la fois de trouver des solutions à court terme pour limiter la désastreuse crise des vocations en cours, et d'anticiper sur ce que seront les besoins dans dix à quinze ans. La répartition des professionnels sur les territoires peut être tentée de manière autoritaire ou incitative. Aujourd'hui la première est fortement combattue par les professionnels de soins primaires et les étudiants. La seconde devrait s'inscrire dans une approche globale d'aménagement des territoires et engager les professionnels de santé.

Parcours des patients

L'enjeu concerne les patients dits « complexes » qui aujourd'hui sont à risque de suivre un parcours de soins fragmenté, voire chaotique, avec des ruptures, des interventions redondantes, des soins inefficaces, voire dangereux. Les transitions, notamment ville-hôpital et hôpital-ville, sont souvent mal gérées. L'enjeu est d'améliorer la coordination des soins, de décroiser les secteurs sanitaire et social, de développer les « soins transitionnels⁴ » aux interfaces, d'intégrer de nouveaux acteurs (médiateur social, gestionnaire de cas, *patient navigator*...) ⁵, de renforcer l'autonomie et la compréhension du patient vis-à-vis de son parcours.

Prévention individuelle

Aujourd'hui la mise en œuvre de la prévention primaire individuelle (repérage et intervention sur les risques chez des personnes non malades) repose sur la bonne volonté des professionnels de santé et essentiellement des généralistes. C'est « la cerise sur le gâteau » qui vient s'ajouter, lors d'une consultation, à la prise en charge des problèmes de santé apportés par le patient. Le paiement à l'acte de la consultation ne permet pas de valoriser le temps consacré à la prévention. De plus, la charge de travail actuelle des médecins généralistes leur laisse peu de temps pour cette activité.

L'enjeu principal dans le domaine de la prévention est d'en faire une mission de l'ensemble des professionnels de soins primaires, en s'accordant sur les rôles et la formation préalable. Cette formation doit nécessairement inclure l'acquisition de compétences pour faciliter le changement des comportements à risque individuels à risque individuels en lien avec

les ressources du territoire.. Donner à l'ensemble des professionnels de soins primaires la responsabilité collective de la prévention individuelle sur un territoire demande de résoudre le problème de la traçabilité des actes accomplis dans un espace numérique partagé entre les professionnels et bien évidemment avec les personnes concernées.

Déterminants sociaux de la santé (DSS) et équité des soins

Les inégalités sociales de santé dépendent essentiellement de déterminants inégalement répartis selon les groupes sociaux : éducation, conditions de travail, revenus, conditions de logement et d'environnement... Dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'enjeu pour les soins primaires est triple : 1) identifier *systématiquement* les DSS des patients et de la population de leur territoire et développer les collaborations intersectorielles non seulement avec les professionnels du social et du médico-social mais également avec tous les acteurs susceptibles d'améliorer les DSS ; 2) distribuer des soins de manière équitable, c'est-à-dire proportionnée aux besoins ; 3) témoigner, depuis l'observatoire que constituent les soins primaires, des effets des DSS et des inéquités sociales d'accès aux soins et de qualité des soins.

De la responsabilité individuelle à la responsabilité collective

Aujourd'hui le professionnel se sent responsable de « ses » patients, ceux qui figurent sur sa liste, sa file active. L'enjeu est, comme pour la prévention, de rendre les professionnels d'un territoire collectivement responsables de la santé de la population de ce territoire. C'est un changement de paradigme majeur, qui demandera une « révolution mentale » des professionnels. Au collectif micro (l'équipe de soins) viendra s'ajouter le collectif méso (les professionnels du territoire) dans lequel les droits, les devoirs et les modalités de rétribution devront être clairement définis. Ce collectif méso permettra de développer une attitude proactive d'« aller vers » les plus fragiles. On a vu ce collectif émerger dans les circonstances particulières de la pandémie, avec une mobilisation massive des professionnels dans les centres de vaccination, et avec des équipes de professionnels volontaires pour aller vacciner à domicile les personnes isolées, handicapées ou dépendantes, à la demande de leurs collègues débordés.

Pluriprofessionnalité

Les professions se connaissent mal. Les médecins généralistes sont au centre du système, les professionnels paramédicaux en dépendent

(ils sont « prescrits »). Les professionnels de même profession sont en concurrence. Lorsqu'une profession obtient des tutelles un élargissement de son champ de compétences, cela crée des tensions avec les autres professions. La dépendance des prescrits (infirmières, kinésithérapeutes...) vis-à-vis des prescripteurs (essentiellement les généralistes) freine la constitution d'équipes pluriprofessionnelles.

L'enjeu est la création de véritables équipes pluriprofessionnelles solidaires. Cela implique que les professionnels aient des formations communes et des échanges, connaissent et comprennent les contraintes des autres professions. Le partage des responsabilités et des tâches sont discutés régulièrement. Chaque professionnel travaille en coordination étroite avec les autres membres de l'équipe, et est autonome dans son champ de compétences. La coordination est facilitée par un système de dossiers patients partagés et par le mode de rémunération (forfait patient, qualité). L'équipe suit et analyse l'activité et la qualité par les données. Dans ces équipes pluriprofessionnelles, le rôle du médecin généraliste est probablement moins central et holistique (« je m'occupe de tous les patients et de tout pour chaque patient ») pour se focaliser sur l'expertise et la prise en charge des patients les plus complexes.

Financement

De nombreux travaux de recherche et de comparaisons internationales^c recommandent d'adapter les modalités de financement des soins primaires en lien avec les transformations souhaitées des pratiques (prévention, dépistage, coordination) et des organisations (paiement à l'équipe et sur une base populationnelle et/ou territoriale). L'enjeu est de passer d'un paiement très majoritairement à l'acte (qui avait du sens lorsque l'activité principale concernait les pathologies aiguës) vers un paiement mixte (plus adapté aux pathologies chroniques, aux patients complexes et à la prévention) incluant une part de forfait, une part de financement du temps de coordination, une part de rétribution à la qualité, une part de financement de la structure de soins primaires.

Système d'information

Les professionnels de soins primaires utilisent de nombreuses solutions numériques pour enregistrer les données du patient. En France comme dans de nombreux pays, ces solutions ne sont pas interopérables et ne sont pas adaptées à l'exercice pluriprofessionnel. En France, ont pas

non plus interfacées avec des outils d'aide à la décision ou des bases de connaissance.

La France s'est dotée depuis 2022 de « Mon espace santé ». Il s'agit d'un carnet de santé numérique, dans lequel « une personne peut déposer et stocker l'ensemble de ses documents de santé et les partager facilement avec ses professionnels de santé » (selon le site de l'Agence du numérique en santé). L'utilisateur acceptera-t-il de donner accès à son espace santé aux professionnels de santé de son « cercle de soins » ? À quel point cet outil permettra-t-il la coordination ? Sera-t-il suffisamment ergonomique pour que les professionnels se l'approprient ?

Intégration ville-hôpital

Aujourd'hui l'hôpital reproche à la ville de ne pas répondre aux demandes de soins non programmés ni aux « petites » urgences, de ne pas assurer le suivi à domicile des personnes âgées dépendantes, ni la prévention. La ville reproche à l'hôpital une approche purement biomédicale, centrée maladie, déconnectée des réalités du terrain, une méconnaissance de la faiblesse des ressources humaines disponibles et de la lourdeur des tâches administratives. Chacun reproche de l'environnement du patient, des insuffisances de coordination et de communication.

Aujourd'hui l'hôpital et la ville ne prennent pas le temps d'anticiper pour construire ensemble des solutions. L'hôpital agit dans la tension. Il peut ainsi être amené à acheter des « solutions » à des prestataires (par exemple faire appel à une société de services pour qu'elle trouve une infirmière en ville à la sortie d'un patient) au lieu de coconstruire les solutions avec ceux qui devraient être les partenaires naturels : les professionnels de soins primaires du territoire. Une difficulté spécifique aux grandes villes est que l'hôpital draine une région comprenant un grand nombre de territoires de soins primaires. La co-construction est alors plus difficile à mettre en œuvre.

Comment aller vers l'intégration ? Dans les pays où le système de soins est public et géré par l'État ou la région (Catalogne, Suède...), l'intégration ville-hôpital peut être décrétée et organisée, par exemple en créant une organisation pyramidale avec, à la base, des structures de soins primaires couvrant chacune un secteur, rattachées à un hôpital, lui-même rattaché à un hôpital universitaire. Il est facile dans cette architecture hiérarchisée de mettre en place un système d'information partagé et de définir les parcours à suivre par chaque catégorie de patients. Par contre dans les

pays où les patients peuvent (théoriquement) accéder à n'importe quelle structure de n'importe quel niveau de soins, où les soins primaires ne sont pas organisés et où il n'y a pas de congruence entre le territoire de l'hôpital et les territoires de soins primaires, l'intégration ne peut résulter que d'un long travail combinant la mise en œuvre de différents leviers (cf. tableau 1). L'organisation des soins primaires et l'intégration ville-hôpital constituent en quelque sorte les deux faces d'une même médaille.

Tableau 1. Dix éléments d'un cadre stratégique pour parvenir à des soins primaires et secondaires intégrés⁶

• Planification conjointe • Technologies de l'information et de la communication intégrées • Gestion du changement • Priorités cliniques partagées • Incitations • Innovation	• Approche centrée sur la population • Mesure – utilisation des données comme outil d'amélioration de la qualité • Développement professionnel continu soutenant le travail en commun • Engagement des patients/de la communauté
---	--

Un niveau macropolitique nécessaire pour les soins primaires

La diffusion et la généralisation de nouvelles formes d'organisation des soins primaires ne vont pas de soi. Souvent initiées de façon expérimentale (projet Mocca dans le canton de Vaud), dans le cadre de projets de recherches ou de politiques visant à stimuler les innovations (réf art 51 en France) ou tout simplement portées par des innovateurs de terrain précurseurs mais isolés, les pratiques et organisations nouvelles sont fragmentaires et diffusent très lentement. Même si elles ont démontré leur intérêt et leur plus grande efficience, ces inventions passent rarement à une échelle plus large en décalage avec les besoins d'adaptation rapide des systèmes de santé. Les dimensions d'actions à mobiliser pour faire innovation, c'est-à-dire inscrire ces changements dans l'ensemble du système de santé, sont multiples : la recherche pour définir leur validité et leur valeur, la formation initiale et continue pour les diffuser, la constitution de systèmes d'information pour les faire fonctionner et les piloter, la réglementation pour les inscrire dans le cadre légal et formel, et des modes de paiement adaptés pour les pérenniser et les valoriser. C'est la mobilisation simultanée de toutes ces dimensions d'action qui va conditionner le succès de leur déploiement à l'échelon du système de santé.

Les acteurs académiques, les ordres et syndicats professionnels comme les administrations en charge de la régulation peuvent être des relais et des promoteurs mais également des lieux de résistance à la nouveauté. Renforcer une première ligne de soins primaires ne peut se faire sans affirmer cette orientation à l'échelon politique et sans l'adhésion d'un nombre significatif d'acteurs dans les différents secteurs du système de santé. Dans le contexte de transition démographique avec le départ à la retraite de nombreux acteurs et leaders professionnels, il nous semble que l'enjeu est également de favoriser l'émergence d'acteurs nouveaux plus à même de porter et représenter les nouveaux modèles et pratiques en soins primaires aussi bien dans les sphères académiques, administratives que professionnelles. Réformer les soins primaires nécessite également d'agir à ce niveau macro-social.

Références bibliographiques

1. Hassenteufel P. Les médecins face à l'état. Une comparaison européenne. Paris: Presses de Sciences Po; 1997. p. 97-8.
2. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé* 2009;141.
3. Romanello M, Napoli CD, Green C, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet* 2023;402(10419):2346-94.
4. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(4):746-54.
5. Peart A, Lewis V, Brown T, Russell G. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. *BMJ Open* 2018;8(3):e019252.
6. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2013;13:528. doi: 10.1186/1472-6963-13-528. Erratum in: *BMC Health Serv Res* 2017 Aug 17;17(1):569. PMID: 24359610; PMCID: PMC4234138.

2.3 Intégration des soins: opportunité pour les soins primaires

Catherine Hudon, Jean Macq

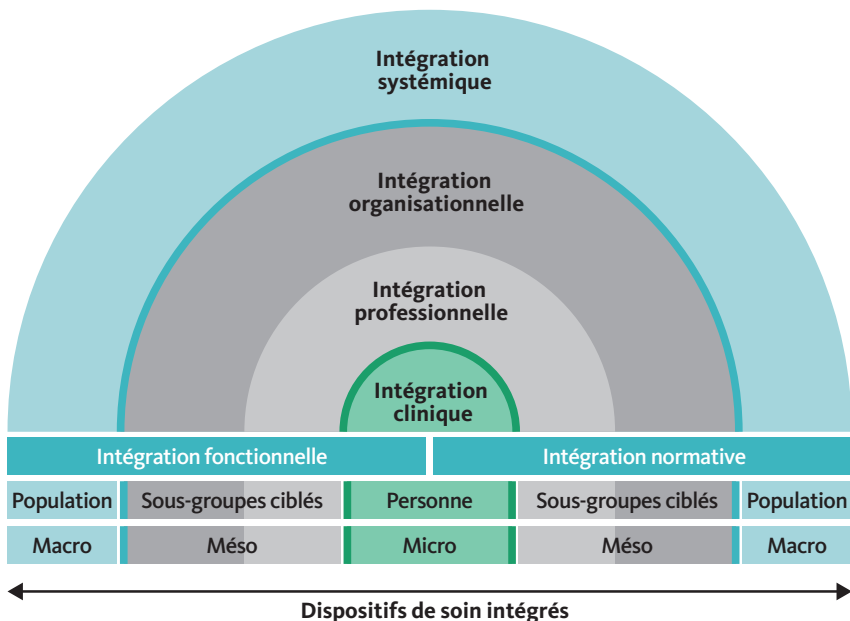
Assurer une intégration optimale des soins s'avère un objectif incontournable dans l'organisation de nos systèmes de santé. L'intégration des soins réfère à des stratégies d'organisation et de coordination visant à assurer une accessibilité optimale tout en favorisant la continuité, la globalité, l'efficacité et la sécurité des soins. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une définition des soins intégrés selon la perspective du patient: « Mes soins sont planifiés avec les professionnels qui travaillent ensemble pour me comprendre, ainsi que mes proches, me positionner en situation de contrôle, coordonner et offrir des services pour atteindre mes meilleurs résultats de santé (traduction libre)^{1,2}. »

Les professionnels/professionnelles de soins primaires occupent une position privilégiée pour favoriser l'intégration des soins, tant dans une perspective individuelle que populationnelle. Selon l'OMS: « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble, qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations³. » D'une part, les professionnels/professionnelles de soins primaires, de par leur proximité géographique, culturelle et sociale, et de par leur accompagnement longitudinal de la personne, offrent des services considérant la réalité vécue par celle-ci. D'autre part, ces mêmes professionnels/professionnelles, témoins des différentes réalités vécues par les personnes dans leur territoire, peuvent contribuer à l'intégration des soins de manière équitable pour l'ensemble de la population. En effet, bien qu'une majorité de personnes en soins primaires présentent des problèmes simples ou ponctuels, 18% des personnes font face à des défis d'interactions multiples entre des problèmes de santé physique, mentale et sociale⁴. Selon la loi inversée des soins⁵, ces besoins plus complexes s'accompagnent souvent d'un accès plus difficile aux soins, créant une iniquité en santé et résultant en une qualité de vie moindre, davantage d'incapacités, et un risque accru

de mortalité⁶. La pandémie de Covid-19 a mis en lumière les iniquités en santé vécues par les personnes ayant des besoins complexes⁷. Les professionnels/professionnelles de soins primaires doivent ainsi viser un équilibre optimal entre les ressources déployées entre des sous-groupes de population ayant des besoins d'intensité variable.

Bien que largement reconnue comme une cible à atteindre, l'intégration des soins soulève différents défis en soins primaires, liés à différents éléments contextuels. Les modèles organisationnels changent. La démographie des professionnels/professionnelles de soins évolue, tant en quantité, avec une pénurie tangible dans de nombreux pays, qu'en qualité, où la diversité des profils de professionnels/professionnelles disponibles varie. Le nombre de personnes avec des besoins complexes augmente. Les besoins de financement s'accroissent également. Ces défis soulèvent des questions pertinentes: comment offrir des soins primaires mieux intégrés? Comment planifier la structure et le fonctionnement des équipes? Comment articuler fonctionnement en équipes et fonctionnement en réseaux? Comment considérer les besoins de la population d'un territoire? Ce chapitre abordera ces questions en s'inspirant d'un modèle souvent utilisé pour conceptualiser les soins intégrés: le modèle de Valentijn et coll.⁸

Figure 1. Modèle conceptuel de Valentijn (d'après Valentijn et coll., 2013 ; 2015)



Le modèle conceptuel de Valentijn pour mieux articuler soins centrés sur la personne et approche populationnelle en soins primaires

Le modèle conceptuel de Valentijn et coll.⁸, qui allie les concepts de soins intégrés et de soins de santé primaires, propose deux dimensions principales. D'un côté, les soins centrés sur la personne se réfèrent aux préférences, besoins, et valeurs de la personne, et reflètent la perspective biopsychosociale de la santé. De l'autre côté, les soins centrés sur la population suggèrent de considérer et d'adresser les déterminants sociaux de la santé dans une population définie pour améliorer la santé et l'équité en santé⁹. Le déploiement de stratégies d'intégration des soins exige un juste équilibre entre ces deux dimensions.

Ces dimensions se structurent ensuite autour de trois niveaux. Au niveau micro, l'intégration clinique vise à définir une offre de services pour assurer la continuité des soins, ainsi que des soins globaux, efficaces et centrés sur la personne. Ceci est rendu possible entre autres par l'intégration professionnelle qui consiste à déployer des équipes en fonction des soins à offrir et en organisant le travail interprofessionnel pour assurer une offre optimale de services. Au niveau méso, l'intégration organisationnelle réfère à la manière dont différentes organisations de soins interagissent et renforcent l'intégration clinique et l'intégration professionnelle. Une ou des équipes peuvent faire partie d'une même organisation, et plusieurs organisations peuvent interagir au sein d'un réseau d'organisations. Au niveau macro, l'intégration systémique englobe l'environnement politique, dont les politiques publiques, pour soutenir les autres plans d'intégration.

Finalement, deux types d'intégration transversale unissent les niveaux micro, méso et macro : l'intégration fonctionnelle qui regroupe les systèmes de financement, de gestion et d'information ; et l'intégration normative qui réfère au développement d'un système commun de référence – mission, vision, valeurs et culture – entre les professionnels/professionnelles et les organisations. Ce chapitre abordera plus spécifiquement l'intégration professionnelle et organisationnelle, l'intégration systémique étant abordée à la partie 2.2 de ce livre.

L'intégration professionnelle : des équipes de soins de santé primaires à l'affût des besoins individuels et populationnels

La collaboration interprofessionnelle s'avère souvent indispensable, tant pour offrir des soins adéquats aux personnes avec des besoins multiples,

que pour permettre une offre de services pertinente à la population du territoire. Les équipes interprofessionnelles de soins peuvent ainsi être constituées en fonction de leur capacité à offrir des services visant à améliorer la santé des personnes selon leurs besoins individuels. Cette offre de services inclut alors une combinaison de soins de promotion de la santé et prévention de maladies, de soins curatifs, de soins adaptés à certaines transitions ou problématiques particulières, ou soins de réadaptation. Dans ce contexte, l'équipe doit répondre à une grande variété de situations de soins: problèmes de santé bénins chez des personnes en bonne santé; suivi de personnes atteintes de maladies chroniques; suivi de personnes en contexte de vulnérabilité socio-économique; etc. En plus d'une offre de services adaptée aux besoins individuels des personnes, cette équipe de soins devra aussi développer son offre de services pour répondre aux besoins de la population de son territoire. Elle pourra par exemple animer des groupes de soutien à l'autogestion de la santé et aux changements des habitudes de vie, offrir des ateliers pour répondre aux questionnements concernant la santé des personnes immigrantes, etc. Développer la collaboration interprofessionnelle en considérant ces deux objectifs parfois en tension pose un défi, et les besoins individuels priment encore souvent sur les besoins populationnels. Des stratégies doivent encore être mises de l'avant en ce sens.

Bien que la composition des équipes de soins primaires puisse varier, les médecins et les infirmiers/infirmières forment souvent le noyau de base. La possibilité de compter sur des psychologues et des travailleurs sociaux/travailleuses sociales permet de mieux adresser les enjeux de santé mentale et sociaux. Aussi, l'inclusion d'animateurs/animateuses de quartiers ou de spécialistes en santé communautaire pourrait s'avérer utile dans le développement de dynamiques communautaires. La constitution complète de l'équipe, qui varie d'un pays et même d'une région à l'autre, est souvent tributaire de plusieurs facteurs dont les ressources humaines et les espaces disponibles, ainsi que les modes de financement.

Non seulement il ne serait pas souhaitable de suggérer un format ou modèle unique d'équipe interprofessionnelle, mais sa composition devrait tenir compte, dans la mesure du possible, des profils et besoins populationnels du territoire desservi, et de l'arrivée de nouveaux profils de professionnels. Par exemple, une équipe offrant des services à une population défavorisée d'un point de vue matériel et/ou social bénéficierait de la présence de travailleurs sociaux/travailleuses sociales; une population âgée ayant des incapacités fonctionnelles bénéficierait de la présence de

physiothérapeutes/ergothérapeutes; etc. La capacité d'utiliser les données administratives de la clinique et du territoire desservi pour dresser un portrait global de la population à desservir devient donc fort utile pour former une équipe ayant les compétences adaptées aux besoins de la population. Une fois formée, la capacité de l'équipe interprofessionnelle à collaborer efficacement constitue un autre facteur déterminant pour l'intégration professionnelle. Un Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme publié au Canada en 2010 soulignait l'importance de six domaines clés : une communication efficace ; des soins orientés sur la personne et sa famille, et sur la communauté ; des rôles clairs ; un fonctionnement d'équipe bien planifié ; un leadership collaboratif ; et des mécanismes de résolution de conflit¹⁰. La présence de technologies de l'information soutenant l'échange de renseignements entre les professionnels/professionnelles, tout en respectant les normes de confidentialité, peut également soutenir l'équipe à collaborer efficacement.

Bien que le contexte organisationnel et politique exerce une influence sur le développement et le fonctionnement des équipes interprofessionnelles de soins de santé primaires, des revues systématiques ont démontré que les équipes bénéficient également de leurs propres opportunités d'améliorer la collaboration, peu importe le contexte. Les évidences soutiennent en effet l'importance de développer une vision et des intérêts communs, des buts partagés, des opportunités et des processus formels d'amélioration de la qualité, des modalités d'information, et un sentiment d'appartenance à l'équipe^{11,12}. Des opportunités constantes et fréquentes de communication informelle utilisant différents canaux seraient nécessaires à la création de connaissances et de buts communs, ainsi qu'à une prise de décision partagée. Une configuration appropriée de l'espace physique et la possibilité d'avoir de brèves mais fréquentes périodes d'interaction favoriseraient cette cocréation¹³. À l'opposé, les principaux enjeux consisteraient à bien connaître les rôles et compétences des autres professionnels/professionnelles, partager l'information pertinente, développer un sentiment d'équipe, et assurer un financement adéquat¹⁴.

L'intégration organisationnelle : développer un réseau en complémentarité à l'équipe interprofessionnelle

Une équipe interprofessionnelle peut difficilement, à elle seule, couvrir l'ensemble des besoins de la population de son territoire. En fonction de sa composition et des besoins de la population, elle devra faire appel à des compétences supplémentaires auprès d'autres organisations, pour

compléter son offre de services. Comment développer ces liens de collaboration interorganisationnelle? Comment les formaliser et les mettre en œuvre?

Dans certains contextes, cette intégration organisationnelle s'inscrit dans une structure de gouvernance formalisée au niveau d'un territoire. Cette structure inclut des acteurs de plusieurs secteurs (social-santé) et services (hôpital – soins primaires, etc.) d'un territoire. Cela s'accompagne alors de gestion décentralisée de ressources financières ou de ressources humaines, avec des administrations parfois importantes en appui à la gouvernance. C'est le cas au Québec avec les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou en France avec les agences régionales de santé (ARS). Dans d'autres contextes, cette intégration organisationnelle se développe de façon informelle, par arrangements entre organisations, menant à des structures de taille variable. Dans les deux types de contextes, il s'agit de trouver le meilleur équilibre pour donner suffisamment de liberté aux équipes de soins primaires, tout en assurant un niveau suffisant d'interaction entre les équipes faisant partie de différentes organisations. De manière générale, les équipes de soins primaires privilégieront des modes de gouvernance ancrés dans la pratique de soins, plutôt que dictés par une logique administrative ou de gestion financière.

Conclusion : une adaptation constante vers un équilibre optimal

Bien que la réflexion sur l'organisation des soins primaires en équipes interprofessionnelles soit cohérente au plan théorique, elle soulève des enjeux importants en pratique, en lien avec les fonctions centrales des soins primaires. En effet, face à une pénurie plus ou moins importante de professionnels/professionnelles de soins, variable selon les pays, force est de trouver de nouveaux équilibres.

Dans un premier temps, les équipes doivent atteindre une taille suffisante pour assurer la continuité et la réactivité requises à l'offre de services, sans que cette taille ne nuise à la continuité relationnelle. Ensuite, l'arrivée de nouveaux professionnels/professionnelles dans les équipes de soins primaires et l'évolution de leur champ de pratique constituent des atouts pour la prise en charge de situations de soins complexes. Dans un tel contexte de développement, des rôles trop fragmentés ne seraient pas souhaitables puisque pouvant occasionner une perte de vision globale des individus et de la population. Enfin, une gouvernance interorganisationnelle ancrée

dans l'offre de services requiert un engagement des professionnels/professionnelles de soins plutôt qu'une structure administrative supplémentaire. Ceci exige un investissement et une représentation équilibrée des différents/différentes professionnels/professionnelles de soins.

Le développement d'équipes de soins primaires et de réseaux requiert donc la mise en œuvre de stratégies considérant les processus de changement et permettant une adaptation progressive aux réalités du contexte. La création d'espaces de partage pour permettre aux différents acteurs – professionnels/professionnelles de soins primaires et de santé publique, patients/patientes, citoyens/citoyennes, etc. – d'exprimer leurs points de vue et leurs besoins, et d'échanger sur des solutions à mettre en place peut favoriser ces développements et adaptations, qui doivent rester cohérents avec le développement des territoires.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Integrated care models: an overview. 2016. Disponible sur : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.
2. National Voices. A Narrative for Person-Centred Coordinated Care: National Voices. 2013. Disponible sur : www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf.
3. Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires. 2021. Disponible sur : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care.
4. Feely A, Lix LM, Reimer K. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada 2017;37(7):215-22. doi:10.24095/hpcdp.37.7.02.
5. Marmot M. An inverse care law for our time. BMJ 2018;362:k3216. doi:10.1136/bmj.k3216.
6. Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. Health Aff (Millwood) 2011;30(12):2437-48. doi:10.1377/hlthaff.2011.0923.
7. Gouvernement du Canada. Réduire le risque de COVID-19 en milieu communautaire : Un outil pour les exploitants. 2022. Disponible sur : <https://sante.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/reduire-risque-covid-19-milieu-communautaire-outil-exploitants.html>.

8. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010. doi:10.5334/ijic.886.
9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
10. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. 2010. Disponible sur : www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
11. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care* 2021;21(2):32. doi:10.5334/ijic.5589.
12. Carron T, Rawlinson C, Arditi C, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *Int J Integr Care* 2021;21(2):31. doi:10.5334/ijic.5588.
13. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 2015;52(7):1217-30. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.
14. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)* 2015;37(4):716-27. doi:10.1093/pubmed/fdu102.

2.4 Défis environnementaux contemporains en soins primaires

Nicolas Senn, Monique Ferguson

Santé et environnement naturel en soins primaires

Il est reconnu que notre relation à l'environnement naturel influence notre santé, que cela soit directement par la pollution, l'augmentation des pollens et des maladies infectieuses du fait du réchauffement climatique ou plus indirectement en dégradant les écosystèmes. Cela peut même être lié à l'impact environnemental du système de santé lui-même¹. Par conséquent, et du fait de dégradations environnementales contemporaines, de nouveaux enjeux de santé vont croître : pics de canicule, problèmes de production alimentaire, maladies émergentes infectieuses ou encore les questions de santé mentale². Même s'il reste encore passablement d'inconnues, il apparaît indispensable de tenir compte de ces nouveaux paramètres autant dans l'organisation des structures de soins que dans la pratique clinique³.

Une autre façon, plus traditionnelle, de voir les choses est de parler de déterminants environnementaux de la santé. Cette façon anthropocentrique de voir la santé signifie que l'environnement (naturel), extérieur à l'humain, influence de manière unidirectionnelle sa vie. Par opposition, des concepts comme Planetary Health (santé planétaire) ou One Health stipulent au contraire que l'humain interagit dynamiquement avec son environnement, conditionnant ainsi sa santé^{4,5}.

Cette perspective « d'interdépendance du vivant », tissée finement dans nos interactions avec l'environnement naturel, n'est pas nouvelle mais a été longtemps négligée et remplacée par une vision essentiellement biomédicale de la santé. Cela n'a pas empêché des scientifiques précurseurs de tirer la sonnette d'alarme dans les années 1960 déjà, comme Rachel Carson sur les méfaits du DDT autant pour l'environnement que pour la santé humaine⁶. Or, si l'on veut pouvoir faire face aux urgences environnementales actuelles, il est nécessaire que les services de santé intègrent ces nouvelles dimensions de la santé autant sur le plan épistémologique que pratique. Cela peut toucher la pratique clinique, les actions de santé publique ou l'organisation des structures de soins, depuis les activités visant la promotion de la santé, en passant par la prévention, les soins curatifs ou palliatifs.

Il est par ailleurs intéressant de constater qu'une littérature scientifique croissante considère que l'avenir du système de santé devrait être « de gré ou de force » plus axé sur les soins primaires et communautaires, être « low tech », peu gourmand en énergie et intégratif, certains parlerons de sobriété. « De gré » si l'on considère en soit qu'il faut anticiper les changements, notamment en renforçant une forme de santé publique de proximité (si l'on pense aux modèles organisationnels de soins primaires). « De force » si on ne fait rien, comme pour les autres secteurs de notre société, car le système de santé va devoir faire face à des pénuries de ressources (humaines, matérielles...) et d'énergie. Dès lors, le système n'aura plus d'autre choix que d'aller à l'essentiel mais sans avoir pu s'y préparer. C'est une position que défendent par exemple l'anthropologue canadienne Katherine Zywert⁷ ou le ShiftProject en France^a. Cela nécessite de repenser fondamentalement nos modèles de soins et de réfléchir bien au-delà du secteur sanitaire.

Partant de là, de nombreuses questions sont ouvertes sur la façon d'aborder ces changements profonds pour les soins primaires, de la pratique clinique à l'organisation des structures.

En effet, actuellement, la littérature scientifique offre surtout quelques pistes conceptuelles plus que des preuves tangibles d'interventions en soins primaires. Il y a, par ailleurs, plusieurs raisons pour lesquelles les soins primaires sont au centre de l'intérêt de la transition socio-écologique⁸. Tout d'abord, c'est un domaine des services de santé qui a un impact environnemental, plus faible comparé au secteur hospitalier et spécialisé. Ceci s'explique notamment par le plus faible recours à des technologies gourmandes en énergie et la prépondérance d'activités cliniques simples (dans le bon sens du terme⁹). Dès lors, renforcer les soins primaires au « détriment » des soins spécialisés devrait se traduire par un besoin moindre en énergie « globale ». Ensuite, les soins primaires portent en eux (du moins en théorie) des valeurs propices à la préservation de l'environnement : approche globale, accent porté sur la prévention et la promotion de la santé, ancrage local et communautaire. Parmi les cadres de réflexion générale, Xie et al. proposent les soins primaires comme lieu d'action à la fois pour la réduction des émissions de GES et l'adaptation aux dégradations environnementales¹⁰. Toujours d'un point de vue conceptuel, Gonzalez et al. proposent quelques pistes de réflexion afin de traduire les principes de la santé planétaire en soins primaires durables¹¹. Il s'agit par exemple de mener une réflexion autour de la définition même de

a. www.theshiftproject.org

la santé afin d'intégrer l'environnement naturel comme un facteur majeur de la santé. Finalement, une récente revue de littérature par Hermann et al. montre l'importance d'intégrer des éléments de santé planétaire dans les recommandations cliniques, des références épidémiologiques pour les maladies liées aux dégradations environnementales et les éléments de bonne pratique comme Choosing Wisely¹².

Ci-après, nous allons évoquer quelques aspects importants concernant la dimension environnementale en soins primaires.

Acteurs et approches à l'échelle globale : politiques de santé publique supranationales

Bien que les liens entre l'environnement, la santé animale, et la santé humaine soient connus depuis longtemps¹³, l'émergence du concept de One Health (« une seule santé ») remonte à la conférence inaugurale organisée en 2004 à New York par la Wildlife Conservation Society et la fondation Rockefeller¹⁴. Les fruits de ces échanges, synthétisés en douze recommandations intitulées les « Principes de Manhattan¹⁵ », reconnaissent l'impact de la dégradation et la perte d'habitat sur la résilience des écosystèmes, et les liens entre les dérèglements de ces écosystèmes et la santé. Ce texte invite les autorités politiques et acteurs en santé publique à adopter une approche interdisciplinaire et intersectorielle. Ceci non seulement dans le but de prévenir les maladies zoonotiques qui contribuent pour 60 % des (nouvelles) maladies humaines infectieuses, mais aussi dans les prises de décisions autour de la gestion de nos ressources naturelles, du développement de nos systèmes de sécurité alimentaire, ainsi que dans les politiques de conservation de la biodiversité¹⁶.

En parallèle, le domaine vétérinaire s'est également penché sur l'importance de collaborations interdisciplinaires pour répondre à ces enjeux¹⁷. Calvin Schwabe invente dès 1984 le terme « One Medicine¹⁸ » et, en 2005, un numéro spécial est publié conjointement par la *BMJ* et *The Veterinary Record* sur « Human and Animal Health: Strengthening the Link¹⁹ ».

Le concept se répand : un trio d'agences des Nations unies – l'Organisation mondiale de la santé animale, l'Organisation des Nations unies pour la santé et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé – reprend les principes et prône les collaborations intersectorielles. Une nouvelle revue scientifique, *One Health*, voit le jour. Citons également deux exemples à l'échelle d'un pays : la création, aux États-Unis, de l'Office One Health

au Centers for Disease Control (CDC) intégrant différentes disciplines (médecins, épidémiologistes, experts en santé publique, et vétérinaires), ou encore le plan d'action national belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens²⁰.

Cette conceptualisation se heurte cependant à certaines limites²¹. Les différents plans et mesures se penchent surtout sur les maladies zoonotiques. La déclaration d'Hanoi de 2010 définit un cadre global de lutte contre la grippe aviaire, de préparation face aux pandémies futures, et de détection et contrôle des risques de transmission de l'animal à l'homme. Les collaborations interprofessionnelles se résument le plus souvent aux disciplines médicales et vétérinaires. Et bien sûr, le cloisonnement des structures existantes ne facilite pas les dynamiques intersectorielles et interdisciplinaires.

Le concept de Planetary Health (santé planétaire) tente de remédier à ces contraintes. Ce terme n'est pas récent : les mouvements écologistes des années 1970, le domaine de santé holistique des années 1980 l'utilisaient déjà²². Mais c'est avec la sortie en 2015 du rapport de la *Lancet Commission on Planetary Health*²³ (avec le soutien, à nouveau, de la Rockefeller Foundation) – suite à un appel à transformer la santé publique publié dans le *Lancet*²⁴ – que ce concept prend de l'ampleur. Peu de temps après, un consortium d'une trentaine d'universités, d'instituts de recherche, d'organisations non gouvernementales et autres entités fonde la Planetary Health Alliance^b; la revue scientifique *The Lancet Planetary Health* émerge également^c.

Ce concept ne remplace cependant pas la notion de One Health²⁵. La santé planétaire propose une approche qui se veut plus intégratrice, qui prend en compte les liens entre les écosystèmes, les activités humaines, et la santé tant humaine qu'écosystémique. Définie comme « la santé de la civilisation humaine et l'état des systèmes naturels dont elle dépend²⁶ », cette approche tente de réunir l'ensemble des enjeux qui touchent à notre environnement : le réchauffement climatique, la perte de biodiversité, les multiples types de pollutions. Le concept de santé planétaire est cependant remis en question par certains. En effet, il est soutenu par une grande institution occidentale (la fondation Rockefeller est issue de la famille du même nom active dans l'industrie du pétrole américain). On lui reproche notamment d'être une nouvelle forme de colonialisme dans lequel,

b. www.planetaryhealthalliance.org/

c. www.thelancet.com/journals/lanplh/home

notamment, les pensées et cosmologies autochtones ne s'y retrouvent pas^{27,28}.

Notons finalement que de nombreuses organisations internationales existaient déjà en réponse à certains de ces enjeux (la Global Climate and Health Alliance, Health Care Without Harm, et autres) et, bien sûr, la GIEC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat). Dans cette perspective, le Protocole de Nagoya²⁹, entré en vigueur en 2014 et qui apporte des précisions relatives à la Convention sur la diversité biologique. Réglementant « l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable découlant de leur utilisation », ce protocole, visant à renforcer les pouvoirs souverains des États à utiliser et partager leurs données génétiques, a rendu plus complexes le partage des agents infectieux en laboratoire et la gestion des épidémies³⁰.

Le chemin qui reste à parcourir pour une vraie « santé planétaire » reste cependant parsemé d'obstacles. Le rapport 2022 du *Lancet* « Countdown on Health and Climate Change³¹ » décrit une situation qui, sans surprise, est extrêmement préoccupante, comme l'indique le titre : « La santé à la merci des combustibles fossiles ». La dépendance des gouvernements vis-à-vis des sources d'énergies non renouvelables entraîne une augmentation de l'insécurité alimentaire, les pics de chaleur ou les événements climatiques extrêmes. Le rapport note cependant une meilleure implication des gouvernements ces dernières années autour de ces thèmes, largement induite par la pandémie de Covid-19.

Quelles solutions sont proposées par ces instances supranationales ? Outre une transition vers des sources d'énergie renouvelables, ce rapport recommande notamment aux gouvernements d'investir dans des systèmes de santé plus résilients et de promouvoir l'augmentation des espaces verts en milieux urbains. Nous discuterons plus loin dans ce chapitre des mesures d'atténuation et des perspectives de co-bénéfices.

Les structures de soins primaires ont un impact sur l'environnement

Comme nous l'avons vu, les soins primaires ont proportionnellement un moindre impact sur l'environnement que d'autres secteurs de la santé (services spécialisés, hôpitaux...). En effet, un bilan carbone réalisé par les services de santé du Royaume-Uni (NHS) montre que la part attribuable aux soins primaires est de 25 % au maximum, ce qui inclut l'achat et la

prescription des médicaments³². Une étude réalisée en Suisse sur les cabinets de médecine générale tendrait à montrer que l'empreinte carbone est encore moindre, de l'ordre de quelques pourcents de l'ensemble du système de santé (si l'on exclut les médicaments⁹). Dans cette même étude, il est estimé qu'une consultation de médecine générale équivaut à l'émission de 5 kg d'équivalent CO₂. Mais au-delà des émissions de gaz à effet de serre, l'impact environnemental des services de santé est important et contribue globalement au dépassement des limites planétaires. Une étude américaine montre en effet l'étendue des perturbations liées au système de santé^{33,34}. Un domaine particulièrement polluant est celui des médicaments, jusqu'à 30 % des émissions de GES, selon le Shift Project en France³⁵, sans compter les rejets massifs de produits dégradés pharmaceutiques dans les eaux. En ce sens, les soins primaires ont une responsabilité importante en tant que principal prescripteur du système de santé.

Mais au-delà des aspects très factuels, il y a des aspects plus sournois qui induisent des effets néfastes sur l'environnement. Cela réfère aux aspects organisationnels du système de santé qui incite à pratiquer une médecine et des soins non durables. Brièvement, nous pouvons mentionner les modalités de financement qui incitent à produire plus d'actes et non des modalités de remboursement privilégiant des prises en charge préventives et populationnelles. À ceci s'ajoute une orientation des soins vers une biomédecine technologique et un système de santé visant le *cure* plus que le *care*. Cela a des répercussions bien concrètes sur l'environnement et seule une réorientation radicale du système peut permettre de réduire l'impact sur l'environnement. C'est le cadre que propose par exemple la feuille de route publiée par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM³⁶) en Suisse ou le plan climat du système de santé anglais (NHS)³².

Transformer les pratiques de soins primaires dans une perspective de co-bénéfices

Une question centrale est de savoir comment s'y prendre afin de transformer les pratiques en soins primaires et surtout quoi faire. Une approche prometteuse est celle dite des «co-bénéfices santé/environnement». L'idée générale est très simple. Il s'agit de développer, en santé publique ou en pratique clinique, des interventions qui ont un bénéfice simultanément pour la santé et pour l'environnement. À l'origine du concept, il y avait des stratégies de réduction des dégradations environnementales en politiques publiques (réductions d'émissions de CO₂, verdissement des

centres urbains...) pour lesquelles on estimait qu'il pouvait y avoir également des « co-bénéfices » pour la santé. Vu dans la perspective de la santé, le concept peut tout à fait être compris dans l'autre sens : promouvoir des comportements bons pour la santé peut avoir un bénéfice pour l'environnement (classiquement, arrêter de prendre sa voiture ou manger moins de viande^{37,38}). De façon plus subtile, il est possible d'envisager toute une série de « dyades » de l'impact d'interventions « santé-environnement » : neutre-bénéfique, neutre-neutre, bénéfique-bénéfique, etc. Ceci est important car selon le contexte, les bénéfices peuvent être très importants pour la santé sans qu'il y ait de bénéfice notable pour l'environnement, mais sans faire de mal non plus³⁹. L'important est de se poser la question (et si possible d'esquisser la réponse) de savoir quel impact une intervention aura sur la santé et sur l'environnement simultanément, autant pour les soignants que pour les bénéficiaires.

En soins primaires, cette façon de voir la promotion de la santé et la prévention prend tout son sens. En effet, il est relativement aisé de concevoir en quoi changer de modalité de transport vers la mobilité active (à pied, à vélo) permet ce double bénéfice santé-environnement. Concernant l'alimentation, les bénéfices pour la santé d'un régime pauvre en viande sont moins probants selon les dernières études (surtout pour les viandes non transformées⁴⁰). Cependant, les bénéfices en termes de réduction d'émission de gaz à effet de serre sont tels qu'il est tout à fait concevable de pouvoir recommander aux citoyens de réduire leur consommation de viande. D'autres domaines d'intervention sont parfois mentionnés, comme le contact avec la nature (prescriptions vertes notamment), ce qui fait également sens, dans la perspective qu'un contact répété avec la nature permet sans doute d'adopter des comportements plus respectueux de l'environnement. Cependant, si passablement d'études ont montré l'impact positif sur la santé d'une plus grande exposition à la nature^{41,42}, les interventions n'ont été que peu étudiées dans une approche de co-bénéfices. Plus globalement, l'association mondiale de médecine de famille (WONCA) a émis il y a quelques années des recommandations pour les médecins qui, selon eux, devraient être abordées durant les consultations. Au-delà des trois domaines déjà cités, on trouve également le changement de sources d'énergies (abandonner les énergies fossiles), l'adoption de comportements écoresponsables ou la santé reproductive (ce qui pose de gros problèmes éthiques⁴³). Pour ces trois domaines, nous manquons de preuves de la faisabilité et de l'impact d'aborder ces thématiques en soins primaires, les médecins et les soignants eux-mêmes étant plutôt réservés selon une étude de 2023.

Sans rentrer plus dans les détails, il est intéressant de noter le potentiel de développement d'interventions de co-bénéfices, notamment au niveau des soins primaires. Mais même si le concept est relativement simple, nous manquons d'un cadre conceptuel clair et probablement de preuves scientifiques sur les bénéfices potentiels et les modalités d'implémentation de ces interventions. Ceci ne doit toutefois pas empêcher les soignants en soins primaires de s'approprier le concept et de le mettre en œuvre de façon empirique et raisonnée.

Évolution et transformation des rôles des structures de soins primaires : agents de changement, du local au global

Comme nous venons de le voir, les enjeux de durabilité vont jouer un rôle majeur dans l'équation sanitaire à venir. Il est indispensable que des mesures structurelles soient rapidement entreprises afin d'adapter les systèmes de santé dans le but de : 1) les rendre plus résilients aux dégradations environnementales ; 2) réduire leur impact environnemental et 3) à même de promouvoir des modes de vie plus respectueux de l'environnement. Ces transformations doivent toucher également les structures de soins primaires, qui, de par leur ancrage communautaire fort, peuvent être des bras de levier indispensables à la conduite de la transformation socio-écologique¹⁰. Les prises de position allant dans cette direction sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses et consensuelles⁴³⁻⁴⁸. Mais pour que cela puisse se réaliser, les structures de soins doivent également évoluer en termes d'organisation, de financement et certainement de pratique clinique.

Pour conclure, une récente étude de modélisation menée en Angleterre a montré que si la transformation socio-écologique était réalisée de manière à garantir une augmentation de température moyenne inférieure à 1,5 °C (adaptation des transports, réduction de la consommation de viande, isolation des bâtiments...), nous assisterions à un gain important d'années de vie en bonne santé⁴⁹. Indirectement, cette étude montre que participer activement à la réduction des dégradations environnementales est pleinement une question de santé publique, voire de santé tout court. Nous constatons donc que d'importants développements en matière de reconnaissance des liens entre santé et environnement au niveau mondial commencent à émerger. Ces approches restent cependant largement l'apanage de la santé publique et ne touchent que marginalement les professionnels de santé, notamment en soins primaires, même si des pistes se dessinent.

Références bibliographiques

1. Romanello M, McGushin A, Di Napoli C, et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *Lancet* 2021;398(10311):1619-62.
2. Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet* 2021;397(10269):129-70.
3. André H, Gonzalez Holguera J, Depoux A, et al. Talking about Climate Change and Environmental Degradation with Patients in Primary Care: A Cross-Sectional Survey on Knowledge, Potential Domains of Action and Points of View of General Practitioners. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(8).
4. Lerner H, Berg C. A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. *Front Vet Sci* 2017;4:163.
5. De Castañeda RR, Villers J, Guzmán CAF, et al. One Health and planetary health research: leveraging differences to grow together. *Lancet Planet Health* 2023;7(2):e109-e11.
6. Carson R. Silent spring. Houghton Mifflin Company. Anniversary edition (October 22, 2002); 1962.
7. Zywert K. Human health and social-ecological systems change: Rethinking health in the Anthropocene. *Anthropocene Rev* 2017;4(3):216-38.
8. Kemple T. Planetary health and primary care: what's the emergency?. *Br J Gen Pract* 2019;69(688):536-7.
9. Nicolet J, Mueller Y, Paruta P, Boucher J, Senn N. Eco-design recommendations for family practices. *Rev Med Suisse* 2021;17(738):924-7.
10. Xie E, de Barros EF, Abelsohn A, Stein AT, Haines A. Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. *Lancet Planet Health* 2018;2(5):e185-e7.
11. Gonzalez-Holguera J, Gaille M, Del Rio Carral M, et al. Corrigendum: Translating planetary health principles into sustainable primary care services. *Front Public Health* 2022;10:1075712.
12. Herrmann A, Lenzer B, Müller BS, et al. Integrating planetary health into clinical guidelines to sustainably transform health care. *Lancet Planet Health* 2022;6(3):e184-e5.
13. Capua I, Cattoli G. One Health (r)Evolution: Learning from the Past to Build a New Future. *Viruses* 2018;10(12).
14. The Rockefeller University CA. One World, One Health: Building Interdisciplinary Bridges to Health in a Globalized World; 2004.
15. health Ow-O. The Manhattan Principles. Disponible sur : <https://oneworldonehealth.wcs.org/About-Us/Mission/The-Manhattan-Principles.aspx>
16. Angot JL, Brugère-Picoux J. Biodiversité et maladies émergentes. *Bull Acad Vet Fr* 2020:117-27.

17. Gibbs EP. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Vet Rec* 2014;174(4):85-91.
18. Gyles C. One Medicine, One Health, One World. *Can Vet J* 2016;57(4):345-6.
19. ScienceDirect. One Health [En ligne]. 2015;1-82.Disponible sur : www.sciencedirect.com/journal/one-health/vol/1/suppl/C
20. health OwO. Plan d'action national belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (AMR) 2020-2024. 2021.
21. Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, et al. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. *Front Vet Sci* 2018;5:14.
22. Prescott SL, Logan AC. Planetary Health: From the Wellspring of Holistic Medicine to Personal and Public Health Imperative. *EXPLORE* 2019;15(2):98-106.
23. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet* 2015;386(10007):1973-2028.
24. Horton R, Beaglehole R, Bonita R, et al. From public to planetary health: a manifesto. *Lancet* 2014;383(9920):847.
25. Amuasi JH, Winkler AS. One Health or Planetary Health for pandemic prevention? Authors' reply. *Lancet* 2020;396(10266):1882-3.
26. COVID-19 Cs. « One health » – une seule santé – Santé humaine, animale, environnement: les leçons de la crise. 2022.
27. Redvers N, Celidwen Y, Schultz C, et al. The determinants of planetary health: an Indigenous consensus perspective. *Lancet Planet Health* 2022;6(2):e156-e63.
28. Jones R, Reid P, Macmillan A. Navigating fundamental tensions towards a decolonial relational vision of planetary health. *Lancet Planet Health* 2022;6(10):e834-e41.
29. Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique. *Biologique SdlCsl*; 2012.
30. Mueni Katee S, Keambou Tiambo C. Discussing the Drawbacks of the Implementation of Access and Benefit Sharing of the Nagoya Protocol Following the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health* 2021;9:639581.
31. Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet* 2022;400(10363):1619-54.
32. Tennison I, Roschnik S, Ashby B, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health* 2021;5(2):e84-e92.
33. Eckelman MJ, Sherman JD, MacNeill AJ. Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLoS Med* 2018;15(7):e1002623.

34. Eckelman MJ, Sherman JD. Estimated Global Disease Burden From US Health Care Sector Greenhouse Gas Emissions. *Am J Public Health* 2018;108(S2):S120-S2.
35. Project TS. « DÉCARBONER LA SANTÉ POUR SOIGNER DURABLEMENT » : LE RAPPORT DU SHIFT PROJECT. 2021.
36. Médicales Asds. Pour des services de santé suisses durables dans les limites planétaires 2022.
37. Holguera JG, Niwa N, Senn N. Health and environment co-benefits. *Rev Med Suisse* 2020;16(714-2):5-35.
38. Holguera JG, Senn N. Co-bénéfices santé-environnement et changement climatique : concepts et implication pour l'alimentation, la mobilité et le contact avec la nature en pratique clinique. *Presse Med Form* 2021;2(6):622-7.
39. Hopkins S, Sokolow SH, Buck JC, et al. How to identify win-win interventions that benefit human health and conservation. *Nat Sustain* 2020.
40. Tong TYN, Papier K, Key TJ. Meat, vegetables and health – interpreting the evidence. *Nat Med* 2022;28(10):2001-2.
41. Schmidt CW. Not All Greenness Is the Same: Associations with Health Are More Nuanced than We Thought. *Environ Health Perspect* 2022;130(6):64001.
42. Rojas-Rueda D, Nieuwenhuijsen MJ, Gascon M, Perez-Leon D, Mudu P. Green spaces and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Lancet Planet Health* 2019;3(11):e469-e77.
43. (WONCA) TWOoFD. Declaration calling for clinicians of the world to act on planetary health. 2019.
44. Kay VA, Livingstone CH. Promoting environmental sustainability, equity and health in Victorian Primary Care Partnerships. *Health Promot J Austr* 2020;31(2):298-308.
45. Kadandale S, Marten R, Dalglish SL, Rajan D, Hipgrave DB. Primary health care and the climate crisis. *Bull World Health Organ* 2020;98(11):818-20.
46. Hackett F, Got T, Kitching GT, MacQueen K, Cohen A. Training Canadian doctors for the health challenges of climate change. *Lancet Planet Health* 2020;4(1):e2-e3.
47. Wellbery CE. Climate Change Health Impacts: A Role for the Family Physician. *Am Fam Physician* 2019;100(10):602-3.
48. Veidis EM, Myers SS, Almada AA, Golden CD. A call for clinicians to act on planetary health. *Lancet* 2019;393(10185):2021.
49. Milner J, Turner G, Ibbetson A, et al. Impact on mortality of pathways to net zero greenhouse gas emissions in England and Wales: a multisectoral modelling study. *Lancet Planet Health* 2023;7(2):e128-e36.

2.5 Résilience des services de santé et des soins primaires

Thérèse Van Durme, Christine Cohidon

Vignette clinique

Le Dr Izar Zelaia est médecin généraliste et travaille dans un cabinet avec deux médecins assistants (internes) et une secrétaire médicale. Constellation, quant à elle, est ergothérapeute et travaille dans la même ville que le Dr Zelaia. Elle est engagée (salariée) par une antenne locale de l'assurance maladie à temps partiel et travaille le reste du temps en tant qu'indépendante, financée à l'acte. Elle souhaiterait travailler à temps plein comme indépendante, mais les conditions de remboursement par l'assurance maladie ne lui permettent pas de le faire. De plus, la plupart des dispositifs qu'elle aimerait recommander à ses patients sont inabordables pour eux, malgré l'intervention de l'assurance maladie.

La semaine dernière, le Dr Zelaia lui a adressé M. Jadema en sa qualité d'ergothérapeute indépendante. M. Jadema nécessitait un suivi de réadaptation après un accident vasculaire cérébral (AVC) lui ayant laissé des séquelles importantes (hémiplégie, aphasie, troubles de la déglutition, incontinence). Constellation a eu beaucoup de mal à obtenir les informations suffisantes pour pouvoir prendre en charge de manière optimale le patient, tant auprès du Dr Zelaia, dont la charge de travail est trop importante, qu'auprès de l'hôpital où ce patient avait été soigné au préalable. Dans la situation de M. Jadema, que l'on peut qualifier de complexe, la continuité et la qualité du suivi se trouvent en péril. Ceci peut être à l'origine d'une évolution potentiellement défavorable (absence de récupération, complications, hospitalisation évitable...), notamment par une meilleure concertation entre le médecin généraliste et l'ergothérapeute. Or, ce type de situations est de plus en plus fréquemment rencontré au niveau des soins primaires.

Enjeu et argumentaire

Les effets combinés du **vieillissement démographique** et du **manque d'attractivité** pour certains métiers de la première ligne semblent être en partie responsables du fait que notre système de santé peine à atteindre le

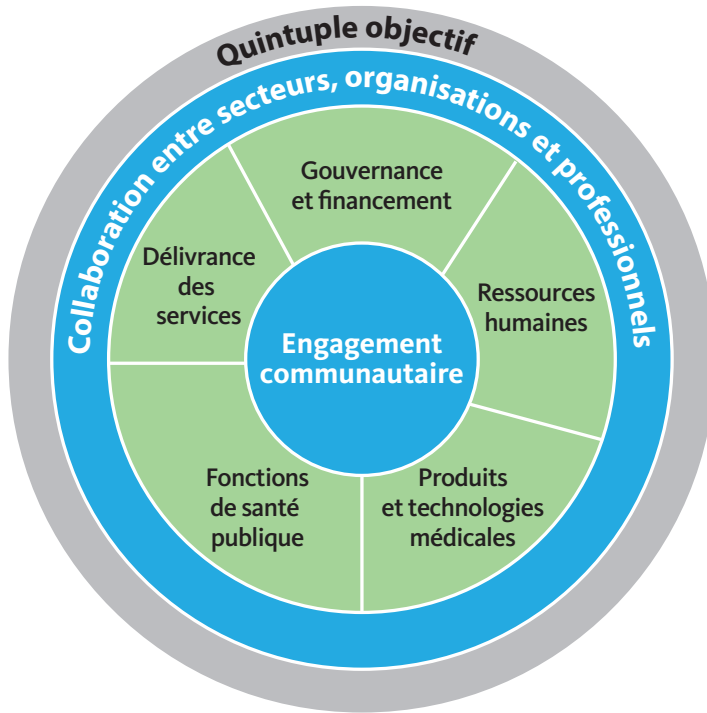
quintuple objectif évoqué dans l'introduction de ce livre (meilleure santé et meilleure expérience des soins pour le patient, meilleure utilisation possible des ressources, qualité de vie des prestataires et équité)¹. Nous assistons non seulement à une **inadéquation entre l'offre** (le manque de certains métiers, le manque d'accessibilité financière de certains métiers et dispositifs, comme dans l'exemple ci-dessus) et **la demande** (grandissante, au vu du vieillissement démographique). En outre, nous constatons également une **organisation suboptimale** liée notamment au cloisonnement des secteurs et métiers, ayant pour conséquence une fragmentation des soins^{2,3}. Ajoutons à cela que si les données relatives à l'offre sont relativement bien connues, celles liées aux besoins et demandes de la population le sont nettement moins. Cela signifie que, d'emblée, **notre système de santé est sous tension** et cela risque bien d'empirer⁴. Pour faire face à cette tension, le système de santé a besoin de toutes ces forces et les soins primaires sont, de longue date, reconnus comme un élément fondamental du système de santé⁵⁻⁷.

Depuis l'épidémie d'Ebola, le concept de **résilience des systèmes de santé** a été proposé dans la littérature internationale et de multiples définitions, très hétérogènes selon les écrits et lieux de soins, ont émergé⁸⁻¹⁰. La pandémie de Covid-19 a de nouveau relancé la réflexion des chercheurs autour du concept de résilience. Parmi différentes définitions, nous retenons celle de l'observatoire de l'OMS Europe : « [...] **la capacité à se préparer, gérer (absorber, adapter et transformer) et apprendre des chocs.** » (p. 6)¹¹. À cette définition, nous apportons la nuance, également proposée par d'autres auteurs, que la résilience ne concerne **pas seulement la réponse d'un système de santé à une crise soudaine, mais aussi aux défis quotidiens**⁹. Pour d'autres, la résilience du système de santé ne peut **pas se dissocier d'une résilience sociétale**. En d'autres termes, pour faire face à la pression grandissante liée par exemple au vieillissement démographique ou aux flux migratoires, il est essentiel que toute la société – et pas seulement le Système de santé – continue de fonctionner correctement, tout en s'adaptant aux contraintes et en modifiant les attitudes et pratiques des membres de ce système de santé, qu'ils en soient professionnels ou usagers¹². La résilience est un atout indispensable pour pouvoir s'adapter et réagir rapidement aux difficultés imprévues.

Quelles leçons tirer de la littérature internationale et de la crise du Covid 19 par rapport à cet enjeu ?

Une étude comparative incluant vingt-huit pays a étudié la résilience des systèmes de santé respectifs, face au Covid-19. Pour leur comparaison, les auteurs ont utilisé la grille d'analyse proposée en figure 1 et qui présente les piliers qui contribuent à la résilience du système de santé.

Figure 1. Adapté de Haldane et al., 2021¹³. Axes qui structurent la première ligne (en vert et en bleu)



La vignette que nous avons présentée en introduction illustre que le suivi des personnes ayant besoin de soins de longue durée nécessite :

1. Des **ressources humaines**, à savoir des professionnels en nombre suffisant et bien formés aux besoins spécifiques de leur population (connaissances cliniques, celles liées à la collaboration interprofessionnelle, celles liées à l'exercice de nouvelles fonctions [case management, coordination, référent, cf. point 3], celles des déterminants de santé de cette population, cf. point 4).

2. Ces professionnels ont besoin d'être soutenus dans un objectif d'amélioration de la coordination des soins, en particulier pour les aspects liés à la collaboration interprofessionnelle, notamment *via* une **gouvernance locale**, c'est-à-dire située au plus proche des besoins des personnes et de la population. Cette gouvernance locale est soutenue par un **financement** adéquat et dispose de moyens et des **outils pour favoriser la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle**. Un point important à cet égard est le **partage d'information** (cf. point 5), mais aussi la possibilité de soutenir le changement. Cette gouvernance locale sera **interconnectée** aux autres secteurs (cf. point 6.): elle prend en compte l'ensemble des problèmes de santé et délivre des services qui correspondent aux besoins de la population, et s'autorégule (elle minimise le bris de continuité dans les soins essentiels et peut accéder aux ressources en réserve). Enfin, elle sera **adaptative**: pour améliorer le fonctionnement, elle s'appuiera sur des données factuelles et un feedback, soutien des réponses flexibles, adaptées à la situation¹⁰ (cf. chapitres 4.3 et 4.4).
3. Des (nouveaux) **services délivrés** au moment où la situation le demande, notamment pour répondre aux (nouveaux) besoins de la population, voire de nouvelles fonctions, telles le case management dans le cas des situations complexes. Un effort urgent et continu doit être fait dans le domaine de la **prévention**, notamment parce que ce secteur est historiquement sous-financé dans certaines régions¹⁴. Les efforts de prévention nécessitent une approche holistique, étant donné que de nombreux facteurs, comme les habitudes de vie, l'environnement physique et social, l'activité physique, la génétique humaine parmi d'autres, affectent les personnes vivant avec une ou plusieurs affections chroniques. En outre, des facteurs sociaux, économiques, politiques environnementaux façonnent les comportements de santé des personnes et conduisent à un regroupement de comportements peu contributifs à une bonne santé, chez les personnes les plus pauvres. Ceci est décrit plus en détail dans le chapitre relatant l'enjeu 1 (cf. chapitre 2.1 – Dimension sociale et organisation des soins).
4. Des **dimensions de santé publique**, bien implantées dans la communauté, pour identifier, reconnaître et surveiller les besoins de la population, afin de pouvoir réagir de manière proactive, tant à la destination des personnes que pour les communautés. Cette fonction de santé publique permet aussi d'identifier les forces et faiblesses du

système et de faire l'inventaire des ressources disponibles (cf. chapitre 1.5).

5. La prévention et le *screening* proactif des situations (potentiellement) complexes qui nécessitent des **outils d'aide au diagnostic, de produits médicaux et de gestion de haute qualité** et donc le développement continu, la production et la distribution soutenue de quantités adéquates de produits et technologies médicaux (par exemple, tablettes mises à disposition par l'assurance maladie), à des prix abordables pour la population. **Les innovations technologiques** (dossier patient électronique, téléconsultation, outils d'aide à la prise de décision, monitoring à distance, parmi d'autres) peuvent également y contribuer.
6. Les **secteurs, organisations et professionnels collaborent entre eux**, depuis le niveau national jusqu'au niveau du quartier ou de la municipalité. Il existe donc une collaboration entre les acteurs gouvernementaux, gestionnaires de réseaux, responsables et représentants de toutes les professions impliquées en soins primaires, au-delà des secteurs des soins et de l'aide, et qui **implique les communautés**. Or dans de nombreux systèmes de santé des vingt-huit pays de l'étude de Haldane *et al.*, les systèmes de santé publique et les systèmes de prestation de services de santé sont cloisonnés. Leur coordination est limitée ou inefficace, et ils disposent de processus d'orientation et de rapportage distincts, ce qui nuit à la résilience des systèmes de santé¹³. Notons que le manque d'actions proactives pour les personnes (à risque) de vulnérabilité a mené à un bris de continuité des soins lors de l'épidémie de Covid-19. Ceci est un cas d'espèce qui illustre clairement pourquoi la santé publique et les systèmes de santé doivent agir ensemble de manière coordonnée¹⁵.
7. **L'engagement communautaire**. Cet axe est **transversal** à ceux qui viennent d'être décrits et nous souhaitons souligner son importance via la notion de « faire équipe » avec les acteurs locaux. À l'inverse des milieux résidentiels et/ou stationnaires, où les équipes professionnelles sont organisées de manière structurelle (hôpitaux et résidences pour les soins de longue durée), les configurations d'équipes sont souvent informelles en soins primaires. Or, pour pouvoir suivre adéquatement les personnes vivant des situations complexes, il est justement important de pouvoir « faire équipe » et les initiatives visant à soutenir cette dynamique locale sont cruciales. Elles permettent également de pouvoir « faire équipe » avec les communautés locales, lorsqu'il s'agit de déterminer des politiques ou expé-

rimentations locales, afin de s'assurer que les objectifs visés soient bien en phase avec les besoins et attentes des populations.

Pistes concrètes pour soutenir la résilience : comment préparer, gérer (absorber, adapter et transformer) et apprendre des tensions engendrées par le vieillissement démographique et du manque d'attractivité de certaines professions

Nous reprenons ici les domaines de Haldane *et al.*, 2021, que nous proposons d'appliquer à notre exemple pour optimiser la prise en charge de M. Jadema.

Des ressources humaines mieux reconnues et travaillant en interdisciplinarité

Notre première ligne a tout d'abord besoin de ressources humaines en nombre suffisant et de sortir du modèle centré sur l'offre. Cela n'est possible que lorsque les prestataires « font équipe », en partenariat avec le patient¹⁶. Pour ce qui est du **manque d'attractivité** de certains métiers de soins primaires (médecin généraliste et infirmier en particulier), il est urgent d'investir dans des mesures pour **améliorer l'image** des soins primaires et des professionnels qui y travaillent, via des campagnes d'information et un travail de recadrage ciblé permettant d'améliorer les représentations sociales négatives liées à certains métiers de soins primaires. Certaines initiatives ont déjà lieu pour ce qui est des métiers de l'aide et du soin à domicile et ciblent aussi bien la population générale que les jeunes à l'aube de faire des choix professionnels (16-18 ans)¹⁷. Ce manque d'attractivité est aussi relié au sous-financement chronique de certains métiers des soins primaires, comme en témoigne le remboursement insuffisant de certaines prestations. À titre d'exemple, le financement par l'assurance maladie belge (INAMI) permet le remboursement des injections intramusculaires à domicile par des infirmières. En 2021, si l'on décomptait les frais d'amortissement divers et le temps de trajet moyen, l'infirmière pouvait rester 3,5 minutes en moyenne chez le patient pour réaliser son acte technique, ce qui était déjà insuffisant. Or, depuis l'augmentation des coûts énergétiques en 2023, ce temps est réduit à présent à trente secondes, ce qui fait que les infirmières qui continuent à prester cet acte travaillent à perte. Ailleurs, des initiatives se développent pour augmenter les

compétences des professionnels en matière de collaboration interprofessionnelle, *via* la **formation initiale et continue**. Ces compétences incluent la connaissance des compétences des autres métiers de la première ligne, le leadership clinique – que l'on pourrait définir par la défense des intérêts du patient (*advocacy*), de la réflexion critique et de la prise de décision partagée avec le patient comme partenaire¹⁸, le partage des tâches, celles liées aux nouveaux rôles et fonctions (par exemple, *case manager*, référent de proximité, pratique avancée en soins primaires, notamment)^{19,20}. Dans le cadre de notre vignette, la disponibilité des ressources humaines peut être bridée par les modalités de financement à l'acte, laissant peu de marge de manœuvre pour organiser le temps à la concertation interprofessionnelle autour de ce patient particulier. Force est de constater que la concertation interprofessionnelle est loin d'être une évidence partout. De plus, elle prend des intensités et contenus très différents, allant de la simple coopération et l'ajustement des interventions jusqu'à la vraie transdisciplinarité, permettant la prise de décision ensemble²¹.

Une gouvernance locale plus autonome et responsable financièrement

D'un côté, la **proximité** avec la ressource et contrainte sur le terrain permet d'identifier les besoins et ressources locales pour s'adapter, gérer et transformer les systèmes locaux. De l'autre, elle permet également – sous certaines conditions – d'**expérimenter de nouvelles organisations** de soins primaires, de mettre en œuvre de **nouveaux rôles**, des modèles de financements et partage de responsabilités, notamment entre services sociaux et de soins. Dans le cadre de notre vignette, par exemple, cela aurait pu aider à résoudre les problèmes d'accès au matériel, via un modèle de financement de type « sac à dos » (*bundled payment*). Dans le cas de M. Jadema, cela signifierait que les différents prestataires de soins de santé qui le traitent et l'accompagnent reçoivent une somme globale pour la prise en charge de son épisode d'AVC plutôt que d'être payés pour chaque traitement, test ou procédure²². Pour cela, une certaine **autonomie financière** est nécessaire de cette gouvernance locale, voire une **flexibilité réglementaire**²³, afin de s'adapter au mieux aux contraintes liées au suivi, souvent chronophage, des personnes aux profils tels que décrits dans notre vignette. Cette gouvernance locale est également propice à générer des dynamiques de solidarité locales, s'étendant au-dehors du domaine de la santé, ainsi que de soutenir des communautés de pratiques²⁴.

La délivrance de services qui intègre la mise en lien et la coordination

L'évolution de la société, notamment le changement des dynamiques familiales et des rôles professionnels en dehors de la santé (citons par exemple les facteurs de la poste qui n'ont plus le temps de jouer le rôle de « liant » d'un quartier, d'une commune)²⁵, contribue au sentiment d'isolement des personnes dont l'autonomie et la mobilité sont affectées, comme dans le cas de notre vignette. Dans certains cas, il sera important de développer des **nouvelles fonctions** (référént de proximité, case manager, etc.), alors que dans d'autres, les **technologies de l'information et de communication** (TIC) ont permis à l'eSanté d'y pallier dans une certaine mesure. Le plus souvent, il s'agira de combiner les deux. Ce point relatif aux TIC sera élaboré davantage au point 5 « Produits et technologies médicales ».

Des fonctions de santé publique permettant d'évaluer les besoins, les ressources et la satisfaction de la population locale

Dans la situation de la vignette, il nous semble important de pouvoir suivre **l'évolution des besoins** de la population, notamment sous l'angle de la prévalence des situations complexes, afin de pouvoir évaluer dans quelle mesure notre système de santé permet d'y répondre de manière adéquate et, au besoin, mobiliser ou changer l'affectation des ressources. L'évaluation de la satisfaction des usagers en première ligne est une piste importante²⁶, de même que le suivi des besoins non satisfaits²⁷.

Former à un usage des produits et technologies efficace et respectueux des patients. Leur développement dans différents domaines a pu soutenir **la délivrance des services à distance**: c'est le cas des consultations et concertations entre professionnels à distance, le suivi à distance des paramètres biologiques (« télémonitoring »), le partage des données concernant la santé d'un patient suivi par plusieurs professionnels, piluliers connectés, parmi d'autres. Dans le cadre de notre vignette, où on peut émettre l'hypothèse que le temps manque pour la concertation interprofessionnelle, le partage des données entre professionnels qui ont une relation de soins avec les patients est un minimum. Des efforts continus sont cependant nécessaires dans le domaine de la formation des professionnels et de la population, dans le domaine technique pour s'assurer à la fois de l'interopérabilité des objets et logiciels connectés et le respect de la vie privée des usagers et professionnels.

Développer les dispositifs, outils et fonctions permettant aux secteurs, organisations et professionnels de collaborer entre eux. Il est assez remarquable d'observer qu'avec la survenue de la pandémie, de très **nombreuses initiatives** ont été mises en place pour améliorer la collaboration entre secteurs, organisations et professionnels. Plus encore, parmi ces initiatives, plusieurs sont amenées à se développer et à essaimer. Il est bien sûr impossible de les citer toutes ici mais nous pensons à la **création d'équipes mobiles** de professionnels ayant une expertise particulière (en gériatrie²⁸ ou en hygiène hospitalière²⁹), venant en renfort aux institutions de soins de longue durée (EHPAD, MRS), aux **protocoles** permettant un meilleur partage des tâches entre professionnels (pour la prescription ou l'administration des vaccins, pour le transfert des patients entre les secteurs). Le **case manager**, pouvant faire la synthèse dans les situations complexes, est également un professionnel permettant de faire le lien entre les secteurs, organisations et professionnels.

Un engagement communautaire pour répondre aux besoins collectifs

La participation des personnes, dont celles qui vivent des situations complexes en raison de leur santé ou d'un cumul de fragilités, demeure une priorité dans l'exercice des pratiques en santé communautaire. La pandémie de Covid-19 a vu grandir la proportion d'activités individuelles, au détriment d'activités collectives³⁰. Or, les pratiques de participation communautaire sont vectrices d'actions sociales transformatrices pouvant contribuer à la résolution des besoins collectifs, en passant par la promotion de la santé et la prévention³¹. Là aussi, les exemples de pratiques innovantes abondent en réponse aux besoins collectifs, telle la lutte contre l'isolement social via des chantiers coconstruits (types potagers de quartier initiés par des maisons médicales aux publics hétérogènes), des cafés papote, des bibliothèques de rue. Les éléments de succès incluent, parmi d'autres, l'horizontalisation des rapports entre les professionnels et la communauté, la valorisation de l'apport dans l'activité et le fait de mobiliser des émotions positives via la création d'un contexte favorable à la réciprocité³¹.

Conclusion

Cette brève analyse au travers des différents domaines de la résilience permet de constater que les systèmes de soins primaires font, dans de très nombreux cas, spontanément preuve de capacité d'adaptation, voire

de transformation, face au stress conjoint de l'évolution démographique et de la carence relative de certains groupes professionnels. En matière de collaboration professionnelle et de mise en œuvre des TIC, la pandémie a permis de tester de manière efficace la robustesse des soins primaires sous ces deux aspects. Pour renforcer la résilience, il convient néanmoins de valoriser et **capitaliser sur les savoirs des professionnels au niveau local**, se fondant sur les pratiques de transformation porteuses de capacité de résilience. C'est le rôle des autorités de soutenir (via un cadre légal, un financement adéquat et des opportunités de formation adaptées au contexte local) et d'essaimer les savoirs engrangés, afin de pouvoir transférer les résultats des initiatives porteuses de résilience dans d'autres secteurs et lieux de soins, de les tester davantage, à l'aide de moyens suffisants pour qu'ils puissent faire l'objet d'évaluations robustes. Alors que des tensions supplémentaires se profilent déjà (l'inflation liée à la guerre en Ukraine, le réchauffement climatique), gageons que les systèmes de santé et notamment les soins primaires devront de plus en plus faire appel à leur capacité de résilience. Enfin, un réseau de chercheurs internationaux, tel que le Groupe international francophone en soins primaires, se trouve dans une position privilégiée pour participer à l'identification, la valorisation et le partage des pratiques prometteuses, contribuant ainsi au soutien à la résilience des systèmes de soins primaires et ce faisant des systèmes de santé.

Références bibliographiques

1. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 2022;327(6):521-2.
2. Tolksdorf KH, Tischler U, Heinrichs K. Correlates of turnover intention among nursing staff in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Nurs* 2022;21(1):174.
3. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):96.
4. El Bcheraoui C, Weishaar H, Pozo-Martin F, Hanefeld J. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. *Global Health* 2020;16(1):112. doi: 110.1186/s12992-12020-00645-12995.
5. Allen LN, Barkley S, De Maeseneer J, et al. Unfulfilled potential of primary care in Europe. *Br Med J* 2018;363:k4469.

6. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008;372:1365-7.
7. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
8. Gilson L, Barasa E, Nxumalo N, et al. Everyday resilience in district health systems: emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Glob Health* 2017;2(2):e000224. doi: 000210.001136/bmjgh-002016-000224. eCollection 002017.
9. Turenne CP, Gautier L, Degroote S, et al. Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Soc Sci Med* 2019;232:168-80. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.1004.1020. Epub 2019 Apr 1030.
10. Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ* 2017;357:j2323. doi: 10.1136/bmj.j2323.
11. European Observatory on Health, Policies S, Thomas S, et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020.
12. Vandamme AM, Pandemic preparedness group. Présentation des objectifs de préparation aux pandémies. Vol 1. Leuven: Rega Institute for Medical Research; 2021.
13. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021;27(6):964-80. doi: 910.1038/s41591-41021-01381-y. Epub 42021 May 41517.
14. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, et al. Performance du système de santé belge. Rapport 2019. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019. 313B.
15. Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience; 2020:29.
16. Litke N, Weis A, Koetsenruijter J, et al. Building resilience in German primary care practices: a qualitative study. *BMC Prim Care* 2022;23(1):221.
17. Dispa MF, UNIPSO. Aide et soins à domicile. Préparer l'avenir de l'emploi en Wallonie. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2021.
18. Maranda J, Lessard L. Prendre sa place: Réflexions sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne* 2017;14(1):11.
19. Macq J, Barbosa K, Ces S, Jeanmart C, Van Durme T. Métiers de la première ligne et systèmes de santé: vers plus de spécialisation ou de polyvalence? *Santé Conjuguée* 2011;55:41-6.
20. Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud* 2018;79:70-83.
21. Mashek D. Capacities and institutional support needed along the collaboration continuum. Claremont: Academic Deans Committee of the Claremont Colleges; 2015.

22. Corporation R. Analysis of Bundled Payment [En ligne]. 2023. Disponible sur : www.rand.org/pubs/technical_reports/TR562220/analysis-of-bundled-payment.html
23. May C. Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Soc Sci Med (Baltimore)* 2013;78:26-33.
24. Vignes M. Les communautés de pratique comme maillon de l'organisation des soins au niveau local. Gembloux: Conférence Be. Hive: objectif 2030; 2022.
25. La Poste. Veiller sur mes parents – visite du facteur [En ligne]. 2017. Disponible sur : www.laposte.fr/services-seniors/souscription/etape1. Accessed 26/08/2022.
26. OCDE. PaRIS – Patient Reported Indicators Survey for people living with chronic conditions [En ligne]. 2022. Disponible sur : www.sciensano.be/en/projects/patient-reported-indicators-survey-people-living-chronic-conditions. Accessed 25/08/2022.
27. Eurostat SE. Unmet health care needs statistics [En ligne]. 2022. Disponible sur : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics. Accessed 26/08/2022.
28. Merche J, Van Durme T, Schoevaerdts D, de Saint Hubert M. Geriatric Mobile Team for Nursing Home Residents: Needs and Expectations from Medical and Nursing Staff. London: Better together: Multidisciplinary team working; .
29. Sciensano. OST – Équipe de soutien aux épidémies (Outbreak Support Team) [En ligne]. 2020. Disponible sur : www.sciensano.be/fr/projets/equipe-de-soutien-aux-epidemies-outbreak-support-team. Accessed 26/08/2022.
30. Kirkove D, Voz B, Petré B. La première ligne et ses pratiques en santé communautaire. Colloque conjoint des chaires Be. Hive & Academie voor de Eerste Lijn [En ligne]. 2021 mai. Disponible sur : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/267200>
31. La Paglia V. Les déterminants de la participation des publics cibles au sein d'activités collectives déployées parmi les services de la première ligne de soins et de santé en Belgique francophone dans le cadre des pratiques en santé communautaire. Les Midis scientifiques [En ligne]. 2022 août.

2.6 Santé mentale et soins primaires

Christine Cohidon, Yann Bourgueil

Un enjeu de santé publique

Les problèmes de santé mentale constituent un problème de santé publique majeur par le fardeau qu'ils représentent pour la société tout entière. Débutant généralement à l'adolescence ou chez le jeune adulte, ils ont donc souvent des conséquences sur l'apprentissage et les études, impactant alors la future vie professionnelle et sociale de l'individu. La possibilité de mieux détecter ces problèmes, de mieux les prendre en charge, voire de les prévenir, en fait une bonne cible pour des politiques et des actions de santé publique¹. Par ailleurs, et malgré l'existence de rechutes fréquentes, le concept de rétablissement en santé mentale (non pas synonyme de guérison mais de « vivre avec »), apparu aux États-Unis en fin du siècle dernier, offre de nouvelles perspectives de prise en charge^{2,3}.

De quoi parle-t-on ?

Sans qu'il s'agisse d'une définition officielle, la santé mentale (ou psychique) est, selon l'OMS, « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté^d ». Une autre caractérisation plus fine de la santé mentale propose de considérer celle-ci comme un double continuum : d'une part, un continuum entre l'absence et la présence d'un problème de santé mentale, et, d'autre part, un continuum entre une bonne et une mauvaise santé mentale. Il a été montré que ces deux continuums présentaient une certaine indépendance. Par conséquent, l'absence de trouble de santé mentale ne signifie pas obligatoirement une bonne santé mentale^{4,5}.

D'après les travaux de Wittchen, 27 % des Européens entre 18 et 65 ans souffrent ou ont souffert de troubles de santé mentale dans les douze derniers mois, au premier rang desquels les troubles anxieux (environ 14 % de la population), puis affectifs (8 %) et enfin les troubles liés à une dépendance (environ 3 %) ^{6,7}. Les comorbidités en santé mentale sont par ailleurs

d. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

très fréquentes^{8,9}. Pour ce qui concerne les suicides, le taux moyen annuel dans les pays de l'OCDE en 2019 était de 11 pour 100 000 habitants avec des variations importantes entre pays. En moyenne, les taux restent stables depuis 2000, mais là encore avec des contrastes selon les pays¹⁰. De plus, les personnes ayant un trouble mental sévère auraient une espérance de vie réduite de l'ordre de dix à vingt ans¹⁰⁻¹². Enfin, le fardeau des maladies psychiques est considérable. Selon certains auteurs, les problèmes de santé mentale seraient au premier rang des maladies en termes d'années vécues avec incapacité dans le cadre du *Global Burden Disease*^{e13}. Par ailleurs, considérant l'indicateur DALY (*Disability Adjusted Life Years*), qui combine les années de vie perdues (mortalité prématurée) et les années vécues avec incapacité, les problèmes de santé mentale sont en augmentation puisqu'ils occupaient le 13^e rang en 1990 et le 7^e en 2019¹⁴. Au-delà de ces indicateurs, d'autres conséquences moins facilement quantifiables s'expriment en termes de qualité de vie des personnes atteintes et de l'entourage, de répercussions professionnelles (absentéisme, baisse de la productivité), de dépendance accrue à l'égard des services de santé et d'aides sociales de l'État. Malgré ces chiffres alarmants, le déficit de prise en charge des troubles mentaux les plus fréquents (troubles anxieux, dépressifs, somatoformes et addictions) l'est encore plus. Selon l'étude Wittchen, seuls un quart de ces malades auraient eu une consultation avec un professionnel de santé⁶. Plus récemment, une revue de littérature sur la prise en charge des troubles dépressifs majeurs a estimé que, dans les pays industrialisés, seuls 51 % des cas étaient pris en charge au niveau du système de santé (39 % en soins généralistes et 33 % en soins spécialisés, pourcentages non exclusifs)¹⁵.

Rôle des soins primaires en matière de santé mentale, principes et limites

Un enjeu identifié mais peu de changements récents

Depuis plusieurs décennies déjà, une prise en charge communautaire plutôt qu'institutionnalisée des personnes atteintes de troubles de santé mentale est préconisée. Cette démarche a fait ses preuves¹⁶. Elle vient s'articuler avec le renforcement du rôle des soins primaires prôné depuis Alma-Ata en 1978. Dès 2001, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé d'intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires. Pour autant, le chemin vers la mise en œuvre est long et difficile.

e. GBD qui inclut incidence, prévalence, mortalité, années de vie perdues et années de vie avec incapacité.

En 2022, le rapport mondial de l'OMS sur la santé mentale « Transformer la santé mentale pour tous » écrivait encore ceci : « Il faut en particulier que les agents de santé primaire et un ensemble d'acteurs locaux (dont les travailleurs communautaires et les pairs) acquièrent de nouveaux savoir-faire pour repérer les problèmes de santé mentale, prévoir des interventions et des accompagnements de base, adresser les patients le cas échéant et assurer un suivi »¹⁷.

La connaissance de la morbidité en santé mentale en soins primaires généralement mesurée en médecine générale est limitée ou parfois approchée par une exploitation de données médico-administratives^{18,19}, ou d'enquêtes sur la santé en population générale^{20,21}. Une caractérisation plus spécifique des patients en médecine de famille et territorialisée de la morbidité psychique serait probablement pertinente à mettre en œuvre.

D'après la littérature, une prévalence de 25 à 60 % est rapportée pour les troubles mentaux en médecine de premier recours²²⁻²⁴. La fourchette est importante mais reflète en partie la définition très large et les difficultés pour mesurer ces problèmes. Quoi qu'il en soit, la définition large (peut-être trop large) de la santé mentale combinée à la prévalence élevée de troubles mentaux et la position des professionnels de soins primaires en font *a priori* un problème fréquent dans leur pratique. Les MG et, au-delà, les professionnels de soins primaires sont en effet les professionnels auprès desquels les premières plaintes sont le plus souvent exprimées. De plus, du fait de leur proximité avec la population, ce sont aussi les plus à même de dépister ces problèmes. Enfin, leur place dans la coordination et la continuité des soins leur confère souvent un rôle majeur dans l'orientation comme dans la prise en charge au long cours et le suivi des traitements mis en œuvre. En France, entre 20 et 30 % des consultations de médecine générale concernent des personnes ayant des troubles psychiques et 60 % des consultations liées à la santé mentale se font auprès des professionnels du premier recours (médecin généraliste et pédiatre)²⁵. Au Québec, près de 80 % des personnes de plus de 65 ans présentant un trouble de santé mentale ont consulté leur généraliste²⁶. Les médecins généralistes sont également les principaux prescripteurs de traitements psychotropes^f.

Cependant, les professionnels de soins primaires, et notamment les médecins, qui sont le plus souvent formés pour prendre en charge des troubles biomédicaux et non biopsychosociaux, ne se trouvent pas toujours à l'aise, ni dans leur mission de détection, ni dans leur mission de

f. www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-qualification-dune-approche-population-centree-partenariale-sante-mentale.

prise en charge des problèmes de santé mentale. Manque ou méconnaissance d'outils de dépistage, réticences à poser un diagnostic qui entraînerait des conséquences en termes de prise en charge, choix « de confort » de privilégier le traitement médicamenteux ou absence d'alternative à ce type de traitement, difficultés dans l'adhésion thérapeutique sont les principaux obstacles évoqués au niveau des médecins²⁷⁻²⁹. De ce fait, les problèmes de santé mentale ne sont pas pris en charge de manière optimale : sous-diagnostiqués, ils sont sous-traités mais aussi pas toujours traités de façon optimale³⁰⁻³². Il est à noter cependant que d'importantes variations peuvent être observées entre pays, en lien avec la formation initiale et continue en place en santé mentale.

Dans le futur (mais on y est déjà !), les pressions démographiques combinées à la mise en place du virage ambulatoire vont encore accentuer les besoins sanitaires et la pression sur les soins primaires. Les besoins en matière de santé mentale, exprimés ou non dans la communauté, vont se retrouver décuplés.

Une prise en charge holistique et continue *a priori* adaptée

Les problèmes de santé mentale ont besoin d'une approche holistique et dans la continuité que les professionnels de soins primaires peuvent offrir^{g33}. De nombreuses études ont montré qu'une bonne partie des troubles mentaux courants pouvaient être pris en charge par les soins primaires *a fortiori* lorsqu'ils sont organisés en équipes pluriprofessionnelles³⁴. Par ailleurs, si la prise en charge globale des personnes atteintes de problèmes de santé mentale est nécessaire, elle l'est probablement encore plus dans le cas de comorbidités. Dans ce domaine, les conséquences psychiques de troubles somatiques sont souvent évoquées mais l'inverse est aussi particulièrement vrai. En effet, les patients atteints de maladie psychique ont une prévalence plus élevée de maladie chronique, en particulier de maladies cardiovasculaires et de cancers, conséquence en partie d'effets secondaires médicamenteux et d'une hygiène de vie souvent défectueuse⁹.

Faciliter l'accès aux soins et un continuum 1^{re}-2nde lignes

L'intégration de la santé mentale dans les soins primaires est aussi la garantie d'un meilleur accès aux soins pour les personnes présentant des

g. Pour l'OMS, il est primordial que la santé mentale et les troubles mentaux soient inclus dans les politiques de soins de santé primaires basées sur une approche holistique et intégrée pour traiter les problèmes de santé.

troubles de santé mentale³³. Les soins primaires peuvent permettre l'accès aux soins en général mais aussi l'accès aux soins spécialisés lorsque c'est nécessaire. En tant que pivot du système de soins, le professionnel de soins primaires doit pouvoir travailler en relais avec la seconde ligne qui peut également intervenir en support. Cependant, la communication entre ces deux types de professionnels fait souvent défaut, et ce, pour différentes raisons (faute de temps, cultures différentes, cadres organisationnels et institutionnels différents...) ³⁵⁻³⁸.

Enfin à certains moments, il se doit de référer à des professionnels spécialistes pour une prise en charge optimale, tout en maintenant le lien avec ces derniers pour la continuité des soins. La section suivante montre un exemple quant à l'importance de la présence d'autres professionnels de soins primaires que le MG au cabinet pour assurer ces fonctions de mise en lien et de suivi.

Et jouer notamment un rôle de déstigmatisation

Enfin, et c'est un élément fondamental, le secteur des soins primaires peut diminuer la stigmatisation liée aux maladies psychiques encore tellement forte^{39,40}. Une prise en charge par un MG ou une équipe de soins primaires permet d'éviter la connotation négative attachée à la consultation de professionnels de santé mentale, psychologue ou psychiatre, tant pour le patient que pour son entourage. Enfin, une autre manière de déstigmatiser cette problématique est le recours à la colocation. Venir voir un professionnel de santé mentale au sein d'une structure de soins primaires est plus « acceptable » que de se rendre au cabinet du spécialiste, comme cela est expérimenté dans les microstructures médicales addictions ^{h 41}.

Comment améliorer la prise en charge des problèmes de santé mentale dans les soins primaires? Pistes d'action et illustration par des exemples

Ne pas tout psychiatriser et savoir référer si nécessaire à la seconde ligne

Avant d'envisager des pistes d'amélioration, une question peut être soulevée considérant la définition ambitieuse de la santé mentale de l'OMS et la pression sociétale actuelle du bien-être à tout prix; le risque n'est-il

h. www.forms-etc.fr/actualites/les-microstructures-medicales-addictions-art51.

pas de « psychologiser-psychiatriser » à outrance toute difficulté de vie ? Il ne s'agit pas ici de débattre de cette question mais elle mérite d'être gardée en tête pour la pratique des professionnels de soins primaires qui ont à évaluer les demandes de soins qu'ils reçoivent et à définir des stratégies de soins adaptées. Cet enjeu renvoie également au développement nécessaire d'une meilleure caractérisation et quantification de la morbidité en soins primaires et de l'éventail des situations qui s'y présentent par le développement d'outils nosographiques et de recueil comme les observatoires en médecine générale²⁷.

Par ailleurs, à l'autre bout de la chaîne de soins, le professionnel spécialisé ne doit pas être oublié. Les professionnels de soins primaires doivent savoir référer lorsque c'est nécessaire et réciproquement. Il est probable qu'en la matière, la sensibilité du professionnel de soins primaires à ce domaine (formation initiale, expérience, attitude) joue un rôle. Les études montrent que le processus est en effet complexe mais que c'est souvent le sentiment d'impuissance du MG qui le pousse à référer ces patients vers le spécialiste^{42,43}. Pour autant, ces services et expertises de seconde ligne ne sont pas toujours facilement disponibles et accessibles. Dans ce domaine, d'importantes variations peuvent exister entre pays, autant sur les densités de professionnels que sur les conditions d'accès.

Privilégier le travail en équipe en les élargissant à des professionnels formés spécifiquement au champ de la santé mentale

Comme l'indique le rapport de l'OMS « Transformer la santé mentale pour tous », le partage des tâches avec des prestataires de soins de santé primaires se révèle efficace pour réduire le déficit de traitement et mieux couvrir les problèmes de santé mentale prioritaires¹⁷. À l'instar des autres pathologies chroniques, la prise en charge multidisciplinaire apparaît primordiale, en particulier pour les problèmes majeurs, tels que les épisodes dépressifs majeurs ou les psychoses^{34,44,45}.

Intégrer la santé mentale dans les services de santé généraux implique généralement de partager les tâches avec des prestataires de soins généralistes formés à la santé mentale (comme des infirmières), et/ou d'ajouter des personnels et des ressources de santé mentale spécifiques (des psychologues par exemple) dans les structures de soins de santé primaires et secondaires. L'essai d'Anjara mené en 2019, comparant une prise en charge conjointe par un MG et une infirmière en santé mentale à une prise en charge par un psychologue au sein du cabinet, ne montre pas de différence d'efficacité⁴¹. De plus, la revue de littérature de Caulfield en 2019,

sur les formations en santé mentale proposées à des non-spécialistes, a montré des résultats très positifs sur les connaissances, attitudes et pratiques de ces professionnels⁴⁶. Si l'exercice en équipe intégrée a démontré son efficacité, plusieurs configurations sont probablement recevables avec des degrés d'action différents dans la prise en charge.

Dans de nombreux pays déjà, les structures de soins primaires incluent d'autres professionnels que les MG, en premier lieu des infirmières, avec différents modèles de soins, spécialisés ou non, mais tous permettant une prise en charge en équipe. La profession d'infirmier-ère en santé mentale (ISM), avec la possibilité de travailler en structure de soins primaires, a ainsi été créée en Angleterre et en Australie par exemple⁴⁷⁻⁵⁰. En France, 40% des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) comportent un psychologue qui, comme les autres professionnels de la MSP, exerce en libéral indépendant payé à l'acte. Au niveau national, un premier pas, encore modeste, a été fait avec le financement de l'équivalent de deux cents temps pleins prévus dans les structures d'exercice coordonné. Par ailleurs, le remboursement de psychothérapies sur adressage du médecin généraliste pour des troubles anxieux et dépressifs modérés introduit la possibilité d'un accès généralisé à ce type de traitement.

Certains modèles théoriques ou formes d'organisation innovantes sont particulièrement intéressants. Ainsi le modèle collaboratif (*Collaborative Model, issu du Chronic Care Model*) repose sur le suivi du patient par un case manager (non médical, le plus souvent une infirmière non spécialisée) rattaché au médecin généraliste du patient, avec le soutien d'un spécialiste en santé mentale. L'intérêt de ce modèle a été démontré dans plusieurs revues de littérature sur l'amélioration des symptômes pour les patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux. Il permet d'augmenter le nombre de patients ayant recours à un traitement médicamenteux conforme aux directives actuelles, et améliore la qualité de vie. Les patients sont également davantage satisfaits de leur traitement⁵¹. Enfin, ce modèle a aussi fait ses preuves parmi les patients multimorbides sur le plan somatique et psychique⁵².

Que ce soit pour des professionnels généralistes ou spécialisés en santé mentale, il est nécessaire de souligner l'importance d'une colocation. Nous avons déjà évoqué cette composante dans un objectif de déstigmatisation, mais la colocation trouve aussi son intérêt dans l'intégration des soins. Ainsi, la présence de plus en plus fréquente de psychologues au sein des structures de premier recours est l'un des modèles illustrant cette composante.

Le modèle de la consultation avancée, comme proposé en France, est un autre exemple de collaboration entre la première et la seconde ligne. Il propose aux patients un accès aux professionnels de seconde ligne dans un cadre facilement accessible tel que les maisons de santéⁱ. L'intérêt de ce modèle est de répondre à la fois aux problèmes d'accès à la seconde ligne, à la réduction des inégalités sociales ainsi qu'au problème de stigmatisation⁵³⁻⁵⁵. Dans le même ordre d'idée, au Québec, les guichets d'accès en santé mentale adulte (GASMA) font le lien entre la première ligne de soins et les services spécialisés^j.

Tous ces modèles, aussi convaincants soient-ils, demeurent conditionnés, pour leur pérennité, à la possibilité de leur financement. Lorsqu'ils sont initialement proposés dans le cadre de projet de recherche, le passage à la pérennisation est souvent difficile (cf. chapitre 2.2 sur les enjeux politiques).

Formation et soutien des professionnels de soins primaires

En termes de connaissances en santé mentale, les MG reconnaissent des lacunes, malgré un enseignement de la thématique durant la formation prégraduée⁵⁶.

Quelles que soient les modifications organisationnelles adoptées dans les soins primaires pour répondre aux besoins de santé mentale, un renforcement de la formation des différents professionnels impliqués est nécessaire^{k57}.

Cette formation adéquate doit non seulement répondre à un objectif d'amélioration des compétences des professionnels de soins primaires dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, mais aussi l'amélioration des capacités de travail en interprofessionnalité⁵⁸. Et pour cet aspect de la question, ceci est valable certes pour les professionnels de première ligne, mais aussi pour les professionnels de seconde ligne!

i. www.paysdecraon.fr/sante/sante/professionnels-services-de-sante/pole-sante/.

j. <https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/aide-lors-de-difficultes-personnelles/guichet-dacces-en-sante-mentale-adulte-gasma>.

k. Selon le plaidoyer de l'EFPC, «Mental Health in Primary Care needs to be delivered by a workforce with the skills to assess, manage and treat mental health. This involves developing the interpersonal skills to enable recovery, offering hope and trust. The person needs to be available at the right time, in the right place, offering the right care in the right manner».

Dans le domaine de la formation, les professionnels de soins primaires valorisent également souvent le rôle majeur que peuvent apporter les psychiatres en termes de soutien et d'expertise aussi bien auprès des professionnels de soins primaires que des patients, sous la forme par exemple de l'intervision⁵⁸.

Optimiser la collaboration – communication entre première et seconde lignes

De nombreuses études soulignent les difficultés de communication entre les MG et les spécialistes de santé mentale, en particulier les psychologues et les psychiatres, que ce soit en ville ou à l'hôpital^{35,59}. Optimiser cette collaboration passe d'abord par la connaissance des métiers et/ou fonctions respectives. Ainsi, par exemple, il semble qu'en France les psychologues considèrent que les MG ne connaissent pas bien ce métier, ce qui limite l'efficacité de leur collaboration⁶⁰.

La présence d'autres professionnels que les MG au sein des structures de soins primaires, tels que des infirmières, spécialisées ou non, ou des assistantes médicales faisant le lien entre les professionnels généralistes et spécialistes, a aussi été soulignée comme très positive^{49,56}. Dans un autre registre, une étude québécoise sur le retour en emploi des personnes prises en charge en médecine générale pour une dépression a montré que les relations avec les autres professionnels, nécessaires dans ces situations, étaient dans les faits extrêmement limitées mais cependant améliorées par la présence d'une Infirmière de santé mentale^{50,61}.

Impliquer la communauté – l'exemple du programme de premier secours en santé mentale

Enfin, au-delà d'une prise en charge par des professionnels de première ligne, l'implication communautaire est également une piste très intéressante à développer. L'apport communautaire peut être parfois supérieur à ce que peuvent apporter les professionnels, par exemple pour ce qui concerne la déstigmatisation. C'est l'un des objectifs du programme « Mental health first Aid » ou premiers secours en santé mentale^{62,63}. Ce programme développé initialement en Australie dans les années 2000 est aujourd'hui implanté dans une trentaine de pays dont nos quatre pays francophones. Il vise à former un maximum de citoyens à être « secouriste en santé mentale » afin de savoir « approcher les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de leur prodiguer les premiers secours », considérant que « ne rien faire est toujours faux ». Ce programme, basé

sur des connaissances validées scientifiquement, a montré d'intéressants résultats en termes d'amélioration des connaissances en population générale et de capacités de soutien aux personnes souffrant de trouble psychique⁶³.

Conclusion

Contrairement aux précédents enjeux, ce dernier est le seul directement relatif à un problème ou un état de santé. Ceci souligne probablement son importance actuelle et future pour les soins primaires et, en particulier, pour les équipes de soins primaires. Par ailleurs, chacun des enjeux précédemment mis en lumière dans cet ouvrage y trouve une place de choix, que ce soit la prise en compte des déterminants sociaux (même si les troubles de santé mentale sont socialement partagés, leur prise en charge ne l'est pas), la nécessité d'intégration des soins, le rôle majeur des politiques publiques (illustré par les multiples plaidoyers), les impacts multiples de la dégradation environnementale (par exemple pour la gestion de l'écoanxiété⁶⁴) ou enfin l'enjeu de la soutenabilité de nos systèmes (avec des besoins en santé mentale qui s'accroissent). À bien des égards en effet, la nécessité d'une prise en charge holistique pour les patients atteints de troubles de santé mentale positionne les professionnels de soins primaires comme des interlocuteurs clés en privilégiant une prise en charge en équipe⁵⁷. Des solutions et des pistes d'amélioration existent, nous l'avons montré ; elles passent en grande partie par l'adoption de nouveaux modèles de soins qui doivent également faire l'objet de financements spécifiques en termes d'allocation mais également de modalités nouvelles (forfait, capitation, équipes). Demeure cependant, comme dans d'autres domaines, la difficulté du passage d'expériences locales innovantes à leur pérennisation et à leur déploiement à grande échelle.

Références bibliographiques

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva; 2017.
2. Pachoud B. La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. Les cahiers du Centre Georges Canguilhem 2018;1(7):165-80.
3. Amering M, Schmolke M. Recovery in Mental Health: Reshaping scientific and clinical responsibilities. Wiley; 2009.
4. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. J Consult Clin Psychol 2005;73(3):539-48.

5. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev* 2010;17(2):110-9.
6. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15(4):357-76.
7. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21(9):655-79.
8. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. In: *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society (UK). Copyright © 2010, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists; 2010.
9. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(2):147-55.
10. OCDE. *Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: É. OCDE, Editor; 2021.
11. Janssen EM, McGinty EE, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Review of the evidence: prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37(3):199-222.
12. Vancampfort D, et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry* 2013;12(3):240-50.
13. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3(2):171-8.
14. GDM 2019 Mental disorders collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(2):137-50.
15. Moitra M, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med* 2022;19(2):e1003901.
16. Simmonds S, et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001;178:497-502.
17. WHO. *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous*. Vue d'ensemble. 2022.
18. L'Assurance maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. 2023. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf.
19. Gontijo Guerra S, Berbiche D, Vasiliadis HM. Measuring multimorbidity in older adults: comparing different data sources. *BMC Geriatr* 2019;19(1):166.

20. Schuler D, Tuch A, Peter C. La santé psychique en Suisse. Monitoring. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2020.
21. Messer J, KT, Marion-Veyron R, Cohidon C. Prevalence and determinants of common mental health problems in primary care: A cross-sectional study in Switzerland. Submitted; 2023.
22. World Health Organization (WHO), World Organisation of Family Doctors (WONCA). Integrating mental health into primary care: A global perspective. Singapore, Geneva: WHO; 2008.
23. Guthrie E, Rao S, TM. Seminars in liaison psychiatry. T.R.C.o.P. Publications, Editor; 2012. p. 304-21; 428-39.
24. Dreyer G, Schuler D. Diagnostics psychiatriques et médicaments psychotropes dans les cabinets médicaux en Suisse. OBSAN BULLETIN 2010.
25. Coldefy M. Approche population-centrée et partenariale en santé mentale. L'implication et le partenariat avec les usager.e.s et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale. 2022.
26. Préville M, Vasiliadis HM, Boyer R, et al. Use of health services for psychological distress symptoms among community-dwelling older adults. Can J Aging 2009;28(1):51-61.
27. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, et al. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Inf Psychiatr 2014;90(5):311-7.
28. Ayalon L, Karkabi K, Bleichman I, Fleischmann S, Goldfracht M. Barriers to the Treatment of Mental Illness in Primary Care Clinics in Israel. Adm Policy Ment Health 2016;43(2):231-40.
29. Mota P, Selby K, Gouveia A, et al. Difficult patient-doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: cross-sectional study. BMJ Open 2019;9(1):e025569.
30. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Jama 2004;291(21):2581-90.
31. Kohn R, Saxena S, Levava I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 2004;82(11):858-66.
32. Kroenke K. Depression screening and management in primary care. J Fam Pract 2017;35(1):1-3.
33. Funk M, Benradia I, Roelandt JL. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. Inf Psychiatr 2014;90(5):331-9.
34. Loeb DF, Kline DM, Kroenke K, et al. Designing the relational team development intervention to improve management of mental health in primary care using iterative stakeholder engagement. BMC Fam Prac 2019;20(1):124.

35. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, et al. [Lack of communications between general medicine and the mental health sector]. *Sante Publique* 1999;11(3):357-62.
36. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med* 2012;9(2):77-90.
37. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kari K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5(1):13.
38. Lucena RJ, Lesage A, Elie R, Lamontagne Y, Corbière M. Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinions and characteristics. *Can J Psychiatry* 2002;47(8):750-8.
39. Almeida B, Samouco A, Grilo F, Pimenta S, Moreira AM. Prescribing stigma in mental disorders: A comparative study of Portuguese psychiatrists and general practitioners. *Int J Soc Psychiatry* 2022;68(4):708-17.
40. Beckers T, Koekkoek B, Tiemens B, Tienen LJ, Hutschemaekers G. Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019;26(1-2):1-10.
41. Anjara SG, Bonetto C, Ganguli P, et al. Can General Practitioners manage mental disorders in primary care? A partially randomised, pragmatic, cluster trial. *PLoS One* 2019;14(11):e0224724.
42. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, et al. Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Le cas de la dépression chronique en Suisse romande. *Sante Publique* 2019;31(4):543-52.
43. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, et al, [The challenges of collaboration between general practitioners and psychiatrists.]. *Sante Publique* 2019;31(4):543-52.
44. Woody CA, Baxter AJ, Harris MG, Siskind DJ, Whiteford AH. Identifying characteristics and practices of multidisciplinary team reviews for patients with severe mental illness: a systematic review. *Australas Psychiatry* 2018;26(3):267-75.
45. Agyapong VI, Ahmodu O, Guerandel A. Multidisciplinary review to identify patients who could be managed in primary care. *Ir J Psychol Med* 2011;28(3):138-40.
46. Caulfield A, Vatansever D, Lambert G, Bortel TV. WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open* 2019;9(1):e024059.
47. Hardy SA, Kingsnorth R. Mental health nurses can increase capability and capacity in primary care by educating practice nurses: an evaluation of an education programme in England. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(4):270-7.

48. Heslop B, Wynaden D, Tohotoa J, Heslop K. Mental health nurses' contributions to community mental health care: An Australian study. *Int J Ment Health Nurs* 2016;25(5):426-33.
49. McLeod K, Simpson A. Exploring the value of mental health nurses working in primary care in England: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017;24(6):387-95.
50. Olasoji M, Maude P, Cross W. Experiences of mental health nurses working in general practice: A qualitative study. *Contemp Nurse* 2020;56(3):266-79.
51. Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:Cdoo6525.
52. Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *Bmj* 2015;350:h638.
53. Le Cossec C, de Chambine S, Tugaye A. [Consultations of hospital physicians in community health centers: Actors' identified impacts and difficulties]. *Sante Publique* 2019;31(2):287-92.
54. Le Cossec C, Giacobelli M, de Chambine S. [Cooperation between hospital teams and community-based healthcare professionals]. *Sante Publique* 2018;30(2):213-24.
55. Le Cossec C, de Chambine S, Tugaye A. Consultations avancées de médecins hospitaliers en centres de santé: impacts et difficultés identifiées. *Sante Publique* 2019;31(2):287-92.
56. Björk Brämberg E, Togerson J, Kjellström AN, et al. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):12.
57. European forum for primary care. Mental health position paper [En ligne]. 2020. Disponible sur : https://euprimarycare.org/2020/12/09/mental_health_paper/
58. Guex P, Barbier Y. [The general practitioner and the psychiatrist: a failure or a success?]. *Rev Med Suisse* 2005;1(33):2136-8, 2141.
59. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6(1):18.
60. Vergès Y, Driot D, Mesthé P, et al. Collaboration Between GPs and Psychologists: Dissatisfaction from the Psychologists' Perspective-A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol Med Settings* 2020;27(2):331-42.
61. Sylvain C, Durand MJ, Maillette P, et al. How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2016;17:71.
62. Costa TFO, Sampaio FMC, Sequeira CA, et al. Review of Mental Health First Aid Programs. *West J Nurs Res* 2021;43(12):1146-56.

63. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One* 2018;13(5):e0197102.
64. Tambyah R, Olcon K, Allan J, Destry P, Astell-Burt T. Mental health clinicians' perceptions of nature-based interventions within community mental health services: evidence from Australia. *BMC Health Services Research* 2022;22(1):841.

Partie 3 :

Les six enjeux en Belgique, France, Québec et Suisse

3.1 Étude comparative internationale sur les enjeux sociaux, politiques, environnementaux, d'intégration, de résilience et de santé mentale

Nicolas Senn, Catherine Lamoureux-Lamarche, Thérèse Van Durme,
Mylaine Breton, Jean-Frédéric Levesque et Christine Cohidon

Introduction

Les chapitres de la **seconde partie** de ce livre avaient pour objectif de décrire six enjeux importants et parfois peu considérés pour l'avenir des soins primaires. Dans une perspective de recherche sur les services de santé, il est usuel d'avoir recours à des comparaisons internationales afin de mieux comprendre quelles sont les spécificités d'un système de santé donné¹⁻³. Cela permet de mieux juger des forces et faiblesses de domaines spécifiques et ainsi mettre en œuvre des stratégies transformatrices. Souvent, les comparaisons sont basées sur le développement d'indicateurs standardisés qui rendent tangibles les différences sur des questions spécifiques. Parmi les initiatives d'importance sur les soins primaires, on trouve par exemple les enquêtes du Commonwealth Fund⁴, qui suivent l'évolution des soins primaires dans 10 (ou 11) pays occidentaux. Il y a quelques années ont également été menées les études PHAMEU ou QUALICOPC qui visaient à comparer l'organisation et le fonctionnement des soins primaires en Europe⁵⁻⁷. De façon plus globale, des instances comme l'OCDE (Santé – OCDE Data [oecd.org]) et l'EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies) maintiennent à jour des bases de données sur l'évolution des systèmes et services de santé. Ces différentes approches comparées ont pour objectif d'identifier les domaines d'amélioration et/ou les leviers d'action.

Processus de renseignement des indicateurs et interprétation

Dans le cadre de ce livre, nous avons mis l'accent sur 6 enjeux importants et parfois négligés : 1) politiques, 2) environnementaux, 3) sociaux, 4) de santé mentale, 5) d'intégrations des soins et 6) de résilience. Peu d'indicateurs dans les initiatives de comparaisons interpays développés à ce jour (ex. Commonwealth Fund, OCDE) permettent d'apprécier spécifiquement les

6 enjeux identifiés. Trente-cinq indicateurs ont été développés spécifiquement dans le cadre de cet ouvrage pour décrire les 6 enjeux (cf. Annexe 1 pour les détails méthodologiques de leur développement). Les indicateurs ont été renseignés par des experts sur l'organisation des soins primaires (3 à 7 experts par pays) de 4 pays ou régions francophones (Belgique, Québec, France et Suisse). Il leur a été demandé, via un questionnaire en ligne, de se prononcer pour chacun des indicateurs selon 3 modalités de réponse: « ce n'est **pas du tout** le cas dans mon pays/région », « c'est **en partie** le cas dans mon pays/région » et « oui, c'est **absolument** le cas dans mon pays/région ». La modalité « en partie » regroupe une grande variété de réponses allant de « quelques initiatives éparées » à « en voie de développement sur l'ensemble du territoire ». Une réunion de consensus a ensuite été organisée avec des représentants experts de chacun des 4 pays afin d'affiner les réponses pour chacun des indicateurs.

L'objectif de cette appréciation qualitative est de capturer les grandes tendances de prise en compte des six enjeux dans ces quatre pays, d'identifier les différences entre les pays et d'esquisser des pistes pour une meilleure prise en compte des enjeux à l'avenir. Ce descriptif relativement global n'a pas pour objectif de fournir une analyse détaillée des enjeux, mais au contraire de poser les bases pour le développement futur d'études approfondies et surtout de révéler des points d'attention importants pour le futur des soins primaires et des politiques publiques liées.

Panorama général du fonctionnement des soins primaires dans les quatre pays francophones

De façon générale, nous savons que le déploiement des soins primaires varie grandement d'un pays à l'autre⁸⁻¹⁰. Le **tableau 1** présente quelques données clés du fonctionnement général des soins primaires. Ce tableau a essentiellement pour objectif de comparer les quatre pays francophones dont il est question dans ce livre.

Sans rentrer dans les détails, nous constatons que le Québec et la Belgique sont deux régions qui présentent à la fois une plus faible densité médicale et infirmière et présentent en parallèle le plus haut niveau d'organisation. Il n'est pas possible d'en tirer des conclusions définitives, mais il est envisageable que la relative pénurie de ressources peut être un incitatif à une organisation plus serrée des prestations de soins. Ceci se retrouvera d'ailleurs dans différents indicateurs ci-dessous.

Par ailleurs, il est important de noter les limites de l'interprétation de certains chiffres. En effet, la densité médicale totale ne reflète pas nécessairement la densité en médecins généralistes. En Suisse par exemple, qui a la plus grande densité en médecins, il y a également une forte densité en médecins spécialistes (ce qui influence probablement les politiques de santé). Au Québec en revanche, on constate une forte densité de médecins généralistes mais une courte durée moyenne de consultation, probable reflet de modalité de travail et de rémunération différentes.

Tableau 1 : Quelques données factuelles sur le fonctionnement des quatre pays francophones

Les Soins Primaires en un clin d'œil				
	Belgique	Québec	France	Suisse
Indicateurs généraux				
Population (millions d'habitants)	11,7	8,8	68	8,9
Densité de population (habitants/km ²)	381,2	6,6	123,3	220,9
Densité médicale (par 1 000 habitants)	3,3	2,5	3,4	4,4
Densité infirmiers/infirmières (par 1 000 habitants)	11,1	12,1	9,7	18,4
Historique du développement des soins primaires et place dans le système de santé local/global				
Les soins primaires disposent-ils de leur propre département ou unité au sein du ministère de la Santé? [Oui/Non]	Oui (au niveau des régions et non national)	Oui	Oui (bureau du premier recours)	Non
Les soins primaires disposent-ils d'un budget qui peut être distingué de celui d'autres secteurs, tels que les soins spécialisés? [Oui/Non]	Oui, en partie (surtout pour l'organisation des soins primaires, moins pour le remboursement des prestations)	Oui	Non	Non
% des titres de médecins généralistes par rapport à tous les médecins (attention: très variable selon les pays pour l'exercice de la médecine)	33%	50%	45%	26%

Les Soins Primaires En Un Clin D'œil				
	Belgique	Québec	France	Suisse
Gouvernance générale (régulée, non régulée, étatique, libérale...)				
Existe-t-il une régulation territoriale (nationale et locale?) des ressources? [Oui/Non]	Oui (exemple: prime pour les médecins généralistes déclinée en fonction des pénuries)	Oui	Oui (uniquement au niveau de la formation [nombre de spécialistes formés] mais pas à l'installation)	Non
Fonctionnement interprofessionnel (types de professionnel dans les équipes...)				
Quels sont les professionnels de la santé que l'on retrouve régulièrement (la moitié ou plus des strctures) dans un cabinet de médecine générale (= font partie de l'équipe)?				
Infirmier(ère)s	Non	Oui	Oui	Non
Infirmier(ère)s de pratique avancée/spécialisé(e)s	Non	Oui	Non	Non
Assistant(e)s/médical(e)s	Non (en projet)	Non	Non	Oui
Diététiciens/diététiciennes	Non	Rarement	Non	Non
Pharmaciens/pharmaciennes	Non	Oui	Non	Non
Psychologues/psychothérapeutes	Non	Rarement	non	Non
Physiothérapeutes	Parfois (maison pluri-professionnelle)	Parfois	Non	Non
Assistants sociaux	Non	Oui	Non	Non
Tenu de listes de patients				
Existe-t-il un système de listes de patients par cabinet/maison de santé (enregistrement de patients...)?	Oui	Oui	Non	Non
Et si oui est-il obligatoire, géré par l'État?	Non	Oui	n/a	n/a

Les Soins Primaires En Un Clin D'œil				
	Belgique	Québec	France	Suisse
Modèle de financement				
Quel est le modèle de financement privé/public pour les citoyens ?				
Assurances privées à profit	Pour part non obligatoire (complémentaires)	Pour part non obligatoire (complémentaires)	Pour part non obligatoire (complémentaires)	Pour part non obligatoire (complémentaires)
Assurances privées obligatoires non à profit	Non	Non	Non	Oui
Assurance payée par l'État (ou) sécurité sociale (= qui paie pour les soins)	Oui	Oui, obligatoire	Oui, obligatoire	Que hospitalier
Participation directe des patients	Oui	Oui (radiologie)	Oui	Oui
Modèle de rémunération : Comment les médecins généralistes indépendants sont-ils rémunérés ?				
Paieement à l'acte	Oui, majoritaire	Oui, majoritaire	Oui, majoritaire	Oui, exclusivement
Paieement par capitation	Oui	Oui	Oui	Non
Mélange de capitation et de paieement à l'acte	Oui	Oui	Oui	Non
Mélange de capitation et de rémunération à l'acte + éléments spécifiques (prime pour travailler dans des zones défavorisées, etc.)	Non	Oui	Oui	Non
Reconnaissance des spécialités en médecin générale				
Quelle est la durée minimale d'un programme de formation postgraduée en médecine familiale ?	3 ans	2 ans	4 ans (dès 2024)	5 ans
Combien de mois les stagiaires passent-ils au minimum dans un cadre de soins primaires ?	2,5 ans	2 ans	2 ans	6 mois

Les Soins Primaires En Un Clin D'œil				
	Belgique	Québec	France	Suisse
Ressources humaines et pratiques				
Âge moyen des médecins généralistes qui pratiquent	52,7 ans		51 ans	53.7 ans
Durée moyenne des consultations (en minutes) des médecins généralistes	21 min	15 min	17 min	19 min
% de la population assurée qui a eu un contact avec un médecin généraliste dans la dernière année	82%	69%	85%	71%
Nombre total de consultations de médecins généralistes par personne et par an	5,8 (avec les téléconsultes)	–	3,6	2,3

Comparaisons inter pays sur les six enjeux

Indicateurs généraux

Un élément important du déploiement en tant que tel des soins primaires, et non uniquement de certaines de ses composantes (les médecins, les soins infirmiers...), est la mesure selon laquelle les soins primaires font l'objet d'un enseignement clairement identifiable dans le cursus de la formation initiale¹¹. Dans le **tableau 2**, on constate que les soins primaires ne font que partiellement l'objet d'une formation spécifique, que cela soit en prégradué ou en postgradué.

Si l'on retrouve régulièrement des publications scientifiques en lien avec l'enseignement des soins primaires, il s'agit souvent d'approches monoprofessionnelles centrées sur les médecins^{12,13} ou sur les soins infirmiers¹⁴ et plus rarement sur une approche pluriprofessionnelle comme nous l'avons défini dans le chapitre 4.12¹⁵. Le Québec, qui a, dans une certaine mesure, été pionnier dans le développement de structures de soins primaires aux activités étendues (notamment via les groupes de médecine de famille, GMF), semble aussi avoir développé des formations interprofessionnelles plus spécifiques sur les soins primaires.

L'organisation monoprofessionnelle des structures de formation (faculté de médecine, faculté des sciences infirmières, école de soins, etc.) entretient certainement une approche en silo des enseignements. Il apparaît dès lors important de voir émerger des collaborations intra- et inter-facultaires intégrant des approches interprofessionnelles, et notamment en soins primaires. Notons toutefois que ceci commence à apparaître de façon sporadique, notamment sous la forme de chaire de recherche mariant différentes disciplines professionnelles comme la chaire interdisciplinaire de la première ligne en Belgique (www.be-hive.be).

Tableau 2 : Indicateurs généraux

Dans votre pays, les soins primaires font l'objet d'un enseignement en soins primaires spécifiques				
	Belgique	Québec	France	Suisse
1. En formation prégraduée dans les différentes écoles de soins, de santé publique et les facultés de médecine	En partie	En partie	En partie	En partie
2. En formation postgraduée des soignants, des professionnels de santé publique et des médecins	En partie	Oui, absolument	En partie	En partie

Enjeux politiques

Comme le rappellent Y. Bourgueil et H. Falcoff dans le chapitre 2.2, la dimension politique des soins primaires correspond à «... l'ensemble des actions, règles, organisations, modalités de financement qui visent à garantir pour la population un accès aux soins de qualité et équitable, qu'ils soient préventifs et/ou curatifs». Dans cette perspective, le déploiement des soins primaires nécessite de considérer des aspects législatifs, de gouvernance et d'allocation des ressources financières.

Les indicateurs 3 à 11 du **tableau 3** explorent ces différentes facettes. Alors qu'un cadre législatif pour les soins primaires semble exister à différents degrés entre les pays, on constate malgré tout une représentation essentiellement monoprofessionnelle (en particulier des médecins généralistes) sur le terrain politique de tous les pays, sans représentation « unifiée » en soins primaires. La Belgique et le Québec ont des mécanismes de financement spécifiques pour les soins primaires, ce qui n'est pas le cas en

France et encore moins en Suisse. Cela peut s'expliquer par un contexte beaucoup plus libéral (et de défense d'intérêts) de la pratique médicale. En revanche, certains mécanismes de financement des innovations semblent exister à différents degrés dans tous les pays. En outre, un développement qui commence à apparaître dans la littérature scientifique est l'intégration des patients dans les gouvernances des structures de soins¹⁶. Il semble toutefois que cela ne soit de loin pas encore généralisé sur le terrain. Nous constatons que d'importantes différences existent entre les pays, se traduisant par une volonté politique plus ou moins favorable au développement des soins primaires. En Suisse par exemple, il semble qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour développer une réelle vision en soins primaires intégrée au système de santé.

Tableau 3 : Enjeux politiques

	Belgique	Québec	France	Suisse
3. Les soins primaires sont définis dans la loi ou les politiques de santé de votre pays ou des régions (loi sur la santé, loi spécifique sur les soins primaires ou selon des appellations apparentées comme les soins de premier recours ou les soins de première ligne...)	Oui, absolument	En partie	En partie	Oui, absolument
4. Au niveau politique, dans votre pays ou les régions, les soins primaires sont essentiellement représentés par des associations et lobbys monoprofessionnels (médecins généralistes...)	Oui, absolument	Oui, absolument	Oui, absolument	Oui, absolument
5. Dans votre pays, la gouvernance des soins primaires (gestion des ressources, organisation des pratiques) est essentiellement réalisée au niveau de l'État régional et/ou national par exemple (par opposition à un système [de type libéral] où les structures de soins primaires sont essentiellement autogérées)	Oui, absolument	En partie	En partie	Pas du tout
6. Dans votre pays au niveau national, il existe des outils légaux et/ou financiers pour soutenir les soins primaires, spécifiquement la créativité et l'expérimentation de nouveaux modèles de soins primaires (qui peuvent être des innovations locales ou nationales)	Oui, absolument	En partie	Oui, absolument	En partie

	Belgique	Québec	France	Suisse
7. Dans votre pays, il existe une ou plusieurs institutions ou organismes pouvant soutenir spécifiquement des innovations en soins primaires comme des nouveaux modèles de soins (financièrement, logistiquement...)	Oui, absolument	En partie	En partie	Oui, absolument
8. Dans les structures de soins primaires de votre pays ou des régions, il y a des représentants de patients participants à la définition des missions/ activités de la structure de soins (cabinet, maison médicale...)	En partie	En partie	En partie	Pas du tout
9 Au niveau de votre pays ou des régions, il existe des mécanismes de répartition du budget de la santé pour les soins primaires (par rapport aux autres secteurs de la santé)	Oui, absolument	Oui, absolument	En partie	Pas du tout
10 Il existe dans votre pays une vision commune des soins primaires qui est portée, au niveau local ou national, par des représentants formels des soins primaires (à des fins de négociations par exemple)	En partie	En partie	Pas du tout	Pas du tout
11 Au niveau politique régional ou national, il existe dans votre pays des initiatives de territorialisation des soins primaires (allocation des ressources, définition de bassins de population, définition des besoins de la population...)	En partie	En partie	Oui, absolument	Pas du tout

Parmi les enseignements que l'on peut tirer de ces quelques indicateurs se trouve la nécessité de créer des instances interprofessionnelles capables de parler d'une voix commune à propos de la réalité des soins primaires au niveau politique. Il y a certainement à gagner en visibilité et en capacité de négociations, budgétaires notamment, ce qui peut entraîner des répercussions importantes en termes de renforcement de soins primaires. Dans ce domaine, la Suisse semble en retard et pourrait s'inspirer d'initiatives d'autres pays afin de renforcer le déploiement des soins primaires dans le pays et de diminuer la pression sur les seuls médecins de famille¹⁷. Le modèle québécois, quant à lui, pourrait être une source d'inspiration avec des financements publics spécifiques (cf. indicateur 9) investis dans

les groupes de médecine familiale qui desservent 80 % de la population québécoise. Ils sont dirigés par des médecins et différents professionnels, dont des infirmières praticiennes, des infirmières cliniciennes, des travailleurs sociaux et des pharmaciens qui intègrent ce modèle dans la prestation de soins primaires. Finalement, un plus grand engagement des patients semble souhaitable dans l'organisation des structures de soins.

Enjeux environnementaux

Comme décrit dans le chapitre 2.4, l'environnement, notamment naturel, a un impact non négligeable sur la santé. La question des liens entre environnement et santé peut s'inscrire dans une approche assez classique de type épidémiologique en santé environnementale comme décrit par l'OMS. Il s'agit dès lors de mesurer l'impact de substances, présentes dans l'environnement (essentiellement d'origine humaine comme la pollution aux particules fines, le bruit, les pesticides, etc.), sur la santé. Plus récemment, un champ beaucoup plus large explorant les liens complexes entre humains et écosystèmes s'est développé¹⁸⁻²². Dans ce second champ, nous retrouvons les notions de durabilité, de santé planétaire ou d'impact du système de santé sur le changement climatique. Ces deux domaines environnementaux complémentaires, s'ils sont essentiellement l'apanage actuellement de la santé publique, devraient, selon de multiples auteurs^{20,23-27}, être mieux intégrés aux soins primaires. C'est ce que pensent notamment les médecins de famille qui, lors d'une enquête réalisée en Suisse, ont déclaré être largement en faveur d'une meilleure intégration des questions environnementales en pratique clinique²⁸.

Tableau 4 : Enjeux environnementaux

	Belgique	Québec	France	Suisse
12. Les soins primaires, de votre pays ou des régions, sont impliqués dans la surveillance sanitaire en lien avec des expositions environnementales (pollutions/toxiques)	Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout
13. Il existe, dans votre pays, un plan d'action, une charte ou des recommandations incluant explicitement les soins primaires visant à réduire l'impact sur l'environnement (diminution de CO ₂ ...) des services de santé	Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout	En partie

	Belgique	Québec	France	Suisse
14. Dans votre pays, les “prescriptions de nature” (balade en forêt...) font partie des prescriptions, formellement (remboursement...) ou non, de la pratique clinique en soins primaires	Pas du tout	En partie	Pas du tout	Pas du tout
15. Dans votre pays ou dans les régions, les soins primaires sont impliqués dans les politiques publiques sur les questions d'environnement (plan d'action en cas de pollution...)	Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout
16. Dans votre pays, des formations/enseignements sont dispensés aux étudiants ou aux soignants sur les questions de santé planétaire et de changement climatique (dans les universités, écoles de soins...)	En partie	En partie	En partie	En partie
17. Il existe, dans votre pays, des directives ou des recommandations pour l'écoconstruction des structures de soins primaires (bâtiments, mobilité...) afin de réduire leur impact environnemental	Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout	En partie

Les indicateurs 12 à 17 du tableau 4 tentent de refléter différents enjeux environnementaux en lien avec les soins primaires. Globalement, on constate un écart important entre le « souhaité » par certains et la réalité de terrain. En effet, dans aucun des pays, les enjeux environnementaux ne semblent être intégrés aux soins primaires. C'est tout d'abord le cas pour l'implication des soins primaires dans le domaine de la veille sanitaire pour les pollutions (indicateurs 12 et 15) alors que c'est le cas pour la surveillance des épidémies de grippe (par exemple : réseau Sentinella en Suisse ou le réseau de Médecins Vigies en Belgique). Nous constatons que les acteurs de soins primaires ne sont cependant finalement pas plus impliqués dans la surveillance épidémiologique concernant les pollutions que dans d'autres domaines (exception faite de quelques maladies infectieuses). Il y aurait pourtant un intérêt de santé publique à une surveillance de proximité des risques liés aux polluants. Il n'est en effet pas inutile de rappeler par exemple qu'actuellement le saturnisme issu de l'intoxication au plomb affecte encore plusieurs centaines de personnes, dont des enfants, par année en France²⁹. Ou, plus récemment, l'interrogation par rapport à la contamination de l'eau de distribution par les PFAS en

Belgique¹. Ceci dénote certainement le peu d'implication globalement des soins primaires dans des activités de santé publique – si ce n'est à reculons, comme dans l'exemple belge, c'est ce que nous le verrons plus loin. Ensuite, la question de la durabilité environnementale n'est pratiquement pas abordée, que cela soit globalement pour la réduction des émissions de gaz à effet de serre du système de santé (indicateur 13) ou la conception écoresponsable des structures de soins (indicateur 17). Certainement que ce domaine est trop nouveau pour les acteurs de la santé et suscite des réticences, voire des résistances, à s'engager dans un domaine parfois considéré comme trop politique (l'écologie). Afin d'accompagner ce changement souhaité par certains (*cf.* chapitres 4.9 et 4.10), une littérature croissante de recommandations, souvent initiées par les acteurs de terrain eux-mêmes plus que par les acteurs politiques, a vu le jour et devrait permettre d'esquisser les grandes lignes de tels développements³⁰⁻³². Concernant la pratique clinique, l'indicateur 14 évoque la question de la prescription de nature, ou « prescription verte ». Il s'agit d'un domaine souvent rattaché à la prescription sociale dans un contexte institutionnel, notamment en Angleterre³³. Plus rarement, la prescription de nature est déployée dans le contexte des soins primaires comme le programme Prescri-Nature au Canada (www.prescri-nature.ca). Même si une littérature croissante tend à montrer un effet bénéfique sur la santé^{34,35}, leur adoption en pratique clinique reste marginale dans les quatre pays.

Enjeux sociaux

Il est largement reconnu que parmi les multiples déterminants de la santé, ceux ayant trait aux aspects sociaux et au milieu de vie des personnes sont d'une grande importance. Le chapitre 2.1 décrit très bien l'impact de ces déterminants sur la santé et notamment l'impact de facteurs socio-économiques sur les inégalités en santé ou encore les discriminations dont font l'objet certains groupes de personnes comme les communautés LGBTQI+, les peuples autochtones ou les minorités culturelles. Il est dès lors largement reconnu que prendre en compte ces déterminants, notamment en soins primaires, est crucial dans les services de santé. Par ailleurs, cette intégration peut être réalisée à différents niveaux : systémique, organisationnel, professionnel ou clinique comme l'ont montré Fares *et al.*³⁶.

1. www.lecmg.be/evenement/les-pfas-un-souci-de-sante-publique-webinaire/

Tableau 5 : Enjeux sociaux

	Belgique	Québec	France	Suisse
18. Il existe, dans le pays ou les régions, des collaborations intersectorielles formellement organisées entre les structures de soins primaires et communautaires (exemple : secteur social ou environnemental)	En partie	En partie	En partie	Pas du tout
19 Dans votre pays, les assistant.es sociales.aux sont généralement intégrés.es aux équipes de soins primaires	En partie	Oui, absolument	Pas du tout	Pas du tout
20 Dans votre pays, un dépistage des déterminants sociaux de la santé est généralement effectué en soins primaires (formel par questionnaire ou informel lors de l'anamnèse, éventuellement par un autre soignant)	En partie	En partie	En partie	En partie
21. Dans votre pays ou les régions, au niveau de la gouvernance régionale ou nationale, il existe un dicastère (département) conjoint santé et social	Oui, absolument	Oui, absolument	Pas du tout	Oui, absolument

Les indicateurs 18 à 21 du **tableau 5** explorent cette prise en considération des déterminants sociaux en soins primaires à différents niveaux. Globalement, nous constatons de grandes différences entre les pays. Ainsi, le Québec et la Belgique semblent avoir passablement intégré cette question notamment au niveau de la pratique où des travailleurs sociaux sont fréquemment intégrés directement aux équipes de soins primaires (indicateur 19). Ce n'est en revanche pas du tout le cas en France et en Suisse. Il est intéressant de constater que cette différence est reflétée par des modèles d'organisation de soins primaires assez différents entre la Belgique et le Québec d'un côté (plus orientés sur l'interprofessionnalité), et France et surtout la Suisse de l'autre, qui fonctionnent encore essentiellement sur un ancien modèle biprofessionnel (médecin et assistante/secrétaire médicale)³⁷. En Belgique et au Québec, où ces modèles interprofessionnels sont plus présents, les gouvernances régionales ont également tendance à mieux intégrer les secteurs social et biomédical. À cet égard, il est étonnant de constater que c'est aussi le cas en Suisse mais que cela ne se traduit pas dans des pratiques unifiées. De façon également surprenante, malgré des modèles d'organisation très différents entre ces différents pays, intégrant

ou pas des professionnels du secteur social, peu de différences semblent émerger en termes de repérage des patients avec difficultés sociales dans le contexte de soins (indicateur 20). Notons toutefois une initiative intéressante au Québec où la complexité des patients inscrits dans les modèles interdisciplinaires selon leur lieu d'habitation et leur niveau socio-économique est prise en considération dans les ententes de financement. Ces données qualitatives ne permettent pas une analyse plus fine, mais il est probable que des différences existent entre ces différents pays, certains, comme le Québec, mettant en place des stratégies beaucoup plus systématiques d'identification de patients vulnérables. Les raisons de ces différences sont difficiles à établir et sont certainement multiples. Mais probablement que des facteurs très ancrés culturellement contribuent à éclairer ces différences. En effet, la Suisse et, dans une moindre mesure la France, ont des orientations très axées sur la responsabilité individuelle (notamment pour ce qui est du social et de la prévention). Dès lors, des facteurs propres à l'environnement social des personnes ne sont pas considérés (politiquement) comme relevant de la responsabilité de l'État et des politiques publiques. À l'opposé, le Québec et la Belgique ont intégré une responsabilité sociale étendue dans leurs politiques publiques.

Enjeux de santé mentale

La question de la santé mentale est un problème majeur de santé publique. Comme décrit dans le chapitre dédié à cet enjeu, les troubles de santé mentale font partie des problèmes les plus fréquemment rencontrés en soins primaires, notamment s'agissant des troubles anxieux et de l'humeur³⁸.

Tableau 6 : Enjeux de santé mentale

	Belgique	Québec	France	Suisse
22. Dans votre pays ou les régions, des professionnels avec des compétences en santé mentale sont intégrés aux équipes de soins primaires (psychologue, inf en santé mentale...)	En partie	En partie	En partie	En partie
23. Dans votre pays ou les régions, des questionnaires (auto- ou hétéroadministés) sont utilisés en soins primaires afin de dépister la dépression ou les troubles anxieux chez les patients	En partie	Pas du tout	En partie	En partie

	Belgique	Québec	France	Suisse
24. Dans votre pays ou les régions, il existe un programme d'accès universel (remboursement/ financement) à la psychothérapie	En partie	Pas du tout	En partie	Oui, absolument
25. Dans le pays ou les régions, il existe des programmes/campagnes de prévention en santé mentale relayés au niveau de la communauté	Oui, absolument	En partie	En partie	En partie

Quatre indicateurs décrivent cet enjeu en soins primaires dans le **tableau 6**. Nous constatons assez peu de différences entre les pays. Parmi les différences notables, ce sont surtout des mesures structurelles qui font la différence. En effet, la Suisse est le seul pays à proposer un accès pour toute la population à la psychothérapie, remboursé par l'Assurance maladie (moyennant parfois une prescription médicale). Dans la pratique, cela se traduit par une grande densité en psychiatres et psychologues installés, probablement l'une des plus hautes du monde. Comparativement aux autres pays, cela a certainement un impact sur les prises en charge en soins primaires dans le sens d'une moins grande pression pour des prises en charge longues même si, un peu paradoxalement, les médecins de famille suisses semblent également prendre régulièrement en charge ce type de pathologie³⁸. Par ailleurs, citons à titre d'exemple que la Belgique a adopté de longue date une stratégie de santé publique pour la prévention des troubles de santé mentale qui a montré son intérêt durant la pandémie. En effet, un budget de 112,5 millions d'euros a été dégagé pour pouvoir engager 1 986 équivalents temps plein (ETP) de psychologues de première ligne^m. L'indicateur 22 relatif à l'intégration de professionnels de santé mentale aux équipes de soins primaires paraît trop peu sensible pour capter des différences certainement bien réelles entre les pays. En effet, il n'est pas rare que des psychologues soient intégrés aux équipes de soins primaires en Belgique ou au Québec, ce qui est exceptionnel en Suisse par exemple. Nous constatons par ailleurs que comparativement aux données du tableau 1 (présence de psychologues dans les structures de soins primaires), une discrédance existe avec cet indicateur 22. En effet, il s'agit là probablement du reflet des différences entre une appréciation qualitative (« je sais que cela existe ») et les données plus « chiffrées » (« mais en fait

m. www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/covid-19/financement/financement-du-soutien-psychosocial

c'est assez rare»). Notons finalement que les questions de santé mentale ont désormais également une résonance très contemporaine pour les soins primaires, notamment en lien avec les questions environnementales existentielles, même s'il reste largement débattu que des manifestations de type écoanxiété doivent réellement être considérées comme des manifestations pathologiques^{39,40}.

Intégration en soins primaires

L'intégration en soins en soins primaires correspond non seulement à un renforcement des approches interprofessionnelles au niveau des équipes de soins autour des patients, mais implique également une vision plus large au niveau du territoire et politique afin de rendre possible l'émergence de nouveaux modèles de soins. Cela doit permettre non seulement de renforcer les soins aux patients avec besoins complexes, mais aussi d'assurer une vision populationnelle des besoins et de déterminer une allocation adéquate des ressources en services de santé.

Tableau 7 : Enjeux d'intégration en soins primaires

	Belgique	Québec	France	Suisse
26. Dans votre pays ou les régions, il existe des mécanismes formels qui reconnaissent, financent et soutiennent les soins primaires en tant que tels, notamment en favorisant des fonctionnements pluri-professionnels	Oui, absolument	Oui, absolument	En partie	Pas du tout
27. Dans votre pays, une structure est identifiée et/ ou est responsable, au niveau régional ou local de développer une vision des besoins populationnels et d'organiser les ressources en fonction (= planification sanitaire)	Pas du tout	Oui, absolument	Oui, absolument	Oui, absolument
28. Dans votre pays ou les régions, il existe une segmentation par besoins sanitaires populationnels par complexité des cas (type Kaiser) ou types de populations (femmes, enfants, santé mentale, etc.) associée à une notion de répartition des ressources sur le territoire entre les différents acteurs (par exemple : hôpital, soins primaires...)	En partie	En partie	Pas du tout	Pas du tout

	Belgique	Québec	France	Suisse
29. Dans votre pays, il existe, au niveau du territoire, des structures de soins primaires avec des équipes pluriprofessionnelles (2 professionnels ou plus, autres que secrétaire ou assistante médicale) partageant des informations sur les patients (dossier électronique...)	Oui, absolument	Oui, absolument	Oui, absolument	En partie
30. Dans votre pays, les structures de soins primaires (quelle que soit leur organisation interne), au niveau régional par exemple, sont formellement organisées en réseaux opérationnels (pas uniquement des fédérations « administratives ») pour délivrer des soins (privés ou publiques)	En partie	En partie	Pas du tout	Pas du tout
31. Dans votre pays ou les régions, dans les structures de soins primaires, des professionnels sont formellement identifiés comme gestionnaires de cas	En partie	Pas du tout	En partie	En partie

Parmi les six indicateurs décrivant les questions d'intégration en soins primaires du **tableau 7**, les trois premiers réfèrent surtout à l'allocation des ressources et à l'identification des besoins de la population. On note des différences notables entre les pays. De façon peu surprenante (*cf.* enjeux politiques), la Suisse n'a que peu développé de vision stratégique autour de l'intégration avec une absence de financement favorisant le développement d'équipes interprofessionnelles. Cela se traduit naturellement sur le terrain par des équipes très peu interprofessionnelles (en général biprofessionnelles). D'un autre côté, la Belgique et le Québec qui promeuvent de longue date des approches interprofessionnelles sont également les pays où les équipes constituées de plusieurs corps de métier sont les plus développées⁴¹. La France, quant à elle, est en quelque sorte « au milieu du gué », ayant développé récemment mais rapidement une pluralité de modèles interprofessionnels. Cela montre, si besoin était, que le développement d'une approche interprofessionnelle en soins primaires (qui a par ailleurs démontré sa plus-value dans la prise en charge des patients⁴²) n'émerge pas par hasard, mais va de pair avec une réelle volonté politique et une allocation adéquate des ressources financières⁴³⁻⁴⁵. Notons finalement que même si une littérature scientifique croissante décrit l'importance d'intégrer des rôles de gestionnaires de cas^{46,47}, ces pratiques ne se sont que peu traduites concrètement sur le terrain. Par ailleurs, la

compréhension même du case management est certainement très hétérogène d'un pays à l'autre ainsi que les buts visés (gestions cliniques complexes, retour au travail, réduction des coûts, voire n'intervenant qu'en cas de crise...)⁴⁸.

Résilience des soins primaires

La résilience des soins primaires (ou en soins primaires!), dernier enjeu exploré ici, peut prendre des formes très diverses même si globalement cela converge vers « l'anticipation de problèmes à venir afin de permettre l'adaptation du système ». En effet, cela peut être une question de ressources humaines (indicateur 32), d'identification des besoins de la population ou de mesure de l'adéquation des services fournis (indicateurs 33 à 35). La définition de l'OMS traduit bien cette pluralité de dimension de la résilience : « [...] la capacité à se préparer, gérer (absorber, adapter et transformer) et apprendre des chocs » (cf. chapitre 2.5).

Tableau 8 : Enjeux de résilience en soins primaires

	Belgique	Québec	France	Suisse
32. Il existe, dans votre pays ou les régions, une stratégie pour faire face au manque de professionnels en soins primaires ou d'infrastructures, notamment en situation de crise aiguë (pandémie...)	Pas du tout	En partie	En partie	Pas du tout
33. Dans votre pays, il existe des mécanismes/stratégies de vision prospective afin d'anticiper les risques futurs au niveau national/régional pour la santé de la population dans les soins primaires	En partie	Pas du tout	En partie	Pas du tout
34. Dans votre pays, il existe au niveau national ou régional des index/indicateurs mesurant l'accès aux services de soins primaires (temps d'attente avant un rendez-vous, proportion de la population ayant un médecin de famille...) en temps réels	Pas du tout	En partie	En partie	Pas du tout
35. Dans votre pays, il existe, au niveau national ou régional, des index mesurant l'expérience de soins des patients	En partie	Pas du tout	En partie	En partie

Il ressort globalement de l'évaluation qualitative au travers des quatre pays une capacité de résilience relativement peu développée (**tableau 8**), quel que soit le pays. Qu'il s'agisse de l'évaluation spécifique de l'accès ou de l'expérience de soins des patients (indicateurs 34 et 35), ou de l'anticipation des risques et besoins en professionnels (indicateurs 32 et 33), la vision d'ensemble semble très limitée. Comme l'écrivent T. Van Durme et C. Cohidon en reprenant l'étude de Haldane et al.⁴⁹ dans le chapitre 2.5, le cloisonnement important et généralisé entre les domaines de la santé publique et les acteurs de terrain de soins primaires peut expliquer en partie ce manque de préparation (cf. aussi chapitre 1.5 Soins primaires et santé publique). Il faut également noter un certain paradoxe à cet égard, car des données sont parfois disponibles, mais c'est dans leur utilisation à des fins de planification que se trouve le hiatus. Cette observation est importante car elle révèle le problème plus général et souvent observé, notamment durant la pandémie de Covid-19, du déficit d'intégration des soins primaires dans les stratégies de santé publiques^{50,51}. Les responsabilités de cet état de fait sont certainement partagées entre, d'une part, les acteurs de soins primaires eux-mêmes ne voyant pas nécessairement leur rôle au-delà des activités de soins individuels et, de l'autre, les autorités de santé publique n'intégrant que peu les soins primaires comme pouvant faire partie d'un dispositif populationnel à même de fournir des informations (et des prestations !) épidémiologiques importantes pour la planification sanitaire. On ne peut dès lors que soutenir, en écho à une littérature scientifique abondante et déjà ancienne, une meilleure intégration des soins primaires et de la santé publique afin de renforcer la résilience de la première ligne et du système de santé⁵²⁻⁵⁵.

Limites de l'étude

Certainement que l'évaluation des 6 enjeux au travers des 35 indicateurs tels que proposés dans ce chapitre présente des limites. Premièrement, le développement des indicateurs s'appuie essentiellement sur de l'avis d'experts et ne capture qu'une partie des enjeux. Cependant, en l'absence d'indicateurs validés dans la littérature sur ces sujets, ce premier exercice permet de tirer quelques enseignements importants et d'ouvrir des pistes de réflexion. Deuxièmement, le renseignement des indicateurs est très dépendant de la vision des experts interrogés. Parfois il s'agira d'une vision globale du pays, ou au contraire la volonté de mettre en avant des développements plus locaux, ce qui peut se traduire par des réponses qui peuvent varier sensiblement entre « pas du tout » (= cela n'existe

pratiquement pas sur le territoire) et en partie (= il y a quelques projets pilotes) pour une même situation. Certainement, le fait d'avoir eu recours à plusieurs experts indépendants les uns des autres a minimisé un peu cet effet (en plus d'avoir rediscuté entre les investigateurs des divergences entre réponses pour un même pays). Troisièmement, il y a certainement des limites dans ce que les experts ont compris dans les questions, mettant l'accent sur un élément ou un autre de l'indicateur. Quatrièmement, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un exercice qui ne compare que quatre pays francophones. Il serait intéressant d'ouvrir le même exercice à d'autres pays, y compris non francophones, ce qui aurait pour intérêt d'améliorer la connaissance de ces enjeux au travers de contextes différents. Finalement, il s'agit là d'indicateurs qualitatifs, offrant une vision globale probablement assez subjective. Il serait intéressant de poursuivre ce travail en développant, en tous les cas pour certains domaines, des indicateurs chiffrés (par exemple sur la composition des équipes interprofessionnelles incluant le social ou la santé mentale).

Conclusion générale

Dans ce chapitre, nous avons essayé de décrire, certainement de façon imparfaite, à un moment donné dans le temps et limité par le choix des indicateurs, les forces et faiblesses de quatre pays francophones face à six enjeux importants en soins primaires. S'il n'est certainement pas possible de tirer des conclusions définitives et encore moins d'être très détaillé dans l'analyse (ce n'était pas l'objectif), il est toutefois possible d'esquisser quelques grandes tendances.

Premièrement, deux enjeux semblent particulièrement peu considérés en soins primaires, indépendamment du pays : la résilience des soins et la prise en compte des enjeux environnementaux. De façon intéressante, ces deux enjeux sont souvent liés, notamment lorsque l'on parle de résilience des systèmes de santé face aux conséquences du changement climatique.

Deuxièmement, et ce n'est pas une surprise, les grandes orientations prises par les pays sur l'interprofessionalité et l'intégration des soins se reflètent bien dans les réponses aux indicateurs. À ce titre, le Québec et la Belgique semblent bien plus avancés que la France et a fortiori la Suisse. Cela soulève par ailleurs une question importante qui est de savoir quels ont été les moteurs de ces évolutions très différentes, possiblement plus dictées par des contraintes (ou des volontés) politico-économiques que par des considérations réellement scientifiques.

Troisièmement, et nous avons pu le constater dans différents enjeux, la question de l'intégration des soins primaires et de la santé publique est omniprésente dans l'ensemble des indicateurs, à tel point que l'on pourrait considérer la question de l'approche populationnelle comme un « méta-enjeu » pour les soins primaires avec ses multiples déclinaisons : approche territoriale, enjeux sociaux, financement ou encore surveillance épidémiologique (cf. chapitre 4.2). À n'en pas douter, ce sont là des terrains d'investigation importants où les comparaisons internationales sont indispensables et certainement sources d'inspiration.

Finalement, il n'est pas inintéressant de se demander quels sont les facteurs macroscopiques qui peuvent expliquer, au moins partiellement, les différences observées entre les pays. Certainement que l'orientation globale des systèmes de santé, classiquement caractérisés (avec de multiples formes hybrides) de bismarckiens (basés sur les assurances sociales via le travail, induisant essentiellement une protection individuelle) ou de beveridgiens (basés sur un système étatique de sécurité sociale, induisant une protection collective de la population), joue un rôle central⁵⁶. À ce titre, la Suisse est un bon exemple de système assurantiel de type bismarckien où la responsabilité individuelle est répondérante. Il est dès lors peu surprenant que ce soit en Suisse que l'on retrouve assez systématiquement une faible orientation vers des modèles interprofessionnels intégrant les questions sociales, une prééminence de soins primaires médico-centrés et un financement à l'acte peu propice au déploiement d'une vision populationnelle en soins primaires. D'un autre côté, le Québec et dans des formes plus mixtes la France et la Belgique ont des systèmes de santé d'inspiration plutôt beveridgienne fondés sur une plus grande implication de l'État et des moyens d'action de réforme plus importants en faveur de soins primaires, même si beaucoup reste à faire ! Par ailleurs, la gouvernance des systèmes de santé joue un rôle important dans les différences observées, de très centralisé au Québec, en France (avec une tendance plus régionale, bien que centralisée au niveau macroscopique) et en Belgique, vers une fragmentation importante en Suisse. Cela est associé à des cadres légaux très différents d'un pays à l'autre, parfois très régulateur comme au Québec, ou au contraire très libéral en Suisse.

Dans ce chapitre, nous avons tenté d'explorer brièvement les différences et similitudes dans la façon d'appréhender les six enjeux dans quatre pays francophones. Cet exercice permet de mettre en lumière certains éléments importants qui pourraient inspirer des études plus approfondies,

voir initier des changements dans certains pays en s'inspirant de ce qui se passe ailleurs, par une forme de fertilisation croisée stimulante.

Références bibliographiques

1. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Strumpf E, Breton M, Russell G. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *Int J Equity Health*. 2018 Feb 20;17(1): 28.
2. Wong ST, Chau LW, Hogg W, et al. An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICO-PC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada. *BMC Fam Pract*. 2015 Feb 18;16(1):20.
3. Levesque J, Descôteaux S, Demers N, Benigeri M. Measuring organizational attributes of primary care: a review and classification of measurement items used in international questionnaires. *Health Serv Res*. 2007 Jun;42(3 Pt 1):1257-73.
4. FitzGerald M, Gunja M, Tikkanen R. Primary Care in High-Income Countries: How the United States Compares. *Commonwealth Fund*. 2022.
5. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):686-94.
6. Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, et al. Study protocol: QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011 Oct 20;12(1):115.
7. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010 Oct 27;11:81.
8. van Loenen T, van den Berg MJ, Heinemann S, Baker R, Faber MJ, Westert GP. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. *BMC Fam Pract*. 2016 May 28;17:59.
9. Schafer WL, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World Health Organ*. 2015 Mar 1;93(3):161-8.
10. Groenewegen P, Heinemann S, Greß S, Schäfer W. Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*. 2015 Dec;119(12):1576-83.
11. Singleton JK, Green-Hernandez C. Interdisciplinary education and practice. Has its time come? *J Nurse Midwifery*. 1998 Jan-Feb;43(1): 3-7.
12. Chung C, Maisonneuve H, Pfarrwaller E, et al. Impact of the primary care curriculum and its teaching formats on medical students' perception of primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2016 Sep 15;17(1):135.
13. Ledford CJ, Guard EL, Phillips JP, Morley CP, Prunuske J, Wendling AL. How medical education pathways influence primary care specialty choice. *Fam Med*. 2022 Jul;54(7):512-21.

14. Watkins S, Neubrandner J. Registered nurse education in primary care: barriers and resolutions. *Nurs Forum*. 2020 Jul;55(3):362-8.
15. Warde CM, Giannitrapani KF, Pearson ML. Teaching primary care teamwork: a conceptual model of primary care team performance. *Clin Teach*. 2020 Jun;17(3):249-54.
16. DeCamp M, Dukhanin V, Hebert LC, Himmelrich S, Feeser S, Berkowitz SA. Patients' views about patient engagement and representation in healthcare governance. *J Healthc Manag*. 2019 Sep-Oct;64(5):332-46.
17. Senn N, Ebert S, Cohidon C. La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) (Obsan Dossier 55) Neuchâtel 2016 [updated July 2016. 171]. Available from: www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-medecine-de-famille-en-suisse.
18. de Castañeda RR, Villers J, Guzmán CAF, et al. One Health and planetary health research: leveraging differences to grow together. *Lancet Planet Health*. 2023 Feb;7(2):e109-11.
19. MacNeill AJ, McGain F, Sherman JD. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. *Lancet Planet Health*. 2021 Feb;5(2):e66-8.
20. Luo OD, Carson JJK, Sanderson V, Wu K, Vincent R. Empowering health-care learners to take action towards embedding environmental sustainability into health-care systems. *Lancet Planet Health*. 2021 Jun;5(6):e325-6.
21. Dasandi N, Graham H, Lampard P, Jankin Mikhaylov S. Engagement with health in national climate change commitments under the Paris Agreement: a global mixed-methods analysis of the nationally determined contributions. *Lancet Planet Health*. 2021 Feb;5(2):e93-101.
22. Berrang-Ford L, Sietsma AJ, Callaghan M, et al. Systematic mapping of global research on climate and health: a machine learning review. *Lancet Planet Health*. 2021 Aug;5(8):e514-25.
23. Sommer J, De Lucia S, Peterschmitt LO, Delamare E, Jackson Y. [Eco-competences for a sustainable medical practice]. *Rev Med Suisse*. 2023 Aug 30;19(839):1569-73.
24. Campos L, Barreto JV, Bassetti S, et al. Physicians' responsibility toward environmental degradation and climate change: a position paper of the European Federation of Internal Medicine. *Eur J Intern Med*. 2022 Oct;104:55-8.
25. Kotcher J, Maibach E, Miller J, et al. Views of health professionals on climate change and health: a multinational survey study. *Lancet Planet Health*. 2021 May;5(5):e316-23.
26. Dupraz J, Burnand B. Role of health professionals regarding the impact of climate change on health-an exploratory review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 20;18(6):3222.
27. Boland TM, Temte JL. Family medicine patient and physician attitudes toward climate change and health in Wisconsin. *Wilderness Environ Med*. 2019 Dec;30(4):386-93.

28. André H, Gonzalez Holguera J, Depoux A, et al. Talking about climate change and environmental degradation with patients in primary care: a cross-sectional survey on knowledge, potential domains of action and points of view of general practitioners. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 18;19(8):4901.
29. Rainhorn J. Le plomb, le peintre et la flèche de Notre-Dame. Politiques de l'ignorance à propos du risque saturnin en longue durée. *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2021;15(4).
30. Baras A. Guide du cabinet de santé écoresponsable. Prendre soin de l'environnement pour la santé de chacun. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021.
31. WONCA Working Party on the Environment tPHA, and the Clinicians for Planetary Health Working Group. Declaration calling for clinicians of the world to act on planetary health 2019 [Available from: <https://files.visura.co/users/12837/9coaf3oafdb8667feb2542f973bb47e6.pdf>].
32. Nicolet J, Mueller Y, Paruta P, Boucher J, Senn N. What is the carbon footprint of primary care practices? A retrospective life-cycle analysis in Switzerland. *Environl Health*. 2022 Jan 4;21(1):3.
33. Robinson JM, Jorgensen A, Cameron R, Brindley P. Let nature be thy medicine: a socioecological exploration of green prescribing in the UK. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 15;17(10):3460.
34. Nguyen PY, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, Feng X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *Lancet Planet Health*. 2023 Apr;7(4):e313-28.
35. Kolster A, Heikkinen M, Pajunen A, Mickos A, Wennman H, Partonen T. Targeted health promotion with guided nature walks or group exercise: a controlled trial in primary care. *Front Public Health*. 2023 Aug 24;11:1208858.
36. Fares J, Chung KSK, Passey M, Longman J, Valentijn PP. Exploring the psychometric properties of the Rainbow Model of Integrated Care measurement tool for care providers in Australia. *BMJ Open*. 2019 Dec 18;9(12):e027920.
37. Cohidon C, Senn N, De Camaret AC. [Which professionals work in general practices?. Overview in different countries]. *Rev Med Suisse*. 2023 May 10;19(826):889-91.
38. Messer J, Tzartzas K, Marion-Veyron R, Cohidon C. A cross-sectional study of the prevalence and determinants of common mental health problems in primary care in Switzerland. *Int J Public Health*. 2023 Dec 15;68:1606368.
39. Hickman C, Marks E, Pihkala P, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health*. 2021 Dec;5(12):e863-73.
40. Bhullar N, Davis M, Kumar R, Nunn P, Rickwood D. Climate anxiety does not need a diagnosis of a mental health disorder. *Lancet Planet Health*. 2022 May;6(5):e383.
41. Beer L, Cohidon C, Senn N. General practitioner time availability per inhabitant per year: a new indicator to measure access to primary care. *Front Health Serv*. 2022 Apr 6;2:832116.

42. Li M, Tang H, Liu X. Primary care team and its association with quality of care for people with multimorbidity: a systematic review. *BMC Prim Care*. 2023 Jan 19;24(1):20.
43. Contandriopoulos D, Perroux M, Cockenpot A, Duhoux A, Jean E. Analytical typology of multiprofessional primary care models. *BMC Fam Pract*. 2018 Apr 5;19(1):44.
44. Kilpatrick K, Tchouaket E, Fernandez N, et al. Patient and family views of team functioning in primary healthcare teams with nurse practitioners: a survey of patient-reported experience and outcomes. *BMC Fam Pract*. 2021 Apr 19;22(1):76.
45. Carron T, Domeisen Benedetti F, Fringer A, Fierz K, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care models in Swiss primary care: an embedded multiple case study. *J Eval Clin Pract*. 2023 Sep;29(6):1025-38.
46. Hudon C, Chouinard MC, Dubois MF, et al. Case management in primary care for frequent users of health care services: a mixed methods study. *Ann Fam Med*. 2018 May;16(3):232-9.
47. van Dillen SM, Hiddink GJ. To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review. *BMC Fam Pract*. 2014 Dec 10;15:197.
48. Teper MH, Vedel I, Yang XQ, Margo-Dermer E, Hudon C. Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: a systematic review and thematic synthesis. *Ann Fam Med*. 2020 Jul;18(4):355-63.
49. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med*. 2021 Jun;27(6):964-80.
50. Cohidon C, El Hakmaoui F, Senn N. The role of general practitioners in managing the COVID-19 pandemic in a private healthcare system. *Fam Pract*. 2022 Jul 19;39(4):586-91.
51. Cohidon C, Senn N. La première vague de Covid-19 en Suisse et les soins primaires. *Rev Med Suisse*. 2020 Nov 4;16(713):2127-30.
52. Levesque J-F, Breton M, Senn N, Levesque P, Bergeron P, Roy DA. The interaction of public health and primary care: functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Rev*. 2013 Jul 20;35(1):14.
53. Farmanova E, Baker GR, Cohen D. Combining integration of care and a population health approach: a scoping review of redesign strategies and interventions, and their impact. *Int J Integr Care*. 2019 Apr 11;19(2):5.
54. Orkin AM, Bharmal A, Cram J, Kouyoumdjian FG, Pinto AD, Upshur R. Clinical population medicine: integrating clinical medicine and population health in practice. *Ann Fam Med*. 2017 Sep;15(5):405-9.
55. Gillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United kingdom. *Am J Public Health*. 2002 Nov;92(11):1721-5.
56. Reman P, Feltesse P. L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflète et perspectives de la vie économique*. 2003;XLII(4):101-13.

3.2 Annexe : Développement d'indicateurs qualitatifs sur la base d'un modèle organisationnel afin d'explorer six enjeux

Nicolas Senn, Catherine Lamoureux-Lamarche,
Mylaine Breton, Christine Cohidon et Jean-Frédéric Levesque

Cette annexe présente brièvement l'approche méthodologique adoptée pour le développement d'indicateurs permettant de décrire les six enjeux de ce livre et de comparer les pays et régions francophones (cf. partie 2). Cette approche s'est basée sur un modèle organisationnel décrivant le fonctionnement des soins primaires proposé par notre équipe en 2020¹.

Rappel sur le modèle organisationnel

Un des objectifs de la définition de ce modèle était de servir notamment à guider le développement d'indicateurs. Il peut être vu également comme un plan « d'architecte » pour la conception d'une structure de soins primaires, les dimensions que nous souhaitons décrire au travers des indicateurs pour les six enjeux d'intérêt en soins primaires présentés dans le chapitre 2 du livre. Pour chacune des dimensions identifiées, nous avons en effet proposé un ou plusieurs indicateurs à même de décrire les six enjeux.

Rappel sur les enjeux

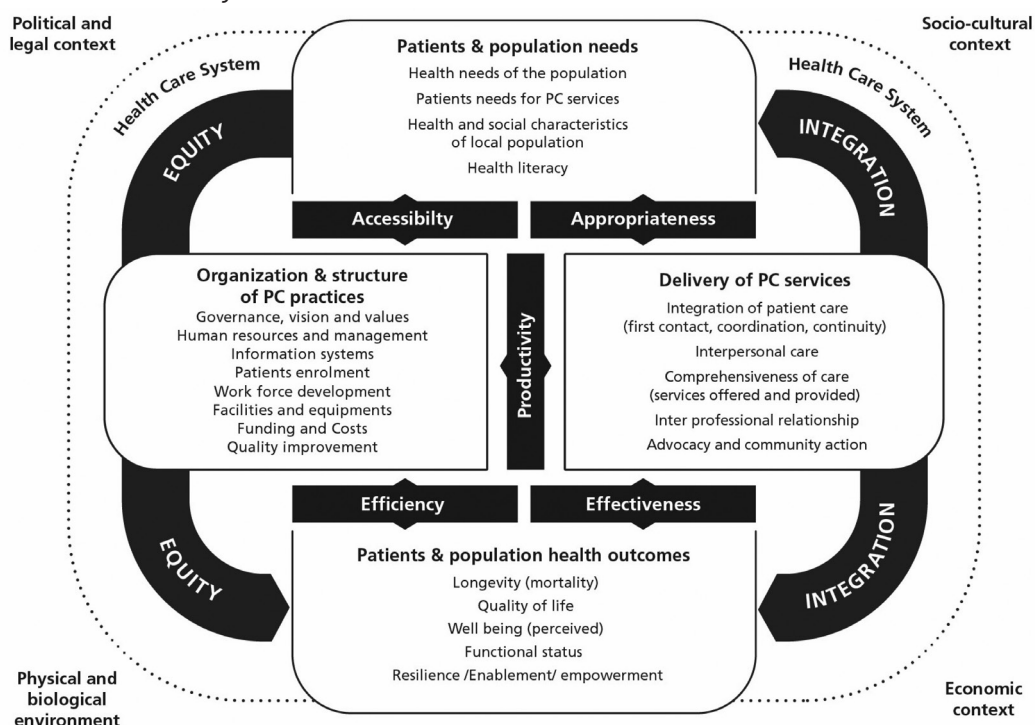
Six enjeux ont été identifiés dans le cadre d'un travail voulant explorer les défis particulièrement importants pour l'avenir des soins primaires, par un groupe d'experts issus du Groupe francophone de soins primaires (GFSP) :

1. la dimension politique des soins primaires ;
2. les enjeux environnementaux des soins primaires ;
3. la dimension sociale des soins primaires ;
4. la santé mentale en soins primaires ;
5. l'intégration en soins primaires ;
6. la résilience des soins primaires.

Ces différents enjeux sont présentés dans des différents chapitres de ce livre. Ils servent d'armature à la rédaction des chapitres de la partie 2 dédiés aux aspects pratiques et illustratifs de soins primaires de demain.

Figure 1 : Modèle organisationnel intégré

Selon Senn N et al., Assessing Primary Care Organization and Performance: Literature Synthesis and Proposition of a Consolidated Framework. Health Policy, 2020



Méthode pour l'identification d'indicateurs permettant de décrire les enjeux

Il convient de préciser que nous appelons ici « un indicateur » « un outil de mesure ou un critère d'appréciation », qu'il soit quantitatif ou qualitatif. Dans ce travail comparatif, nous souhaitons en effet pouvoir décrire les différences entre pays et mettre en avant les activités ou innovations organisationnelles particulièrement intéressantes. Dès lors, il nous semblait approprié de conserver cette flexibilité d'utiliser comme « indicateur » tout type d'information quantitative ou qualitative à même de décrire une situation (ou une dimension) dans un pays donné.

Processus d'identification des indicateurs et collecte des données

Les indicateurs ont été identifiés et formulés selon les étapes suivantes :

- I. En se basant sur le modèle organisationnel, identification des dimensions correspondantes aux enjeux permettant de guider les discussions des experts.
- II. Identification de 4 à 6 indicateurs pour chacun des enjeux via un World Café en 2 séries de 3 tours avec une dizaine d'experts du GFSP. Les groupes tournent en fonction des enjeux, les discussions sont organisées selon les dimensions du modèle, même si les experts sont libres de proposer des indicateurs propres à chaque enjeu.
- III. Synthèse et développement précis des indicateurs puis révision par le groupe d'experts du Groupe francophone de soins primaires (GFSP).
- IV. Les indicateurs sont renseignés par des experts au sein des 4 pays francophones concernés.
- V. Une conférence de consensus avec le groupe d'experts du GFSP est organisée afin de finaliser l'information de chacun des indicateurs (*cf.* chapitre 3 pour les résultats).
- VI. En parallèle, un travail de *mapping* des indicateurs sur le modèle organisationnel est réalisé par les investigateurs du projet.

En pratique

L'identification des indicateurs a été réalisée durant la retraite d'écriture du comité éditorial du livre (13 au 16 juin 2022, Orford, Québec) sur la base du travail préparatoire fait en amont afin de définir les dimensions génériques du modèle pour guider les discussions. Le World Café a été organisé sur toute une journée avec 2 séries de 3 tours, 3 enjeux ont été discutés par série. Tour 1: Brainstorming (45 minutes, 1 enjeu et 3-6 dimensions); tour 2: Dégrossissage/affinage (30 minutes, 1 enjeu et 3-6 dimensions); tour 3: Sélection finale des 3 à 6 indicateurs nécessaires par enjeu. Les experts du GFSP ont eu la possibilité de débattre et de proposer de façon libre des indicateurs le mieux à même de décrire les enjeux.

La question posée pour chaque enjeu était la suivante :

« De quelle information/indicateur, éventuellement liée à une dimension du modèle organisationnel de Senn et al., avons-nous besoin pour

décrire au mieux l'enjeu X en lien avec l'organisation des structures de soins primaires dans un pays ou une région ? »

(Pas nécessaire à ce stade d'avoir un set d'indicateurs finalisé.)

Critères de choix pour les réflexions :

- **Pertinence** : décrit bien l'enjeu en question en lien avec l'organisation des structures de SP.
- **Sensibilité au changement/différences** : permet de comparer des pays/régions.

Les discussions ont été résumées sur des *flip charts* et récoltées à la fin de la journée. Ensuite, un travail de synthèse a été réalisé afin de proposer une formulation claire pour chaque indicateur. Les indicateurs ont été formulés sous forme d'affirmations pour lesquelles trois modalités de réponses étaient possibles : oui, absolument/en partie/pas du tout.

Le set d'indicateurs est revu en détail par les investigateurs du projet puis par l'ensemble des experts du GFSP ayant participé aux World Café.

Ensuite, une enquête en ligne est créée. Elle est envoyée à une vingtaine d'experts internationaux des quatre pays francophones sélectionnés par les experts du GFSP afin de renseigner les indicateurs. Les indicateurs renseignés par les experts internationaux peuvent être accompagnés de détails descriptifs. Finalement, les données des indicateurs sont rediscutées par les experts du GFSP afin de finaliser les réponses pour chacun des pays lors d'une téléconférence de consensus (automne 2022). Le chapitre 2 spécifique est dédié à la description des six enjeux au travers des indicateurs dans les quatre pays francophones et une analyse descriptive et comparative entre les pays sera réalisée.

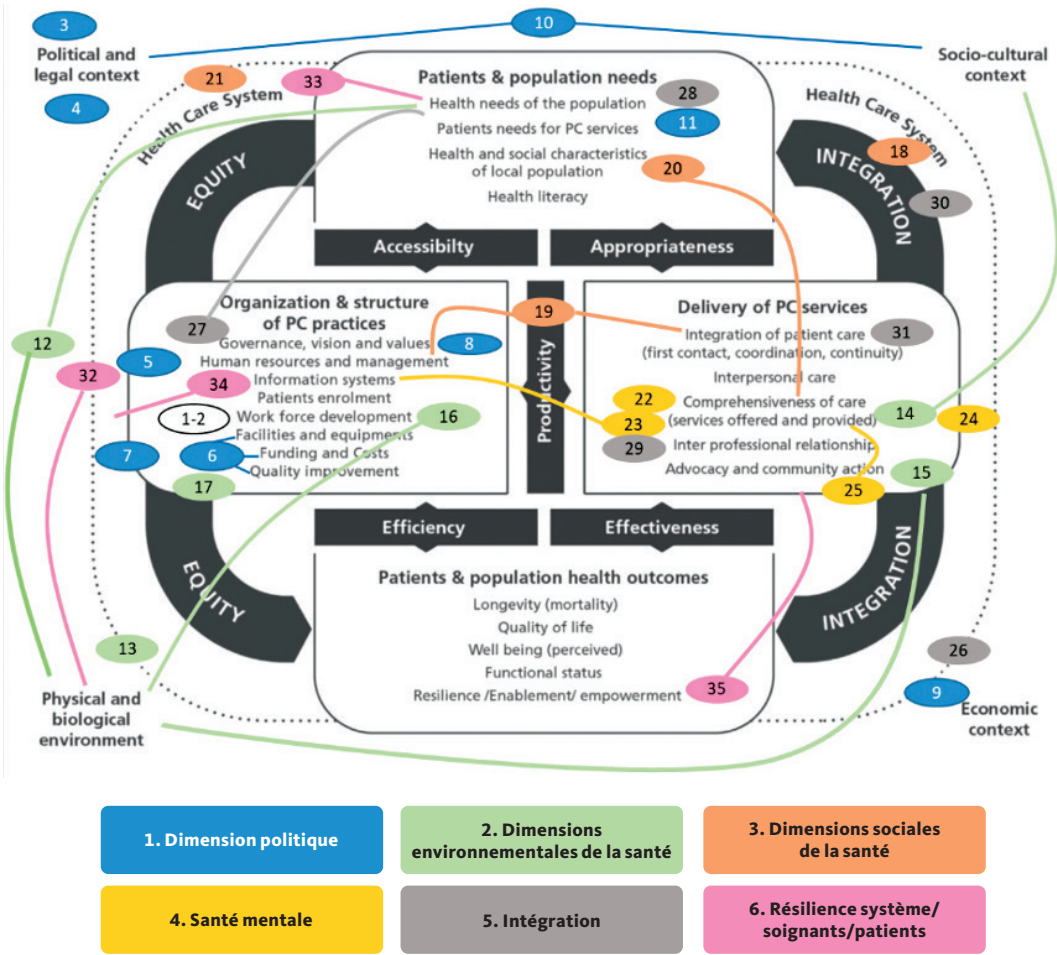
Mapping et analyse organisationnelle des indicateurs

Une fois les indicateurs identifiés, un *mapping* organisationnel est réalisé. Ce *mapping* a uniquement pour objectif de décrire de quelle manière les différents indicateurs couvrent (ou pas) les différentes dimensions de l'organisation des soins primaires du modèle de Senn *et al.* Pour ce faire, les investigateurs ont délibéré afin de voir comment se situaient les indicateurs sur le modèle organisationnel. Ce travail doit permettre d'explorer les dimensions couvertes par les indicateurs pour les différents enjeux.

Mapping et analyse organisationnelle exploratoire des six enjeux au travers du modèle

Le **tableau 1** croise les 35 indicateurs avec les différentes dimensions du modèle. On retrouve pour les codes couleur en jaune les grandes dimensions générales qui avaient été prédéfinies pour mener les discussions. En noir les dimensions pour lesquelles les indicateurs ont finalement été retenus. La **figure 2** présente un *mapping* des 35 indicateurs sur le modèle organisationnel. Cela permet de représenter graphiquement la répartition des indicateurs par dimension.

Figure 2 : Le mapping des indicateurs sur le modèle organisationnel de Senn et al.



Nous tenons à remercier chaleureusement les experts des différents pays ayant renseigné les indicateurs et permis ainsi d'ébaucher la comparaison interpays.

Référence bibliographiques

1. Senn, N., et al., Assessing Primary Care Organization and Performance: Literature Synthesis and Proposition of a Consolidated Framework. Health Policy, 2020.

Tableau 1 : Les dimensions du modèle couvertes par les indicateurs

pre-defined dimensions of the model to guide discussions dimensions where indicators were developed	
	Dans votre pays, les SP font l'objet d'un enseignement spécifique :
1	en formation prégraduée dans les différentes écoles de soins, de santé publique et les facultés de médecine
2	en formation postgraduée des soignants, des professionnels de santé publique et des médecins
1. Enjeux politiques	
3	Les SP sont définis dans la loi ou les politiques de santé de votre pays ou des régions (loi sur la santé, loi spécifique sur les SP ou selon des appellations apparentées comme les soins de premier recours ou les soins de première ligne...)
4	Au niveau politique, dans le pays ou les régions, les SP sont essentiellement représentés par des associations et lobbys monoprofessionnels (médecins généralistes...)
5	La gouvernance des SP (gestion des ressources, organisation des pratiques) est essentiellement réalisée au niveau de l'État régional et/ou national par exemple (par opposition à un système [de type libéral] où les structures de SP sont essentiellement autogérées)

	Connecting constructs	Patient & population health outcomes	Delivery of PC services	Organization & structure of PC practices	Popu- lation needs	Context										
	Integration															
	Equity															
	Effectiveness															
	Efficiency															
	Productivity															
	Appropriateness															
	Accessibility															
	Resilience/enablement/empowerment															
	Functional status															
	Well-being (perceived)															
	Quality of life															
	Longevity (mortality)															
	Advocacy and community action															
	Inter professional relationship															
	Comprehensiveness of care (services offered & provided)															
	Interpersonal care															
	Integration of patient care (first contact, coordination, continuity)															
	Quality improvement															
	Funding & costs															
	Facilities & equipment															
	Work force development															
	Patient enrollment															
	Information systems															
	Human resources & management															
	Governance mechanisms, vision and values															
	Health literacy															
	Health & social characteristics of local population															
	Patient needs for PC services															
	Health needs of the population															
	Health care system															
	Physical & biological environment															
	Economic context															
	Socio-cultural context															
	Political and legal context															

-  pre-defined dimensions of the model to guide discussions
-  dimensions where indicators were developed

1. Enjeux politiques

6	Dans le pays au niveau national, il existe des outils légaux et/ou financiers pour soutenir spécifiquement la créativité et l'expérimentation de nouveaux modèles de SP (qui peuvent être des innovations locales ou nationales)
7	Dans votre pays, il existe une ou plusieurs institutions ou organismes pouvant soutenir spécifiquement des innovations en SP comme des nouveaux modèles de soins (financièrement, logistiquement...)
8	Dans les structures de SP, il y a des représentants de patients participants à la définition des missions/activités de la structure de soins (cabinet, maison médicale...)
9	Au niveau du pays ou des régions, il existe des mécanismes de répartition du budget de la santé pour les SP (par rapport aux autres secteurs de la santé)
10	Il existe une vision commune des SP portée, au niveau local ou national, par des représentants formels des SP (à des fins de négociations par exemple)
11	Au niveau politique régional ou national, il existe des initiatives de territorialisation des SP (allocation des ressources, définition de bassins de population, définition des besoins de la population...)

	Connecting constructs	Patient & population health outcomes	Delivery of PC services	Organization & structure of PC practices	Popu- lation needs	Context										
	Integration															
	Equity															
	Effectiveness															
	Efficiency															
	Productivity															
	Appropriateness															
	Accessibility															
	Resilience/enablement/empowerment															
	Functional status															
	Well-being (perceived)															
	Quality of life															
	Longevity (mortality)															
	Advocacy and community action															
	Inter professional relationship															
	Comprehensiveness of care (services offered & provided)															
	Interpersonal care															
	Integration of patient care (first contact, coordination, continuity)															
	Quality improvement															
	Funding & costs															
	Facilities & equipment															
	Work force development															
	Patient enrollment															
	Information systems															
	Human resources & management															
	Governance mechanisms, vision and values															
	Health literacy															
	Health & social characteristics of local population															
	Patient needs for PC services															
	Health needs of the population															
	Health care system															
	Physical & biological environment															
	Economic context															
	Socio-cultural context															
	Political and legal context															

-  pre-defined dimensions of the model to guide discussions
-  dimensions where indicators were developed

2. Enjeux environnementaux

ns	Les SP, du pays ou des régions, sont impliqués dans la surveillance sanitaire en lien avec des expositions environnementales (pollutions/toxiques)
13	Il existe un plan d'action, une charte ou des recommandations incluant explicitement les SP visant à réduire l'impact sur l'environnement (diminution de CO ₂ ...) des services de santé
14	Les « prescriptions de nature » (ballade en forêt...) font partie des prescriptions, formellement (remboursement...) ou non, de la pratique clinique en SP
15	Les SP sont impliqués dans les politiques publiques sur les questions d'environnement (plan d'action en cas de pollution...)
16	Des formations/enseignements sont dispensés aux étudiants ou aux soignants sur les questions de santé planétaire et de changement climatique (dans les universités, écoles de soins...)
17	Il existe des directives ou des recommandations pour l'écoconstruction des structures de SP (bâtiments, mobilité...) afin de réduire leur impact environnemental

[illegible]

-  pre-defined dimensions of the model to guide discussions
-  dimensions where indicators were developed

3. Enjeux sociaux

18	Il existe, dans le pays ou les régions, des collaborations intersectorielles formellement organisées entre les structures de SP et communautaires (exemple : secteur social ou environnemental)
19	Les assistant-es sociaux-ales sont généralement intégrés-es aux équipes de SP
20	Un dépistage des déterminants sociaux de la santé est généralement effectué en SP (formel par questionnaire ou informel lors de l'anamnèse, éventuellement par un autre soignant)
21	Au niveau de la gouvernance régionale ou nationale, il existe un dicastère (département) conjoint santé et social

4. Santé mentale

22	Des professionnels avec des compétences en santé mentale sont intégrés aux équipes de SP (psychologue, infirmier en santé mentale...)
23	Des questionnaires (auto- ou hétéro-administrés) sont utilisés en SP afin de dépister la dépression ou les troubles anxieux chez les patients

[illegible]

-  pre-defined dimensions of the model to guide discussions
-  dimensions where indicators were developed

4. Santé mentale

- | | |
|----|--|
| 24 | Dans le pays ou les régions, il existe un programme d'accès universel (remboursement/ financement) à la psychothérapie |
| 25 | Dans le pays ou les régions, il existe des programmes/campagnes de prévention en santé mentale relayé au niveau de la communauté |

5. Intégration en SP

- | | |
|----|---|
| 26 | Dans le pays ou les régions, il existe des mécanismes formels qui reconnaissent, financent et soutiennent les SP en tant que tel, notamment par rapport à des fonctionnements pluriprofessionnels |
| 27 | Une structure est identifiée ou est responsable, au niveau régional ou local, de développer une vision des besoins populationnels et d'organiser les ressources en fonction (= planification sanitaire) |
| 28 | Dans le pays ou la région, il existe une segmentation par besoins sanitaires populationnels, par complexité des cas (type Kaiser) ou types de populations (femmes, enfants, santé mentale, etc.), associée à une notion de répartition des ressources sur le territoire entre les différents acteurs (par ex. : hôpital, SP...) |

Connecting constructs	Patient & population health outcomes	Delivery of PC services	Organization & structure of PC practices	Population needs	Context
Integration					
Equity					
Effectiveness					
Efficiency					
Productivity					
Appropriateness					
Accessibility					
Resilience/enablement/empowerment					
Functional status					
Well-being (perceived)					
Quality of life					
Longevity (mortality)					
Advocacy and community action					
Inter professional relationship					
Comprehensiveness of care (services offered & provided)					
Interpersonal care					
Integration of patient care (first contact, coordination, continuity)					
Quality improvement					
Funding & costs					
Facilities & equipment					
Work force development					
Patient enrollment					
Information systems					
Human resources & management					
Governance mechanisms, vision and values					
Health literacy					
Health & social characteristics of local population					
Patient needs for PC services					
Health needs of the population					
Health care system					
Physical & biological environment					
Economic context					
Socio-cultural context					
Political and legal context					

-  pre-defined dimensions of the model to guide discussions
-  dimensions where indicators were developed

5. Intégration en SP

29	Il existe, au niveau du territoire, des structures de SP avec des équipes pluriprofessionnelles (2 professionnels ou plus, autres que secrétaire ou assistante médicale) partageant des informations sur les patients (dossier électronique...)
30	Les structures de SP (quelle que soit leur organisation interne), au niveau régional par exemple, sont formellement organisées en réseaux pour délivrer des soins (privés ou publiques)
31	Dans les structures de SP, des professionnels sont formellement identifiés comme case manager

6. Résilience en SP

32	Il existe, au niveau du pays ou des régions, une stratégie pour faire face au manque de professionnels en SP ou d'infrastructures, notamment en situations de crise (pandémie...)
33	Il existe des mécanismes/stratégies de vision prospective afin d'anticiper les risques futurs au niveau national/régional pour la santé de la population dans les SP

Connecting constructs	Patient & population health outcomes	Delivery of PC services	Organization & structure of PC practices	Population needs	Context
Integration					
Equity					
Effectiveness					
Efficiency					
Productivity					
Appropriateness					
Accessibility					
Resilience/enablement/empowerment					
Functional status					
Well-being (perceived)					
Quality of life					
Longevity (mortality)					
Advocacy and community action					
Inter professional relationship					
Comprehensiveness of care (services offered & provided)					
Interpersonal care					
Integration of patient care (first contact, coordination, continuity)					
Quality improvement					
Funding & costs					
Facilities & equipment					
Work force development					
Patient enrollment					
Information systems					
Human resources & management					
Governance mechanisms, vision and values					
Health literacy					
Health & social characteristics of local population					
Patient needs for PC services					
Health needs of the population					
Health care system					
Physical & biological environment					
Economic context					
Socio-cultural context					
Political and legal context					

-  pre-defined dimensions of the model to guide discussions
-  dimensions where indicators were developed

6. Résilience en SP

34	Il existe au niveau national ou régional des index/indicateurs mesurant l'accès aux services de SP (temps d'attente avant un rendez-vous, proportion de la population ayant un médecin de famille...) en temps réels
35	Il existe, au niveau national ou régional, des index mesurant l'expérience de soins des patients

Context	Population needs	Organization & structure of PC practices	Delivery of PC services	Patient & population health outcomes	Connecting constructs	Integration			
						Equity			
Context	Population needs	Organization & structure of PC practices	Delivery of PC services	Patient & population health outcomes	Connecting constructs	Effectiveness			
						Efficiency			
						Productivity			
						Appropriateness			
						Accessibility			
						Resilience/enablement/empowerment			
						Functional status			
						Well-being (perceived)			
						Quality of life			
						Longevity (mortality)			
						Advocacy and community action			
						Inter professional relationship			
						Comprehensiveness of care (services offered & provided)			
						Interpersonal care			
Context	Population needs	Organization & structure of PC practices	Delivery of PC services	Patient & population health outcomes	Connecting constructs	Integration of patient care (first contact, coordination, continuity)			
						Quality improvement			
						Funding & costs			
						Facilities & equipment			
						Work force development			
						Patient enrollment			
						Information systems			
						Human resources & management			
						Governance mechanisms, vision and values			
						Health literacy			
						Health & social characteristics of local population			
						Patient needs for PC services			
						Health needs of the population			
						Health care system			
Context	Population needs	Organization & structure of PC practices	Delivery of PC services	Patient & population health outcomes	Connecting constructs	Physical & biological environment			
						Economic context			
						Socio-cultural context			
						Political and legal context			

Partie 4 :
Soins primaires de demain :
éléments de réflexion
et pistes concrètes

La population

4.1 Besoins populationnels et disponibilité des données

Christine Cohidon

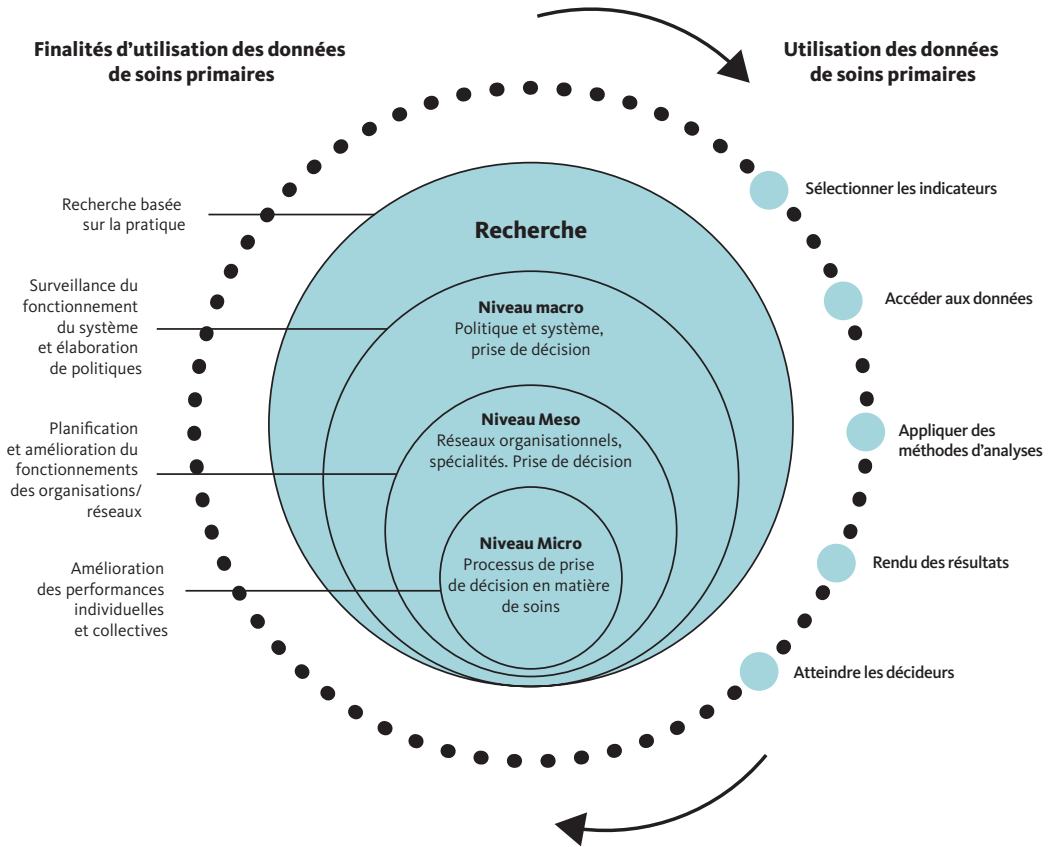
Introduction – d'une vision individuelle à une vision populationnelle du soin

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien. » Par ailleurs, toujours selon l'OMS, une des missions des soins primaires est d'« appliquer des politiques et des mesures dans plusieurs secteurs pour tenir compte des déterminants de la santé plus larges et en amont¹ ». Selon ces perspectives, le développement, dans le cadre des soins primaires, d'une culture de santé publique et donc le passage d'une vision individuelle du soin à une vision populationnelle des besoins de santé et de leur prise en charge impliquent le recours à des données populationnelles (ou indicateurs).

Le chapitre 4.4 montrera l'intérêt d'une territorialisation de la santé, dans une logique avant tout fonctionnelle (cf. chapitre L'organisation de l'offre de soins primaires en territoire) et pas simplement purement administrative. La possibilité pour les professionnels d'être « au plus près de la population qu'ils couvrent » et donc de ses déterminants de santé est une composante indispensable pour répondre au mieux aux besoins populationnels. En complément, le chapitre 4.2 sur la surveillance épidémiologique dans le domaine des soins primaires viendra préciser l'intérêt d'une telle surveillance et d'un monitoring des pratiques dans les soins primaires. Globalement, de nombreux propos et réflexions abordés dans le livre sous-tendent le développement d'une vision populationnelle dans les soins primaires. Ce concept est aussi abordé, dans une optique spécifique, dans le chapitre 1.5, « Vers une intégration des soins primaires et de la santé publique au niveau local comme réponse aux défis sociaux et environnementaux ». Le présent chapitre vise à décrire, en l'illustrant avec des exemples, comment les données issues du terrain et leur disponibilité la rendent possible.

Les données en médecine de famille, pour quoi faire et pour qui ?

« *You cannot improve what you cannot measure!* » (Lord Kelvin [1824-1907]). Afin de connaître les besoins populationnels pour y répondre au mieux, des données solides sont nécessaires, et ce pour l'ensemble des *stakeholders* impliqués dans une mission d'amélioration de la santé. Pour les autorités de santé, les données permettent de répondre à leur mission de planification sanitaire basée sur un diagnostic de santé d'une population². Pour les professionnels de terrain, en particulier dans les soins primaires, le développement d'une vision populationnelle et d'une pratique qui en découle passe par la connaissance de leur patientèle et de son environnement, et donc par l'accès à des indicateurs (ou données de groupe). Il est vrai que, selon ces deux perspectives, le niveau de granularité des données, leur nature et les moyens pour les obtenir peuvent différer. Le professionnel de santé publique doit identifier des besoins populationnels sur un territoire étendu, une région, un canton, un bassin de population, et une population importante (plusieurs dizaines, voire centaines, de milliers de personnes) quand le professionnel de soins primaires doit connaître sa patientèle (souvent autour de 1 500 personnes) au sein de sa communauté. Néanmoins, ces deux perspectives se recoupent en partie. Ainsi, le professionnel de soins primaires aura besoin non seulement d'indicateurs de morbidité (fréquence des maladies et de symptômes) sur sa patientèle mais aussi de connaître l'environnement (au sens large) dans lequel elle évolue pour mieux identifier ses facteurs de risque et les possibilités de prise en charge. Le périmètre peut donc considérablement s'élargir. Pour le professionnel de soins primaires, disposer de telles données lui permet aussi d'analyser sa pratique en termes d'offre de soins pour sa patientèle ou sa communauté. Par exemple, observer la répartition des temps de travail en fonction des différents patients et types de patients donne des visions d'accès et d'équité des services proposés par la structure. Cela permet aussi d'envisager une réorganisation des ressources allouées, en particulier humaines, au sein de celle-ci. Enfin, pour les chercheurs, la disponibilité des données à l'échelon populationnel permet la surveillance et la recherche épidémiologique ainsi que la recherche sur le fonctionnement du système de santé. Le schéma ci-après, adapté de l'article de Barbazza *et al.* en 2021, illustre les différents niveaux d'utilité des données issues des soins primaires³.



Les données de soins de première ligne, une denrée rare !

Si la nécessité de disposer de données semble évidente, celles provenant spécifiquement des soins primaires sont pour autant généralement peu disponibles. En effet, le fonctionnement classiquement libéral (pour bon nombre de nos pays occidentaux) est un obstacle au recueil de données. Un mode de rémunération à l'acte n'incite pas à prendre du temps pour fournir des données (précisément, cet acte étant rarement prévu dans les nomenclatures). Par ailleurs, on observe souvent de la part des professionnels, une certaine réticence à fournir des données de peur de voir se mettre en place un contrôle des pratiques et une perte dans la liberté d'exercice.

Selon leur mode de recueil, on peut distinguer deux grands types de données plus ou moins appropriés pour une identification fine des besoins populationnels : des données recueillies *via* des enquêtes/études *ad hoc*

et des données recueillies en routine, le plus souvent dans un cadre de pratiques professionnelles. Les données d'enquêtes présentent un intérêt limité de par leur faible efficience pour une identification fine des besoins. En effet, il s'agit soit de données issues de grandes enquêtes nationales, voire internationales (type enquêtes santé), soit de données issues d'enquêtes spécifiquement mises en place localement. Dans le premier cas, le niveau géographique d'exploitation de ces données reste assez macroscopique et il n'est pas possible d'avoir une vision précise à l'échelle d'un territoire de santé, encore moins d'une patientèle d'un cabinet. Dans le second cas, il s'agit d'enquêtes coûteuses en ressources (financières, humaines...) qui offrent souvent une unique vision à un moment « t ».

Les données de routine sont plus intéressantes malgré certains obstacles et limites inhérentes^{3,4}. On distingue, selon leur nature, les données médico-administratives de consommation de soins (le plus souvent assurantielles) et les données cliniques et de pratique issues directement des structures de santé.

Les avantages d'utiliser des données de routine sont multiples : il s'agit de données peu coûteuses (en temps investi et en argent), souvent exhaustives en termes de population couverte, recueillies en continu et donc permettant une vision longitudinale de l'état de santé des populations, voire de connaître, de décrire des parcours de soins impliquant des intervenants multiples.

Pour autant, il faut aussi considérer les limites inhérentes à ces données. En particulier, il s'agit de données généralement recueillies à d'autres fins et qui ne contiennent donc pas systématiquement toutes les informations souhaitées. Par ailleurs, si les données médico-administratives sont très standardisées, ce n'est en revanche pas ou peu le cas des données issues des dossiers médicaux (ou paramédicaux), souvent en texte libre, très dépendantes du professionnel et difficiles à coder pour certaines (imagerie, par exemple)⁵⁻⁷. Des incitatifs sont souvent à envisager pour les professionnels qui accepteraient certaines contraintes liées à la standardisation des données.

Ainsi, le recours aux données existantes issues de pratiques professionnelles n'est certes pas le graal mais offre des perspectives très intéressantes en termes d'identification des besoins populationnels pour les soins primaires⁸. La dernière partie de ce chapitre présente des exemples illustratifs dans ce domaine.

Les données en médecine de famille, des exemples d'utilisation probants !

La situation extraordinaire telle que nous l'avons vécue avec la pandémie de Covid-19 a largement mis en lumière le besoin (et le manque !) de données en soins primaires dans un objectif d'identification des besoins populationnels. Ainsi, en Belgique, le système de surveillance épidémiologique des maladies infectieuses a montré ses limites pour l'identification des besoins liées à la pandémie (en particulier l'absence de comorbidités dans les données habituellement recueillies dans ce système de surveillance) et a pu être complété par le registre Intego, alimenté par les données des consultations de médecine générale en Flandres^{9,10}. Des analyses comparatives d'incidences entre les deux systèmes ont pu être menées à deux niveaux territoriaux : au niveau municipal et au niveau des territoires de santé, pour, dans un premier temps, valider le recours à l'utilisation de la base de données issues des consultations de médecine générale. Cette dernière a permis ensuite d'identifier des comorbidités associées à la Covid-19. L'utilisation de telles données, afin d'identifier des besoins locaux via par exemple l'analyse des distributions territoriales et de leurs déterminants, prend ici tout son sens¹¹.

Pour autant, l'identification des besoins populationnels et donc la disponibilité de données pour cela ne sont pas réservées aux situations exceptionnelles.

Par exemple, ce même registre de données qui fonctionne depuis 1994 a permis une description des tendances en matière de troubles anxieux en médecine de famille dans la région des Flandres ainsi que des comorbidités associées et des types de prises en charge. L'analyse des données de ces 20 dernières années a montré ainsi une augmentation de la prévalence des troubles anxieux dans la population suivie de plus de 400 %, une complexification des situations en termes de comorbidités ainsi qu'une augmentation des traitements médicamenteux de ces troubles, d'environ 25 % en 2000 à 40 % 20 ans plus tard¹². De telles données sont essentielles car elles peuvent directement influencer la pratique des professionnels et l'évolution de prises en charge, en montrant par exemple ici la nécessité d'une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée. Les enquêtes et études populationnelles, en comparaison, sont souvent moins informatives sur les aspects de distributions géographiques et potentiellement biaisées du fait d'une moindre représentation des personnes malades. D'autres domaines d'activité des soins primaires ont pu bénéficier de l'analyse de telles données, comme la couverture vaccinale de la

population en Flandres. Les données Intego ont montré en particulier un défaut de couverture vaccinale pour des populations particulièrement à risque comme les plus de 50 ans avec des comorbidités ou encore une couverture dépendant du niveau socio-économique de la population¹³. Fort de cette connaissance fine de la situation, les professionnels de terrain et les pouvoirs publics peuvent directement orienter respectivement leurs pratiques et leurs messages de prévention.

Au Royaume-Uni, une telle utilisation des données de médecine générale existe depuis bien longtemps. Plus de 3 000 publications, en particulier dans le domaine de la pharmaco-épidémiologie, l'attestent¹⁴. Le dispositif inclut actuellement plus de 2 000 structures de soins primaires couvrant potentiellement 60 millions de personnes. Les médecins participants reçoivent des rapports individualisés et confidentiels ainsi que des incitatifs financiers pour leur participation. Des développements méthodologiques récents dans l'analyse de ces données ont permis de montrer leur utilisation pour des calculs de prévalences, donc potentiellement pour l'identification de besoins populationnels locaux. L'illustration est intéressante dans le domaine des douleurs chroniques comme le montre l'étude d'Hafezparast en 2023¹⁵. Les études en populations, souvent basées sur les prescriptions médicamenteuses, ont tendance à sous-estimer leur prévalence, en particulier du fait du recours à d'autres types de prises en charge. Les données issues de la médecine de famille ont montré qu'environ 17 % de la patientèle présentait une symptomatologie correspondant à la définition des douleurs chroniques avec des facteurs de vulnérabilité comme le bas niveau socio-économique, le genre féminin ou encore la race noire. Les données de prescriptions rapportent quant à elles une prévalence plutôt autour de 10 %¹⁵.

Autre exemple au Canada avec le *Canadian PC sentinel surveillance network* qui existe depuis 2008 et inclut aujourd'hui environ 1 500 médecins généralistes de plus de 250 structures de soins primaires couvrant environ 2 millions de personnes¹⁶. Grâce à la possibilité de lier ces données à celles issues du recensement, une étude sur l'obésité et le niveau socio-économique par exemple a pu être menée¹⁷. Elle montre clairement des liens entre ce facteur de risque cardiovasculaire et la vulnérabilité économique et sociale. L'étude a permis par ailleurs d'établir des cartes géographiques de la distribution de l'obésité dans la population selon le plus petit découpage géographique utilisé au Canada. Des programmes de santé publique strictement adaptés peuvent alors voir le jour, mais on imagine bien

aussi l'intérêt pour le professionnel de soins primaires de disposer d'une connaissance aussi fine de sa population.

En pratique

Les exemples précédents ont montré l'intérêt de disposer de données issues des consultations de soins primaires. Néanmoins, la route est souvent bien longue avant d'envisager de telles utilisations et applications. Par ailleurs, il s'agit de mobiliser une chaîne de professionnels, depuis les autorités de santé jusqu'aux acteurs de soins primaires en impliquant aussi souvent chercheurs et entreprises de technologie. L'entrepôt de données de santé pour la médecine générale (MG) P4DP, qui se développe actuellement en France et son pilote régional Primege (Plateforme régionale d'information en médecine générale) en sont la parfaite illustration (Primege P4DP – Médecine [univ-cotedazur.fr]).

Le tableau ci-après résume les éléments nécessaires au développement (tiré de www.p4dp.fr).

Financier	– État
Gouvernance	Six structures sous forme de consortium – Universités – Société savante MG
Partenaires	Éditeurs de logiciels
Fournisseurs de données	Les cabinets de MG (basés sur le volontariat)
Données	Issues des dossiers électroniques
Des organes de fonctionnement	– Comité de pilotage – Comité stratégique – Comité scientifique et éthique – Médecins généralistes référents – Assistants qualité des données

Outre les acteurs et composantes à mobiliser pour le développement et le fonctionnement de l'entrepôt, l'enjeu de l'utilisation des données repose largement sur leur structuration dont le codage est un élément indispensable¹⁸. Nous avons évoqué précédemment le manque de standardisation des données issues des dossiers médicaux. Il s'agit d'une limite principale

à leur utilisation. Le recours à des nomenclatures de référence est nécessaire. Il existe en soins primaires une nomenclature des activités, l'International Classification of Primary Care (ICPC) ou, en français, la Classification internationale de soins primaires (CISP), développée par l'OMS. Elle permet de coder le motif de consultation, le diagnostic du professionnel de santé et la prise en charge effectuée. L'utilisation d'une nomenclature ne devrait pas effrayer le praticien par rapport à une limitation dans ce qu'il pourrait/voudrait entrer dans le dossier du patient. L'équilibre doit être trouvé entre les deux.

Conclusion

L'ensemble des pays occidentaux prend conscience et se dote progressivement de bases de données issues des consultations des soins primaires. C'est déjà le cas depuis longtemps pour certains alors que c'est en cours de création (comme en France avec l'entrepôt de données P4DP), ou encore au stade de rêve (comme en Suisse !) pour d'autres. Les possibilités de liaison avec d'autres bases de données telles que les bases assurantielles permettant de décrire la consommation de soins des patients, et/ou de recensement de population permettant d'identifier des déterminants socio-économiques et de cartographier les besoins offrent de très belles perspectives, non seulement pour les autorités de santé publique dans un objectif de planification sanitaire, mais aussi pour les chercheurs et les professionnels des soins primaires eux-mêmes pour une meilleure identification des besoins de leur population¹⁹⁻²¹. Cependant pour ces derniers, cela sous-entend également le développement d'une culture et d'une vision du soin collectif, en complément de la mission de soins individuels qui demeure encore malheureusement trop exclusivement la norme.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires. 15 novembre 2023. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care.
2. Baumann M. Santé communautaire et action de santé : le diagnostic de santé d'une population. Rennes: École nationale de la santé publique; 2001.
3. Barbazza E, Allin S, Byrnes M, et al. The current and potential uses of Electronic Medical Record (EMR) data for primary health care performance measurement in the Canadian context: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):820.

4. Canaway R, Boyle D, Manski-Nankervis JA, Gray K. Identifying primary care datasets and perspectives on their secondary use: a survey of Australian data users and custodians. *BMC Med Inform Decis Mak* 2022;22:94.
5. Greiver M, Barnsley J, Glazier RH, Harvey BJ, Moineddin R. Measuring data reliability for preventive services in electronic medical records. *BMC Health Serv Res* 2012;12:116.
6. Lucyk K, Tang K, Quan H. Barriers to data quality resulting from the process of coding health information to administrative data: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):766.
7. Tu K, Widdifield J, Young J, et al. Are family physicians comprehensively using electronic medical records such that the data can be used for secondary purposes? A Canadian perspective. *BMC Med Inform Decis Mak* 2015;15:67.
8. Gentil ML, Cuggia M, Fiquet L, et al. Factors influencing the development of primary care data collection projects from electronic health records: a systematic review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017;17(1):139.
9. Petrof O, Neyens T, Vaes B, Janssens A, Faes C. Using a general practice research database to assess the spatio-temporal COVID-19 risk. *BMC Prim Care* 2024;25(1):175.
10. Truyers C, Goderis G, Dewitte H, vanden Akker M, Buntinx F. The Intego database: background, methods and basic results of a Flemish general practice-based continuous morbidity registration project. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014;14:48.
11. Vos B, Debouverie L, Doggen K, et al. Monitoring Covid-19 in Belgian general practice: a tool for syndromic surveillance based on electronic health records. *Eur J Gen Pract* 2024;30(1):2293699.
12. Beerten SG, Coteur K, Mamouris P, et al. Trends in the registration of anxiety in Belgian primary care from 2000 to 2021: a registry-based study. *Br J Gen Pract* 2023;73(731):e460-7.
13. Janssens A, Vaes B, Abels C, et al. Pneumococcal vaccination coverage and adherence to recommended dosing schedules in adults: a repeated cross-sectional study of the Intego morbidity registry. *BMC Public Health* 2023;23(1):1104.
14. García Rodríguez LA, Pérez Gutthann S. Use of the UK general practice research database for pharmacoepidemiology. *Br J Clin Pharmacol* 1998;45(5):419-25.
15. Hafezparast N, Turner EB, Dunbar-Rees R, et al. Identifying populations with chronic pain in primary care: developing an algorithm and logic rules applied to coded primary care diagnostic and medication data. *BMC Prim Care* 2023;24(1):184.
16. Birtwhistle R, Keshavjee K, Lambert-Lanning A, et al. Building a pan-Canadian primary care sentinel surveillance network: initial development and moving forward. *J Am Board Fam Med* 2009;22(4):412-22.

17. Biro S, Williamson T, Leggett JA, et al. Utility of linking primary care electronic medical records with Canadian census data to study the determinants of chronic disease: an example based on socioeconomic status and obesity. *BMC Med Inform Decis Mak* 2016;16:32.
18. Ryan BL, et al. You and your EMR: the research perspective. Part 2. How structure matters. *Can Fam Physician* 2011;57(12):1473-4.
19. Al-Azazi S, Singer A, Rabbani R, Lix LM. Combining population-based administrative health records and electronic medical records for disease surveillance. *BMC Med Inform Decis Mak* 2019;19(1):120.
20. Padmanabhan S, Carty L, Cameron E, Ghosh RE, Williams R, Strongman H. Approach to record linkage of primary care data from Clinical Practice Research Datalink to other health-related patient data: overview and implications. *Eur J Epidemiol* 2019;34(1):91-9.
21. Perlberg J, Allonier C, Boissault P, et al. Faisabilité et intérêt de l'appariement de données individuelles en médecine générale et de données de remboursement appliqué au diabète et à l'hypertension artérielle. *Sante Publique* 2014;26(3):355-63.

4.2 Surveillance épidémiologique et monitoring des pratiques dans les structures de soins primaires

Yolanda Mueller

Introduction générale

La surveillance peut être définie comme « un processus systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur des événements de santé spécifiques, importants pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques en santé publique, étroitement associées à leur juste diffusion à ceux qui ont besoin d'être informés¹ ». En plus d'être en soi un pilier de la santé publique, la surveillance constitue l'une des interfaces les plus évidentes entre médecine de famille (MF) et santé publique. En effet, c'est par la surveillance que les autorités de santé publique peuvent percevoir ce qui se passe dans les soins primaires, que ce soit en termes de circulation de maladies ou de type d'activités réalisées.

La surveillance implique une récolte organisée dans le but de guider une action de santé publique. Ainsi, la surveillance inclut non seulement la collecte et l'analyse des données mais aussi leur interprétation et leur dissémination aux acteurs responsables de la prévention et/ou du contrôle de maladies, dont font partie les médecins. Dans le cadre du pilotage des services de santé ou de l'évaluation de programmes spécifiques, on parle parfois de monitoring, qui constitue un anglicisme régulièrement utilisé.

Pourquoi collecter des données dans les structures de soins primaires?

La santé publique s'est historiquement construite autour de la lutte contre les maladies transmissibles et ce domaine constitue encore aujourd'hui la base des systèmes de surveillance dans de nombreux pays. Elle s'est par la suite élargie aux maladies chroniques. Dans ce contexte, la surveillance sert à renseigner sur les maladies circulant au sein de la population, à identifier les catégories de la population ou les régions touchées, et à quantifier l'impact en termes de charge du système de soins et de mortalité. Comme exemple classique, on peut citer la surveillance de la grippe servant à détecter le début et la fin des épidémies de grippe saisonnières, ce

qui entraîne des recommandations spécifiques comme le port de masque pour le personnel de santé non vacciné ainsi qu'une réorganisation des services hospitaliers se préparant à accueillir un nombre accru de patients.

Plus globalement, la surveillance permet d'identifier les besoins de la population en matière de soins et de planifier les structures de soins et l'attribution de ces ressources en fonction des besoins. Par exemple, le suivi d'un indicateur tel que la densité de médecins exerçant en cabinet privé par mille habitants, couplé à d'autres indicateurs tels que la proportion de spécialistes exerçant en cabinet privé ou la facilité à obtenir un premier rendez-vous, permet aux autorités de savoir si l'offre en médecine de premier recours est adéquate. La comparaison entre différentes régions permet d'identifier si des actions spécifiques sont nécessaires à certains endroits.

En effet, dans une perspective de système de santé, la collecte de données sert à décrire les caractéristiques du système et son évolution au cours du temps. L'utilisation d'indicateurs standardisés permet des comparaisons entre les régions ou les pays. Lorsque ces indicateurs manquent, les autorités peinent à comprendre le système dans son entier et à le piloter correctement. Par exemple, l'Organisation pour la Coopération et le Développement en Europe (OCDE) a mis en place de nombreux indicateurs permettant de comparer les systèmes de santé de différents pays entre eux, que ce soit sur le plan des dépenses de santé, de l'organisation des systèmes, des ressources humaines, du type d'activité, ou de la qualité des soins². L'Organisation Mondiale de la Santé a également défini un cadre conceptuel qui distingue le suivi de la capacité, de la performance et de l'impact du système de soins primaires³. Si le suivi de la capacité se concentre sur les aspects structurels, le suivi de la performance s'attache d'une part aux aspects de processus (modèles de soins, démarche qualité) et d'autre part aux produits (outputs en anglais), tels que l'accès et la qualité des soins.

À un niveau plus « micro- », les structures de soins primaires peuvent également décider de suivre un certain nombre d'indicateurs permettant de caractériser leur patientèle, par exemple en termes de répartition par sexe/genre, par catégorie d'âge, par zone géographique, par profil social ou par morbidité, et de suivre des indicateurs d'activité, comme le nombre de consultations par année.

Systèmes de collecte de données en soins primaires

L'avènement de la digitalisation des données, tant de facturation que de données de santé elles-mêmes, a augmenté massivement le nombre

de données potentiellement disponibles pour le pilotage du système de santé. Parmi les différentes sources de données, on peut distinguer: les données de santé issues des dossiers électroniques des patient-e-s, les données de facturation transmises par la/les systèmes d'assurance maladie, les données collectées dans le cadre de relevés statistiques ou d'enquêtes spécifiques répétées à intervalles réguliers (par exemple annuel), et enfin les données relevées dans le cadre d'enquêtes ad hoc conduites sur un échantillon. Le tableau 1 liste ces différents types de données, avec des exemples tiré du contexte suisse.

Tableau 1 : Systèmes de collecte de données pouvant servir à la surveillance ou au monitoring du système de santé

Système de collecte	Source de données	Fréquence de relevé	Exploitation	Exemples suisses
Registre clinique	Dossier électronique du patient	Continu	Si système centralisé	Base de données FIRE, université de Zürich ⁵
Facturation	Données de facturation	Continu	Par les assureurs maladie	Données SASIS AG ⁶
Relevé statistique auprès des prestataires de soins	Enquête exhaustive obligatoire	Annuel	Autorités de santé ou agences	Relevé MAS – Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires ⁷
Enquête en population	Questionnaire	Annuel ou pluriannuel	Autorités de santé ou agences	Enquête suisse sur la santé ⁸
Collecte dans réseau sentinelle	Questionnaire	Continu	Autorités de santé publique	Surveillance de la grippe ⁹
Enquête ad hoc	Questionnaire	Non défini	Autorités de santé, agences, institutions de recherche	Projet SPAM – Swiss Primary Care Active Monitoring ¹⁰

Au niveau des structures de soins primaires, la collecte de données servant à la surveillance peut prendre différentes formes selon les pays. Dans les pays disposant d'un système de collecte unifié tels que l'Angleterre ou la Belgique, les données servant à renseigner les indicateurs, comme les caractéristiques socio-démographiques, les diagnostics codés, les prescriptions, le statut vaccinal et les résultats de laboratoire, sont transmises automatiquement, sans qu'une action active soit nécessaire de la part des prestataires^{11,12}. La qualité des données reste par contre toujours dépendante de la qualité de l'information saisie dans les dossiers électroniques des patients. Un tel système peut également être utilisé pour les déclarations de maladies infectieuses¹³. Par contre, dans d'autres pays encore peu informatisés ou avec des systèmes électroniques disparates tels que la Suisse, des collectes de données spécifiques doivent être organisées pour obtenir les informations requises.

Freins et barrières

Les logiques de codage utilisées en médecine, issues du système hospitalier, ne sont pas toujours adaptées aux domaines des soins primaires. Un exemple classique est la Classification internationale des maladies (CIM). En effet, de nombreuses consultations en soins primaires n'aboutissent pas nécessairement à un diagnostic, ou traitent de problématiques diverses. C'est pourquoi l'organisation internationale des médecins généralistes (World Organization of Family Doctors [WONCA]) a développé la *Classification internationale des soins primaires* (CISP, ou ICPC en anglais). La troisième version vient d'être élaborée et est en cours de traduction en français¹⁴. Celle-ci permet de renseigner des épisodes de soins, pouvant comporter plusieurs consultations, et pas nécessairement associées à un diagnostic.

La collecte de données servant au pilotage du système de santé est souvent source de tension entre les structures de soins primaires et les autorités, en particulier dans les pays ayant une forte tradition de pratique libérale, comme c'est particulièrement le cas en Suisse. Du point de vue des structures, les collectes de données *ad hoc* nécessitent du temps qui n'est pas systématiquement rémunéré. De plus, les objectifs des différentes collectes ne sont pas toujours explicites. Enfin, les retours sur les données collectées sont en général tardifs, voire inexistantes, ce qui va à l'encontre de la logique de la surveillance. Si la perception de la collecte de données épidémiologiques est meilleure, la sous-déclaration reste un

problème qui affecte la représentativité des données et par là la représentation qu'on peut se faire d'une situation¹⁵.

La transmission automatique de données pouvant servir à des fins de surveillance peut impliquer des enjeux de pouvoir qui peuvent être importants. Des tiers tels que les assurances maladie ou les entreprises privées sont généralement impliqués dans ces systèmes de collecte, avec des enjeux financiers qui peuvent être majeurs. Ainsi, le rôle de chaque intervenant devrait être explicité, voire régulé. De plus, le codage systématique de l'activité médicale ne se justifie pas forcément, s'il n'est pas associé à des politiques publiques s'appuyant sur ces données et si elles ne sont pas mises à disposition des institutions de recherche.

Certains pays ou réseaux de soins imposent le suivi d'indicateurs dits de qualité, parfois associés à des critères de remboursement (*pay for performance*⁴). Un exemple classique de cette approche est le *Quality and Outcomes Framework* mis en place au Royaume-Uni. Ces schémas, s'ils paraissent séduisants au premier abord pour augmenter la qualité des soins, reposent souvent sur une base d'évidence très maigre¹⁶. Ils ne sont pas non plus dénués de risque, incitant les professionnel-le-s à se centrer sur certaines thématiques ayant des indicateurs plus facilement mesurables que d'autres. Ainsi, le dispositif est progressivement remplacé par d'autres approches¹⁷.

Enfin, pour des soignant-e-s formé-e-s dans la relation de soins individuelle, il n'est pas toujours aisé de se percevoir comme partie d'un système – le système de santé, soumis à des politiques – de santé –, et qui nécessite un monitoring. Pourtant, ce qui n'est pas comptabilisé n'existe souvent pas pour les autorités. Les partenaires de négociation ont en général avantage à ce que les discussions se basent sur des données de qualité.

Quelques exemples

La surveillance de la grippe, maladie très fréquente pendant l'hiver dans les cabinets de soins primaires, illustre bien les variations entre les dispositifs de surveillance en soins primaires existants entre différents pays. On estime que 3 à 5 % de la population consulte chaque hiver pour un état grippal. Une déclaration de chaque cas d'état grippal par l'ensemble des médecins semble disproportionnée par rapport à la charge de travail requise. Un test diagnostique de la grippe est rarement justifié, ce qui fait qu'on préfère parler de déclarations d'états grippaux (*Influenza-Like Illness* ou ILI¹⁸), sans confirmation diagnostique. C'est pourquoi la plupart des

pays suivent l'épidémiologie de la grippe à l'aide d'un dispositif sentinelle d'un nombre limité de cabinets qui eux déclarent tous les états grippaux vus au cabinet.

Les dispositifs concrets de collecte de cette information varient par contre fortement. En Suisse, les environ 180 médecins du réseau national Sentinella doivent activement compléter un formulaire électronique pour chaque état grippal vu en consultation. En Belgique néerlandophone par contre, les cabinets utilisent tous le même dossier électronique de patient, et ils codent les cas à l'aide de la classification ICPC-2. Le dispositif sentinelle flamand INTEG0 utilise l'ensemble des données de santé de 111 cabinets sentinelles, automatiquement transmises dans un registre centralisé et sécurisé¹⁹. Cela permet de suivre les déclarations de grippe sans récolte additionnelle de la part des médecins. En complément, le système permet aussi de suivre toute une série d'autres pathologies suivies en soins primaires, comme les cystites aiguës ou des pathologies chroniques comme le diabète ou la BPCO²⁰.

Recommandations

La surveillance impliquant les structures de soins primaires devrait être pensée et conçue de manière globale, en tenant compte de l'ensemble des enjeux esquissés ci-dessus. Les stratégies de santé publique devraient servir à identifier des indicateurs dont le suivi devrait permettre le pilotage du système de soins primaires. La collecte active de données par le personnel de santé doit être réduite au minimum, ou alors être rétribuée au prix coûtant. Des retours réguliers sur les données collectées, que ce soit sous forme de *dashboards*, de rapports ou de séances de discussion, permettent aux partenaires de s'approprier les stratégies, de comprendre leur rôle en tant que partie du système de santé et d'apprécier l'utilité des données collectées.

Sur le plan technique, les standards internationaux doivent être imposés aux fournisseurs de solutions informatiques, afin que l'interopérabilité des systèmes soit garantie. Les questions de protection des données et de la sécurité de leur stockage sont essentielles et ces aspects doivent être garantis par les cadres réglementaires fixés par les États. Les enjeux de pouvoir autour des données de santé doivent être explicités et confrontés. Enfin, les données de santé doivent être rendues accessibles aux autorités de santé et aux équipes de recherche en application des principes FAIR (*Findable, Accessible, Interoperable, Reusable*), dans le but d'améliorer

la compréhension du système de santé, de l'évaluer et de proposer des perfectionnements.

Au niveau des structures de soins primaires elles-mêmes, il faut encourager et faciliter l'utilisation d'indicateurs clés. Pour ce faire, la formation en santé publique des personnels de santé doit être renforcée, afin que celles et ceux-ci s'approprient les approches partant des enjeux populationnels. Une meilleure compréhension des caractéristiques de la patientèle suivie, mais également de la population desservie, peut permettre la mise en place d'actions spécifiques, par exemple dans le domaine de la promotion de la santé. Pour ce faire, ce rôle « populationnel » doit être soutenu par les autorités de santé, par exemple sous forme de montants forfaitaires attribués aux structures (*cf.* chapitre 4.1).

En conclusion, la surveillance peut être conceptualisée comme les « yeux » du système de santé. L'organisation et la transmission de données provenant des soins primaires sont essentielles pour que ce secteur soit reconnu en tant que composante importante du système. Si les innovations technologiques favorisent la collecte et la transmission automatique de données, une réflexion en amont et une interprétation des données collectées restent primordiales pour assurer la cohérence du système dans son ensemble.

Références bibliographiques

1. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. 6 ed: Oxford University Press; 2014.
2. OCDE. Statistiques de santé de l'OCDE [cited 15.08.2024]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/data/datasets/oecd-health-statistics.html>
3. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. 2022. Contract No.: ISBN (WHO) 978-92-4-004421-0.
4. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, et al. Primary health care quality indicators: An umbrella review. PLoS One 2019;14(8):eo220888.
5. Chmiel C, Bhend H, Senn O, Zoller M, Rosemann T. The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. Swiss Med Wkly 2011;140:W13142.
6. SASIS SA [15.08.2024]. Disponible sur: <https://www.sasis.ch/fr/>
7. Office fédéral de la statistique. Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires. Département de l'Intérieur: Office fédéral de la statistique; 2020.
8. Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé (ESS).

9. Office fédéral de la santé publique. portail d'information sur les maladies transmissibles. Sentinella [cited 15.08.2024]. Disponible sur <https://www.idd.bag.admin.ch/survey-systems/sentinella>.
10. Senn N, Ebert S, Cohidon C. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM. OBSAN dossier 55. 2016.
11. Truyers C, Goderis G, Dewitte H, Akker M, Buntinx F. The Intego database: background, methods and basic results of a Flemish general practice-based continuous morbidity registration project. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014;14:48.
12. THIN. The Health Improvement Network [15.08.2024]. Disponible sur: www.the-health-improvement-network.com/.
13. Schweikardt C, Goderis G, Elli S, Coppieters Y. Gonorrhoea and Syphilis Epidemiology in Flemish General Practice 2009-2013: Results from a Registry-based Retrospective Cohort Study Compared with Mandatory Notification. *AIMS Public Health* 2016;3(4):800-22.
14. Napel HT, van Boven K, Olagundoye OA, et al. Improving Primary Health Care Data With ICPC-3: From a Medical to a Person-Centered Perspective. *Ann Fam Med* 2022;20(4):358-61.
15. Richard JL, Vidondo B, Mäusezahl M. A 5-year comparison of performance of sentinel and mandatory notification surveillance systems for measles in Switzerland. *Eur J Epidemiol* 2008;23(1):55-65.
16. Allen T, Mason T, Whittaker W. Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Manag Healthc Policy* 2014;7:113-20.
17. Marshall M, Roland M. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. *BMJ* 2017;359:j4681.
18. Fitzner J, Qasmieh S, Mounts AW, et al. Revision of clinical case definitions: influenza-like illness and severe acute respiratory infection. *Bull World Health Organ* 2018;96(2):122-8.
19. Delvaux N, Aertgeerts B, van Bussel JC, et al. Health Data for Research Through a Nationwide Privacy-Proof System in Belgium: Design and Implementation. *JMIR Med Inform* 2018;6(4):e11428.
20. Struyf T, Nuyts S, Tournoy J, et al. Burden of infections on older patients presenting to general practice: a registry-based study. *Fam Pract* 2021;38(2):166-72.

4.3 Les soins primaires, le cœur d'une organisation territoriale

Anne-Sophie Lambert, Béatrice Scholtes,
Denis Herbaux, Jean Macq

Introduction

Ce chapitre propose de prendre de la hauteur pour questionner la place des soins primaires au cœur du système de santé. Il propose de réfléchir à la manière dont l'organisation du système peut aider à appréhender les défis de demain – transition démographique (vieillesse de la population) et épidémiologique (augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques) associées à une augmentation des inégalités sociales de santé qui demandent aux acteurs du système d'accompagner des situations de plus en plus complexes¹. Il fait le postulat que pour parler d'organisation de services social-santé, il est nécessaire de réfléchir les services délivrés sur un territoire sur lequel vit une population ayant des caractéristiques spécifiques. Au sein de ces territoires, les services de soins primaires doivent s'articuler avec les autres services social-santé pour pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de la population. Cherchant ainsi à intégrer quand cela s'avère nécessaire leurs services pour tendre vers le quintuple objectif – amélioration de la santé de la population, amélioration de l'expérience patient, amélioration de l'efficacité du système, amélioration du bien-être des acteurs social-santé, amélioration de l'équité, la justice sociale et l'inclusion¹.

Ce chapitre propose de construire progressivement une approche territoriale partant d'une logique de soins primaires. Il partira des enjeux de responsabilité populationnelle, pour décrire les différents niveaux territoriaux nécessaires à cette organisation. Il décrira ensuite les ingrédients pour structurer une gouvernance interorganisationnelle nécessaire à l'organisation de chacun de ces niveaux. Finalement, il proposera de discuter le rôle de facilitateur d'intégration et sa place centrale pour soutenir les structures de gouvernance.

Responsabilité populationnelle

Notre système de santé est composé d'un grand nombre d'organisations et de professionnels prestataires qui ont chacun leur spécificité et leur

mission. Ces organisations et ces professionnels sont actifs sur un territoire dans lequel ils ont la responsabilité d'accompagner la population pour qu'elle « soit résiliente ou en capacité à faire face, à maintenir et restaurer son intégrité, son équilibre et son sentiment de bien-être² ». Cette responsabilité devrait, idéalement, les pousser à coopérer pour répondre à l'ensemble des problèmes auxquels ils sont confrontés car aucun d'eux ne détient l'ensemble des ressources, des compétences, et la légitimité nécessaires pour résoudre seul l'ensemble de ces problèmes³.

Organisation sur base territoriale

La collaboration entre organisations et prestataires s'établit à travers différents niveaux ayant chacun leur raison d'être⁴. Le niveau micro est le niveau de l'interaction entre les personnes/communautés/patients et les prestataires. Le niveau méso est le niveau de la facilitation et de l'appui organisationnel au travail des prestataires de soins. Et, le niveau macro est le niveau du cadre politique, mais aussi à la facilitation, en complément à ce que fait le niveau méso (notamment pour l'organisation de l'e-santé, pour les modalités de financement, ou pour la législation). Ces niveaux correspondent, généralement, à différentes tailles de territoires qui s'emboîtent les uns dans les autres. La taille de ces territoires dépend du contexte et de choix politiques.

Le niveau micro s'organise dans un territoire local (également appelé bassin de vie) qui correspond au plus petit territoire dans lequel les habitants ont accès aux services les plus courants. Au cœur de ce niveau, les prestataires de soins primaires, de préférence fonctionnant en équipes interdisciplinaires, sont responsables de la prise en charge de la grande majorité (80 à 90 %) des problèmes de santé d'une population délimitée en fonction de son lieu de vie, le bassin de vie. Elles proposent des services dont l'objectif est de promouvoir, maintenir, et améliorer la santé des individus, membres de la communauté définie par leur bassin de vie. Ces services sont caractérisés par une accessibilité universelle (ouverts aux « tout-venant »), une approche globale, et axée sur la personne⁴. Ils s'accomplissent dans un partenariat durable avec les patients et leurs aidants proches, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. Les équipes de soins primaires jouent un rôle central dans la coordination générale et la continuité des services dispensés à la population⁴. Il est important de noter que les équipes de soins primaires prennent différentes formes aujourd'hui et qu'elles ne doivent pas nécessairement se trouver sous le même toit pour former une équipe. Elles peuvent, par exemple, s'organiser

sous forme de réseaux de prestataires indépendants. La notion d'équipe fait référence à la forme maximale d'intégration^{5,6}. Cela signifie que quelle que soit son organisation, les professionnels travaillant au sein de ces équipes doivent être capables de formaliser des objectifs communs, des *guidelines* communs, un système d'information, des procédures, etc. L'équipe doit permettre d'offrir un paquet de services fortement intégrés et est capable de mettre en place une coordination collectiveⁿ quand cela s'avère nécessaire.

Pour couvrir les 10 à 20% de besoins restant, d'autres types de prestataires ou organisations sont présents. Citons par exemple, les hôpitaux qui assurent pendant une période de temps limitée les services qui nécessitent des connaissances scientifiques spécifiques et des technologies lourdes (biomédecine); les spécialistes de groupes d'âges spécifiques; les prestataires travaillant dans des programmes structurés autour de problématiques particulières (grande précarité, santé mentale, maladies chroniques, etc.); ou encore les prestataires qui adressent des problèmes liés à la dépendance au travers des services qui constituent les services d'aide et de soins à domicile. Ces services s'adressent à des populations avec des risques spécifiques en santé. Pour différentes raisons (avoir une population couverte suffisamment grande, ce qui permet de garantir la qualité et l'efficacité), ils s'organisent généralement sur un territoire plus large que le bassin de vie, appelé bassin social-santé dans ce chapitre.

Le bassin social-santé doit donc être à la fois suffisamment large pour regrouper l'ensemble des services et des compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des problématiques social-santé de la population; et en même temps suffisamment petit pour comprendre les besoins, les enjeux, et les priorités territoriales. C'est sur ce territoire que s'organise le niveau méso. En partant d'une logique de soins primaires, le niveau méso a la responsabilité d'articuler de manière harmonieuse des programmes répondant à des besoins spécifiques (liés à une maladie ou à une problématique particulière), et cela en connectant les structures de soins primaires avec d'autres services (entre autres, les services hospitaliers). Il s'agit d'une part de décloisonner les lignes de services, de penser la complémentarité et une manière d'organiser les services entre différents

n. Lorsque la situation devient complexe, entre autres, suite à la combinaison de plusieurs problèmes social-santé, que l'évolution dans le temps est incertaine et que le niveau d'interdépendance entre les prestataires ou organisations devient très élevé, une coordination collective est envisagée. Elle permet à une équipe de prestataires ou d'organisations d'assurer conjointement la responsabilité de la prise en charge et cela à travers des ententes formelles³.

prestataires et organisations, et d'autre part de penser une manière de décider ensemble du contenu du paquet de services et de son organisation⁷. Ce niveau a donc la responsabilité de coordonner les interdépendances entre les différents services³.

Finalement, le niveau macro s'organise à l'échelle régionale et/ou à l'échelle d'un pays entier. Il est responsable de développer un environnement politique favorable qui se traduit par le soutien du niveau « macro » aux autres niveaux. Cela demande de développer un ensemble concerté de politiques publiques pour soutenir les structures de gouvernance des bassins de vie et des bassins social-santé dans leur processus d'intégration des soins.

Les ingrédients d'une gouvernance interorganisationnelle

Un des enjeux de l'approche territoriale est de structurer des gouvernances entre différents groupes de prestataires, et différentes organisations ayant des cultures différentes, afin qu'ils soient en capacité de prendre des décisions communes pour répondre aux besoins de la population. Ce chapitre propose de décrire ces structures de gouvernance interorganisationnelle à partir du modèle VSM (*Viable System Model*). Celui-ci identifie les invariants qui s'appliquent de manière universelle quelle que soit la taille ou la nature du système. Il peut donc être appliqué aux niveaux micro, méso et macro. Ce modèle décompose le système en quatre pôles et discute de l'interaction étroite avec l'environnement dans lequel il opère.

Environnement – Contexte systémique

L'environnement inclut l'ensemble des influences politiques, juridiques, socio-économiques, environnementales et autres qui affectent et sont affectées par la structure de gouvernance. Il génère des opportunités et des contraintes et influence la dynamique de la collaboration dès le départ et au fil du temps⁸. Plus il y a d'opportunités présentes et reconnues par les partenaires, plus il y a de chances que la structure de gouvernance voit le jour. Voici quelques exemples de ces opportunités/contraintes :

- l'interdépendance entre partenaires est une condition préalable reconnue pour l'action collaborative⁸. Elle peut, également, être, dans certains contextes, source de tension, entre autres, lorsque les frontières entre les rôles et les missions des partenaires ne sont pas bien définies⁹;

- un leadership identifié en mesure d'initier et d'aider à obtenir des ressources et du soutien est considéré comme un moteur essentiel à la structuration d'une gouvernance^{8,10}. Toutefois, trouver une structure ou une personne « leader » peut s'avérer extrêmement difficile. Il faudra être attentif aux déséquilibres de pouvoir qui peuvent s'observer entre partenaires impliqués dans la gouvernance¹⁰;
- l'incertitude, qui ne peut être résolue en interne, peut pousser les groupes à collaborer afin de réduire, de diffuser et de partager les risques¹¹;
- les antécédents de conflits ou de coopération entravent ou facilitent la collaboration. Un antécédent conflictuel peut créer un cercle vicieux dans lequel un faible niveau de confiance entraîne un faible niveau d'engagement, des stratégies de manipulation et des communications malhonnêtes. En revanche, un antécédent de coopération réussie peut créer un capital social et des niveaux de confiance élevés qui produisent un cycle vertueux de collaboration⁸;
- l'existence d'une direction claire et explicite, portée par les autorités et destinée à guider l'action (dans ce cas, vers la coopération), favorise la mise en œuvre de processus et de structures de collaboration¹².

Pôle 1 – Opérationnaliser les actions pour renforcer le système

Le pôle 1 est composé d'un ensemble d'unités opérationnelles autonomes qui se lient les unes aux autres, pour créer un nouveau système plus vaste, lors d'interactions de soutien mutuel¹³. Ces unités opérationnelles sont le cœur de la structure de gouvernance^{3,8}. Elles sont difficiles à accomplir, et à évaluer, si leurs objectifs et leur raison d'être ne sont pas explicites. Elles ont donc plus de chances d'être mises en œuvre si une théorie de changement partagée est identifiée explicitement parmi les partenaires de la structure de gouvernance interorganisationnelle; et si une dynamique de collaboration fonctionne pour générer la capacité nécessaire à l'action conjointe⁸.

Pôle 2 – Soutenir le partenariat

Le pôle 2 doit permettre l'opérationnalisation des activités proposées dans une bonne atmosphère¹³:

- en traitant les problèmes qui apparaissent inévitablement lorsque plusieurs unités opérationnelles autonomes et autogérées interagissent ;
- en levant les conflits d'intérêts ;
- en harmonisant les interactions ;
- en maintenant la bonne entente, etc.

Il s'agit donc de travailler la communication, de construire la confiance, de renforcer la compréhension mutuelle, d'augmenter le sentiment de légitimité et de renforcer l'engagement des partenaires au sein de la structure pour finalement créer une motivation partagée à coopérer^{8,14}. Il s'agit également de renforcer les capacités des acteurs pour qu'ils puissent participer pleinement à la collaboration. Entre autres¹⁵ :

- la capacité à naviguer dans la complexité qui implique une compréhension de l'ensemble du système ainsi qu'une compréhension systémique des relations entre les différents partenaires ;
- la capacité à collaborer qui implique une compréhension mutuelle des acteurs, la gestion de conflits, et la gestion de la diversité afin de pouvoir construire ensemble ;
- la capacité à réfléchir et à apprendre qui doit entraîner une réflexion critique, promouvoir l'expérimentation et s'adapter à mesure que de nouvelles opportunités d'apprentissage apparaissent. Ces réflexions critiques s'appuient sur la capacité à collecter, à intégrer et à analyser différentes formes de connaissances et d'informations ;
- la capacité à s'engager dans des processus stratégiques et politiques.

Pôle 3 – Évaluer, ajuster, adapter le système

Le pôle 3 veille à ce que l'ensemble du système puisse s'adapter à un environnement en perpétuel changement¹ en scrutant l'environnement dans lequel il opère², en recherchant les menaces et les opportunités³, en entreprenant des recherches et des simulations⁴, et en proposant des plans pour guider le système à travers les différentes voies possibles qu'il pourrait suivre¹³.

Il est donc chargé de développer une compréhension commune du système et d'évaluer, d'ajuster et d'adapter les changements introduits dans le système.

Pôle 4 – Structurer la gouvernance

Différents éléments permettent l'engagement des partenaires dans la structure de gouvernance. Certains visent à créer une identité, une éthique et des règles de base qui régissent le fonctionnement pour chaque partenaire du système¹³. D'autres permettent de s'assurer de l'émergence d'une coopération et de relations symbiotiques, entre autres, en maximisant l'efficacité de la coopération à travers :

- le développement d'un leadership basé sur la confiance. Il peut être incarné par une personne ou une équipe de personne. Il est le gardien du processus. Il s'assure que tous les partenaires puissent s'exprimer et être entendus. Il stimule la créativité en synthétisant ce qui ressort des échanges afin que le groupe puisse s'approprier le contenu et développer de nouvelles idées¹⁰;
- la définition d'une raison d'être commune. C'est pourquoi cette coopération existe. Elle donne la direction commune, guide les choix et rappelle le sens premier de l'action lors de divergences de visions. Elle est conçue au sein d'un organisme vivant et en constante évolution. Le rôle des partenaires est alors d'être à l'écoute de la direction que la structure de gouvernance veut prendre et d'accompagner ce mouvement plutôt que d'essayer de prévoir l'avenir et de le forcer à se réaliser¹⁶;
- le pilotage dynamique à partir d'objectifs concrets. Le cycle *Plan-Do-Study-Act* (un des outils de l'amélioration continue) fournit un cadre pour développer, tester et mettre en œuvre des changements conduisant à une amélioration. Ces quatre étapes peuvent être répétées à l'infini en prenant garde à ne pas chercher la meilleure solution (sous-entendu, celle qui intégrerait toutes les conséquences de l'avenir), mais à chercher une décision qui peut être implémentée rapidement, pour avancer, recevoir du feedback et apprendre. Il s'agit donc de définir des objectifs concrets permettant de « petites victoires » qui créent l'élan pour une coopération réussie. Ces petites victoires peuvent alors être réinjectées dans le processus de collaboration, encourageant ainsi un cercle vertueux de confiance et d'engagement¹⁰;
- la définition des rôles et le travail sur les frontières professionnelles. Un rôle est une fonction dont l'organisation a besoin pour réaliser ses missions au service de sa raison d'être¹⁶. Au plus, la définition des rôles sera précise (raison d'être, tâches et

responsabilités, champ d'autonomie, compétences, ressources, modalité d'attribution), au plus il sera facile de savoir qui est responsable de quoi et qui peut décider de quoi¹⁷. La définition des rôles permet de rendre certains rôles invisibles, tangibles et d'ainsi mieux répartir la charge de travail entre les membres. Elle facilite la transmission des rôles au sein d'une organisation¹⁷. Et elle encourage à agir avec souveraineté et légitimité, tout en étant conscient du collectif et en ayant le réflexe d'impliquer le reste de l'organisation dès que nécessaire¹⁷ ;

- le développement de procédures de prises de décision. Il s'agit de penser le processus/le chemin de la décision dans lequel la prise de décision n'est qu'une étape. Ce chemin est décrit à travers trois phases : la divergence, l'émergence, la convergence¹⁸. Le niveau de participation (information, consultation, concertation, codécision) des partenaires varie tout au long du chemin de la décision¹⁹. Finalement, penser le chemin de la décision invite à chercher un équilibre entre décider seul, décider ensemble et ne pas décider. Aucune de ces modalités n'est à proscrire, il s'agit de les équilibrer, en conscience des risques liés à chacune.

Le rôle de facilitateur de réseau – une fonction à inventer

La mise sur pied d'une gouvernance interorganisationnelle est particulièrement clé au niveau méso car il a la responsabilité d'articuler les services de soins primaires avec les autres services social-santé actifs sur le territoire. Différentes formes de relation peuvent être envisagées pour structurer une gouvernance entre ces différents services²⁰. La collaboration est basée sur une volonté de travailler ensemble et est mise en œuvre par des contacts et une communication intensive entre les différentes organisations²⁰. La coordination prend place lorsque l'intégration est réalisée par une hiérarchie de gestion commune. Autrement dit, toutes les décisions et la communication concernant les décisions prises passent systématiquement par la hiérarchie de gestion commune²⁰. La coopération prend place lorsque la hiérarchie de gestion agit comme un facilitateur de réseau. Cette hiérarchie n'a pas de pouvoir décisionnel au sein de la structure de gouvernance²⁰.

Au niveau méso, la structure de gouvernance est composée de différents acteurs ayant chacun une expertise différente – les prestataires social-santé (expertise métier/de terrain), les pouvoirs locaux (expertise

territoriale et politique), les citoyens/communautés/patients (expertise du vécu et aspiration pour leur quartier). Ces membres n'ont pas nécessairement l'envie ni les compétences pour faciliter la structure de gouvernance.

En effet, la facilitation de ces structures demande des compétences variées qui peuvent être rattachées à chacun des pôles décrits précédemment :

- pôle 1: développer et mobiliser une approche systémique et de santé publique ;
- pôle 2: travailler au renforcement des compétences des partenaires du système pour leur permettre de participer pleinement à la collaboration et d'entrer ensemble dans un processus d'apprentissage continu ;
- pôle 3: mettre en place des outils, des méthodes pour développer le management populationnel. Mettre en place des dispositifs d'évaluation qui soutiennent la prise de décision ;
- pôle 4: être les garants des lieux d'échange et de décision. Tenir le cadre pour garantir l'émergence de relations symbiotiques entre partenaires et l'efficacité de la collaboration. Mobiliser différentes techniques de facilitations de réunions et de gestions de conflits. Documenter ce qui se vit dans cet espace.

Il semble donc essentiel que les gouvernances locorégionales puissent être accompagnées par une équipe de facilitateur capable d'apporter ces différentes compétences. Cette équipe de facilitateur est en quelque sorte la hiérarchie de gestion commune du modèle de coopération. Elle renforce les dynamiques au sein du réseau et apporte de la nourriture pour soutenir les prises de décision. Toutefois, les décisions sont prises par les partenaires de la gouvernance.

Références bibliographiques

1. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 2022;327(6):521-2.
2. Huber M, Jung HP, van den Brekel-Dijkstra K. Handbook positive health in primary care: the Dutch example/Machteld Huber, Hans Peter Jung, Karolien van den Brekel-Dijkstra. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.
3. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures (Univ Montr Groupe Rech Interdiscip Sante)* 2001;8(2):38-52.

4. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008.
5. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *Int J Integr Care* 2005;5: eo1; discussion eo3, eo9.
6. Careau E, Brière N, Houle N, et al. Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care. 2018.
7. Charles A. The Kings Fund. 2022 [cité le 2 janvier 2023]. Integrated care systems explained: making sense of systems, places and neighbourhoods. Disponible sur: www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained.
8. Emerson K, Nabatchi T, Balogh S. An Integrative Framework for Collaborative Governance. *J Public Adm Res Theory* 2012;22(1):1-29.
9. Weber CE, Kortkamp C, Maurer I, Hummers E. Boundary Work in Response to Professionals' Contextual Constraints: Micro-strategies in Interprofessional Collaboration. *Organ Stud* 2022;43(9):1453-77.
10. Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *J Public Adm Res Theory* 2007;18(4):543-71.
11. Jalonen H. The uncertainty of innovation: a systematic review of the literature. *J Manag Res* 2012;4(1):E12.
12. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* 2008;8(1):188.
13. Espejo R, Gill A. The Viable System Model as a Framework for Understanding Organizations. 28 octobre 2011. www.moderntimesworkplace.com/good_reading/GRRespSelf/TheViableSystemModel.pdf.
14. Huxham C. Theorizing collaboration practice. *Public Manag Rev* 2003;5(3):401-23.
15. Tropical Agriculture Platform. Common Framework on Capacity Development for Agricultural Innovation Systems: Synthesis Document [Internet]. CAB International; 2016 [cité le 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cabi.org/Uploads/CABI/about-us/4.8.5-other-business-policies-and-strategies/tap-synthesis-document.pdf>.
16. Laloux F. Reinventing organizations: vers des communautés de travail inspirées. Paris: Diateino; 2015.
17. Collectiv'a. Le mandat d'un rôle. <https://cobeapress5.wordpress.com/wp-content/uploads/sites/52/2021/07/Fiche-collectiv-a-Mandat-dun-ro%CC%82le.pdf>.
18. Kaner S. Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making. New Jersey: John Wiley&Sons; 2007.
19. Garbarczyk B. Cinq questions à se poser avant de (faire) participer ! Analyse SAW-B; 2017. <https://saw-b.be/wp-content/uploads/sites/39/2020/05/A1705-Cinq-questions-de-la-participation.pdf>.

20. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage* 2006;21(1):75-88

4.4 L'organisation de l'offre de soins primaires en territoire: une illustration d'une maison médicale en Belgique

Jean Macq, Hubert Jamart, Denis Herbaux,
Anne-Sophie Lambert, Béatrice Scholtes,
Thérèse Van Durme, Jean-Luc Belche

Introduction

Le système de santé belge est au cœur de transformations importantes, au même titre que de nombreux systèmes de santé dans le monde. Il existe un consensus apparent sur les objectifs politiques. Ainsi en Belgique, un plan interfédéral « soins intégré » est en train d'être élaboré, dans lequel les soins primaires prennent une place importante. Le quintuple objectif est utilisé comme balise sur la direction à prendre sur le long terme : il s'agit de trouver le meilleur équilibre entre améliorer la santé de la population, l'utilisation des ressources mises à disposition, l'équité dans l'accès aux soins et dans une meilleure santé, l'expérience individuelle de soins, et le bien-être des professionnels du soin et de l'aide¹.

Pour atteindre ces objectifs, il faut pouvoir répondre à différents enjeux dans l'offre de soins de santé et dans la conception et l'implémentation de politiques publiques. Concernant les soins de santé, on peut mentionner la prise en charge de situations « complexes^o »² (des situations nécessitant une action combinée de différents types d'intervenants adaptée à chaque réalité individuelle) pour lesquels la coordination entre intervenants doit temporairement être assurée par un professionnel dédié (tel coordinateur de soins sous-gestionnaire de cas) ou la gestion des transitions de soins (entre domicile et hôpital, entre secteurs des soins, de la santé mentale, du social, entre services spécialisés et généralistes). Par ailleurs, la littérature en santé, c'est-à-dire les compétences pour renforcer les capacités des personnes à décider, mais aussi une meilleure connexion entre santé

o. Lorsque la situation devient complexe, entre autres, suite à la combinaison de plusieurs problèmes social-santé, que l'évolution dans le temps est incertaine et que le niveau d'interdépendance entre les prestataires ou organisations devient très élevé, une coordination collective est envisagée. Elle permet à une équipe de prestataires ou d'organisations d'assurer conjointement la responsabilité de la prise en charge et cela à travers des ententes formelles.

individuelle et santé communautaire, sont des enjeux reconnus comme particulièrement importants. Il en est de même au niveau des politiques publiques, pour lesquelles on cherche à inclure la dimension santé dans les politiques urbanistiques, de transport, de sports et de loisirs, du travail, etc. Finalement, et non des moindres, il y a une prise de conscience croissante, sur l'importance de mieux connecter les actions sur la santé humaine, avec des actions sur la santé de notre planète³.

Un risque de segmentation dans la réponse aux enjeux, évitable si on a des structures de santé primaires fortes

Il existe aujourd'hui un risque important d'aborder ces enjeux indépendamment les uns des autres. Pour gérer les transitions, la tendance est de créer des « parcours de soins » pour des épisodes spécifiques (par exemple parcours périnatal, oncologique, pour personnes âgées fragiles, pour prise en charge de l'obésité, etc.). Pour améliorer la prise en charge de personnes dans des situations complexes, des structures spécialisées sont créées pour des groupes particuliers (par exemple personnes sans papiers, sans domicile fixe, personnes âgées dépendantes, etc.). Pour améliorer la littératie en santé, des fonctions de référents multiples voient le jour (coordinateurs de soins oncologiques, *case managers*, coordinateurs d'aide et de soins à domicile, coach en santé mentale, etc.)⁴. Finalement, les activités de promotion de la santé et l'inclusion de la santé dans les politiques ne se font pas nécessairement en concertation avec les professionnels du soin et de l'aide.

Une solution avancée pour éviter ces risques est le renforcement de soins primaires animés par une équipe de différents professionnels généralistes, accessibles « au tout-venant » (toutes personnes peu importe leur pathologie, problème de santé le plus souvent, partageant le même territoire de vie), assurant une continuité des soins sur une longue période, ancrée dans un bassin de vie, et cherchant la participation du citoyen à la prise de décision. Ce choix est lié à une conception précise de la santé et ce qui détermine notre état de santé. Ainsi, la santé des individus ne se limite pas à des éléments facilement « objectivables » et mesurables (la maladie, la mort, etc.). La santé est conçue comme la capacité à vivre le mieux possible, éventuellement avec une maladie, et en s'y adaptant dans son contexte de vie. Être en bonne santé c'est aussi être capable de se développer personnellement, et de participer au développement de la collectivité (nous utilisons le terme « communauté »). Le sens « d'être en bonne santé » dépend

également de nos valeurs, de notre culture, du sens que l'on donne à notre corps. La santé est donc envisagée de manière positive, subjective et solidaire⁵. Dans cette optique, l'organisation des soins centrée sur les buts de vie est particulièrement pertinente et donner un rôle central aux équipes de soins primaires trouve tout son sens.

Dans cet esprit, la territorialisation dans l'organisation des soins de santé prend tout son sens dans l'optique d'un renforcement des soins primaires pour aborder les différents enjeux présentés plus haut. En effet, au moins deux raisons sont avancées pour justifier une organisation de soins sur base de territoires. Premièrement, elle doit mieux permettre de combiner une approche d'accompagnement de la personne en fonction de sa réalité de vie et de son environnement social (sa « communauté »). Le territoire devrait alors permettre de mieux articuler les équipes prestataires de soins primaires et les citoyens (par exemple les équipes de soins primaires, connaissant l'offre en services pour la petite enfance, ou la disponibilité en espace vert, seront mieux à même de conseiller les parents isolés sur les possibilités de rencontrer d'autres personnes)⁶. Deuxièmement, elle doit permettre d'avoir des représentants des structures de soins primaires, mieux à même de se concerter avec les structures qui devraient fonctionner « en appui » (hôpitaux, réseaux spécialisés en santé mentale, etc.) particulièrement pour l'organisation d'aide, soins, accompagnement de situations complexe. C'est-à-dire des représentants de soins primaires par territoire pour identifier les pistes d'amélioration de la relation avec l'hôpital, comme cela existe par exemple en Norvège ou tel qu'existant en Grande Bretagne⁷.

La territorialisation n'est donc pas pensée dans une logique administrative, mais dans une logique fonctionnelle, devant mettre les objectifs de vie des citoyens, les bassins de vie et les structures de soins primaires au cœur du système. Cette approche fonctionne dans une logique de « poupée russe » où trois niveaux s'emboîtent de manière cohérente pour renforcer le système. Le **niveau micro** est le niveau de l'interaction entre les personnes/communautés/patients et les prestataires. Le **niveau méso** est le niveau de la facilitation et de l'appui au travail des prestataires de soins. Et, le **niveau macro** est le niveau du cadre politique, mais aussi à la facilitation, en complément à ce que fait le niveau méso (notamment pour l'organisation de l'e-santé, pour les modalités de financement, ou pour la législation). Ces niveaux correspondent, généralement, à différentes tailles de territoires qui s'emboîtent les uns dans les autres. La taille de ces territoires dépend du contexte (par exemple la densité de la population)

et de choix politiques. Dans le cadre de ce chapitre, nous nous intéressons au niveau le plus proche de la population, que nous appellerons niveau « micro ». Ceci est expliqué dans la section suivante.

Le niveau micro s'organise dans un territoire local (également appelé bassin de vie) qui correspond au plus petit territoire dans lequel les habitants ont accès aux services les plus courants. Au cœur de ce niveau, les prestataires de soins primaires, fonctionnant de préférence en équipes multidisciplinaires, sont responsables de la prise en charge de la grande majorité (80 à 90 %) des problèmes de santé d'une population délimitée en fonction de son lieu de vie, le bassin de vie. Elles proposent des services dont l'objectif est de promouvoir, maintenir, et améliorer la santé des individus, membres de la communauté définie par leur bassin de vie. Ces services sont caractérisés par une accessibilité universelle (ouverts aux « tout-venant »), une approche globale, et axée sur la personne³. Ils s'accomplissent dans un partenariat durable avec les patients et leurs aidants proches, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. Les équipes de soins primaires jouent un rôle central dans la coordination générale et la continuité des services dispensés à la population³. Il est important de noter que les équipes de soins primaires prennent différentes formes aujourd'hui et qu'elles ne doivent pas nécessairement se trouver sous le même toit pour former une équipe. Elles peuvent, par exemple, s'organiser sous forme de réseaux de prestataires indépendants. La notion d'équipe fait référence à la forme maximale d'intégration^{4,6}. Cela signifie que quelle que soit son organisation, les professionnels travaillant au sein de ces équipes doivent être capables de formaliser des objectifs communs, des guidelines communs, un système d'information, des procédures, etc. L'équipe doit permettre d'offrir un paquet de services fortement intégrés et est capable de mettre en place une coordination collective^p quand cela s'avère nécessaire. Pour répondre au quintuple objectif, un élément clé de cette équipe est le partage des tâches et des responsabilités, afin de pouvoir offrir « le bon soin, au bon moment, par la bonne personne ». Il va de soi que le « soin » inclut et dépasse le volet traditionnellement réactif et curatif pour inclure un accompagnement proactif et préventif des personnes et des communautés.

p. Lorsque la situation devient complexe, entre autres, suite à la combinaison de plusieurs problèmes social-santé, que l'évolution dans le temps est incertaine et que le niveau d'interdépendance entre les prestataires ou organisations devient très élevé, une coordination collective est envisagée. Elle permet à une équipe de prestataires ou d'organisations d'assurer conjointement la responsabilité de la prise en charge et cela à travers des ententes formelles².

Un exemple de structure de soins primaire développant ses activités dans une logique de territoire : la maison médicale Trooz santé

La maison médicale de Trooz illustre bien la logique d'approche territoriale dans l'offre de services, de soins primaires. Le chemin de la maison médicale de Trooz démarre en 2012 avec une poignée de professionnels de la santé qui souhaitent construire un projet multiprofessionnel dans cette commune semi-rurale d'environ 7 800 habitants^q. La majorité d'entre eux provient de la région et ambitionne une pratique de groupe, avec un ancrage local et territorial fort, qui doit répondre aux besoins de la population. Un accent particulier est mis sur les aspects de prévention et de promotion à la santé.

Le projet est présenté à l'ensemble des médecins, infirmières et kinésithérapeutes de la commune, individuellement. Par ailleurs, différentes autres associations du territoire ont été associées au projet. Il s'agit de l'Office national de l'enfance (ONE) (soins préventifs auprès des nourrissons et petite enfance), l'Association interrégionale de guidance et de santé (AIGS) (santé mentale et réinsertion socioprofessionnelle), la Croix-Rouge de Belgique (dépôt de matériel médical et organisation de formations type premiers secours).

L'équipe est accompagnée par une agence spécialisée en économie sociale. Cette agence offre une aide à la création de l'association : définition des valeurs des membres de l'équipe pour porter le projet, écriture des statuts de l'association sans but lucratif (ASBL), élaboration d'un plan financier. Le support de cette agence est rendu possible par la fédération des maisons médicales^r.

La maison médicale couvre le territoire de la commune de Trooz, mais aussi plusieurs communes voisines, soit dans leur entièreté, ou des parties de territoire qui communiquent logiquement les unes avec les autres. À ce jour nous comptons 1 304 patients inscrits.

Très rapidement un comité de patients a été créé à leur propre initiative. Ce comité permet un dialogue structuré entre les bénéficiaires des services développés par la maison médicale et l'équipe multidisciplinaire.

q. https://walstat.iweps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=62122.

r. La Fédération des maisons médicales (FMM) représente 130 maisons médicales implantées en Wallonie et à Bruxelles. Elle est la fédération majoritaire du secteur des maisons médicales.

La maison médicale est autogérée. Le principe central reste que l'assemblée générale de l'ASBL est majoritairement composée des travailleurs de l'équipe de la maison médicale. Il s'agit donc d'une gouvernance très horizontale avec un partage du pouvoir entre chaque membre de l'équipe qui reçoit une voix équivalente. Les patients sont également représentés ainsi que les partenaires du projet. Les projets d'activités de soins, de promotion à la santé et de prévention sont quant à eux développés au quotidien par l'équipe multidisciplinaire de la maison médicale.

La maison médicale a opté pour un mode de paiement forfaitaire à la capitation, ce qui signifie que notre groupe de professionnels, ayant des profils différents, décide de se faire rémunérer via une somme forfaitaire, sur la base du nombre de patients inscrits et pris en charge. La manière dont chacun des professionnels est payé est décidée par la maison médicale. Les professionnels peuvent avoir un statut de salariés ou d'indépendants.

Il existe alors un système d'inscription obligatoire auprès de ce groupe (ici la maison médicale) qui facture la somme par patient inscrit mensuellement à l'organisme assureur. Par ailleurs, aucun ticket modérateur (quote-part patient) n'est demandé aux patients lors des consultations. L'accessibilité financière est dès lors maximale.

La maison médicale accueille tout patient d'un territoire défini, sans sélection de pathologie, d'âge, de sexe ou de statut social.

Les professionnels de la santé participent à la continuité des soins pour la patientèle inscrite. Les médecins participent dès lors à la garde de la population en collaboration avec les autres médecins du secteur géographique.

La maison médicale est par ailleurs reconnue comme association de santé intégrée (ASI) au niveau de la région wallonne. À ce titre, elle bénéficie d'une subside, ce qui est accompagné d'un certain nombre d'obligations : minimum deux médecins généralistes, un kiné et/ou une infirmière, un accueil et minimum 50 heures d'ouverture par semaine, mais aussi développement de la santé communautaire à destination de toute personne habitant sur le territoire. Cette subside participe à une partie du financement des travailleurs de l'accueil, ainsi qu'une aide financière pour la tenue des réunions de l'équipe multidisciplinaire.

L'ensemble des mécanismes de financement de la maison médicale nous aident particulièrement par leur stabilité, et l'indépendance relative au volume d'activité. En effet, l'organisation et les professionnels de santé ne sont pas tributaires du nombre d'actes prestés pour leur financement, et peuvent donc consacrer une partie du temps professionnel pour des

activités qui sont en dehors du contact strict avec les patients. Citons, par exemple, les contacts téléphoniques et lettres de renvoi vers les spécialistes, des formulaires administratifs d'octroi d'aide financière, l'organisation de campagnes de prévention contre la grippe saisonnière, l'organisation de vaccinations préventives contre la Covid-19. Plus largement ce moyen de financement permet une plus grande implication dans la prévention et la promotion à la santé, mais également les activités liées au fonctionnement de la maison, comme nous le décrivons ci-dessous.

Le travail se fait d'une façon souple et adaptée aux différents contextes. Selon les cas, des consultations conjointes sont organisées en présence du patient, par exemple médecin/psychologue pour des suivis familiaux complexes, des consultations médecin/assistante sociale pour aider dans les démarches administratives complexes.

Par ailleurs, des réunions de concertation sont organisées et, selon les cas, avec le patient s'il le souhaite. Ces réunions sont mises en place par la travailleuse qui s'occupe de la gestion des cas complexes. Elle réunit les différents travailleurs de la maison médicale concernés par la situation et invite des partenaires extérieurs impliqués (services d'aide à domicile, d'infirmières spécialisées dans certaines prises en charge spécifiques (par exemple chimiothérapies à domicile), des aides familiales, des membres de la famille ou aidants proches). Ces réunions peuvent avoir lieu à différents endroits : au domicile du patient, à la maison médicale, à l'hôpital.

Une spécificité de la maison médicale est la prise en charge de la santé au sens large, en sortant de la logique de relation trop stricte de soins (et donc en lien avec la présence d'une pathologie). Ceci est rendu possible de par le mode de financement. Les personnes s'inscrivent à la maison médicale et celle-ci, de par le paiement forfaitaire dont elle bénéficie, est à même de proposer un ensemble d'activités aux personnes inscrites, qui dépassent uniquement les consultations (par exemple jardin partagé, marche en groupe, atelier de cuisine, etc.).

De cette façon, un accent particulier est mis sur plusieurs projets autour de la prévention et de la promotion à la santé par le biais de la santé communautaire. À côté d'une approche individuelle et opportuniste de vaccination lors des consultations (médecins et infirmière), des approches populationnelles et proactives sont organisées.

Il faut souligner que la plupart de ces activités sont construites avec des représentants des patients. En effet, la participation des bénéficiaires de la maison médicale aux actions de soins fait partie intégrante de notre

projet de diminution des inégalités, de rapprochement des savoirs, de tissage de liens, notamment en identifiant les domaines prioritaires pour la population.

Autant d'endroits dans lesquels il est possible d'orienter les patients que l'on voit lors des consultations individuelles et pour lesquels une solution médicamenteuse ou hospitalière semble insuffisante.

Conclusions et perspectives

La maison médicale de Trooz est une très bonne illustration de comment le concept de territoire est utile pour combiner des activités de soins curatifs, de promotion de la santé et de prévention au niveau individuel avec activités de promotion de la santé pour une communauté vivant dans un territoire. Le territoire permet également plus facilement de mettre en lien des services sociaux, d'urbanisme ou en lien avec l'accès à l'emploi.

Tout ceci est rendu possible par la volonté d'une équipe, des modalités de financement, et le développement progressif de maillage avec les acteurs locaux. En effet, la construction de la maison médicale s'est faite essentiellement sur une base empirique avec des travailleurs de terrain voulant créer un projet en santé plus qu'un centre de soins. Le système belge permet cette liberté de choix de modalité organisationnelle.

La Wallonie et Bruxelles sont dans un processus de délimitation administrative de territoires pour mieux structurer l'organisation de soins de santé. Le futur nous dira dans quelle mesure l'approche plus « émergente » de structures comme la maison médicale de Trooz peut être renforcée ou non par la logique plus « structurante », « de haut en bas », telle qu'envisagée par la Wallonie et Bruxelles.

Références bibliographiques

1. Lambert AS, Op de Beeck S, Herbaux D, et al. Vers des soins (plus) intégrés en Belgique. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2022. Rapport no 359B.
2. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 2001;8(2):38-52.
3. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. Lancet 2015;386(10007):1973-2028.

4. Macq J, Vanessa B, Sophie C, Caroline J, Thérèse VD. Métiers de la première ligne et systèmes de santé : vers plus de spécialisation ou de polyvalence ? Santé Conjuguée 2011;(55).
 5. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? BMJ 2010;341:d4163.
 6. World Health Organization. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being: primary health care policy paper series. 2023. www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316.
 7. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care: a way forward for the NHS in England. 2015. www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/place-based-systems-care.
- World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/43949>.

4.5 Intégration des services en soins primaires pour une meilleure justice sociale

Gladys Ibanez, Julie Chastang

La pandémie de Covid-19 nous a récemment révélé les enjeux des soins de santé primaires¹ : des vies de famille chamboulées aux quatre coins du globe, des millions de vies perdues, toute une génération d'élèves en proie à une crise de l'éducation. Autant de rappels qu'il est impératif d'investir dans la résilience des systèmes de santé du monde entier².

En 2008, le rapport mondial de la santé de l'OMS mettait en avant trois principales tendances nuisant à l'orientation des systèmes de santé envers les soins de santé primaires^{3,4} : l'hospitalo-centrisme, la marchandisation, la fragmentation. Cela explique certainement pourquoi l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2023 a mis l'accent sur le fait que les soins de santé primaires sont la fondation de la résilience des systèmes de santé, dont il faut s'occuper en urgence.

Renforcer les soins de santé primaires et la santé publique

Depuis 1978, le concept de soins de santé primaires a été réinterprété et redéfini à plusieurs reprises. Actuellement, la définition suivante est formulée afin de faciliter la coordination des futurs efforts en la matière aux niveaux mondial, national et local et d'orienter leur mise en œuvre⁵ : « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »

Les soins de santé primaires sont donc avant tout portés par des valeurs d'équité et de justice. Ils regroupent trois composantes complémentaires : 1. des services de santé intégrés, dont les soins primaires et les fonctions de santé publique sont les éléments centraux, pour répondre aux besoins de santé des personnes tout au long de leur vie ; 2. des politiques

et des mesures dans plusieurs secteurs pour tenir compte des déterminants généraux de la santé ; 3. la participation des individus, des familles et des collectivités au niveau social pour être plus autonomes en matière de santé (participation communautaire).

Services de santé intégrés axés sur les soins primaires et la santé publique

Un système de santé intégré centré sur les personnes est un système dont les soins de santé et les services sociaux sont organisés et gérés dans des cadres sectoriels et organisationnels pour répondre aux besoins de santé par le biais d'une promotion, d'une protection et d'une prévention globales, soins curatifs, de réadaptation et palliatifs tout au long de la vie⁶. Il en est ainsi pour que les personnes cibles puissent recevoir des soins et des services complets et coordonnés – au bon moment, par le bon prestataire et au bon endroit.

Cela nécessite de repenser les priorités politiques : si on adopte plutôt la prévention ou la prise en charge plus précoce de la maladie, on peut diminuer l'intensité des soins nécessaires pour maintenir ou restaurer la santé. Pour cela, les instances internationales plaident en faveur de systèmes de santé plus intégrés et universellement accessibles, fondés sur les soins de santé primaires et la santé publique⁶. La plupart des systèmes de santé dans le monde, encore fortement axés sur la maladie, font relativement peu pour optimiser la santé et minimiser le fardeau de la maladie, en particulier pour les groupes vulnérables. Dans les débats publics sur les soins de santé, les administrations ont tendance à se concentrer sur les éléments coûteux qui préoccupent les administrateurs. Cette vision à court terme néglige « les facteurs en amont » : les environnements favorables à la santé, les lieux de travail et la prévention primaire (par exemple : l'éducation nutritionnelle, la vaccination, les soins prénatals, l'activité physique ; la prévention du tabagisme, etc.)⁷. Cette incapacité à améliorer les conditions sous-jacentes de la santé est aggravée par l'insuffisance des ressources allouées pour répondre aux besoins prioritaires avec équité (universalité, accessibilité et abordabilité).

Dix principes directeurs doivent être mis en place pour n'importe quel système de santé intégré⁶ : population définie et résultats souhaités ; continuum complet et coordonné de programmes et de services ; accès, cheminements et transitions fluides ; équipes de soins centrées sur les personnes ; personnel d'encadrement du système ; gouvernances partagées

et responsabilités claires; financements et incitatifs alignés; système de renseignements interoperables; gestion du rendement en fonction de l'impact; culture d'apprentissage adaptative.

Des politiques et des mesures dans plusieurs secteurs pour tenir compte des déterminants généraux de la santé

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des inégalités de santé⁸. Ce gradient social de santé est relié à une distribution inégale du pouvoir, des ressources, des biens et des services. L'impact estimé des déterminants de la santé sur l'état de santé et de bien-être de la population se répartit de la façon suivante : 50 % attribués à l'environnement social et économique des personnes; 25 % attribués au système de soins; 15 % attribués à la biologie et à la génétique des personnes; 10 % attribués à l'environnement physique⁸. La santé des individus revêt donc un caractère multidimensionnel.

Tel que l'indique la Charte d'Ottawa (1986), les actions visant à promouvoir la santé doivent se réaliser à différents niveaux d'intervention. Par exemple, le choix des politiques publiques et des programmes gouvernementaux a un effet sur la santé, la qualité de l'eau et de l'air, sur les déplacements urbains, la qualité du logement, ainsi que sur les niveaux d'alphabétisation, d'éducation, d'emploi. Les mesures politiques devraient s'attaquer systématiquement aux déterminants généraux de la santé, dont les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, ainsi que les caractéristiques individuelles et les comportements, au moyen de politiques et de mesures fondées sur des données probantes dans tous les secteurs.

Dans le cadre de l'Organisation des Nations Unies (ONU), 193 États se sont engagés à construire un monde plus durable et solidaire en faveur d'objectifs de développement durables (ODD) et en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSS)⁹. Des objectifs ambitieux de transformation de la société ont été fixés, à travers dix-sept objectifs d'ici 2030 (figure 1). S'appuyant sur les résolutions antérieures de l'Assemblée mondiale de la santé, par le biais de la Déclaration d'Astana, ces États ont réaffirmé leur

engagement en faveur des SSP en tant que pierre angulaire de systèmes de santé durables.

Figure 1 : Dix-sept objectifs de développement durable

(source : www.un.org)



La participation des individus, des familles et des collectifs au niveau social pour être plus autonomes en matière de santé (participation communautaire)

Rompant avec le schéma traditionnel d'une politique de santé administrée essentiellement de façon verticale, les programmes de santé communautaire favorisent la prise de conscience des besoins territoriaux¹⁰. L'objectif est de responsabiliser les personnes et les communautés et les habiliter à optimiser leur santé. Ces démarches de santé communautaire, financées par des programmes régionaux de santé publique, par des collectivités locales ou par des fondations, renforcent l'approche globale et positive de la santé en intégrant tous les paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) à ceux du champ social, économique, environnemental et culturel. En visant la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs...), le processus favorise également

les décloisonnements institutionnels et professionnels, associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale.

En France, plusieurs études ont souligné l'intérêt de la santé communautaire. Pour autant, les conditions de mises en place ne sont pas effectives, alors même que l'ambition des pouvoirs publics tend à créer les conditions optimales d'une approche coordonnée de la santé en incitant les professionnels à intégrer les dispositifs innovants que sont les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les contrats locaux de santé et hôpitaux de proximité¹⁰. De même, le souci légitime de placer l'utilisateur au cœur d'un dispositif de parcours en valorisant l'empowerment en santé et la démocratie sanitaire, pourrait se révéler essentiel en cas de nouvelle crise sanitaire.

Un exemple concret : Nathan

Nathan a 6 ans, il est en classe préparatoire, sa mère l'élève seule. Nathan est décrit comme « difficile » depuis qu'il est petit. Sa mère m'explique être dépassée par des crises de violence. Nathan voit un psychologue tous les 15 jours au centre médico-psychologique (CMP). Pendant la consultation de 20 minutes, Nathan est adorable, son visage angélique et son sourire me font penser qu'il n'y a en fait aucun problème. Il lit les mots que je lui montre, sait écrire son prénom et faire des boucles. Tout son examen est normal, en dehors des éléments que me rapporte maman : il dort très mal, fait des colères extrêmement violentes... et l'école me l'adresse. Son carnet de santé est rempli par divers médecins à chaque fois pour des viroses, ses vaccins sont à jour. Je demande à sa mère si je peux échanger avec la maîtresse de Nathan. Normalement, la médecine scolaire permet cela : comprendre ce qui se passe, ce qui se joue et où sont les difficultés d'un élève dans son cadre scolaire, écouter les enseignants qui le voient au quotidien, garantir un accès universel à la prévention. Cela n'existe quasiment plus en France, quelques centaines de médecins scolaires pour 6 millions d'élèves... L'échange avec la maîtresse permettra de comprendre les éléments : Nathan est scolarisé depuis 3 ans dans cette école. Depuis la moyenne section, les enseignants ont alerté sur les difficultés rencontrées par ce petit garçon. Nathan reste calme en général pendant une heure le matin, puis s'agite, a des accès de violences, ne tient pas en place. Dès les premières semaines, son enseignante de moyenne section de l'époque a alerté sur la situation de ce petit garçon. Nathan n'a aucun retard dans les apprentissages. L'enseignante est totalement bouleversée par les difficultés qu'elle rencontre et par le manque de soutien qu'elle ressent y compris

au sein de l'éducation nationale et de l'inspection qu'elle a alerté. Elle me dit avoir rattrapé Nathan par les mollets alors qu'il allait tomber par-dessus la rambarde d'un escalier, elle a peur. Un assistant éducatif d'élève en situation de handicap (AESH) est présent quelques heures par semaine en classe auprès de Nathan. Cette personne n'aide pas Nathan à temps plein comme préconisé par la maison du handicap (MDPH). Selon le pédopsychiatre, au centre médico-psychologique (CMP), Nathan aurait peut-être un trouble déficitaire de l'attention (TDAH) mais le traitement essayé ne l'aidera pas. Les soins prodigués par le CMP ne peuvent être suffisants comme dans la majorité de ces situations : manque de personnel, délais de rendez-vous longs, professionnels débordés, pas d'ergothérapeutes...

Une prise en soins intégrée comprend :

- un service de soins primaires de proximité qui permette à Nathan d'être suivi régulièrement, ainsi que sa famille (risque d'épuisement familial) et qui permette de coordonner le parcours de soins et de mettre en place les aides sociales ;
- une équipe de soins de santé mentale multidisciplinaire (accessible et abordable financièrement) comprenant des acteurs de soins primaires et des acteurs spécialisés médicaux et non médicaux (pédopsychiatres, psychologues, neurologues, ergothérapeutes) ;
- des acteurs médico-sociaux, dont des acteurs scolaires pour aider à l'intégration de Nathan, mais également des services sociaux en cas de mise en danger ;
- des acteurs de la municipalité permettant l'accès à des locaux scolaires adaptés (nombre d'enfants par classe, soutien scolaire) ;
- des associations de quartier pour favoriser le bien-être de Nathan et sa mère (sport, musique, etc.) ;
- des médecins et infirmiers scolaires pour aider Nathan en cas de difficultés ;
- un pharmacien de proximité pouvant prendre le temps d'effectuer l'éducation thérapeutique dans l'officine.

Commentaire : un enjeu majeur est ici la bonne coordination des acteurs de « soins primaires », de « santé publique de la ville » et « de soins secondaires », qui est inexistante dans beaucoup de pays. Lorsque j'ai fait mes

études, je pensais qu'être un bon médecin sous-entendait connaître toutes les maladies y compris les plus rares sur le bout des doigts, apprenant des livres entiers souvent inutiles. J'ai découvert en exerçant mon métier qu'être un bon médecin dépassait largement ce cadre : apprendre la relation, développer des compétences psychosociales, apprendre à reconnaître la nécessité de s'appuyer les uns sur les autres semblent être une formation au moins aussi indispensable que celle qui m'a été dispensée.

Recommandations clés : perspectives et défis

La nécessité de coordonner les soins de santé est un enjeu mondial en raison de la fragmentation accrue dans tous les systèmes de santé. Des pays comme l'Australie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ont mis en œuvre des stratégies pour améliorer la coordination et régler le problème de la fragmentation de leur système¹¹. Une coordination défailante nuit à la qualité des soins, à l'accès aux soins, aux coûts pour la collectivité, à la qualité de vie des patients et celle des soignants. Les soins primaires sont une cible essentielle à viser dans la coordination des soins parce que ce secteur est la porte d'entrée vers d'autres services de santé, et, à ce titre, les soins primaires sont bien placés pour coordonner les soins pour des cas complexes. Des expérimentations internationales ont montré l'efficacité de soins primaires forts et intégrés pour accompagner des populations vulnérables, comme le promeut actuellement le National Health Service (NHS) pour les soins de santé mentale au Royaume-Uni.

Enfin, des changements climatiques et environnementaux sont au premier plan des actualités mondiales et bouleversent les écosystèmes et la santé de tous¹². Dans une allocution devant l'Assemblée de la santé mondiale de 2020, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé a affirmé que nous ne pouvions pas nous permettre des désastres répétés de l'envergure de la Covid-19 (maladie à coronavirus 2019), qu'ils soient déclenchés par une nouvelle pandémie ou par des dommages environnementaux grandissants. Pour prévenir des préjudices plus importants causés par le changement climatique, un accent renforcé sur les soins de santé primaires se révèle indispensable et urgent.

Références bibliographiques

1. Xie E, Howard C, Buchman S, Miller FA. Agir contre le changement climatique pour un avenir plus sain. *Can Fam Physician* 2021;67(10):e269-74.

2. Unicef. Comment améliorer les soins de santé primaires pour se préparer à de futures pandémies. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : www.unicef.org/fr/recits/comment-ameliorer-les-soins-de-sante-primaires-pour-se-preparer-a-de-futures-pandemies.
3. Global Health Council. 152nd WHO Executive Board Constituency Statement: Agenda Item 5. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : <https://globalhealth.org/152nd-who-executive-board-constituency-statement-agenda-item-5/>.
4. Dagenais C, Ridde V. The Conversation. Partout dans le monde, la résilience des systèmes de santé affaiblie par les réformes néolibérales. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : <http://theconversation.com/partout-dans-le-monde-la-resilience-des-systemes-de-sante-affaiblie-par-les-reformes-neoliberales-207198>.
5. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.15.
6. Sullivan-Taylor P, Suter E, Laxton S, Oelke ND, Park E. Integrated People-Centred Care in Canada - Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes. *Int J Integr Care*. 2022;22(1):8. doi: 10.5334/ijic.5943. PMID: 35136389; PMCID: PMC8815438.
7. White F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. *Med Princ Pract*. 2015;24(2):103-16.
8. Institut national de santé publique du Québec. Déterminants de la santé. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante.
9. Nations unies. Objectifs de développement durable : 17 objectifs pour transformer notre monde. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : www.un.org/fr/exhibit/odd-17-objectifs-pour-transformer-notre-monde.
10. Marx P. La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? – Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires. *Regards* 2020;2(58):191-7.
11. Misra V, Sedig K, Dixon DR, Sibbald SL. Donner la priorité à la coordination des soins de santé primaires. *Can Fam Physician* 2020;66(6):e165-70.
12. NHS England. Integrating mental health therapy into primary care. [Cité le 26 juillet 2023]. Disponible sur : www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/integrating-mental-health-therapy-into-primary-care/.

Les pratiques en soins primaires

4.6 Pour et avec le patient

Yves Dario, Bénédicte Gombault

Depuis des années, nous nous accordons à dire qu'un patient ne peut plus être réduit à une personne qui est malade et qui subit un traitement. Il doit rester acteur de sa vie en bonne santé comme en cas de maladie et/ou en cas de perte d'autonomie. Toutefois, il persiste un fossé entre cette affirmation et la réalité, même si les choses évoluent dans le bon sens^a.

Il y a lieu d'envisager la réflexion de la place du patient dans l'aide et les soins de première ligne à différents niveaux : au niveau de la relation professionnel-bénéficiaire, au niveau des professionnels et organisations de l'aide et des soins primaires entre eux et au niveau du système de santé. Dans cet article, nous aborderons la question de la place du patient à partir de deux concepts clés : les soins centrés sur les objectifs de la personne (*goal oriented care*) et la littératie en santé des patients et des organisations.

Les soins axés sur les objectifs sont un concept relativement nouveau¹. L'idée a fait son chemin dans le cadre du développement des soins primaires.

La littératie en santé retient aussi de plus en plus l'attention et est considérée comme un facteur déterminant pour la gestion de sa santé².

Ces deux concepts sont étroitement liés à d'autres tels que les soins intégrés, le patient empowerment, les soins centrés sur la personne, l'éducation thérapeutique³.

a. Veenendaal HV, Chernova G, Bouman CM, et al. Shared decision-making and the duration of medical consultations: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2023;107:107561. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.11.003>

Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;7(7):CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>

Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1997;44(5):681-92.

Les soins centrés sur les objectifs de la personne (*goal oriented care*)

Concept

Le concept de soins centrés sur les objectifs de la personne intéresse de plus en plus de soignants en Belgique. Il s'agit d'un changement de paradigme qui implique non seulement un changement dans la relation soignant-soigné mais également entre professionnels et même au niveau du système de santé et du social⁴. Des chercheurs et des organisations se penchent sur sa mise en œuvre^b.

Patients, aidants informels et professionnels essaient de cocréer ensemble une voie efficace et humaine pour vivre avec une ou plusieurs des pathologies. C'est un processus dynamique qui tient compte du contexte du patient, de ses objectifs et préférences². Après avoir invité le patient à entrer dans la logique des « objectifs » et équilibrer la relation avec le professionnel, les objectifs peuvent être mis en place. Les étapes sont définies par le patient, le cas échéant avec un aidant proche, et le ou les professionnels de première ligne. L'évaluation régulière permet d'ajuster les objectifs et/ou les étapes là où c'est nécessaire.

Les valeurs jouent un rôle important lorsqu'on parle d'objectifs de vie^{5,6}. Différentes recherches se sont penchées sur les cadres dans lesquels définir les objectifs : objectifs fondamentaux, objectifs personnels, objectifs au niveau fonctionnel ou objectifs directement liés à une maladie ou un symptôme⁷.

Importance pour les soins primaires et effets attendus

Les patients se sentent plus écoutés lorsque les prestataires se concentrent sur leurs objectifs personnels, ce qui est susceptible d'améliorer leur expérience des soins⁸. Le fait de se concentrer sur les objectifs de santé individuels du patient peut également renforcer son implication dans son traitement et avoir un impact positif sur l'adhésion au traitement et les résultats de santé⁹.

Les praticiens qui peuvent lier plus directement leurs interventions à des résultats significatifs pour leurs patients sont susceptibles d'avoir une plus grande satisfaction professionnelle. Chez les patients présentant

b. Le département de médecine générale de Liège (Jean-Luc Belche et Isabelle Heymans) accompagne une dizaine d'organisations qui souhaitent concrétiser la démarche.

des problèmes multiples, les cliniciens bénéficient d'un cadre rationnel pour établir des priorités. La prise de décision est souvent simplifiée en se concentrant sur les résultats qui couvrent plusieurs conditions et en alignant les traitements sur des objectifs généraux centrés sur la personne plutôt que sur la maladie⁴.

Les soins axés sur les objectifs améliorent également la relation entre les prestataires de soins, les patients et leurs familles, grâce à un meilleur alignement entre les objectifs du médecin et ceux du patient. Cela encourage les cliniciens et le personnel à travailler en partenariat pour fournir des soins qui répondent aux besoins et aux priorités individuels de leurs patients³.

Leviers

Avant tout, c'est une question de changement de mentalité et de posture. L'éducation, la sensibilisation et la formation des professionnels sont indispensables.

Les soins intégrés et la collaboration entre professionnels, l'ancrage local, le système de financement, la littératie en santé sont quelques leviers potentiels pour ancrer un changement de paradigme à différents niveaux (micro, méso et macro).

Exemples

Le concept de soins centrés sur les objectifs est une dynamique qui peut s'appliquer, quel que soit le contexte. Il y a déjà beaucoup d'expertise sur le terrain sans mention explicite des soins orientés vers les objectifs de vie de la personne. Le Fonds Dr Daniel De Coninck soutient des projets pour leur permettre de développer et partager des connaissances sur le sujet sous la coordination de Jean-Luc Belche et Isabelle Heymans (département de médecine générale de l'ULiège).

Certaines organisations travaillent auprès de publics cibles tels que les personnes sans abri (infirmiers de rue), les personnes concernées par des problèmes d'assuétude (Patchwork) ou encore les personnes âgées (Senoah, Eneo), d'autres peuvent intervenir au niveau de l'organisation et de la collaboration interprofessionnelle (Fédération des maisons médicales et maisons médicales) ou au niveau local (projet d'ergothérapeutes Rgo.2) ou encore par rapport à certains métiers (médecins généralistes).

Il existe également des outils tels que le Plan personnalisé d'accompagnement qui est un outil développé dans le cadre du projet bruxellois BOOST

(*Better Offer and Organisation thanks to the Support of Tripod model*–, des soins intégrés pour les malades chroniques). Cet outil éthique construit par et pour des professionnel-le-s de la santé, afin d'envisager l'ensemble des questions qui se posent dans une situation complexe et de réfléchir aux valeurs qui sont en jeu pour toutes les personnes concernées. Cet outil est précieux lorsque les projets de soins et les projets de vie sont en tension ou en opposition.

La littératie en santé

Concept

La littératie en santé se définit comme la connaissance, la motivation et la capacité de personnes permettant d'avoir accès à des informations sur la santé, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer en vue de prendre des décisions touchant aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, ainsi que de conserver ou d'améliorer la qualité de la vie¹⁰ (page 18).

L'ensemble des recherches belges et internationales sur le sujet montre que plus d'un tiers de la population possède de trop faibles compétences en santé et, de plus, certaines catégories sont particulièrement vulnérables¹⁰.

De plus en plus d'éléments indiquent également que ces compétences limitées en santé sont liées à des comportements moins favorables à une bonne santé, à une moins bonne compréhension de la maladie, à une moins bonne manière de se soigner, à une plus faible participation aux dépistages et aux vaccinations et à un moins grand usage d'autres services préventifs. Pourtant, deux évolutions pourraient favoriser le développement des compétences en santé chez les citoyens : la tendance vers des soins plus « en dialogue » (incluant le *goal oriented care*) et l'augmentation de la disponibilité de l'information sur la santé.

Évolution

On assiste, peu à peu, à un changement de paradigme en termes de littératie en santé. On passe d'un modèle de déficit individuel à un modèle systémique. Ainsi, on met davantage l'accent sur l'adéquation entre les compétences des individus et les exigences du système de soins. La littératie en santé devient ainsi une responsabilité partagée entre les citoyens, les professionnels et organisations (littératie en santé organisationnelle) et le politique.

Le renforcement de la littératie en santé reste un grand défi ! Le passage d'une éthique technique à une éthique relationnelle dans les soins exige un processus continu de gestion du changement.

La littératie en santé invite à repenser fondamentalement la relation entre le patient et le soignant et à créer l'ouverture pour intensifier la cocréation de la santé. Et celle-ci résonne avec d'autres évolutions importantes comme l'intégration, le travail en interdisciplinarité *et l'orientation des soins de l'aide sur les objectifs du patient évoquée plus haut*.

Leviers

Une politique qui ne tient pas compte de la nature systémique d'une fracture sociale en matière de santé sera toujours à la traîne. Comme les études le montrent, l'accès aux soins et le niveau de compétences en santé sont en corrélation positive avec de nombreux autres indicateurs de bien-être et d'opportunités.

Exemples

Le Fonds Dr Daniel De Coninck investit dans la littératie en santé.

Après avoir cartographié dix pratiques internationales innovantes en 2018, il a lancé un appel à projets dans la foulée en 2019¹¹. Celui-ci lui a permis de soutenir vingt-quatre initiatives dans la première ligne¹⁰. Elles ont toutes participé au renforcement de la culture sanitaire et invité citoyens, acteurs de la santé et de l'aide sociale et « architectes » des politiques de santé à s'approprier la promotion de la santé et du bien-être.

Aujourd'hui, le Fonds poursuit son action en s'attelant à inscrire la littératie en santé dans les organisations. Il soutient et accompagne dix-huit nouveaux projets qui visent à ancrer la littératie dans la mission, la vision et le fonctionnement général des organisations.

Références bibliographiques

1. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23(1):46-51.
2. Boeykens D, Boeckstaens P, De Sutter A, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. *PLoS One* 2022;17(2):e0262843. doi: 10.1371/journal.pone. eCollection 2022.

3. Steele Gray C, Grudniewicz A, Armas A, et al. Goal-Oriented Care: A Catalyst for Person-Centred System Integration. *Int J Integr Care*. 2020;20(4):8.
4. Boeckxstaens P, Vandenbroeck. Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care. 2020.
5. Beverly EA. Incorporating comorbidity, values and preferences into clinical care guidelines designed for older adults living with type 2 diabetes. The Pennsylvania State University; 2008.
6. Naik AD, Martin LA, Moye J, Karel M. Health values and treatment goals of older, multimorbid adults facing life-threatening illness. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(3):625-31.
7. Vermunt NP, Harmsen M, Elwyn G, et al. A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. 2018;21(2):528-38.
8. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med*. 2012;366(9):777-9. doi: 10.1056/NEJMp1113631.
9. Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, et al. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Educ Couns*. 2022;105(7):1679-88. doi: 10.016/j.pec.2021.11.004. Epub Nov 16.
10. Van den Broucke S, Vandenbroeck P, Boon K, et al. Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique. 2021.
11. Vandenbroeck P, Jenné L. Renforcer la littératie en santé – Tirer les leçons de dix pratiques étrangères innovantes. 2018.

4.7 Promotion de la santé et préventions en soins primaires

Stéphanie Pin

Introduction

Le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies non transmissibles (MNT), le réchauffement climatique et ses conséquences sur la santé impactent fortement le fonctionnement et le financement de nos systèmes de santé (cf. Partie 2). Parmi les facteurs de risque des MNT, des maladies infectieuses ou des accidents, les comportements et modes de vie des individus, comme le tabagisme, la nutrition, l'hygiène des mains, jouent un rôle important. Des approches préventives sont ainsi recommandées pour réduire la survenue de ces maladies (prévention primaire), les détecter rapidement et pouvoir limiter leurs impacts en termes de comorbidité, de mortalité et de bien-être (prévention secondaire) ou permettre aux individus de maintenir leur qualité de vie en dépit de maladies (prévention tertiaire¹⁻³).

La prévention s'insère dans une perspective plus large de promotion de la santé ; il s'agit de permettre aux populations de contrôler et d'améliorer leur santé par l'acquisition ou le renforcement de compétences individuelles et en leur garantissant les conditions politiques, économiques, sociales et environnementales favorables à une bonne santé⁴. La santé est en effet déterminée non seulement par les prédispositions génétiques, des caractéristiques individuelles telles que l'âge ou le sexe, ou des comportements, mais également par des déterminants sociaux et environnementaux, comme l'éducation, l'emploi ou l'aménagement du territoire. Ces derniers dépendent d'autres politiques que les politiques de santé.

La promotion de la santé met finalement l'accent sur le renforcement du pouvoir d'agir des individus et des communautés en faveur de leur santé et de leur bien-être. La notion d'*empowerment* est centrale dans les stratégies de promotion de la santé et de prévention (PSP) et rejoint le souhait des patients d'être considérés comme des acteurs de leur prise en charge.

Réorienter les soins primaires

Si la promotion de la santé dépasse le secteur sanitaire, l'intégration dans les milieux de soins, et en particulier dans les soins primaires, est

primordiale^{1,5,6}. La déclaration d'Alma-Ata incluait déjà dans la définition des soins de santé primaires l'éducation pour la santé et la prévention de facteurs de risque de maladies^{7,8}.

Les professionnel·les de soins primaires sont des acteurs·trices clés de PSP^{9,10}. Par leurs contacts fréquents avec les patients, leur légitimité, ils peuvent non seulement répondre aux demandes de soins, mais également s'inscrire dans une démarche préventive, adaptée aux âges et spécificités de leur patientèle¹¹. Par leurs collaborations interprofessionnelles, les acteurs de soins primaires peuvent faciliter des actions sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple en détectant une situation économique précaire, des violences intrafamiliales ou un besoin d'aide sociale et en orientant vers les ressources adéquates. La coordination et la coopération, soutenues ou pas par des dispositifs formels (réseau, plan de soins partagés, etc.), entre les différent·es professionnel·les sont alors primordiales⁹. Par leur ancrage communautaire, les professionnel·les peuvent enfin être des interlocuteurs privilégiés des autorités locales ou de la population, et développer ou favoriser des mesures visant à créer des environnements favorables à la santé ou à réduire les inégalités sociales de santé¹².

Bonnes pratiques de PSP

Les objectifs de PSP en soins primaires varient selon le profil et les besoins des personnes. Basées sur une vaste littérature, des recommandations existent et fournissent des indications aux professionnel·les pour mettre en œuvre des interventions dont l'efficacité et la pertinence ont été prouvées^{3,5,13}. Par exemple, le programme EviPrev¹³ adapte au contexte suisse les recommandations de prévention internationales et celles des sociétés scientifiques suisses. Régulièrement réévaluées et adaptées, celles-ci sont destinées aux 18 à 75 ans et sont classées, pour chacune des interventions (par exemple, tabagisme, comportement sexuel, dépistage du cancer du poumon, dépistage de la dépression), selon l'âge, le sexe, certains facteurs de risque et la force de la recommandation ou de l'évidence. EviPrev indique également les interventions préventives pour lesquelles il n'y a pas de preuves d'efficacité.

Certaines interventions de PSP peuvent être réalisées auprès de tous les patient·es. Si la vaccination constitue une des mesures emblématiques de prévention primaire, des conseils en matière d'hygiène, sur l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool, par exemple, figurent parmi les bonnes pratiques. Les professionnel·les de soins primaires peuvent

également réaliser ou encourager de manière proactive le dépistage de certaines pathologies auprès de groupes de population qui, en fonction de leur âge, de leur sexe ou de leurs comportements, présentent un risque accru de les développer (par exemple, dépistage du cancer colorectal dès 50 ans, dépistage du cancer du poumon pour les fumeurs et ex-fumeurs¹).

Les professionnel·les de soins primaires peuvent aussi détecter des facteurs cliniques (par exemple, hypertension ou glycémie élevée/diabète) ou comportementaux (par exemple, comportement sexuel à risque, tabagisme ou sédentarité), augmentant le risque de développer certaines maladies, et soutenir leurs patient·es dans le maintien ou l'adoption de modes de vie favorables. Ces interventions préventives sont également efficaces quand les maladies sont diagnostiquées, pour prévenir leur aggravation, réduire le risque de comorbidités et maintenir un bon niveau de qualité de vie¹. Elles revêtent des formes multiples : information/sensibilisation, soutien à l'autogestion, entretiens motivationnels, etc. Des programmes d'éducation thérapeutique du patient, intégrant des conseils et un suivi individuel, des séances collectives d'information et/ou des ateliers pratiques (par exemple, diététique, exercice physique), peuvent être proposés.

Dans tous les cas, les interventions de PSP sont d'autant plus efficaces qu'elles s'inscrivent dans une perspective positive de renforcement et d'encouragement des personnes à poursuivre ou à modifier leurs habitudes de vie¹⁴. La capacité à fournir des conseils adaptés au niveau de littératie de la personne, à son degré de motivation, à ses capacités physiques, à sa situation socio-économique et personnelle est un facteur de succès. Les professionnel·les de soins primaires peuvent s'appuyer sur des outils développés pour guider la décision ou faciliter le dialogue avec les patients (cf. 4.6 Pour et avec le patient).

Selon les cas, l'appui ou l'orientation sur des ressources communautaires sont nécessaires⁹. Une bonne connaissance des compétences d'autres professionnel·les de santé, paramédicaux ou sociaux, est nécessaire, comme celle des organismes actifs en PSP au niveau local (cf. 4.3 Les soins primaires, le cœur d'une organisation territoriale). Le relais vers d'autres prestations peut être formalisé par des bons de délégation ou des prescriptions qui peuvent avoir un caractère plus incitatif. Le sport sur ordonnance, mis en place dans plusieurs pays, est un bon exemple de ce type de collaboration¹⁵. Ainsi, en France, depuis le décret du 1^{er} mars 2017, les médecins traitants peuvent prescrire une activité physique adaptée (APA) à leurs patients sédentaires présentant une affection de longue durée (obésité, diabète, pathologie cardiovasculaire notamment) afin de lutter

contre la sédentarité et d'améliorer leur qualité de vie. Cette activité est délivrée par différent·es intervenant·es : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, spécialistes en APA, etc¹⁵.

Enfin, les professionnel·les peuvent jouer un rôle important pour favoriser la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques, en partenariat avec leurs patient·es. Les interventions de PSP mises en œuvre doivent en effet s'inscrire en cohérence avec et soutenir les politiques publiques, de santé ou dans d'autres secteurs, qui contribuent à créer des environnements favorables à la santé. Les professionnel·les peuvent ainsi être des acteur·trices importants pour mettre sur l'agenda politique des thématiques de santé publique ou soutenir des projets législatifs, comme ce fut le cas récemment en Suisse pour réguler la publicité sur les produits du tabac ou pour renforcer les actions en termes de durabilité par exemple (cf. 2.2 Dimension politique des soins primaires).

Au niveau local et communautaire, les professionnel·les de soins primaires peuvent également, par des collaborations avec les acteurs politiques et le réseau socio-sanitaire, contribuer à favoriser l'accès aux soins ou à développer des aménagements ou des dispositifs adaptés aux besoins de santé des populations^{5,16}. Ils peuvent favoriser une meilleure implication des patient·es non seulement dans les décisions concernant leur prise en charge, mais aussi dans l'élaboration d'interventions de PSP ou dans la gouvernance des organisations de soins primaires ou des politiques de santé publique¹⁶ (cf. chapitre 4.6 Pour et avec le patient).

Voici des exemples d'interventions innovantes de PSP en soins primaires :

- Réalisation régulière de bilan de santé chez une personne asymptomatique, adapté selon l'âge et selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur : conseils sur les habitudes de vie (tabac, activité physique, alimentation, etc.), dépistages (cancers, maladies sexuellement transmissibles, maladies cardiovasculaires, etc.), vaccins, traitements préventifs¹³.
- Visites préventives à domicile chez les jeunes enfants ou chez les seniors par des infirmier·ères et/ou des équipes pluriprofessionnelles, assorties ou non d'ateliers de groupe (sur la prévention des chutes ou l'alimentation du jeune enfant par exemple).
- Action de santé libérale en équipe (Asalée, France) : coopération entre médecins généralistes et infirmier·ères pour le suivi et l'éducation thérapeutique des personnes souffrant de maladies chroniques, par exemple des personnes présentant un diabète¹¹.

- Détection précoce de problèmes de santé mentale en maisons de santé pluriprofessionnelles par une collaboration entre médecins de premier recours et équipes spécialisées en psychiatrie⁹ (cf. aussi chapitre 2.6 - Santé mentale et soins primaires).
- Au niveau communautaire, plusieurs possibilités de collaborations entre des maisons de santé et des équipes de soins primaires pluriprofessionnelles et les habitant-es ou patient-es¹⁶, par exemple organisation de groupes de travail pour adapter les outils de prévention, co-organisation d'ateliers santé ou de conférences (sur le dépistage des cancers, l'alimentation, les écrans, etc.).

Freins/barrières au déploiement

Les soins primaires restent encore fortement marqués par des approches curatives. Plusieurs programmes de formation continue en PSP sont proposés aux professionnel·les de soins primaires, à l'instar du programme PAPRICA pour favoriser la promotion de l'activité physique au cabinet¹⁷. La PSP reste toutefois insuffisamment intégrée dans la formation initiale des professionnel·les de soins primaires (cf. 4.15 La formation en soins primaires).

L'intersectorialité est primordiale pour favoriser l'adoption de modes de vie sains en agissant sur d'autres facteurs que les comportements individuels. Ainsi, des conseils sur l'alimentation peuvent se heurter aux capacités financières des patients à obtenir certaines denrées, comme les fruits ou les légumes, ou des aliments de bonne qualité. Or, les collaborations interprofessionnelles et la participation des professionnel·les de soins primaires à des actions communautaires sont insuffisamment développées dans les pays francophones. La mise en œuvre de politiques et d'interventions intersectorielles dépend fortement de modifications réglementaires et organisationnelles qui sont difficiles à opérer dans un contexte où les acteur·trices publics et privés sont multiples et leurs intérêts souvent divergents.

Le financement constitue un autre obstacle à l'intégration de la PSP dans les soins primaires. Les actes de PSP sont peu valorisés, peu, voire pas, remboursés par les assurances obligatoires. En France, la mise en place, pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, de modes de rémunération forfaitaires, complémentaires au paiement à l'acte, apparaît pourtant significativement associée à une amélioration des pratiques de prévention¹⁸.

Recommandations

Le renforcement des connaissances et compétences des professionnel·les au moyen de formations prégrade et postgrade et d'outils adaptés aux pratiques est indispensable pour favoriser l'intégration de la PSP dans les soins primaires. Les professionnel·les devraient ainsi être en capacité d'identifier les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la santé physique et mentale; d'adapter les objectifs et mesures en fonction des besoins, attentes et capacités des personnes; de valoriser et de renforcer leurs compétences afin de leur donner davantage de contrôle sur leur santé, par exemple dans le cadre d'entretiens motivationnels dans le cadre d'entretiens motivationnels.

La collaboration interprofessionnelle devrait être favorisée par le déploiement de plans de prévention ou de soins partagés ou par la mise en place d'espaces physiques ou virtuels de travail collaboratif (cf. 4.12 - La collaboration interprofessionnelle). Des modifications réglementaires sont nécessaires pour favoriser la mise en œuvre de politiques et interventions intersectorielles. Enfin, des modes de financement forfaitaire ou par capitation semblent plus adaptés qu'un financement à l'acte. Ils permettent notamment de valoriser des interventions de PSP délivrées par des professionnel·les hors du champ sanitaire (par exemple les spécialistes en APA).

Conclusion

Le renforcement de la PSP dans les soins primaires est une évolution indispensable pour répondre aux enjeux actuels et futurs de santé publique. Les professionnel·les de soins primaires intègrent déjà des actions de prévention dans leurs pratiques, notamment face à des personnes présentant des MNT ou des facteurs de risque. La formation et le recours à des outils de soutien au changement de comportement doivent toutefois être améliorés. Les soins primaires peuvent également être des leviers importants de mobilisation communautaire et de plaidoyer pour des milieux de vie sains et durables.

Références bibliographiques

1. Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique. Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours: Rapport du Groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » de la CDS et de l'OFSP. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP; 2012.

2. Steinle S, Müller P, Quinto C, Weil B. Efficacité et coûts de la prévention. Bulletin des médecins suisses 2021;102(45):1475-7.
3. Widmer D, Herzig L. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille?. Rev Med Suisse 2014;10(430):1052-6.
4. Organisation mondiale de la santé, ministère canadien de la Santé et Bien-être social, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa; 1986.
5. Moyal A, Bergeron H. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. Presses de Sciences Po 2019;76 p.
6. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.2018: 46 p.
7. Crismer A, Belche JL, Vennet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. Santé publique 2016;28:375.
8. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. Switzerland; 1981.
9. Leys M. Santé mentale : dans la première ligne. Exemples internationaux. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2021.
10. Schaller P, et al. Centre de santé de soins primaires : à quoi ressemblera-t-il dans le futur?. Rev Med Suisse 2021;17(738):934-8.
11. Gilles De La Londe J, et al. La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée. Questions d'économie de la santé (IRDES) 2021;264:1-8.
12. Réseau français Villes Santé. Améliorer l'offre et l'accès aux soins primaires : Recueil d'actions de Villes-Santé. Rennes: RfVS-OMS; 2021.
13. Jacot Sadowski I, Boesch A, Biedermann A, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. Forum Med Suisse 2021.
14. Haugan G, Eriksson M. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research. Cham (CH): Springer Copyright 2021; 2021.
15. Nau JY. Sport : savoir oser le prescrire sur ordonnance. Rev Med Suisse 2018;14(626):2034-5.
16. Cachard J. Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire?. Rev Fr Aff Soc 2020;1:143-65.
17. Bize R, Spring J, Pin S, et al. Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Bilan quinze ans après le lancement de la formation PAPRICA. Rev Med Suisse 2023; 19(849):2114-2117.
18. Mousques J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'ENMR. Quest Econ Santé (IRDES) 2015;211:1-6.

4.8 La gestion de cas : une approche de coordination pertinente pour la collaboration interprofessionnelle permettant le déploiement de soins intégrés

Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard

Le chapitre 2.3 sur les soins intégrés indique que 18 % des personnes suivies en soins primaires présentent des besoins complexes, c'est-à-dire qu'elles font face à des défis impliquant des interactions multiples entre les dimensions physique, mentale et sociale de la santé¹, les mettant ainsi à risque d'iniquité en santé avec des répercussions négatives importantes^{2,3}. Ce chapitre propose les soins intégrés comme une réponse adaptée et efficace, tout en suggérant, pour y arriver, des stratégies opérationnelles dans la pratique des soins primaires en portant une attention particulière aux perspectives et à l'organisation de l'équipe de soins et de son réseau.

Le présent chapitre aborde plus spécifiquement la gestion de cas, une approche interprofessionnelle structurée pour offrir des soins mieux intégrés aux personnes avec des besoins complexes⁴. La situation de Mme Martin permet d'illustrer de façon concrète à qui peut s'adresser ce genre d'approche, comment elle se définit, et comment elle peut se déployer en soins primaires.

Mme Lucie Martin, une personne avec des besoins complexes

Mme Martin, une femme de 52 ans, vit avec un conjoint ayant un problème d'alcool qui devient violent physiquement lorsqu'il consomme. Elle est très isolée socialement et reçoit un revenu minimal du gouvernement. Elle souffre de différents problèmes de santé physique et mentale dont une maladie pulmonaire obstructive chronique (tabagisme de longue date), une douleur lombaire chronique secondaire à de l'arthrose, de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie et de l'anxiété. Elle a dû être hospitalisée quatre fois au cours de la dernière année (surinfection pulmonaire à deux reprises, crise hypertensive et pyélonéphrite) et a visité l'urgence six fois dans la même période (lors de ses quatre hospitalisations et à deux occasions supplémentaires pour de l'anxiété face à des crises du

conjoint). Ce profil d'utilisation de services se répète depuis quelques années. Elle se sent seule et demeure très fermée à partager son vécu, exprimant principalement une grande souffrance au dos, qui demeure difficile à soulager.

Malgré plusieurs visites chez différents spécialistes (pneumologue, spécialiste en médecine interne, etc.) et un suivi adéquat par son équipe de soins primaires, ces professionnels travaillent plutôt en silos, personne n'est au courant du contexte difficile dans lequel vit Mme Martin et chacun se sent impuissant devant cette souffrance qui demeure intense malgré des traitements qui semblent optimaux, tant pour la douleur que pour l'hypertension. Sa prise d'inhalateurs erratique demeure un mystère puisqu'on lui a bien expliqué les traitements entourant sa maladie pulmonaire et qu'elle semble avoir bien compris. Pourquoi est-ce si complexe pour une équipe interprofessionnelle de répondre aux besoins de Mme Martin? Est-ce qu'on pourrait lui offrir d'autres services?

En plus d'une multimorbidité de santé physique⁵, Mme Martin souffre également d'un trouble de santé mentale et vit dans un contexte socio-économique difficile. L'interaction entre ces trois dimensions de la santé occasionne des besoins plus complexes qu'une personne ayant seulement quelques problèmes de santé physique par exemple⁶. En effet, le fait qu'elle vive une situation sociale de violence peut exacerber son anxiété qui, à son tour, peut avoir un impact sur l'intensité de sa douleur lombaire ou sur son hypertension (crises hypertensives coïncidant avec des pics d'anxiété). Cette situation peut également diminuer sa capacité à s'investir pleinement pour améliorer sa santé comme cesser le tabagisme ou prendre ses inhalateurs adéquatement. Ainsi, malgré une attention et un suivi optimal pour ses problèmes de santé physique, ses besoins sociaux non comblés ont un impact important sur sa santé mentale et sa santé globale et son équipe de soins et le système de santé demeurent impuissants à bien répondre à ses besoins. Mme Martin demeure souffrante moralement et physiquement. Mais est-ce que la gestion de cas pourrait aider Mme Martin?

La gestion de cas : un processus collaboratif efficace

Plusieurs revues de littérature ont documenté l'efficacité de la gestion de cas pour différents types de clientèles. Par exemple, une revue Cochrane a démontré qu'elle était efficace pour améliorer plusieurs enjeux de santé pertinents (amélioration du fonctionnement social, réduction des

hospitalisations) pour les personnes vivant avec des problèmes sévères de santé mentale et serait particulièrement utile dans le sous-groupe de ceux ayant de nombreuses hospitalisations (environ quatre jours par mois dans les deux années précédentes)⁷. Une revue systématique évaluant la gestion de cas pour des personnes atteintes de démence a documenté des résultats globalement positifs surtout en lien avec une amélioration de la qualité de vie, modulés en fonction de l'intensité de la gestion de cas et sa capacité d'intégration des services⁸.

Plusieurs revues systématiques ont également rapporté des résultats intéressants pour des personnes utilisant fréquemment les services de santé, comme Mme Martin. Althaus et al. ont conclu que la gestion de cas améliorait des problématiques cliniques et sociales⁹. Kumar et al. ont noté que la majorité des résultats documentés soulevaient des bénéfices découlant de la gestion de cas¹⁰. Finalement, Soril et al. ont affirmé que, parmi différents types d'interventions, la gestion de cas apportait les résultats les plus démontrés et généraient des économies modérées¹¹. Une synthèse de la littérature de Hudon et al. allait également dans le même sens¹².

Si la gestion de cas est efficace, de quoi s'agit-il et comment est-elle mise en pratique? La gestion de cas est un « processus collaboratif d'évaluation, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et de plaidoyer pour offrir des options et des services afin de répondre aux besoins globaux de la personne et de sa famille, par la communication et l'utilisation optimale des ressources, pour promouvoir la sécurité de la personne, sa qualité de vie, et des résultats de santé favorables à moindre coût » (traduction libre)¹³. Ce processus est guidé par une ou un gestionnaire de cas dont le rôle est de développer une relation avec la personne et ses proches, de s'assurer que les différentes étapes se passent bien, et d'interpeller et de favoriser une bonne communication avec les divers acteurs clés de l'équipe de soins primaires et du réseau de partenaires tant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire¹⁴. La ou le gestionnaire de cas peut être une professionnelle ou un professionnel de soins primaires de la santé ou social occupant ce rôle à temps plein ou l'intégrant dans une partie de sa pratique (parfois alors qualifié d'intervenant-pivot).

Le Réseau national de gestion de cas du Canada propose six standards pour guider la pratique de gestion de cas, présentés dans le tableau 1¹⁵.

Tableau 1. Six standards pour guider la pratique de la gestion de cas

Fonctions principales de la gouvernance
1) Déterminer et vérifier l'admissibilité de la personne (critères de repérage)
2) Évaluer ses besoins en incluant ses proches
3) Documenter ses buts et priorités
4) Planifier et ajuster les services en développant un plan de services individualisé qui inclut l'éducation et le soutien à l'autogestion
5) Suivre ses progrès et ses besoins
6) Soutenir ses transitions de soins

Lors de l'évaluation des besoins, la ou le gestionnaire de cas doit revoir les services déjà offerts à la personne et élaborer des stratégies pour pouvoir lui offrir ceux pouvant l'aider selon sa situation¹⁴. D'autres processus collaboratifs peuvent se rapprocher de celui de gestion de cas dont l'aide à la navigation¹⁶, qui est incluse dans la gestion de cas mais qui n'inclut pas l'ensemble de ces six dimensions.

La gestion de cas implique souvent de mettre en commun les objectifs des divers programmes des organisations de santé, notamment divers services hospitaliers, et des partenaires communautaires, dont les missions et objectifs singuliers peuvent créer des silos peu orientés vers l'intégration des soins pour les personnes ayant des besoins complexes. La gestion de cas ne peut contribuer à l'intégration des soins qu'avec une transformation organisationnelle menant à un système de santé et de services sociaux plus intégré¹⁷. Au niveau interorganisationnel, il y a donc lieu de concerter tous les partenaires et organisations de santé autour de la gestion de cas pour favoriser l'apprentissage et la compréhension de la valeur ajoutée que chacun peut y apporter et augmenter la relation synergique entre eux^{18,19}. Le plan de services individualisé constitue un outil important pour favoriser une vision commune des soins axée sur la personne, l'échange d'informations, et les efforts concertés¹⁹.

Comment optimiser l'impact de la gestion de cas en soins primaires?

La gestion de cas est une intervention complexe, c'est-à-dire qu'elle inclut plusieurs composantes qui interagissent de manière non linéaire et son

efficacité est largement influencée par le contexte dans lequel elle est menée^{20,21}. Son impact peut donc varier selon les ingrédients clés mis de l'avant et selon le contexte.

L'importance d'identifier les personnes qui ont le plus de chances de bénéficier de la gestion de cas a été bien documentée²², et apparaît comme une condition essentielle²³. Alors que plusieurs personnes seraient satisfaites de recevoir une telle intervention et pourraient en bénéficier, le besoin en ressources humaines et le coût associé exigent d'interpeller les personnes avec les besoins les plus complexes pour observer un ratio coût/efficacité intéressant. Bien que le jugement des équipes cliniques soit utile et pertinent pour identifier ces personnes, il est suggéré d'y combiner des critères objectifs²⁴ comme un nombre de visites à l'urgence par exemple et/ou une mesure de la complexité. Le questionnaire autoadministré INTERMED a été développé et validé pour évaluer la complexité bio-psycho-sociale d'une personne²⁵. Bien que très utile en recherche²⁶, le temps requis pour le compléter (au moins 15 minutes) peut limiter son utilisation par des équipes cliniques. La version courte d'INTERMED peut s'avérer une alternative intéressante. L'outil CONECT-6 (Complex NEeds Case-finding Tool-6), comprenant six questions oui ou non qui se complètent en deux minutes, peut aussi être combiné à un nombre de visites à l'urgence dans la dernière année et au jugement de l'équipe clinique²⁷⁻³¹. Une personne ayant visité l'urgence trois fois ou plus dans la dernière année avec un CONECT-6 positif (deux oui ou plus) est considérée comme ayant des besoins complexes par son équipe traitante, a de très fortes chances d'avoir effectivement des besoins complexes. Un CONECT-6 négatif exclut des besoins complexes à 95 %.

L'intensité de l'intervention apparaît également comme une caractéristique importante de la gestion de cas, de même qu'une bonne intégration des soins entre les professionnelles, professionnels et partenaires^{22,23}. Ainsi, une intensité d'intervention suffisante pour améliorer les résultats de santé chez les personnes correspondrait à une charge de cas (caseload), soit le nombre de personnes suivies par un même gestionnaire de cas, moindre, avec des rencontres avec la personne en face à face fréquentes²³. L'intégration des soins requiert également des rencontres interdisciplinaires fréquentes³², une coordination des activités de soins interdépendantes, de même que des systèmes d'information clinique partagés¹⁴ permettant des échanges efficaces.

La capacité de la ou du gestionnaire de cas de développer une relation de confiance avec la personne est un mécanisme central de la gestion

de cas³³. Cibler une professionnelle ou un professionnel démontrant de bonnes qualités interpersonnelles, puis soutenir la formation et le développement de ses compétences en gestion de cas (formation initiale et participation à une communauté de pratique) sont des étapes clés. Dans un contexte où une ou un gestionnaire de cas accessible et qualifié prodigue des soins globaux en maintenant des interactions positives avec la personne, le développement d'une relation de confiance favorise l'engagement des deux individus. La personne et les professionnelles et professionnels de la santé se sentent soutenus, respectés, engagés; la personne se sent moins anxieuse, plus sécurisée, et mieux habilitée à prendre soin de sa santé, générant des résultats de santé positifs³³.

Comment ces principes pourraient se traduire pour Mme Martin?

Revenons maintenant à la situation de Mme Martin, dans un scénario où son équipe de soins primaires inclut une infirmière gestionnaire de cas qui travaille en étroite collaboration avec son médecin de famille et les autres professionnelles et professionnels de l'équipe. La composition de l'équipe de soins primaires (par exemple, présence ou non d'une intervenante ou intervenant social et d'autres professionnelles et professionnels) ainsi que la qualité du travail d'équipe auront une influence sur le travail de la ou du gestionnaire de cas. En effet, il est aidant pour le travail d'équipe que les professionnelles et professionnels aient des moments formels ou informels pour se parler et développer leur relation professionnelle¹⁴ et de proposer un plan de services intégré axé sur le projet de vie de la personne³⁴. La possibilité d'obtenir ou non un service directement dans la clinique orientera la recherche et la coordination de services à l'extérieur de la clinique.

Mme Martin, ayant eu six visites à l'urgence dans la dernière année, un CONECT positif et ses besoins étant considérés complexes par son équipe de soins primaires, est une bonne candidate pour rencontrer la gestionnaire de cas. Son médecin de famille lui offre de rencontrer cette ressource et lui explique sommairement les bénéfices escomptés et Mme Martin accepte une première rencontre. En gardant toujours le cap sur les priorités de cette dernière (soulager sa souffrance), la gestionnaire de cas développe progressivement, au fil des mois, une relation de confiance avec Mme Martin qui finit par lui parler de son mari et de la situation difficile qu'elle vit à la maison. Cette confiance permet d'offrir les services

d'une intervenante sociale que Mme Martin finit par accepter et d'ajuster le plan de services individualisé en conséquence, incluant la référence à une ressource communautaire pour femmes victimes de violence conjugale. Tout en favorisant une meilleure coordination entre l'ensemble des professionnelles et professionnels pour l'ensemble de ses problèmes de santé (ajustement de la médication antihypertensive avec le pharmacien communautaire, suivi par la clinique des maladies pulmonaires, etc.), l'accès rapide à la gestionnaire de cas en cas de détérioration et sa relation de confiance avec elle permettent de mieux répondre à l'ensemble des besoins de Mme Martin, incluant ses besoins sociaux, et à améliorer son bien-être global.

Références bibliographiques

1. Feely A, Lix L M, Reimer K. Estimating multimorbidity prevalence with the Canadian Chronic Disease Surveillance System. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2017;37(7):215-22.
2. Marmot M. An inverse care law for our time. *BMJ* 2018;362:k3216.
3. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(12):2437-48.
4. Harkey J, Young J, Carter JJ, Demoratz M. Supporting the Support System. How Assessment and Communication Can Help Patients and Their Support Systems. *Prof Case Manag* 2017;22(4):174-80.
5. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity. *Eur J Gen Pract* 1996;2(2):65-70.
6. Hudon C, Chouinard MC, Bayliss E, Nothelle S, Senn N, Shadmi E. Challenges and next steps for primary care research. *The Ann Fam Med* 2018;16(1):85-6.
7. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1(1):CD007906.
8. Somme D, Trouve H, Dramé M, Gagnon D, Couturier Y, Saint-Jean O. Analysis of case management programs for patients with dementia: A systematic review. *Alzheimers Dement* 2012;8(5):426-36.
9. Althaus F, Paroz S, Hugli O, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2011;58(1): 41-52.e42.
10. Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med* 2013;44(3):717-29.

11. Soril LJJ, Legget LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of intervention. *PLoS One* 2015;10(4):e0123660.
12. Hudon C, Chouinard MC, Lambert M, Dufour I, Krieg C. Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. *BMJ Open* 2016;6(9):e012353.
13. Case Management Society of America. What is case management? 2023. [Consulté le 14/02/2023] Disponible sur : <<https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>>.
14. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for high-need, high-cost patients: what makes for a successful care management program? *Issue Brief (Commonw Fund)* 2014;19:1-19.
15. National Case Management Network of Canada. Canadian Standards of Practice for Case Management. 2009. [Consulté le 14/02/2023]. Disponible sur : <<https://ncmn.wildapricot.org/resources/documents/english%20standards%20for%20web.pdf>>.
16. Kokorelias KM, Shiers-Hanley JE, Rios J, Knoepfli A, Hitzig SL. Factors Influencing the Implementation of Patient Navigation Programs for Adults with Complex Needs: A Scoping Review of the Literature. *Health Serv Insights* 2021;14:11786329211033267.
17. Schrijvers G, Somme D. Case-Managers and Integrated Care. In: Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E, editors. *Handbook Integrated Care*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 55-71.
18. Ahmed OI. Disease Management, Case Management, Care Management, and Care Coordination: A Framework and a Brief Manual for Care Programs and Staff. *Prof Case Manag* 2016;21(3):137-46.
19. Chouinard MC, Bisson M, Danish A, et al. Case management programs for people with complex needs: towards better engagement of community pharmacies and community-based organizations. *PLoS One* 2021;16(12):e0260928. Accepted with revisions.
20. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321(7262):694-6.
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.
22. Hudon C, Chouinard MC, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare Services: a thematic analysis review. *BMJ Open* 2017;7(10):e017762.
23. Hudon C, Chouinard MC, Pluye P, et al. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2019;17(5):448-58.

24. Freund T, Gondan M, Rochon J, et al. Comparison of physician referral and insurance claims data-based risk prediction as approaches to identify patients for care management in primary care: an observational study. *BMC Fam Pract* 2013;14:157.
25. van Reedt Dortland AKB, Peters LL, Boenink AD, et al. Assessment of Biopsychosocial Complexity and Health Care Needs: Measurement Properties of the INTERMED Self-Assessment Version. *Psychosom Med* 2017;79(4):485-92.
26. Hudon C, Bisson M, Dubois MF, et al. CONECT-6: a case-finding tool to identify patients with complex health needs. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):157.
27. De Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin North Am* 2006;90(4):679-92.
28. De Jonge P, Hoogervorst ELJ, Huyse FJ, Polman CH. INTERMED: a measure of biopsychosocial case complexity: one year stability in Multiple Sclerosis patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(2):147-52.
29. Fischer CJ, Stiefel FC, De Jonge P, et al. Case complexity and clinical outcome in diabetes mellitus. A prospective study using the INTERMED. *Diabetes Metab* 2000;26(4):295-302.
30. Koch N, Stiefel F, De Jonge P, et al. Identification of case complexity and increased health care utilization in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001;45(3):216-21.
31. De Jonge P, Bauer I, Huyse FJ, Latour CH. Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. *Psychosom Med* 2003;65(4):534-41.
32. McEvoy P, Escott D, Bee P. Case management for high-intensity service users: towards a relational approach to care co-ordination. *Health Soc Care Community* 2011;19(1):60-9.
33. Hudon C, Chouinard MC, Aubrey-Bassler K, et al. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Realist Synthesis. *Ann Fam Med* 2020;18(3):218-26.
34. Hudon C, Chouinard MC, Bisson M, et al. Case Management Programs for Improving Integrated Care for Frequent Users of Healthcare Services: An Implementation Analysis. *Int J Integr Care* 2022;22(1):11.

4.9 Santé écoresponsable : perspectives générales pour la transformation des soins primaires

Ségolène de Rouffignac, Hélène Dispas

Qu'est-ce que la « santé écoresponsable » ?

Les trois piliers du développement durable, tels que définis à l'initiative de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'ONU en 1987, sont la croissance économique, la protection de l'environnement et l'inclusion sociale¹. Ce triple objectif est souvent oublié en ne gardant que l'environnement comme seule perspective. Pourtant l'équilibre entre ces trois notions est fondamental. Certes ce modèle peut être critiqué si l'objectif principal est le développement vu comme la croissance. En effet, W. Steffen a démontré la corrélation entre la vitesse de l'accroissement économique et celle de la dégradation de l'environnement². De plus, la croissance économique augmente les inégalités économiques³. Or les inégalités sont corrélées à un mauvais état de santé de la population⁴. Le « développement économique » n'est-il donc pas en contradiction avec la « santé » et le « durable » ? Au-delà de cette interrogation, la concertation autour du développement durable a eu le mérite d'aboutir à un « Programme 2030 pour le développement durable » adopté par 195 États, dont la Belgique, à l'Assemblée générale des Nations unies en 2015. Ce programme comprend 17 objectifs qui intègrent les trois dimensions du développement durable : économique, social et environnemental. La transition écologique, mouvement largement répandu, soutient cette évolution vers un nouveau modèle de société réellement durable et solidaire. Bien qu'actuellement considéré comme performant, notre système de santé est un système de plus en plus coûteux et polluant, épuisant les ressources y compris humaines (personnel soignant) et inadéquat face aux iniquités en santé⁵⁻¹⁴. Il est et sera lourdement impacté par les changements à venir et sa résilience est à construire. La question n'est donc pas de savoir si le changement aura lieu ou pas mais bien d'activement entrer en transition plutôt que de subir de manière passive les changements. Prôner une santé écoresponsable, c'est-à-dire durable, signifie donc bâtir un système de santé économiquement viable, socialement équitable et respectueux de notre environnement.

Mener une politique de soins de santé primaire : la solution durable de demain

La nécessité d'instaurer une politique de soins basée sur les soins de santé primaire est connue et défendue depuis de nombreuses années par l'Organisation mondiale de la santé (déclaration d'Alma-Ata : « Soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » et déclaration d'Astana)¹⁵⁻¹⁷. Si certains pays se sont emparés de ce principe pour en faire une réalité, force est de constater que beaucoup d'autres ont continué de fonctionner dans une autre logique : celle de l'hospitalo-centrisme, et de la médecine de plus en plus technologisée et spécialisée.

Les soins de santé primaires semblent pourtant les plus adaptés aux défis environnementaux, économiques et humains. Une des caractéristiques en première ligne est d'avoir des patients présentant des plaintes aspécifiques ou à des stades précoces de leur maladie¹⁸. La culture du médecin généraliste est donc basée sur la gestion du doute¹⁸, la logique de probabilités et une attitude attentiste se reposant principalement sur l'anamnèse et l'examen clinique. Le degré de technologisation y est bien moindre que dans les structures hospitalières. Chercher la certitude amène à la prescription d'examens complémentaires qui ont un prix, non seulement écologique et financier, mais aussi parfois humain, car tout acte médical comporte des risques. La prévention quaternaire défendue par les soins primaires vise à « identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables¹⁹ ». De plus, la première ligne a un rôle à jouer dans la récolte des informations épidémiologiques et peut signaler, voire anticiper, l'émergence d'un problème sanitaire en corrélant les données environnementales, sociales et sanitaires (comme pour la déclaration de l'épidémie annuelle de la grippe). Une meilleure intégration de la santé publique sur le terrain des soins primaires pourrait à l'avenir s'avérer cruciale pour faire face à des épidémies émergentes ou des problèmes de grande ampleur tels que des catastrophes naturelles ou des vagues de chaleur par exemple. Enfin, la proximité géographique réduit les déplacements et permet aux patients comme aux professionnels de santé une mobilité douce pour se rendre dans la pratique. À noter que promouvoir cette accessibilité géographique nécessite une bonne répartition de l'offre de soins. Certains pays prônent un libre choix du patient pour son médecin traitant tandis que d'autres imposent une affiliation à un médecin traitant disponible le plus proche.

Des politiques de lutte contre la désertification des zones rurales sont parfois mises en place.

On peut dire par analogie que les soins primaires correspondent à la logique actuelle du « local, moindres déchets, et low-tech ». Promouvoir la transition vers une santé durable, c'est donc militer pour renforcer les soins de santé primaires tout en plaçant l'écoresponsabilité des soins au centre du débat²⁰.

Un changement culturel majeur à opérer

Le développement fulgurant des progrès scientifiques et technologiques a fait fortement évoluer notre médecine pour l'amener au niveau actuel que nous connaissons : accès à des diagnostics et traitements de pointe, prolongation de la vie malgré des maladies parfois lourdes ou mortelles, réduction drastique des maladies infectieuses, réduction spectaculaire de la mortalité infantile et maternelle, etc. Mais peu à peu une attitude nouvelle s'est développée : un manque de tolérance envers l'incertitude, l'échec et l'erreur²¹. Les concepts mêmes de maladie et de mort, auxquels nous faisons ou ferons pourtant tous face un jour, sont mal supportés. On observe une tendance à la médicalisation des processus sociaux tels que la naissance, le vieillissement ou les périodes difficiles au travail, ou dans la famille, nécessitant prétendument une intervention médicale³. Cela conduit à une médecine basée sur une logique défensive qui laisse peu de place au doute et s'appuie sur des examens complémentaires consommateurs d'énergie. Mais tant l'impact environnemental que l'impact humain de ce mode de pensée sont importants : risque de découverte d'incidents, de surmédicalisation, gaspillage de ressources, charge de travail et émotionnelle excédentaire pour le personnel soignant, etc. Ce fonctionnement est-il durable ? Comment et jusqu'à quel point devons-nous modifier nos croyances et notre rapport à la vie et à la maladie pour viser une santé écoresponsable ? Comment éviter que la logique de certitude s'infiltre y compris dans les soins primaires ? Cela pose des questions éthiques majeures. Va-t-on accepter de « rater » certains cas plus graves qui ne sont mis en évidence que grâce à ces examens systématiques ? Faut-il prioriser la technologie de pointe et les médicaments coûteux en fonction de critères communément définis (tels que l'espérance de vie par exemple) ? Comment sortir de ce paradigme : accepter la finitude, tout en prenant bien soin des personnes malgré tout ? Ces questions ont été soulevées lors de la pandémie de Covid²². Il nous semble qu'il faudrait s'en emparer pour faire de la sobriété la base de la santé écoresponsable.

Les progrès en médecine ont été fortement liés à la croissance économique et technologique. La transition nous impose cependant de repenser ses indicateurs. En effet, le progrès en santé a été approché par la mesure des « années de vie corrigées de l'incapacité » (DALYS), associant une vision économique à l'amélioration de la santé, et adoptée par l'OMS en 2013³. Étonnamment, l'impact environnemental a été ignoré. Pourtant par l'hypermédicalisation et au nom du progrès de la médecine, ne sommes-nous pas en train de sauver les vies d'aujourd'hui au détriment de celles de demain ? L'OMS estime que 24 % de la mortalité mondiale serait liée à l'environnement²³. En effet, comme le dit Barras, le cercle vicieux représentant le lien entre santé et environnement peut être résumé par : « le développement d'une offre de soins high-tech participe à la destruction des écosystèmes qui est elle-même délétère à la santé des humains²⁴ ». Sauver des vies et améliorer l'espérance de vie d'aujourd'hui se font en partie aux dépens de la santé et de l'espérance de vie des générations futures²⁵. La santé n'est pas seulement un bien privé mais aussi un bien commun²⁵. L'équilibre entre la santé individuelle et la santé publique est au cœur du débat d'une santé écoresponsable. Les efforts liés à la prise en compte de l'impact environnemental sont entravés par le manque d'indicateurs permettant de déterminer dans quelle mesure les politiques de santé elles-mêmes génèrent des risques sanitaires actuels et futurs³. Le défi est donc de maintenir les bénéfices du progrès en matière de santé, en limitant les coûts économiques et environnementaux, et de créer des indicateurs prenant en compte la réalité environnementale.

En outre, les nouvelles technologies vont encore faire évoluer la pensée. L'émergence de logiciels d'intelligence artificielle remet en question les fondements de l'apprentissage, la pratique du professionnel de santé, la relation au savoir et la relation au patient. Elles pourraient apporter des bénéfices : occuper une place dans l'aide au diagnostic, l'émission de probabilités statistiques, la proposition de traitements basés sur les preuves et peu coûteux. Mais elles sont aussi consommatrices d'énergie, sources de pollution et potentiellement perturbateurs de la relation soignant-soigné. Il faudra porter attention à leur bon usage et cadrer leur utilisation. La sobriété restera essentielle pour intégrer ces technologies à leur juste place, c'est-à-dire penser des pratiques qui restent fondées sur la relation humaine de qualité. Il s'agit de voir le progrès non plus comme plus de technologie, mais comme une juste utilisation de la technologie au service de l'humain. Cela nécessitera un changement dans « l'imaginaire collectif » : passer « d'une conception biologique, réductionniste, objective et neutre de la santé à une conception holistique, systémique, indéterministe

et relationnelle», investissant plus dans les déterminants sociaux et politiques de la santé que dans les systèmes de soins de santé eux-mêmes³.

Transformer des soignants, un catalyseur de changement

Ce changement culturel doit donc être abordé chez les (futurs) soignants. Cela nécessite que chaque professionnel de santé endosse sa responsabilité sociale en santé, c'est-à-dire réponde aux enjeux de santé actuels et futurs pour une meilleure santé de tous, en collaboration avec les autres partenaires (politiques, décideurs de santé, professionnels, citoyens, académiques)²⁶. Alors que la notion de responsabilité sociale est beaucoup discutée au niveau des universités, elle reste néanmoins peu développée dans les champs environnementaux et en lien avec la durabilité²⁶. En Belgique, une étude montre que seuls 12,5 % des masters universitaires et 6 % des formations des hautes écoles abordent vraiment les enjeux climatiques et environnementaux²⁷. La demande est pourtant là : 84 % des étudiants interrogés estiment qu'ils devraient être formés et expriment une inquiétude pour les patients et le système de santé²⁷. Ils ont le sentiment de ne pas être suffisamment armés pour répondre à ces enjeux²⁷. La sensibilisation a déjà commencé dans beaucoup d'écoles dès le plus jeune âge. L'enseignement supérieur doit suivre le mouvement et former ses professionnels à la santé écoresponsable. Cet enseignement doit se poursuivre par la formation continue de chaque acteur de soins.

Les professionnels de santé de première ligne, par leur rôle de promoteurs de santé, ont en plus une responsabilité dans l'information auprès de la population. Ainsi, au-delà de la transition de leur pratique, ils peuvent jouer un rôle dans la mise en marche de la transition de l'ensemble de la population. En effet, la santé est le fruit d'une série de déterminants variés : l'accès à l'éducation, à un logement salubre, à un revenu décent, à de bonnes conditions de travail, à de l'eau potable, à un air non pollué, etc. Pour améliorer la santé, il faut donc agir sur ces déterminants. Cela signifie que la santé et l'amélioration de l'espérance de vie peuvent être promues autrement que par un système de santé de plus en plus gourmand en ressources. Bien que les dépenses de santé et l'espérance de vie soient corrélées positivement, cette corrélation s'affaiblit considérablement au-dessus d'un certain niveau. Ainsi, le défi est donc de conserver les bénéfices à moindre coût, non pas par des politiques d'austérité mais en organisant les programmes de manière audacieuse et créative, en renforçant la première ligne de soins³. Les soignants ne sont pas les seuls concernés. Chaque acteur ayant un impact sur ces déterminants de santé peut agir. L'OMS défend

une vision plus intégrée des questions de santé dans tous les niveaux de pouvoir (déclaration d'Adélaïde²⁸). Un prisme « impact sanitaire » devrait ainsi être évalué concernant chaque décision importante, nouveau projet ou décision politique (« la santé dans toutes les politiques »). Une piste pour cela est d'impliquer les patients dans des structures de gestion participative et locale du système de santé afin de défendre la santé comme bien commun³. Rendre le patient acteur de sa santé et partager les savoirs participent à une santé écoresponsable. Le développement croissant de la pluridisciplinarité en soins primaires permet en outre d'améliorer la vision globale et d'intégrer la logique du patient-partenaire, le patient étant perçu comme un membre à part entière de l'équipe de soins. Vu l'importance des enjeux économiques et écologiques dans la santé, les professionnels de santé doivent endosser leur responsabilité et prendre part aux discussions pour plus de justice sociale et climatique.

Réduire le recours aux médicaments et dispositifs médicaux

Les recherches du Shift Project en France ont permis de mettre en évidence que le recours aux médicaments et dispositifs médicaux constitue le plus gros poste d'émissions de CO₂ du système sanitaire. Prioriser les actions dans ce domaine est un choix stratégique judicieux⁵. Ainsi, il faudrait s'intéresser à chacun des maillons de la chaîne, de l'extraction de matières premières jusqu'à la pharmacie du patient. Cela permettrait en outre de travailler sur les problématiques qui en découlent : délocalisation de la production dans des pays proposant des conditions de travail médiocres et des normes environnementales douteuses, extrême dépendance des pays occidentaux vis-à-vis des exportateurs (comme nous avons pu le constater lors de la crise des masques au début de la pandémie de Covid-19), transports et emballages polluants, questions éthiques liées à la publicité et aux lobbys pharmaceutiques, financement de la recherche pharmaceutique et prix des médicaments²⁹. Il faut repenser la recherche et la production pharmaceutique comme un service public moins coûteux³.

Au niveau des soins primaires, les médecins et les pharmaciens doivent donc se distancier de la démarche commerciale des délégués pharmaceutiques pour aller vers un usage raisonné des médicaments selon les guides de bonnes pratiques (*Evidence-Based Practice*). Il s'agit avant tout d'éviter de prescrire lorsque cela n'est pas nécessaire (*primum non nocere*). Il faut ensuite repenser les conditionnements et développer la prescription à

l'unité. Au sein de la population, il s'agit de développer des pratiques limitant le gaspillage telles que ramener les médicaments périmés ou en surplus à la pharmacie. Pour aider le prescripteur dans son choix, il faut exiger une évaluation de l'empreinte écologique des principaux produits pharmaceutiques et fournir un éco-score aux médecins et aux pharmaciens³⁰. Une santé écoresponsable vise à proposer une approche globale où la prescription n'occupe plus une place centrale. Il faut donc promouvoir la désescalade thérapeutique et démedicaliser le normal, en renforçant l'auto-soin et l'autonomisation du patient, et en ayant recours à des alternatives moins polluantes (phytothérapie ou médicaments écoresponsables) ou non médicamenteuses (accompagnement et écoute, prescription nature et sociale, kinésithérapie, hypnose, ostéopathie) basées sur les preuves³¹. Plutôt que de polariser les soins conventionnels et non conventionnels, il conviendrait de distinguer les pratiques médicales utiles des pratiques médicales inutiles ou nuisibles et trouver une synergie. L'OMS (déclaration d'Astana) reconnaît la diversité des pratiques de médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative dans les pays du monde et sa contribution à la santé, au bien-être, aux soins de santé centrés sur la personne et à la couverture sanitaire universelle. « Une médecine traditionnelle et complémentaire intégrée de manière appropriée peut améliorer les résultats en matière de santé en augmentant la disponibilité des services, en particulier au niveau des soins de santé primaires¹⁷. » Très utilisées dans les pays à bas revenus, les médecines traditionnelles sont souvent reléguées aux déviances culturelles et religieuses dans les pays occidentaux. Revaloriser ces savoirs et ces soins participerait à la transformation du secteur pharmaceutique traditionnel³. Cela doit se faire dans le respect de l'information éclairée du patient sur la validité scientifique des alternatives. À noter que l'effet placebo, considérable dans le domaine de la santé, peut être utile dans la prise en charge à condition qu'il soit utilisé dans le respect du patient et en toute transparence.

Promouvoir la transition en pratique au sein des structures de première ligne

Il s'agit enfin de mettre en place des pratiques de première ligne résilientes, respectant l'environnement et l'humain, et permettant un équilibre économique.

Il faut notamment améliorer la performance des bâtiments (isolation, diminution de la consommation d'eau et d'énergie, préservation de la

qualité de l'air intérieur notamment par une aération optimale et respectant les normes sanitaires), et les rendre résilients face aux événements météorologiques extrêmes. L'informatique, les achats, la gestion des déchets, et le transport du personnel et des patients sont également des postes à retravailler³². La dématérialisation (des résultats, des courriers, des prescriptions et certificats, des déclarations administratives) est à promouvoir. Cependant, elle n'est pas neutre écologiquement et pose de sérieuses questions éthiques liées tant à la fracture numérique et aux iniquités qui se creusent qu'au secret professionnel. Il faut en outre promouvoir l'utilisation écoresponsable de l'informatique (par exemple, gestion de ses boîtes mails). Une pratique de première ligne produit beaucoup de déchets, principalement dans un souci d'évitement des infections nosocomiales : matériel à usage unique, protection de table, etc. Il faudrait privilégier la réduction de l'usage unique (spéculum à laver plutôt que jetable, matériel de sutures, gobelets) tout en formant à un nettoyage optimal, et penser au recyclage de ce qui ne peut être réutilisé. Il faut également lutter contre les emballages inutiles et sélectionner les documents ressources de promotion à la santé avec soin (flyers, affiches). Le centre de santé ou le cabinet devrait également acheter « local » chaque fois que c'est possible. Les professionnels de santé se doivent de préserver la santé comme un bien commun, notamment en réfléchissant au choix de leurs partenaires de travail (fournisseur de logiciels, laboratoires d'analyse...) en posant des critères écoresponsables et afin de lutter contre la commercialisation des soins. Pour les déplacements, il faut promouvoir une médecine locale pour faciliter la mobilité douce et diminuer les trajets. De nombreux outils sont également à disposition pour changer la politique de transport : réfléchir à l'implantation de la structure par rapport aux voies d'accès (routiers ou transports en commun), combler les zones de pénuries, regrouper les visites par secteur. La structure peut aussi investir dans l'achat d'un vélo pour permettre aux travailleurs de faire leur visite (et ce, tant en milieu rural qu'en milieu urbain), utiliser des « taxis sociaux » pour le transport des patients, et promouvoir au sein de sa patientèle une mobilité plus douce. Plusieurs initiatives accompagnent la première ligne dans une transition vers une santé plus durable : « Green Impact for Health Toolkit » au Royaume-Uni, « My Green Doctor » aux États-Unis, les sites web « Greener Practice » (Angleterre), « Doc' Durable » (France) et « Santé durable » (France) ainsi que de nombreux ouvrages^{24,33}.

Recommandations

D’après Emeline de Bouver et Charlotte Luyckx, on peut distinguer au moins quatre discours différents et complémentaires sur le principe de transition, desquels découlent des recommandations pour aller vers une santé plus durable³⁴.

Fonctions principales de la gouvernance selon de Bouver et Luyckx	Fonctions principales de la gouvernance adaptées à la santé durable
« La transition doit passer par une transformation structurelle »	Promouvoir la transformation du système de santé vers plus de sobriété et l'action globale sur les déterminants de santé, en réfléchissant aux impacts sanitaires de toutes les politiques (Health in All Policy), en renforçant les soins primaires, et en revoyant en profondeur la politique des médicaments
« La transition doit passer par une transformation de nos modes de vie »	Faire la promotion de centres de soins primaires écoresponsables, en modifiant les pratiques quotidiennes et posant des choix conscients, tant matériels qu’humains
« La transition doit passer par une transformation relationnelle »	Développer le travail multidisciplinaire et la relation avec un patient partenaire acteur de sa santé. Cette transition met la relation humaine au centre et remet en perspective la relation à la technologie
« La transition doit passer par une transition intérieure et/ou culturelle »	Développer la responsabilité sociale des professionnels de santé. Il s’agit de militer pour une santé publique fondée sur la notion d’intérêts communs et de revoir notre relation à la finitude tant des ressources que de l’humain

Conclusion

La santé durable repose sur trois piliers : un système de santé économiquement viable, socialement équitable et respectueux de notre environnement. Les actions proposées visent à diminuer l’impact écologique de la pratique (niveau micro), à éveiller les consciences (niveau méso) et à militer pour la transition (niveau macro) (cf. Tableau 1). Chaque acteur de santé peut ainsi identifier son levier d’action pour entrer dans le mouvement de la transition. Pour un monde en meilleure santé, solidaire et durable.

Tableau 1 : Actions pour entrer en transition (d’après une revue de la littérature³²⁾)

Diminuer l’impact écologique de sa pratique	Outil d’évaluation du bilan carbone dans sa pratique de Doc’ Durable Réduire ses déchets : • Placer un filtre à eau pour éviter l’achat de bouteilles • Choisir la version électronique des revues médicales plutôt que la version papier • Utiliser du papier recyclé et labellisé • Lors d’un achat, privilégier les matériaux écolabellisés, en matière recyclée • Bien positionner ses poubelles de tri • Recycler les cartouches d’encre des imprimantes • Utiliser la no-touch technique lors des actes techniques pour réduire l’utilisation de matériel stérile • Faire don de matériel médical inusité à des associations qui les redistribuent en PVD Repenser la mobilité : • Télétravail pour certaines tâches en médecine générale • Encourager le covoiturage dans les équipes • Mieux rembourser les abonnements de transport en commun pour les travailleurs • Prévoir des équipements pour les cyclistes : emplacements sécurisés pour les vélos, douches, casiers • Demander l’installation de bornes de rechargement pour voiture électrique à proximité Rendre son bâtiment « écolo » : • Consulter des guides d’éco-consommation comme www.ecoconso.be • Adapter le thermostat : quelques degrés de plus l’été, quelques degrés de moins l’hiver et le régler en conséquence la nuit • Favoriser la lumière naturelle et la ventilation naturelle • Entretenir régulièrement son système de ventilation • Produire de l’énergie verte au cabinet (photovoltaïque, thermique) • Installer un toit végétalisé • Planter des arbres adaptés à la région à proximité du cabinet Interpeller ses partenaires : • Soutenir des structures de soins locales bas carbone, éviter de référer dans un hôpital tertiaire pour une pathologie commune
--	--

	• Organiser des collectes de blisters, d'inhalateurs avec les pharmacies et chercher des filières de recyclage (GSK recycle les inhalateurs en Angleterre) Prescrire de manière raisonnée : • Préférer les inhalateurs poudre plutôt que pressurisés dans les thérapies inhalées car moins polluants • À l'initiation d'un nouveau traitement médicamenteux, choisir un petit conditionnement, pour ne pas gaspiller en cas d'arrêt • Apprendre aux patients à emporter l'ensemble de leurs médicaments lors d'une visite médicale pour éviter la surprescription et permettre la révision régulière des traitements • Renforcer le rôle central du patient dans sa prise en charge : proposer des grilles d'évaluation, des comparatifs de traitements, des applications de suivi des symptômes • Utiliser des scores pour limiter les hospitalisations quand évitables • Clarifier les projets de fin de vie des patients pour leur offrir des soins dignes et appropriés selon leurs volontés et dans certains cas, éviter des hospitalisations lourdes • Renforcer l'éducation contre la surprescription via des campagnes comme Choosing Wisely (Royaume-Uni) Améliorer la communication avec la deuxième ligne : • Créer des consultations intégratives par pathologie plutôt que par spécialité, par exemple, cardio-néphro-endocrino pour le diabète Faire bon usage des outils informatiques : • Intégrer les prescriptions sociales et de nature dans les logiciels dossier médical informatisé (DMI) • Intégrer des aides à la décision EBM dans les logiciels DMI, comme Medstopper, pour l'arrêt de médicaments chroniques • Utiliser la visioconférence pour certaines réunions • Réduire les junk mails, par exemple en se désabonnant de newsletters Lien utile (évaluation bilan carbone) : www.eco-doc.ch
Éveiller les consciences	Montrer l'exemple au quotidien : • Informer les patients du projet de pratique durable par des affiches, un mail, etc. Conscientiser son entourage : • Faire du projet durable un projet d'équipe • Consacrer cinq minutes de réunion à un point « durable »

Éveiller les consciences	Parler de santé environnementale en consultation : • Utiliser les recommandations sur l'hygiène de l'environnement physico-chimique
Militer pour la transition	Alerter le monde politique des risques sanitaires : • S'associer à d'autres groupes progressistes pour pousser à l'implémentation de mesures locales, nationales et internationales • Réclamer plus d'études en santé environnementale Faire émerger un nouveau paradigme : • Placer le débat sur l'écoresponsabilité des soins au premier plan • Créer des groupes locaux de soignants pour le partage d'expérience et des actions locales • Évaluer ou faire évaluer l'empreinte écologique initiale pour guider les mesures et en estimer l'impact positif • Exiger une évaluation méthodologique de l'empreinte écologique des principaux produits pharmaceutiques et fournir un éco-score aux médecins pour guider le choix entre des équivalents lors de la prescription • S'assurer que les économies occasionnées ne financent pas des investissements carbonés S'engager personnellement : • Groupes d'actions proposés par Greener Practice: Medact, Doctors against Diesel, Doctors for Extinction Rebellion, Health Care Without Harm
Pour l'accompagnement des MG dans une démarche de transition	• Boîte à outils pour une pratique durable offrant des outils adaptés au contexte belge, facilement accessible • Site web rassemblant des outils, de la documentation, un agenda d'événements, etc. • Publication dans les médias consultés par les MG de conseils pratiques, par exemple « Cinq gestes à adopter pour rendre son cabinet plus vert » • Groupes locaux de MG, espaces pour le partage d'expérience • Consultants spécialisés dans l'accompagnement de soignants vers une pratique plus durable (individuel) • Groupes de travail interdisciplinaires en charge de fournir et d'actualiser des recommandations de médecine générale durable (collectif) • Labels verts pour les bâtiments de santé • Plateforme de vente de matériel médical de seconde main • Mesures incitant les MG à entrer en transition (primes?)

Pour créer un réseau durable	• Listing de collaborateurs (laboratoires, hôpitaux, fournisseurs, etc.) inscrits dans une démarche durable • Écolabels, certificats pour identifier les partenaires écoresponsables • Généralisation de filières de recyclage pour certains déchets spécifiques (blisters, devices d'inhalateurs, etc.) • Transparence des firmes pharmaceutiques sur l'empreinte écologique de leurs produits, instauration d'un éco-score pour faciliter les comparaisons • Fonds d'investissement durables
Pour rationaliser les consultations spécialisées	• Organisation de rencontres spécialistes-MG par région • Groupe de travail spécialistes-MG-structures politiques-patients sur l'encadrement et le financement des avis téléphoniques • Renforcer les soins centrés sur le patient
Pour s'approprier la santé environnementale en médecine générale	• Formation académique en santé environnementale, formations continues • Recherches en santé environnementale et médecine environnementale • Diffusion des concepts de prescription sociale et de nature • Intégrer dans les logiciels de DMI des rappels de santé environnementale, des outils de déprescription, les prescriptions sociales et de nature • Mise en place d'une filière de première ligne pour la récolte de données en santé environnementale
Pour une meilleure sensibilisation des patients	• Outils pédagogiques de sensibilisation, par exemple « Top 10 des mesures écoresponsables bonnes pour la santé » • Diffusion de recommandations établies de manière fiable • Campagnes nationales de sensibilisation des patients en santé environnementale (affiches, médias, réseaux sociaux) • Collaboration MG-projets citoyens de transition • Répertoire d'actions citoyennes locales (ateliers « autrement », jardins communautaires, etc.), par exemple Réseau Transition
Pour alerter le monde politique des risques sanitaires en santé environnementale	• Mobilisation du secteur de la santé pour revendiquer des mesures urgentes en santé-environnement • Reprise et soutien des initiatives comme Docs for Climate

Références bibliographiques

1. Brundtland GH. Notre avenir à tous. Rapport de la commission mondiale sur l'environnement et le développement. Paris: Les Ed du Fleuve; 1987. p. 432 (traduction française Our Common Futur).
2. Steffen W, Broadgate W, Deutsch L, Gaffney O, Ludwig C. The trajectory of the anthropocene: The great acceleration. *Anthr Rev* 2015;2(1):81-98.
3. Borowy I, Aillon JL. Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm. *Soc Theory Heal* 2017;15(3):346-68.
4. Pickett K, Wilkinson R. The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better; 2009.
5. Project TS. Rapport final novembre 2021; 2021.
6. BMA General Practitioners Committee England. Sustainable and environmentally friendly general practice report. 2020;1-4. Disponible sur : www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/gp-premises/sustainable-and-environmentally-friendly-general-practice-report.
7. Steffen W, Richardson K, Rockström J, et al. Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet. *Science* 2015;347(6223).
8. OECD/WHO. Health at a glance 2022: State of Health in the EU cycle. OECD; 2022.
9. Sciensano. Enquête de Santé 2018. 2019;5-48. Disponible sur : www.sciensano.be.
10. Hert S De. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth* 2020;171-83.
11. Ogden N, Gachon P. Changements climatiques et maladies infectieuses : À quoi pouvons-nous nous attendre?. *Relev des Mal Transm au Canada* 2019;45(4):83-8.
12. Claes V, Vandenbroucke F. Éco-anxiété et résilience climatique 2021. 2021.
13. Cunsolo A, Harper SL, Minor K, et al. Ecological grief and anxiety: the start of a healthy response to climate change?. *Lancet Planet Heal* [En ligne]. 2020;4(7): e261-3. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30144-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30144-3)
14. WHO. Changement climatique et santé. 2021. Disponible sur : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health.
15. Declaration of ALMA-ATA. *Am J Public Health* [En ligne]. 2015 Jun [cited 2017 Jul 19];105(6):1094-5. Disponible sur : <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2015.10561094>.
16. WHO. Les soins de santé primaires: Maintenant plus que jamais [En ligne]. 2008. Disponible sur : http://libdoc.who.int/publications/2008/9789242563733_fre.pdf.
17. WHO. Déclaration d'Astana [En ligne]. 2018. Disponible sur : www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14739879.2018.1545528.
18. Pirotte B. La gestion du doute par le médecin généraliste. Référence d'un patient présentant une précardialgie aiguë. *Santé Conjug* 2010;7-10.

19. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Heal Policy Manag* 2015;4(2):61-4.
20. Thompson T, Ballard T. Sustainable medicine: Good for the environment, good for people. *Br J Gen Pract* 2011;61(582):3-4.
21. Longneaux J. La souffrance des soignants et des médecins n'existe pas. *Ethica Clinica* 2004; 35:24-33.
22. Aubry R. Quels enjeux de nature éthique l'épidémie de COVID 19 a-t-elle soulevé?. *Éthique et santé* 2020;17(January):155-9.
23. WHO. Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2018. Disponible sur : www.who.int/publications/i/item/9789241565.
24. Baras A. Guide du cabinet de santé écoresponsable. Prendre soin de l'environnement pour la santé de chacun; 2021.
25. De Decker K. Dans quelle mesure les soins de santé de haute technologie sont-ils durables?. *Low-tech Mag* 2021. Disponible sur : www.lowtechmagazine.com/2021/02/how-sustainable-is.
26. Hatem M, Sanou A, Millette B, de Rouffignac S, Sebbani M. La Responsabilité sociale en santé : référents conceptuels, valeurs et suggestions pour l'apprentissage. Une revue méthodique et systématique de la littérature.
27. The Shifters. Mobiliser l'enseignement supérieur pour la transition vers la neutralité carbone. 2022.
28. WHO. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. 2010.
29. Médicaments : financements publics de la recherche et profits privés. *Prescrire Rev* 2020;40(443):696-9.
30. Mortimer F. The sustainable physician. *Clin Med J R Coll Physicians London* 2010;10(2):110-1.
31. Zuercher DB. Médicaments DES. Impact des médicaments sur l'environnement. *Rev Med Suisse* 2022;1471-3.
32. Lefèvre C, de Rouffignac S, Schoofs M. Quelles actions concrètes un médecin généraliste peut-il mettre en place pour inscrire sa pratique dans une dynamique de transition écologique en Belgique?. Travail de fin d'étude, médecine générale. Université catholique de Louvain; 2021.
33. Berquin A. Transition et Soins de santé : quels défis pour le futur. *Etopia*; 2021.
34. Université catholique de Louvain. Introduction aux enjeux du développement durable. MOOC. 2022. Disponible sur : www.edx.org/learn/sustainable-development/.

4.10 Intégration des enjeux environnementaux en pratique clinique

Johanna Sommer, Yves Jackson

En 2021, plus de 200 journaux médicaux ont publié un appel à l'action urgente des leaders gouvernementaux pour appréhender les dommages catastrophiques de la crise environnementale¹. Les systèmes de santé, à l'image de nos sociétés, sont fortement dépendants des énergies fossiles. Bien que contribuant à améliorer la santé et protéger la population des effets des changements environnementaux, ils y contribuent eux-mêmes de manière substantielle en raison de leurs importants besoins en matières premières, ressources énergétiques et hydriques et de leurs émissions de gaz à effet de serre (GES). La médecine contemporaine est basée sur une utilisation massive de produits dérivés des hydrocarbures, de matériel à usage unique, d'examens radiologiques ou d'autres technologies à haut niveau d'impact environnemental. À cela s'ajoutent les émissions liées à la mobilité du personnel et des patient-es et aux infrastructures (bâtiments). Au total, les émissions du système de santé représentent 4 % des émissions carbones au Royaume-Uni², 6,7 % en Suisse (mais plus de 14 % si on inclut les produits d'importation) et plus de 10 % aux États-Unis³. Il est donc impératif de réfléchir à comment réduire l'impact environnemental des systèmes de soins et améliorer leur capacité à prévenir et mitiger les conséquences de ces changements sur la santé.

Grâce à leurs interactions avec un grand nombre de parties prenantes (communautés, autorités, industrie, monde politique et économique), les médecins ont un rôle central à jouer en matière de santé environnementale à l'échelle globale et locale. Même si, comme mentionné dans le chapitre 2.4, les soins primaires sont responsables d'une proportion modeste de l'impact environnemental du système de santé par rapport au secteur hospitalier, il existe de nombreuses opportunités de réduire et mitiger les effets délétères des soins sur la santé planétaire. De nombreuses associations professionnel·les telles que la WONCA⁴ (association mondiale des médecins de familles), la FMH ainsi que l'OMS encouragent les professionnel·les de la santé à prendre en considération et agir sur la dimension environnementale des soins sans perdre de temps.

Le cadre théorique CanMEDS du collège royal des médecins et chirurgiens du Canada définit les compétences médicales essentielles à acquérir durant la formation pré-graduée pour devenir expert⁵. Cet expert doit devenir: Professionnel, Érudit, Promoteur de la santé, Communicateur, Collaborateur, Leader. Ce cadre s'applique dans les faits à toute la période d'activité professionnelle. Il offre une trame particulièrement adaptée non seulement pour la médecine de famille mais également pour toutes les professionnel·les de santé visant à une pratique durable et respectueuse de l'environnement.

Nous proposons un modèle d'intégration d'éco-compétences au référentiel CanMEDS pour des soins respectant et protégeant autant que possible l'environnement et contribuant à un système de santé durable qui réponde aux défis sociaux et économiques tout en réduisant son impact écologique (figure 1 et tableau 1):

Figure 1 : Les compétences CanMEDS

© Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>. Reproduit avec autorisation.



Tableau 1 : Les éco-compétences intégrées au référentiel des compétences CanMEDS.

Adaptation du référentiel de compétences CanMEDS pour les médecins avec l'autorisation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. © Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Expert médical	
Professionnel • Niveau individuel : rôle modèle • Niveau clinique : promouvoir la prévention et les soins durables • Niveau système de soins : influencer vers soins durables, diminuer son empreinte environnementale • Niveau sociétal : transmettre les connaissances scientifiques, informer, influencer les médias et politiques, manifester, initier et participer à des projets communautaires	Communicateur • Outils pour motiver au changement • Anamnèse des facteurs de risque environnementaux
	Collaborateur • Collaboration interprofessionnelle pour éviter traitements polluants : physiothérapie, approches physiques et complémentaires, etc.
	Leader-gestionnaire • Informer sur impact environnemental du système de soins • Privilégier examens et traitements avec moins d'impact environnemental • Gérer médications avec réflexion et partage sur l'impact environnemental • Gestion des déchets et choix des désinfectants, matériel médical • Promotion mobilité douce des collègues et patient-es • Favoriser transport non polluant des examens (coursiers) • Locaux : limiter la taille et le chauffage en privilégiant énergie douce • Parc informatique et dispositifs électriques : éteindre la nuit, prolonger la durée
Érudit • Acquérir les connaissances scientifiques sur la crise environnementale • Enseigner les compétences pour des soins durables • Contribuer à la recherche sur les systèmes de soins durables	
Promoteur de la santé • Promouvoir les cobénéfices (mobilité douce, alimentation respectueuse de l'environnement, contact avec la nature) • Adapter les prises en charge en fonction des facteurs de risque environnementaux identifiés	

Éco-compétences : l'érudit

Les soignants sont responsables de maintenir et développer leurs connaissances médicales tout au long de leur carrière. Cela implique d'acquérir les connaissances scientifiques nécessaires à comprendre et à faire face aux

enjeux de santé liés à la crise environnementale. Les notions essentielles à connaître incluent les limites planétaires, les changements climatiques et environnementaux, leurs effets sur le vivant (concepts de santé planétaire et *One health*) et la santé, les inégalités d'exposition et d'impact entre individus et populations, l'impact environnemental de la médecine et du système de santé, et les rôles et responsabilités des professionnel·les de santé en la matière ainsi que le concept de cobénéfice santé-environnement. Il existe de plus en plus de sources d'informations fiables (journaux médicaux spécialisés tels que le *Lancet Planetary Health*, ouvrages de références tels que *Santé et environnement* de N. Senn et al.) et d'offre de formations (www.planetaryhealthalliance.org/) permettant aux professionnel·les de développer leurs connaissances et compétences.

Dans le cadre de leurs activités d'enseignement au cabinet, lors de l'encadrement d'étudiant·es ou de jeunes collègues, les médecins sont encouragés à enseigner ces connaissances et les recommandations cliniques prônant des soins respectueux de l'environnement.

Dans leurs activités cliniques et académiques, les médecins peuvent collaborer à la recherche sur l'analyse de l'empreinte environnementale du système de soins ou sur le développement de pratiques favorisant de tels soins.

Éco-compétences : le communicateur

Il est essentiel que les médecins de premier recours conscient·es de l'urgence environnementale puissent aborder le sujet avec leurs patient·es : il faut donc enseigner comment intégrer ces nouveaux concepts dans les pratiques de soins. Différents outils de communication et contenus peuvent être mobilisés dans cette optique, tels que les scénarios décrits par Senay *et al.*⁶ et des supports d'informations (infographies, sites web, etc.). Au-delà du contexte clinique, les médecins ont un rôle essentiel à jouer en matière de communication basées sur les évidences au sein des différents cercles avec lesquels ils interagissent y compris dans leur vie privée afin d'améliorer la compréhension publique de ces enjeux.

L'entretien motivationnel

Afin de développer des soins respectueux de l'environnement, les médecins devront aider les patient·es à changer de comportement, influencer les collègues ainsi que les décideurs·euses politiques pour entamer les changements nécessaires pour réduire l'empreinte environnementale. Comme dans tout contexte de changements de comportements, il est

utile de maîtriser les outils de communication qui réduisent les résistances et facilitent les changements de comportement. L'outil le plus adapté est l'entretien motivationnel qui a démontré son efficacité dans les contextes de consommations à risque, problèmes d'adhésion thérapeutique, hésitation vaccinale, etc.⁷ Dans le domaine des soins respectueux de l'environnement, il est important d'aborder les sujets de changements de comportements avec délicatesse : qu'il s'agisse des cobénéfices qui seront détaillés dans la section 3 (alimentation respectueuse de l'environnement, mobilité douce, contact avec la nature) ou d'autres changements de comportement favorables à l'environnement (modalités de chauffage, utilisation des ressources énergétiques, etc.), cela va impliquer de la part des patient·es, des collègues et des décideurs·euses des modifications de leurs habitudes sources de résistance et d'ambivalences. Il s'agira dans tous les cas d'adapter l'approche aux ressources de son interlocuteur·rice pour éviter toute culpabilisation ou révolte en cas d'impossibilité de modifier ses comportements en raison de contraintes externes (précarité, isolement, etc.)⁸ autant que possible.

L'anamnèse sur les facteurs de risque environnementaux

Il est habituel en médecine de premier recours d'évaluer les facteurs de risque individuels favorisant les maladies cardiovasculaires, oncologiques ou mentales. Des évidences scientifiques montrent que certains facteurs environnementaux tels que l'exposition à la pollution de l'air, au bruit, aux pics de chaleur et aux insectes vecteurs de pathogènes émergents constituent de réels facteurs de risque pour la santé qu'il convient d'explorer et d'intégrer dans la communication avec le patient. À l'opposé, on pourra explorer comment et combien la personne tire profit de l'environnement naturel pour maintenir ou restaurer sa santé et son bien-être (cf. « Cobénéfices liés aux contacts avec la nature »).

La pollution de l'air et le bruit

Environ 70 % des 9 millions de morts excessives causées annuellement par la pollution sont liées aux maladies non transmissibles d'origine cardiovasculaire (infarctus, AVC), respiratoires (BPCO) et oncologiques (cancer du poumon)⁹. La pollution de l'air a été présentée comme « le nouveau tabac » par le directeur général de l'OMS^{10,11}.

Le bruit est reconnu comme un facteur de risque cardiovasculaire et de santé mentale. Il est associé à un risque accru d'hypertension, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque et d'AVC¹² ainsi que de troubles du

sommeil, de l'humeur et de l'anxiété. Il est donc important d'évaluer l'exposition des patients à ces facteurs environnementaux sur le lieu de travail et au domicile y compris la nuit, et de les aider à s'en protéger autant que possible.

Les vagues de chaleur

Dans les pays occidentaux, le réchauffement climatique est associé à des vagues de chaleur qui représentent un risque sévère pour les patients âgés, ainsi que pour les patients souffrant de maladies chroniques. La surmortalité due à la chaleur en Suisse est évaluée entre 2,4 et 77 morts par 100 000 habitants annuellement entre 1969 et 2017 (0,28-8,9 % de la mortalité globale)¹³. Entre 1991 et 2018, plus d'un tiers des décès liés à la chaleur ont été attribués au réchauffement climatique¹⁴. Pour les patients vulnérables, il est important d'adapter les traitements en cas de fortes chaleurs (par exemple, diminuer les posologies des médicaments antihypertenseurs ou diurétiques, ou augmenter les apports en oxygène chez les patients sous oxygénothérapie), ainsi que de promouvoir des comportements protecteurs comme fermer les fenêtres dès le matin, diminuer l'exercice physique, augmenter les apports hydriques, etc.

Risque de maladies à vecteurs : borréliose, encéphalite à tiques et viroses

Les changements environnementaux influencent de manière significative l'épidémiologie et la distribution de certaines maladies transmises par des vecteurs. L'incidence de l'encéphalite à tiques et de la borréliose est en augmentation en Europe et la zone d'endémie s'étend dans de nombreuses régions en lien avec la hausse des températures. Les zones à risque de transmission d'infections virales (dengue, chikungunya, zika) par les moustiques du genre *Aedes* se développent dans le pourtour méditerranéen puis progressivement vers le Nord de l'Europe. Il convient donc d'informer les patients sur les mesures de prévention et de protection (vaccination, protection contre les tiques et les moustiques).

Éco-compétences : le promoteur de la santé et les cobénéfices

En complément à la sensibilisation des patient·es à propos des facteurs de risque environnementaux, les médecins peuvent agir sur la promotion de la santé.

La prévention reste le parent pauvre du système de santé, alors qu'il a été démontré qu'il est bien plus utile de prévenir les maladies, plutôt que de tenter d'enrayer les complications de nombreuses maladies liées aux comportements néfastes de notre société : sédentarité, surpoids ou obésité, stress, alimentation trop riche en cholestérol, sucre et graisses saturées. Ce constat s'applique aussi aux facteurs de risque environnementaux. Les médecins doivent donc promouvoir des actions promotrices de bonne santé ciblant les aspects liés à l'environnement et aider les patient·es à identifier les comportements pour lesquels ils et elles envisagent des changements salutogènes. Ceux liés aux risques de troubles, liés à la chaleur, à la pollution ou aux maladies vectorielles ont été détaillés ci-dessus ; il convient également de promouvoir des actions à effets favorables sur la santé et l'environnement, les cobénéfices.

Cobénéfices liés à l'alimentation

Le lien entre l'alimentation et les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques est bien connu. Ce qui apparaît toujours plus clairement est l'empreinte environnementale de l'alimentation : 30 % des émissions mondiales des gaz à effet de serre proviennent de la production alimentaire dans le contexte de son industrialisation progressive (monocultures et utilisation d'engrais azotés, élevage de masse, surutilisation d'antibiothérapie préventive et production de méthane, transports intercontinentaux, etc.)¹⁵. Les modes de production alimentaire actuels mettent sous tension les réserves d'eau potable au niveau mondial et participent à la déforestation et à la perte de biodiversité.

Pour diminuer l'empreinte environnementale de l'alimentation et favoriser la santé humaine, il convient donc de promouvoir une alimentation réduite en protéines animales et plus riche en protéines végétales (légumineuses), associée à la consommation de céréales, noix et graines complètes, d'huiles polyinsaturées, et à un moindre apport de sucres ajoutés tel que prôné dans le rapport EAT-Lancet¹⁶. Afin de préserver la santé des écosystèmes, on encourage la consommation de produits frais, locaux, de saison et issus d'une agriculture respectueuse de l'environnement et limitant l'utilisation d'engrais¹⁷. Il est possible de réduire de manière significative son empreinte environnementale en modifiant son alimentation. En outre, les effets bénéfiques d'une alimentation végétarienne sur les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques sont bien démontrés. Le déploiement à large échelle de nouvelles habitudes alimentaires plus respectueuses de la santé et de l'environnement pourrait prévenir jusqu'à

11 millions de décès par an au niveau mondial¹⁸. Au vu du coût financier parfois plus élevé de ces choix alimentaires bénéfiques, il convient d'adapter ces recommandations à la situation économique des patient·es.

Cobénéfices liés à la mobilité active

Les impacts de la mobilité motorisée sur la santé sont nombreux au travers des émissions de particules nocives, gaz polluants, bruit mais également de la traumatologie liée aux accidents. Le trafic est la source majeure d'émission de gaz à effet de serre (40 % de l'empreinte carbone en Suisse dont trois quart sont dus aux véhicules privés¹⁹). Pour lutter contre la sédentarité et éviter ces risques pour la santé, la promotion de la mobilité active (marche, vélo, etc.) est fortement recommandée par l'OMS²⁰.

De nombreuses études ont démontré l'effet positif de la marche et du vélo sur la santé en améliorant le bien-être et la santé mentale, réduisant les maladies cardiovasculaires, les cancers et la mortalité globale²¹. Les médecins de famille peuvent donc encourager les patient·es, leurs collègues et employé·es ainsi que leurs communautés locales à opter pour des modes de transport aussi respectueux de l'environnement et actifs que possible.

Cobénéfices liés aux contacts avec la nature

Les effets sanitaires de contacts réguliers avec la nature doivent encore être mieux compris scientifiquement mais les évidences actuelles évoquent un bénéfice sur la santé mentale, le sommeil, la pression artérielle, la survenue de diabète et d'asthme, les facteurs de risque cardiovasculaires ainsi que la mortalité²². De plus, cela augmente la conscience de l'importance de la préservation de l'environnement. La prescription verte consiste à rédiger une ordonnance de contacts réguliers avec la nature au travers de promenades, activités en milieu naturel mais également de contributions au développement de jardins communautaires en milieu urbain par exemple afin de contribuer à reconnecter la population avec l'environnement naturel et améliorer sa santé.

Éco-compétences : le leader, gestionnaire des ressources

Les médecins de premier recours et autres professionnel·les de santé ont la tâche de gérer les ressources médicales limitées, d'optimiser le rapport coût efficacité de leurs pratiques de soins et de leurs cabinets. En lien avec les enjeux décrits ci-dessus, il convient de porter une attention toute particulière à l'impact environnemental des pratiques de soins. Les principaux

domaines sur lesquels ils peuvent agir incluent la prescription médicamenteuse, les indications et les modalités liées aux examens complémentaires, le matériel de soins, le choix et la gestion des locaux et de leur chauffage et consommation d'électricité, ainsi que le transport des patient-es et des collaborateurs-trices pour se rendre au cabinet médical.

Les médicaments

Les produits pharmaceutiques sont indispensables à la médecine humaine et vétérinaire mais contribuent significativement aux émissions de GES et peuvent se retrouver dans l'environnement de manière persistante et parfois à des concentrations toxiques. En Grande-Bretagne, 22 % des GES liés au système de soins seraient dus aux médicaments et en majorité relevant du secteur ambulatoire²³. On retrouve par exemple entre 5-200 molécules pharmaceutiques dans les eaux potables selon les pays (figure 2)²⁴, et on connaît déjà certains effets néfastes de ces substances sur la santé animale et humaine²⁵. Parmi les molécules les plus fréquemment retrouvées dans l'environnement figurent les analgésiques, les antibiotiques, les œstrogènes et les antilipidiques et dans une moindre mesure les antidépresseurs ainsi que les antidiabétiques. L'origine de ces substances est multiple : excrétion après consommation par l'humain et l'animal, élimination non contrôlée par les centres de production, destruction incomplète par les structures *ad hoc*²⁶.

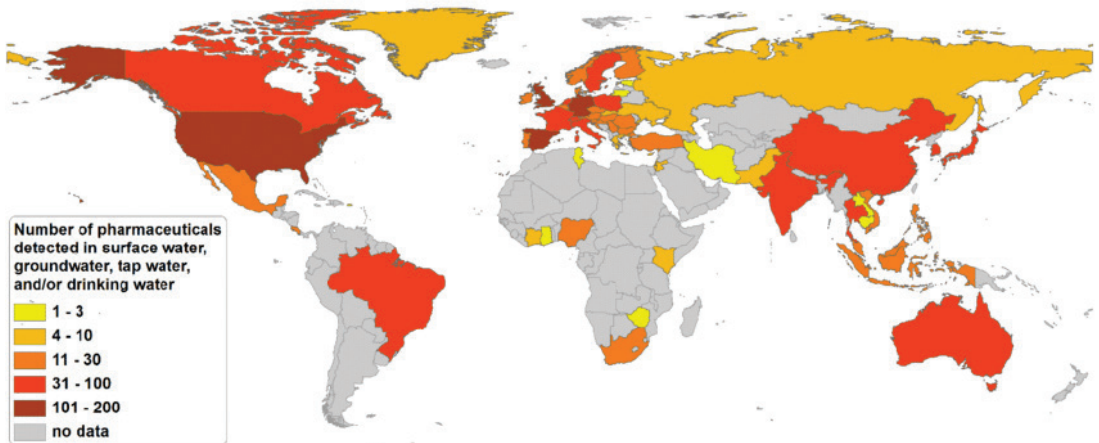
Les effets reconnus sont la résistance bactérienne liée aux antibiotiques, les effets perturbateurs endocriniens des hormones et molécules apparentées sur la fertilité de l'humain et de certains planctons, poissons, autres animaux²⁷ ; la génotoxicité de nombreux médicaments anticancéreux ; de nombreux effets présumés sont encore incomplètement étudiés et méritent de plus amples recherches.

Fort de ces connaissances, il revient donc au médecin d'inclure ces impacts dans la balance bénéfices-risques de la prescription médicamenteuse. Concrètement, le médecin peut appliquer les recommandations suivantes pour réduire la prescription médicamenteuse (d'après Schneider et al.²⁸) :

- **prescrire selon les recommandations** de la médecine basée sur les preuves et choisir le médicament avec le plus faible impact écologique (par exemple, éviter les inhalateurs à gaz propulseur si possible au profit de poudres) ;

- pratiquer la **décision partagée** avec les patient-es pour le choix d'un traitement et éviter les traitements inutiles et favoriser l'adhésion thérapeutique ;
- favoriser les **approches non uniquement pharmacologiques** : éviter les prescriptions médicamenteuses en première instance lorsque l'indication n'est pas impérative, favoriser des soins physiques (glace, mobilisation ou repos, etc.) et l'utilisation de remèdes naturels (si possible locaux) à efficacité reconnue ;
- prescrire en **quantité appropriée** (plus petit emballage possible, durée déterminée minimale) en vérifiant quels médicaments les patient-es ont déjà à domicile ;
- réfléchir régulièrement à **déprescrire et limiter la polypharmacie** autant que possible en évitant également les changements thérapeutiques fréquents ;
- **ne pas accepter les échantillons promotionnels** des firmes pharmaceutiques qui encouragent la consommation et augmentent le nombre de non utilisés ;
- encourager les patient-es à ramener les médicaments inutilisés en pharmacie.

Figure 2 : Nombre de molécules pharmacologiques retrouvées dans les eaux de surface, les nappes phréatiques, l'eau de robinet et l'eau potable
(tiré de : Aus der Beek. Environ Toxicol Chem 2016²⁴ – Reproduction avec autorisation © John Wiley and Sons).



De manière générale, le professionnel de santé mettra en valeur la place de l'accompagnement et de l'écoute quelles que soient les modalités de soins préconisées, agira dans le respect de l'information éclairée du patient sur le niveau de preuve des options thérapeutiques, évitera de favoriser de fausses croyances, et pourra évoquer l'utilisation de l'effet placebo sans tabou mais ne banalisera pas l'usage de remèdes dits naturels qui peuvent être toxiques.

Les examens radiologiques

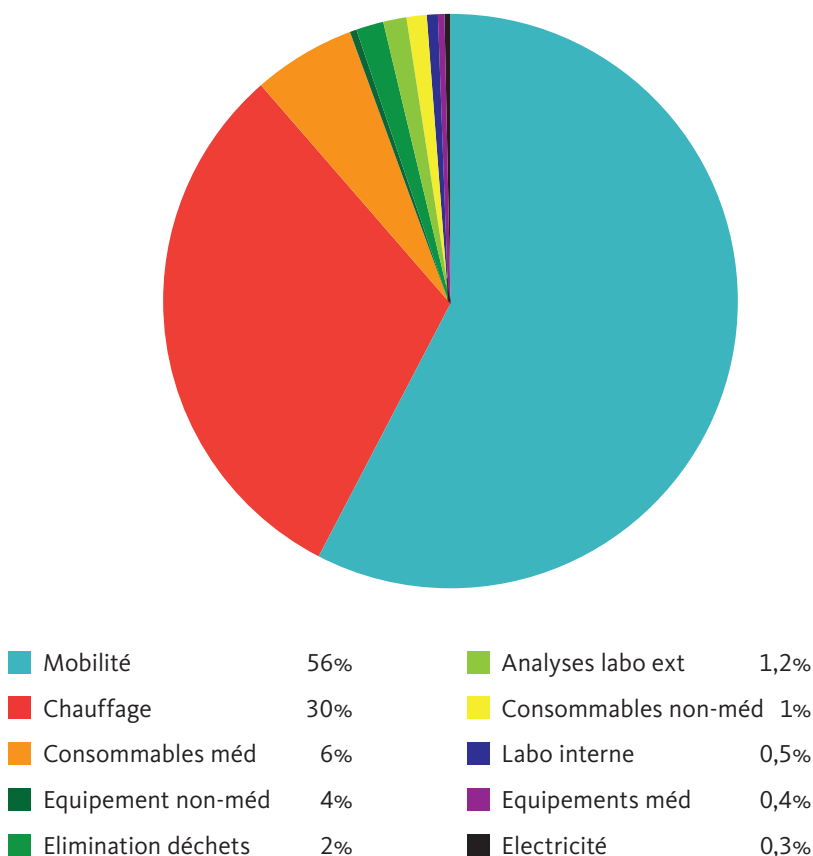
Encore peu étudié, l'impact environnemental des examens radiologiques probablement conséquent quand on considère que l'empreinte carbone d'un examen par IRM est évaluée à environ 22 kg CO₂ équivalent (CO₂eq)²⁹ ce qui correspond à un voyage en voiture à essence de 160 km environ. À l'utilisation d'énergie au moment de l'examen s'ajoute celle liée au stockage d'images digitales sur des serveurs pour une durée indéfinie. Les modalités d'examens par imagerie sont de plus en plus nombreuses et accessibles aux médecins de premier recours et sollicités par les patient-es. Toutefois, il s'agit pour chaque examen d'évaluer l'impact clinique réel et de pondérer l'indication en optant pour la méthode d'investigation avec la moindre empreinte environnementale pour le meilleur bénéfice clinique. Une étude a estimé que 40 % des indications à une imagerie du genou par IRM étaient inappropriées ou incertaines³⁰. Une évaluation récente de l'impact des imageries cardiaques révèle que l'écho-stress cardiaque produit environ 2-3 kg de CO₂eq alors que l'IRM cardiaque de stress en produit jusqu'à 100 fois plus^{29,31} à efficacité équivalente pour l'investigation des douleurs thoraciques ; il faut donc intégrer l'empreinte environnementale à l'indication à faire une imagerie afin d'en optimiser les bénéfices globaux.

L'empreinte environnementale du cabinet

Les cabinets médicaux sont également consommateurs d'énergie et producteurs de déchets et de gaz à effet de serres. Si l'on considère que chaque citoyen-ne ne devrait pas dépasser 600 kg CO₂eq (ou 1 000 si on inclut les émissions indirectes) pour l'ensemble de ses activités pour limiter le réchauffement climatique à 2 °C comparé à l'ère préindustrielle, il est préoccupant d'apprendre que les émissions annuelles suisses de GES induites par le système de santé représentent 1 000 kg CO₂eq par habitant. Une étude a évalué l'émission des GES de dix cabinets de médecine de premier recours en Suisse (ramenée à leur équivalent CO₂eq)³². Ainsi,

une consultation produit en moyenne 4,8 kg CO₂eq dont plus de la moitié est due à la mobilité des patient-es (33,2 %), du personnel (12,5 %) et des coursiers (9,8 %). Le chauffage d'un cabinet d'une surface moyenne de 207 m² produit 9,1 t CO₂eq soit 29,8 % des émissions (figure 3).

Figure 3 : Empreinte environnementale moyenne de dix cabinets de médecine de premier recours suisses³¹.



La même étude a inclus des médecins de premier recours pour établir les recommandations visant à réduire les émissions de GES dans les cabinets selon les différents secteurs (entre parenthèses le gain carbone en CO₂eq/année) (cf. tableau 2). Il convient donc d'intégrer la réflexion de l'empreinte environnementale dans tous les choix de fournitures et gestion du cabinet

comme d'opter pour des pansements sans coton, des désinfectants à base de produits naturels (au lieu du pétrole communément utilisé pour les désinfectants de mains ou de plaies), etc.

Tableau 2 : Recommandations visant à réduire les émissions de GES dans les cabinets de médecine de premier recours³¹.

		Gain CO ₂ eq kg/année
Infrastructure	diminuer la température de chauffage de 1 °C	841
	couper l'eau chaude des robinets	601
	redimensionner la surface du cabinet à 60 m ² /médecin	5 769
	éteindre l'appareil de radiographie	24
Mobilité	inciter 80 % des soignant-es à ne pas venir en voiture au cabinet	2 923
	inciter 10 % des patient-es à ne pas venir en voiture au cabinet	1 294
Sous-traitance	arrêter de faire venir le coursier du laboratoire en urgence	1 094
	effectuer les analyses urgentes directement au cabinet	119
	limiter à un passage par jour la collecte d'échantillons de laboratoire	147
Matériel	ne pas utiliser de papier de lit plastifié	140
	doubler la durée de vie des ordinateurs de 4 à 8 ans	332
	favoriser du matériel de soins minimisant les emballages	231
	utiliser des pansements sans coton	1 360

Éco-compétences : le collaborateur

La collaboration avec d'autres professionnels permet de réduire l'impact environnemental des pratiques de soins. La prescription de traitements physiques pour des patients souffrant de douleurs ostéoarticulaires soit

aiguës ou chroniques peut réduire la consommation de médicaments (physiothérapeutes, médecine manuelle, acupuncture, ostéopathie, massages, etc.).

La collaboration interprofessionnelle permet également pour les patients polymorbides d'anticiper et prévenir les aggravations et décompensations et indirectement donc d'améliorer leur état de santé et réduire le nombre d'hospitalisations, ce qui permettra une réduction de l'empreinte environnementale. La collaboration avec les pharmaciens permet une meilleure gestion des prescriptions et la participation à des cercles de qualité entre médecins ou interprofessionnels permet une réflexion sur sa pratique prescriptive.

Le développement de structures de soins interprofessionnelles telles que les maisons de santé permet de répondre localement aux besoins d'une communauté tout en réduisant l'impact environnemental par réduction des déplacements, connaissance des patients et limitation des examens complémentaires et du recours aux autres spécialistes.

Éco-compétences : le professionnel

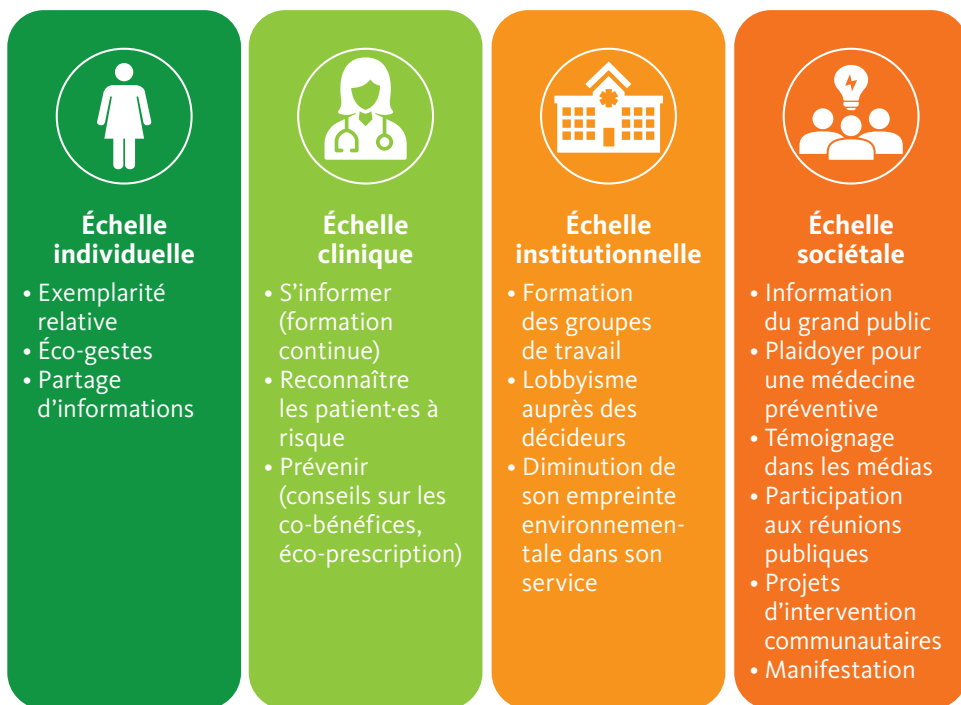
Les soignants peuvent donc agir à différents niveaux pour contribuer à la diminution de l'empreinte environnementale des soins et œuvrer en faveur d'une meilleure santé planétaire grâce à des actions concrètes au niveau individuel, clinique, du système de soins et de la société (figure 4). C'est en agissant à ces différents niveaux qu'il répond aux enjeux éthiques de son rôle de professionnel de santé intégrant la crise environnementale.

Conclusion

La taille de l'enjeu est telle que l'intégration et la mise en pratique d'éco-compétences en médecine (de premier recours) rendent nécessaire un changement de paradigme qui touche tous·tes les acteurs·trices et professionnel·les du secteur. Des actions coordonnées et complémentaires doivent être menées sans tarder au niveau de la formation, de la recherche, de l'activité clinique et de l'organisation du système de santé afin de contribuer à la réduction des risques liés aux changements environnementaux. Les médecins et tous les autres professionnel·les de santé, de par leurs rôles et multiples sphères d'influence, jouent un rôle central dans ce défi essentiel au maintien de la bonne santé du vivant sur notre planète.

Figure 4 : Champs d'action des médecins de premier recours

Adapté de: Leffers JM. Climate Change and Health of Children: Our Borrowed Future. J Pediatr Health Care. 2022 Jan-Feb;36(1):12-19. doi: 10.1016/j.pedhc.2021.09.002. Epub 2011 Nov.1. PMID: 34736812. WHO information slides for the health sector: what every clinician needs to know about children's environmental health WHO/HEP/ECH/CHE/slides/22.01



Références bibliographiques

1. Veidis EM, Myers SS, Almada AA, Golden CD; Clinicians for Planetary Health Working Group. A call for clinicians to act on planetary health. Lancet 2019;393(10185):2021.
2. Lenzen M, Malik A, Li M, et al. The environmental footprint of health care: a global assessment. Lancet Planet Health 2020;4(7):e271-e79.
3. Health Care Without Harm. Health care climate footprint report. <http://noharm-global.org/climatefootprintreport>.
4. World Organization of Family Doctors, Planetary Health Alliance, Clinicians for Planetary Health. Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health. 2019. www.globalfamilydoctor.com/Decplanethealth.

5. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.
6. Senay E, Sarfaty M, RiceAnn MB. Strategies for clinical discussions about climate change. *Ann Intern Med* 2021;174(3):417-8.
7. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ* 2010;340:c1900.
8. Schwarz J. 12. Changer les comportements en matière de santé et d'environnement : Oui, mais de qui et comment ? Quelques pistes de réflexion sur le besoin d'intégrer les enjeux sociaux. In: Senn N, Gaille-Nikodinov M, del Rio Carral M, Holguera JH (dir.). Santé et environnement : vers une approche globale. Chêne-Bourge (Suisse): Revue Médicale Suisse; 2022. p. 158-169.
9. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet* 2018;391(10119):462-512.
10. World Health Organization. Air pollution. 2019 Jan 11 [cited 2019 Jan 14]. Available from : www.who.int/airpollution/en/.
11. Carrington D, Taylor M. Air pollution is the 'new tobacco', warns WHO head. *The Guardian*. [Cited 2019 Jan 19]. Available from : www.theguardian.com/environment/2018/oct/27/air-pollution-is-the-new-tobaccowarns-who-head.
12. Münzel T, Schmidt FP, Steven S, Herzog J, Daiber A, Sørensen M. Environmental Noise and the Cardiovascular System. *J Am Coll Cardiol* 2018;71(6):688-97.
13. De Schrijver E, Bundo M, Ragettli MS, et al. Nationwide analysis of the heat-and cold-related mortality trends in Switzerland between 1969 and 2017: the role of population aging. *Environ Health Perspect* 2022;130(3):37001.
14. Vicedo-Cabrera AM, Scovronick N, Sera F, et al. The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change. *Nat Clim Chang* 2021;11(6):492-500.
15. Global Footprint Network. Advancing the Science of Sustainability. <https://food.footprintnetwork.org/>.
16. EAT. The Eat-Lancet commission report. <https://eatforum.org/eat-lancet-commission/eat-lancet-commission-summary-report/>.
17. Holguera GJ, Senn N. 33. Cobénéfices : une alimentation saine et durable. In: Senn N, Gaille-Nikodinov M, del Rio Carral M, Holguera JH (dir.). Santé et environnement : vers une approche globale. Chêne-Bourg (Suisse): Revue Médicale Suisse; 2022. p. 361-369.
18. EAT The Eat-Lancet commission report. <https://eatforum.org/eat-lancet-commission/eat-lancet-commission-summary-report/>.
19. 1Office fédéral de la statistique. Impact sur l'environnement. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/mobilite-transport/acidents-impact-environnement/impact-environnement.html#:~:text=En%202020%20

- 2C % 20les % 20 % C3 % Agmissions % 2ode, transports % 20ont %
2odiminu % C3 % A9 % 2ode % 207 % 25.
20. World Health Organization. Global recommendations for physical activity for health. Janvier 2010.
 21. Celis-Morales CA, Lyall DM, Welsh P, et al. Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. *BMJ* 2017;357:j1456.
 22. Frumkin H, Bratman GN, Breslow SJ, et al. Nature Contact and Human Health: A Research Agenda. *Environ Health Perspect* 2017;125(7):075001.
 23. Tennison I, Roschnik S, Ashby B, et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health*. 2021; 5(2): e84-e92.
 24. aus der Beek T, Weber FA, Bergmann A, et al. Pharmaceuticals in the environment--Global occurrences and perspectives. *Environ Toxicol Chem* 2016;35(4):823-35.
 25. Organisation de coopération et de développement économiques. Pharmaceutical Residues in Freshwater. Hazards and Policy Responses. www.oecd.org/environment/resources/pharmaceutical-residues-in-freshwater-policy-highlights.pdf.
 26. Ruhoy IS, Daughton CG. Beyond the medicine cabinet: An analysis of where and why medications accumulate. *Environ Int* 2008;34(8):1157-69.
 27. Defarges TM, Guerbet M, Massol J. Impact des médicaments sur l'environnement : état des lieux, évaluation des risques, communication. *Thérapie* 2011;66(4):335-40.
 28. Schneider M, Sommer J, Senn N. 36. Prescription médicamenteuse durable : la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle entre médecins et pharmaciens. In: Senn N, Gaille-Nikodinov M, del Rio Carral M, Holguera JH (dir). *Santé et environnement : vers une approche globale*. Chêne-Bourg (Suisse): Revue Médicale Suisse; 2022. p. 400-412.
 29. Picano E, Mangia C, D'Andrea A. Climate Change, Carbon Dioxide Emissions, and Medical Imaging Contribution. *J Clin Med* 2023;12(1):215.
 30. Solivetti FM, Guerrisi A, Salducca N, et al. Appropriateness of knee MRI prescriptions: clinical, economic and technical issues. *Radiol Med* 2016;121(4):315-22.
 31. Braga L, Vinci B, Leo CG, Picano E. The true cost of cardiovascular imaging: Focusing on downstream, indirect, and environmental costs. *Cardiovasc Ultrasound* 2013;11:10.
 32. Nicolet, J., Mueller, Y., Paruta, P. et al. What is the carbon footprint of primary care practices? A retrospective life-cycle analysis in Switzerland. *Environ Health* 2022;21(1):3

4.11 Réflexion autour de l'évaluation relationnelle et réflexive en soins primaires

Madeleine Capiou, Jean Macq, Sophie Thunus

Le renforcement des soins primaires engendre un besoin accru d'évaluation de leur qualité¹. Celui-ci est relayé tant par les professionnels de la santé que par les autorités publiques. Mais il pose la question du comment l'évaluer ? En effet, l'idée même d'évaluation peut susciter des résistances de la part des professionnels, en particulier quand l'évaluation est associée à une forme de contrôle de leur travail². Plus précisément, les professionnels déplorent souvent le caractère désincarné des approches évaluatives dominantes, telles que nous les définirons dans le chapitre, par rapport aux situations auxquelles ils sont confrontés³.

À partir de ce constat et en nous inspirant de l'éthique du care telle que définie par Tronto⁴, nous proposons dans ce chapitre de réfléchir à la manière d'évaluer les pratiques en soins primaires, et plus particulièrement les aspects de ces pratiques qui relèvent d'une éthique relationnelle. En relevant l'écart entre les aspects de ces pratiques et les approches évaluatives dominantes, nous visons à renforcer la réflexion relative au contenu et à la forme des évaluations de la qualité en soins primaires, afin qu'elle porte non pas seulement mais également sur les aspects relationnels des pratiques professionnelles. Ce faisant, l'évaluation contribuerait à les améliorer mais aussi à les valoriser, ainsi qu'à la reconnaissance des professionnels en soins primaires. Nous proposons quelques pistes de réflexion pour le développement pour le développement d'approches évaluatives susceptibles de contribuer à cette amélioration.

Sur la base d'entretiens qualitatifs menés dans le cadre de la recherche Melting Point – qui porte sur l'accès et le recours aux soins de première ligne par les publics vulnérables en Région de Bruxelles-Capitale⁵ – ainsi que dans le cadre d'une recherche doctorale sur les pratiques évaluatives des maisons médicales en Belgique francophone, nous commencerons par circonscrire les aspects des pratiques professionnelles en soins primaires qui semblent s'inscrire dans une éthique relationnelle. L'éthique du soin (care) est ici décrite comme relationnelle pour souligner la distinction, et non l'opposition, par rapport à une morale rationnelle à portée universelle⁴. De plus, tout au long de ce chapitre, nous utiliserons l'expression

« éthique relationnelle », pour éviter que le terme de soin, comme attention et souci de soi, de l'autre et de l'environnement, ne soit pas assimilé à l'acte de soin en tant que tel. Nous montrerons ensuite comment les aspects relationnels des pratiques professionnelles risquent d'être invisibilisés par la logique rationnelle et techniciste dominant actuellement certaines approches évaluatives. Enfin, nous esquisserons les contours d'une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive menée par les professionnels de la santé qui pourrait compléter, sans s'y substituer, un modèle d'évaluation qui privilégie l'objectivation, la quantification et la mesure des résultats par un œil extérieur.

Des situations de soins complexes qui appellent à une éthique relationnelle

Les professionnels exerçant en soins primaires sont confrontés à des situations de soins dans lesquelles s'imbriquent des facteurs physiques, psychiques et sociaux, et ce, dans un contexte de précarité économique et sociale croissante. Dans ces situations, la relation de soins y est en grande partie imprévisible et des désaccords peuvent exister quant au résultat attendu de cette relation. En effet, en l'absence de cadre symbolique, normatif et technique comme celui que fournit davantage l'hôpital, la relation est soumise aux aléas du contexte et des trajectoires de soins et de vie des personnes.

Dans la littérature, ces situations de soins sont décrites comme complexes⁶. Ce terme souligne non seulement l'imbrication de facteurs physiques, psychiques et sociaux, mais également l'absence de services, d'outils thérapeutiques et de réponse « toute prête » pour ces besoins multiples, sur l'étagère des connaissances scientifiques^{7,8}. En effet, les professionnels estiment parfois qu'ils ne sont pas préparés à répondre à de tels problèmes au cours de leur formation, parfois décrite comme « un bourrage de crâne scientifique dépourvu d'approches humaines, relationnelles, psychosociales »⁵. Par ailleurs, la connaissance de l'offre de soins et de services constitue souvent une difficulté pour les professionnels eux-mêmes. Dans certains endroits, l'offre est dense, très spécialisée, peu transparente et les soins de santé sont saturés et difficilement accessibles. Dans d'autres, au contraire, l'offre de soins est insuffisante.

Dans ce contexte, les professionnels évoquent la nécessité de se montrer pragmatique, de « bricoler » des réponses, c'est-à-dire de réfléchir à la manière d'adapter la manière d'adapter leur pratique guidée par la

rationalité technique en fonction de leur compréhension partagée de la situation. La présence de bricolage n'exclut pas la rationalité technique qui, comme le souligne Schön, reste l'épistémologie dominante des pratiques de soins. Il s'agit donc de compléter cette rationalité technique par une *réflexion dans l'action*⁸.

La *réflexion dans l'action* repose sur une pratique d'écoute attentive: « la consultation chez moi, c'est surtout une écoute à différents niveaux... j'écoute le patient au niveau de ses plaintes physiques, au niveau psychique et puis j'attache beaucoup d'importance au social, au contexte et aussi à l'existentiel. »⁵ L'écoute attentive permet d'appréhender globalement la situation de la personne afin de proposer une réponse qui soit acceptable pour elle et qui préserve son équilibre général. La préservation de cet équilibre peut impliquer de jouer avec les normes et les principes professionnels: « Il y a des femmes qui doivent assumer seules l'éducation de trois ou quatre enfants, parfois un enfant avec un retard mental ou des problèmes de comportement, et qui sont incapables d'aller travailler parce qu'elles doivent tout gérer! Alors moi, en tant que médecin je suis "obligée" de dire qu'il y a une maladie⁵... ! »

Ces situations de soins convoquent donc des pratiques qui mettent en discussion une rationalité technique et des normes professionnelles dites universelles – au sens où le professionnel les appliquerait partout et toujours – avec une éthique relationnelle telle que définie par Gilligan et Tronto⁴. Celle-ci se caractérise par une attention portée à la personne et par un souci de la continuité de sa trajectoire biographique, en prenant en compte les relations ou interdépendances qui supportent son équilibre. Une telle éthique implique un souci de soi, de l'autre, de l'environnement, et de la recevabilité, par les usagers, des solutions qui leur sont proposées. Elle nous exhorte à substituer le postulat de la vulnérabilité de la personne humaine à celui de l'indépendance, de l'autonomie et de la liberté de choix.

L'éthique relationnelle à l'épreuve de l'évaluation lorsqu'elle suit un modèle rationnel et objectivant

Bien que constitutives du travail en soins primaires, les pratiques professionnelles qui s'inscrivent dans une éthique relationnelle sont souvent occultées par la logique qui domine actuellement l'évaluation de la qualité³. Bien que les visions de l'évaluation tendent à se diversifier pour être davantage en adéquation avec les pratiques de soins (cf. section « Vers une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive »), elles sont encore

dominées par une logique qui ressort de la définition suivante, selon laquelle l'évaluation est un « processus systématique permettant de juger du mérite, de la valeur, de la performance ou de l'importance d'une activité, d'une pratique professionnelle, d'un projet, d'un programme, d'une stratégie ou d'une institution. Ce processus se concentre sur les réalisations attendues et obtenues en examinant des données afin de comprendre les réalisations ou leur absence »⁹⁻¹¹. À partir de cette définition, nous mettons en avant cinq caractéristiques plus précises de l'évaluation susceptibles de concourir à cette invisibilisation des aspects relationnels des pratiques de soins primaires.

Premièrement, quand l'objet de l'évaluation ne concerne que la dimension individuelle des pratiques et de ses résultats, leurs dimensions collectives et le tissu relationnel sous-jacents lui échappent. Or, les liens qui se tissent dans une équipe pluridisciplinaire et ceux qui se nouent au sein d'un territoire déterminé sont indissociables à la fois des soins primaires et de l'éthique relationnelle qui s'y déploie.

Deuxièmement, l'évaluation participe à l'invisibilisation de la relation quand elle est dominée par une volonté d'objectivation, qui implique de privilégier les aspects quantifiables et mesurables de la pratique et ses résultats tangibles : traitements prescrits, dossiers remplis, etc.. Or, l'éthique relationnelle se manifeste dans une posture attentive, d'écoute et de souci de l'autre qui résiste à la description formelle et à la connaissance explicite des soins⁵. Ainsi, face à la seule mobilisation de critères de mesure standardisés, associés à une morale rationnelle et objectivante, la *réflexion dans l'action* peut généralement faire l'objet de suspicion. En outre, les nuances d'une pratique ancrée dans un territoire, à l'image de celle des soins primaires, ne sont pas ou peu reflétées avec une approche évaluative rationnelle et objectivante¹². Pourtant, le souci de l'environnement naturel, matériel, culturel et social est au cœur de l'éthique relationnelle.

Troisièmement, quand l'évaluation est réalisée par une personne externe, lors d'une accréditation par exemple, elle limite l'ancrage et la durabilité du processus d'apprentissage qu'elle peut amorcer en impliquant les personnes dont les pratiques sont évaluées¹². Or, l'inscription de l'action dans la réflexion et dans la durée est aussi un corollaire de l'éthique relationnelle.

Quatrièmement, quand l'évaluation favorise la voix des spécialistes, dont les professionnels, elle contribue à écarter les bénéficiaires, en particulier les plus vulnérables. Elle invisibilise par là même les inégalités de genre, de race et de classe qui peuvent s'immiscer dans les pratiques. L'éthique de la relation implique, au contraire, de faire entendre les voix vulnérables⁴.

Cinquièmement, quand l'évaluation ne prend pas en compte sa propre intervention, elle néglige l'influence qu'elle exerce sur son contexte d'implémentation – de même que l'influence qu'exerce ce contexte sur les résultats de l'évaluation¹³. Or, la finalité de l'évaluation, les rapports de force internes à une profession, ou les hiérarchies qui prévalent au sein d'une structure de soins peuvent alimenter des stratégies de résistance consistant à manipuler l'évaluation, en y répondant de manière partielle ou partiale.

Différentes formes d'évaluation prennent des distances par rapport à l'une ou plusieurs de ces caractéristiques, par exemple le projet DEQuaP en Belgique francophone. Ce projet propose aux maisons médicales un parcours d'autoévaluation : les travailleurs sont invités à évaluer leurs pratiques et le fonctionnement de leur équipe avec l'aide d'un accompagnateur extérieur, sur base d'un questionnaire qui aborde toutes les facettes des pratiques et de la structure, et à s'essayer à des améliorations¹⁴. Cependant, de telles initiatives demeurent marginales et leur développement est ralenti par des obstacles organisationnels et culturels. Parmi les obstacles pratiques, « le temps, c'est vraiment le gros problème parce que nos journées, elles sont quand même vachement chargées ». Du côté culturel, la tendance générale à privilégier l'objectivation et la quantification s'accompagne d'une difficulté à privilégier la réflexivité ou la « prise de recul », parce qu'elles sont peu présentes dans la formation professionnelle, et souvent éclipsées par la force de l'habitude. Dès lors, les formes d'évaluation aujourd'hui dominantes, qui servent à alimenter des décisions stratégiques ou politiques, articulent la plupart du temps quelques-unes des cinq caractéristiques que nous avons associées à un modèle rationnel et objectivant de l'évaluation. Pourtant, comme nous l'avons souligné, ce modèle éclipse l'éthique relationnelle alors même que celle-ci constitue, suivant le postulat de la vulnérabilité, une source d'émancipation et une ressource pour la santé. En effet, la relation qui « prend soin » favorise notamment l'expression de problèmes délicats ou stigmatisés, comme la santé mentale ou les violences intrafamiliales, et améliore, progressivement, le recours aux soins⁵.

La nécessité d'une réflexion sur l'action complémentaire à la réflexion dans l'action

L'éthique relationnelle relève donc à la fois de la réflexion et de l'action. Toutefois, la nature pragmatique des pratiques professionnelles, caractérisées par le besoin d'agir, peut contenir le risque d'éclipser sa dimension

éthique. Plus encore, chaque relation implique la construction d'un ordre de l'interaction : au gré d'ajustements mutuels et en s'appuyant sur leur perception de la situation, deux personnes régulent leur interaction afin qu'elle débouche sur une solution. Dès lors, la *réflexion dans l'action* ouvre la porte à la subjectivité et aux émotions. Au niveau de la relation de soin, cette subjectivité peut se confondre avec l'arbitraire et donner lieu, notamment, à des inégalités de traitement exacerbées par l'écart social, culturel et linguistique existant entre la personne et le professionnel. Ainsi, dans le cours de l'interaction, des préjugés sociaux et culturels peuvent biaiser à la fois la manière dont la personne communique et le jugement professionnel.

Dès lors, nous suggérons que la *réflexion dans l'action* puisse se combiner à une réflexion *sur et en dehors* de l'action, afin de former une *réflexivité professionnelle* telle que définie par Schön⁸. Celle-ci constitue une double opportunité : d'une part, celle d'accorder une reconnaissance à l'éthique relationnelle qui sous-tend des pratiques dont la dimension pragmatique est parfois épinglée, voire décriée, et, d'autre part, celle d'incorporer cette éthique à un travail de réflexion dynamique, au niveau individuel et collectif.

Vers une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive

En conclusion, nous proposons d'esquisser les contours d'une démarche d'évaluation inspirée de l'éthique relationnelle et de la notion de réflexivité, qui permettrait de compléter le modèle dominant, sans pour autant s'y substituer.

Le matériau de cette évaluation relationnelle et réflexive est l'expérience. L'action vécue et la relation de soins y occupent donc une place centrale. De plus, cette évaluation est à la fois rétrospective et prospective : elle part de l'expérience et revient à l'action. Elle peut se décliner en trois temps clés. Premièrement, le temps de la description au cours duquel le professionnel est amené à mettre en mots, et donc à rendre explicite, une situation vécue dont la connaissance est en grande partie tacite. La description est réalisée collectivement, en équipe. Elle comporte une partie objective, qui consiste à décrire ce qui s'est passé au cours d'une action, par exemple une consultation, et une partie subjective, qui permet d'évoquer les réactions émotionnelles et les pensées qui ont émergé dans l'action. Pour chaque partie, le défi est d'atteindre un rapport narratif à l'expérience, qui se focalise sur l'observation et le récit sans glisser dans l'interprétation. Ce rapport narratif implique donc un recul par rapport à l'idéal-type de

la profession (qui favorise l'interprétation) mais aussi de mettre en mots des savoirs-être et savoirs-faire tacites¹⁵. Leur description représente donc une épreuve – comme une élucidation – mais elle constitue aussi une source d'apprentissage, car les professionnels prennent davantage conscience de ce qu'ils font individuellement et collectivement. Deuxièmement, le temps de l'analyse critique permet de dépasser le stade de la description en se demandant pourquoi les choses se sont faites de telle ou telle manière. Cette analyse des pratiques se déroule également de manière collective et mobilise des savoirs théoriques, qui constituent une grille d'interprétation. Troisièmement, le temps de la régulation consiste à structurer collectivement l'apprentissage des deux premières étapes avant de tenter de dégager de nouvelles pistes, pour de futures actions, qui constitueront le matériau de nouveaux cycles de pratique réflexive. Finalement, ces trois temps pourraient s'inscrire dans un processus qui relève de l'éthique relationnelle. Tel que décrit par Tronto⁴, ce processus comporte quatre phases interreliées : premièrement, la reconnaissance d'un besoin ou d'une situation qui nécessite d'en prendre soin, deuxièmement, un engagement à comprendre le besoin et à identifier une manière adéquate d'y répondre, troisièmement, la réalisation du soin ou la mise en œuvre de la réponse, et quatrièmement, la responsabilité au sens d'une préoccupation relative à la possibilité, pour celui ou celle à qui elle est destinée, de recevoir cette réponse.

De plus en plus d'initiatives d'évaluation de la qualité qui valorisent les aspects relationnels ouvrent une fenêtre d'opportunité pour que les chercheurs, gestionnaires et politiques intègrent l'aspect relationnel dans l'évaluation en soins primaires. Citons, à titre d'illustration, deux initiatives de part et d'autre de l'Atlantique. D'une part, aux Pays-Bas, un projet d'évaluation reposant sur la méthode des points de contact émotionnels – *Touchpoint method* – a démontré sa plus-value pour l'évaluation de la qualité des soins dans une perspective éthique¹⁶. D'autre part, le projet COMPAS, développé au Québec pour améliorer les soins primaires pour les maladies chroniques, repose sur trois activités, à savoir le feedback, la réflexion critique et le plan d'action¹⁷. Cette combinaison d'activités a démontré ses effets puisque les équipes multidisciplinaires y ayant participé ont développé des projets d'amélioration continue de la qualité portant sur leurs pratiques (inter)professionnelles et organisationnelles¹⁸.

Encourager cette démarche d'évaluation relationnelle et réflexive permettrait à la fois aux professionnels de réfléchir et de développer des pratiques qui prennent soin d'eux, des usagers de soins, et de leur environnement,

dans « un monde vulnérable⁷ ». C'est dans ce contexte général que nous proposerons à l'issue de la recherche doctorale des pistes pour une démarche d'évaluation relationnelle et réflexive qui mobilise les quatre phases du *care*.

Références bibliographiques

1. Rezapour R, Letaief M, Khosravi A, et al. Primary Health Care Quality Assessment Frameworks: State of the Art Review. *Health Scope* 2022;11(3):e126407.
2. Bloy G, Rigal L. With tact and measure? French doctors wrestling with the idea of assessing their medical practice. *Sociologie du Travail* 2013;55(1):24-47.
3. Emmerich N, Swinglehurst D, Maybin J, Park S, Quilligan S. Caring for quality of care: symbolic violence and the bureaucracies of audit. *BMC Med Ethics* 2015;16(1):23.
4. Tronto J. Un monde vulnérable. Pour une politique du « care ». Paris: La Découverte; 2009.
5. Thunus S, Creten A, Donnen A, Walker C. Melting Point : L'accès et le recours aux soins de première ligne par les publics vulnérables, en Région de Bruxelles-Capitale [in French]. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-capitale; 2023.
6. Chaire Interdisciplinaire de la Première Ligne. Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. 2020.
7. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, et al. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care* 2014;52:7-14.
8. Schon D. The reflective practitioner: How Professionals Think in Action. London; 1983.
9. What is evaluation? . Better Evaluation. 2022. Disponible sur : www.betterevaluation.org/.
10. What is evaluation? . American Evaluation Association. 2006. Disponible sur : www.eval.org/About/What-is-Evaluation.
11. Evaluation. World Health Organization. 2014. Disponible sur : www.who.int/about/what-we-do/evaluation.
12. Jardon F, Glineur C, Sylin M, Vercruysse N, Fouchet P. L'évaluation standardisée à l'épreuve de la clinique. *Bulletin de psychologie* 2009;501(3):271-8.
13. Hovlid E, Husabø G, Teig IL, Halvorsen K, Frich JC. Contextual factors of external inspections and mechanisms for improvement in healthcare organizations: A realist evaluation. *Soc Sci Med* 2022;298:114872.
14. Fédération des maisons médicales. DEQuaP, un outil au service du collectif dans et pour les maisons médicales. 2019. Disponible sur : www.fmm.be.

maisonmedicale.org/Vu-dans-la-presse-suisse-DEQuaP-un-outil-au-service-du-collectif-dans-et-pour.html.

15. Jorro A. Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes. *Mesure et évaluation en éducation* 2004;27(2):33-47.
16. Kuis EE, Goossensen A. Evaluating care from a care ethical perspective: A pilot study. *Nurs ethics* 2017;24(5):569-82.
17. Vachon B, Désorcy B, Camirand M, et al. Engaging primary care practitioners in quality improvement: making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. *BMC Health Services Research* 2013;13(1):106.
18. Vachon B, Désorcy B, Gaboury I, et al. Combining administrative data feedback, reflection and action planning to engage primary care professionals in quality improvement: qualitative assessment of short term program outcomes. *BMC Health Services Research* 2015;15(1):391.

Les professionnels de santé en soins primaires

4.12 L'organisation : la collaboration interprofessionnelle

Isabelle Gaboury et Elisabeth Martin

Introduction

La collaboration interprofessionnelle désigne le processus par lequel au moins deux professionnels de santé de différentes disciplines travaillent ensemble pour fournir des soins complets en partenariat avec le patient¹. Notons que bien que les termes interdisciplinaire et interprofessionnel soient régulièrement utilisés de manière interchangeable², on tend à privilégier le terme interprofessionnel lorsqu'une réelle intégration des savoirs disciplinaires et des actions est réalisée dans le but d'offrir des soins et services aux patients³. Pour simplifier la lecture de ce chapitre, le terme interprofessionnel sera utilisé dans cette optique.

La collaboration interprofessionnelle a historiquement été associée à l'amélioration de la prestation des soins et à un désir d'efficacité du système de santé. Deux grands moments marquants ont d'ailleurs constitué des périodes très fertiles pour le développement d'une pratique fondée sur la collaboration interprofessionnelle. Notamment aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale, où les ressources humaines médicales n'étaient plus au rendez-vous pour offrir le même niveau de services, ainsi qu'à la suite du grand krach boursier des années 1980, où les systèmes de santé ont été plongés dans une période de rationalisation importante, alors que les besoins explosaient, particulièrement avec la hausse marquée de maladies chroniques⁴.

Bien que les premiers modèles et travaux scientifiques sur la collaboration interprofessionnelle aient eu comme berceau les services hospitaliers et spécialisés⁵, ce mode de pratique fait maintenant partie de nombreuses politiques publiques pour des soins primaires de qualité⁶. Ce chapitre vise à explorer les impacts de la collaboration interprofessionnelle sur la pratique des soins de santé primaires, les processus impliqués dans la collaboration interprofessionnelle, les barrières au déploiement de ces processus ainsi que les grandes étapes de sa mise en œuvre.

Effets de la collaboration interprofessionnelle

Dans une équipe où une approche de collaboration prévaut, chaque professionnel de santé offre un ensemble unique de connaissances et de compétences. L'équipe contribue à développer une compréhension holistique de l'état de santé du patient et répond ainsi plus efficacement à ses besoins en matière de santé. Cette façon d'organiser le travail clinique a été reconnue notamment^{1,7-9} :

- dans la réduction des erreurs médicales et des duplications des requêtes et des services; via une meilleure communication et coordination entre les professionnels et une prise de décision partagée efficace;
- dans l'amélioration de l'adhésion aux traitements et de la gestion des maladies chroniques et des conditions de santé complexes; en favorisant la mise en place d'un suivi qui s'adapte en fonction de l'évolution de la condition du patient. Ce suivi proximal offre une plus grande opportunité de cohésion avec le contexte psychosocial du patient et amène une meilleure compréhension de la maladie, augmente le lien de confiance et la capacité de l'équipe à s'adapter au caractère évolutif de la condition du patient;
- pour augmenter l'accès aux soins; en multipliant l'offre de soins en fonction des besoins de santé du patient. Une offre accrue contribue notamment à diminuer le temps d'attente en s'éloignant du modèle de l'intervenant unique (diversification de l'offre) et en augmentant l'efficacité de l'intervention confiée aux professionnels compétents.

Notons que l'ensemble de ces impacts a montré des retombées positives sur la satisfaction du patient, étant donné une meilleure coordination des soins offerts par le professionnel opportun, le tout dans un environnement de soins centré sur le patient.

Au-delà des bénéfices pour le patient, la littérature recense de nombreux effets positifs d'un milieu de travail collaboratif pour les professionnels de santé et le système de santé en général, notamment^{10,11} :

- en augmentant le sentiment d'efficacité, la performance et la satisfaction personnelle au travail^{7,9}. En effet, les professionnels de santé œuvrant dans des milieux où la collaboration est valorisée ont davantage d'opportunités d'apprendre les uns des autres et de s'adapter aux besoins évolutifs des patients. Une

collaboration interprofessionnelle saine permet également de diminuer la charge de travail et le stress, puisque les tâches sont déléguées en fonction des compétences et des préférences de chacun des membres^{12,13}. Ces deux aspects combinés auront pour effet de diminuer le roulement de personnel ;

- en augmentant la performance et la productivité, puisque les équipes interprofessionnelles montrent une plus grande compliance avec les guides de pratique clinique, un niveau de confiance plus élevé envers les collègues et un sentiment d'engagement plus fort^{14,15}.

Finalement, la collaboration interprofessionnelle peut avoir un impact important sur la capacité d'innover en soins primaires. Mises en commun, les connaissances et les expertises collectives des divers professionnels de la santé peuvent aboutir à des solutions pertinentes aux problèmes de santé.

Processus clés

Un environnement collaboratif dans les soins de santé fait référence à un milieu de travail dans lequel des professionnels de différentes professions travaillent de manière cohérente, communiquent efficacement et partagent leurs connaissances et leurs expertises afin de fournir des soins complets et centrés sur la personne¹⁶.

À noter que la nécessité pour les professionnels de collaborer et l'intensité requise sont en tout temps dépendantes de la condition du patient¹⁷. Quand les connaissances et expertises d'un seul professionnel sont insuffisantes ou quand la situation de santé du patient devient complexe, c'est le moment d'intensifier les pratiques de collaboration^{17,18}. Ainsi, un patient diabétique stable, sans autre condition de santé connue, pourra obtenir des soins optimaux à travers une visite régulière à son médecin ou son infirmière. À l'opposé, un nouveau patient diabétique instable présentant des enjeux liés à la santé mentale et la gestion de sa tension artérielle présente un cadre tout désigné pour faire intervenir de manière coordonnée une plus grande équipe de professionnels. La création d'un environnement collaboratif dans les soins primaires implique diverses caractéristiques contextuelles et processus se rapportant à différents niveaux : politique, organisationnel et individuel¹⁹⁻²¹

• Politique

- Formation interprofessionnelle: l'intégration d'initiatives de formation à la collaboration interprofessionnelle peut contribuer à promouvoir la collaboration dès les premiers stades de la formation des professionnels et tout au long de leur carrière. En apprenant aux côtés de collègues d'autres disciplines, les professionnels comprennent mieux le rôle, les responsabilités et l'expertise de chacun; ce qui favorise un état d'esprit de collaboration, une culture professionnelle plus ouverte et une plus grande agilité à répondre aux différents enjeux de santé et d'organisation des soins.
- Évolution des rôles professionnels: au fil de l'histoire, les rôles et les responsabilités des différents professionnels de santé ont évolué en réponse aux avancées scientifiques tant cliniques qu'organisationnelles, aux changements sociaux et aux besoins des populations. Ces changements de rôles peuvent toutefois faciliter la collaboration en accroissant par exemple le champ d'action d'un professionnel; ou y contrevenir lorsque ceux-ci donnent naissance à des enjeux de pouvoir en créant des inégalités entre les disciplines et les professions.
- Contextes institutionnel et organisationnel: les politiques de santé, les structures organisationnelles des établissements de soins de santé et les incitatifs financiers peuvent avoir un impact sur la manière dont la collaboration interprofessionnelle est encouragée, soutenue ou entravée. Par exemple, les modèles de rémunération qui encouragent le travail en équipe peuvent moduler la collaboration interprofessionnelle dans une organisation.

• Organisationnel

- Établir des objectifs partagés et un but commun: les professionnels de santé doivent avoir une compréhension commune des buts et des objectifs de leur travail. Pour ce faire, une bonne connaissance des expertises, limites et rôles de chacun des membres est primordiale. À plus petite échelle, l'alignement des objectifs individuels sur les objectifs collectifs et la priorisation de ces derniers, tant avec le patient qu'avec les autres professionnels impliqués, sera nécessaire.

- Leadership et dynamique d'équipe: les dirigeants doivent encourager le travail d'équipe, favoriser une communication ouverte et promouvoir une culture de collaboration. En outre, il est essentiel de favoriser une dynamique d'équipe positive, d'encourager le respect mutuel et de valoriser les contributions de chaque membre de l'équipe. La notion de leadership collaboratif est souvent soulevée en matière de collaboration interprofessionnelle. Le leadership collaboratif sous-tend une responsabilité et une imputabilité constantes des professionnels envers leur équipe de travail, en reconnaissant la nécessité de modifier leur leader en fonction des tâches à accomplir pour répondre aux besoins de la personne ou en fonction des liens à maintenir avec celle-ci, ses proches et le reste de l'équipe.

- **Individuel**

- Cultiver la confiance et le respect: la confiance et le respect sont les fondements du travail d'équipe efficient. Pour instaurer la confiance, il faut faire preuve d'ouverture, de compétence, de fiabilité et d'intégrité. Le respect de l'expertise et des perspectives de chacun des membres de l'équipe contribue à créer un environnement dans lequel les individus se sentent valorisés et peuvent apporter une contribution efficace. Des leaders permettant de nommer les enjeux vécus, les appréhensions et les craintes dans un climat de sécurité psychologique contribuent à mettre en place la confiance et le respect au sein de l'équipe.
- Une communication coordonnée et transparente: une communication efficace implique d'écouter activement, de demander des éclaircissements et de fournir un retour d'information constructif. Les technologies telles que les dossiers médicaux électroniques peuvent contribuer à améliorer la communication entre les professionnels de la santé. Moyennant l'accord du patient, il faut toutefois assurer l'accès à chacun des membres de l'équipe de soins, et ce, à toutes les informations recueillies. Lorsque le niveau de communication jugé optimal est de moindre intensité, des outils efficaces et validés empiriquement, tels que le SBAR (acronyme anglais pour Situation-Background-Assesment-Recommandation), peuvent soutenir efficacement l'équipe dans sa communication²².

Obstacles et défis

La collaboration interprofessionnelle n'est pas exempte d'embûches. Toute expérience négative de collaboration aura pour effet de limiter cette dernière²³⁻²⁶.

Les barrières organisationnelles sont généralement plus difficiles à modifier et englobent des forces exercées sur les organisations de santé de manière générale, notamment :

- la philosophie de la profession et la protection du champ d'exercice : des divergences dans la façon de voir les problématiques et d'aborder la pratique des soins de santé entre les professions peuvent exister. Elles émergent lors de la formation initiale des professionnels ou dans l'application des exigences de leur ordre professionnel. Le manque de clarté des rôles, tant au niveau de la profession que de l'organisation, a également été identifié comme une barrière importante à la collaboration. Au Canada et particulièrement au Québec, le manque d'accès à un médecin de famille a eu pour conséquence de bonifier le champ de pratique de certains professionnels, notamment le pharmacien et l'infirmière. Le développement et l'adoption des ordonnances collectives ou individuelles peuvent également contribuer à une collaboration interprofessionnelle accrue ;
- le modèle de rémunération : des incitatifs financiers ou des modes de rémunération (à l'acte ou horaire) différents peuvent inciter ou limiter l'intérêt du professionnel à collaborer. Au Canada, l'absence de couverture financière publique pour certains services (par exemple, physiothérapie ou acupuncture) peut également limiter les opportunités de référencement à un collègue d'une autre profession ;
- l'organisation du travail : la collaboration interprofessionnelle demande le développement de liens de confiance et une communication saine et efficace. Or, si le temps des professionnels est partagé entre plusieurs organisations, départements ou quart de travail, ses liens pourraient être plus longs à implanter. On note également que les grandes équipes, ou les équipes présentant un taux de roulement important mettront plus de temps à atteindre un niveau d'optimisation satisfaisant de leur mode de fonctionnement.

Les barrières individuelles se rapportent à l'individu ou son équipe de travail :

- manque de confiance et enjeux de communication : pour collaborer, les membres de l'équipe doivent être en mesure d'évaluer la capacité de leurs collègues à réaliser une tâche. Les individus doivent donc faire connaissance et entretenir des échanges réguliers pour développer une confiance mutuelle et accepter le partage de responsabilité ;
- déséquilibre des pouvoirs : qu'il soit au niveau interpersonnel ou lié au rôle attendu ou perçu des professionnels, tout déséquilibre quant à la prise de décision clinique ou organisationnelle nuit à l'utilisation optimale des forces de chacun des membres de l'équipe. Les questions liées à l'autorité clinique, c'est-à-dire le droit de prendre des décisions cliniques concernant le diagnostic, le traitement et la gestion des patients, peuvent également être sources de tensions interprofessionnelles. Une culture de travail fondée sur des modèles médecin-centriques ou unidisciplinaires, où le médecin de famille joue un rôle d'intervenant pivot, nonobstant de la condition de santé du patient, peut créer un déséquilibre dans les relations interprofessionnelles.

Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle

La plupart des modèles théoriques sur la collaboration interprofessionnelle font état que ce mode de prestation de soins requiert un passage à travers un cycle de développement non linéaire²⁷. La boîte 17.1 offre un survol de stratégies pouvant faciliter l'implantation ou l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle dans un milieu.

Boîte 17.1 : Étapes de la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle

Fonctions principales de la gouvernance
1. Définir les besoins et les préférences de la patientèle
2. Identifier les membres de l'équipe et définir leurs rôles
2.1 Élaboration de plans de soins intégrés
2.2 Coordination et allocation des ressources par le biais de trajectoires définies ou ordonnances (collectives ou individuelles)

3. Construire une base de confiance, de respect et de reconnaissance entre les membres de l'équipe 3.1 Reconnaître et valoriser l'expertise professionnelle 3.2 Écoute active et communication efficace
4. Pour chaque patient, fixer des buts et des objectifs communs 4.1 Déterminer l'intensité optimale de collaboration requise en fonction des besoins du patient 4.2 Identifier les résultats centrés sur le patient et ses proches 4.3 Harmoniser les objectifs entre les disciplines
5. Instaurer et maintenir une communication efficace et efficiente 5.1 Implanter un système d'échange d'informations clair et opportun (outils validés ou processus locaux) 5.2 Utilisation des technologies de la communication 5.3 Aborder les obstacles à la communication et la résolution des conflits
6. Gestion et suivi en continu de la qualité de la prestation des soins

Conclusion

La collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé est essentielle pour une prestation de soins efficace et centrée sur le patient. Elle nécessite une communication solide, des objectifs communs, de la confiance et une culture organisationnelle et des politiques publiques en cohérence avec ce mode de fonctionnement. En adoptant des pratiques de collaboration et en favorisant un environnement qui valorise le travail d'équipe, les professionnels de santé peuvent optimiser les résultats pour les patients et améliorer la qualité globale des soins.

La collaboration interprofessionnelle est essentielle pour relever les défis complexes des soins de santé d'aujourd'hui. En comprenant et en mettant en œuvre les processus impliqués, les professionnels de santé sont plus en mesure de fournir des soins de santé primaires de la plus haute qualité et d'optimiser les résultats des soins de santé pour tous.

Références

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010.

2. Chamberlain-Salaun J, Mills J, Usher K. Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *J Multidiscip Healthc* 2013;6:65-74.
3. Parse RR. Interdisciplinary and interprofessional: what are the differences? *Nurs Sci Q* 2015;28(1):5-6.
4. Sebai J. L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories? *Santé Publique* 2015;27(3):395-403.
5. Hetherington RW. The effects of formalization on departments of a multi-hospital system*. *Journal of Management Studies* 1991;28(2):103-42.
6. Lukey A, Johnston S, Montesanti S, et al. Facilitating Integration Through Team-Based Primary Healthcare: A Cross-Case Policy Analysis of Four Canadian Provinces. *Int J Integr Care* 2021;21(4):12.
7. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):CD000072.
8. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006;63(3):263-300.
9. Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care* 2022;36(5):735-49.
10. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care* 2005;19(Suppl 1):8-20.
11. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(3):CD002213.
12. De Sutter M, De Sutter A, Sundahl N, Declercq T, Decat P. Inter-professional collaboration reduces the burden of caring for patients with mental illnesses in primary healthcare. A realist evaluation study. *Eur J Gen Pract* 2019;25(4):236-42.
13. Guo Y, Shi J, Kulkarni S, Yang F. Interprofessional collaboration and work stress among health-care providers in China: A comparative study between physicians and nurses. *Soc Sci Q* 2024;105(1):68-80.
14. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. *BMC Prim Care* 2023;24(1):253.
15. Guck TP, Potthoff MR, Walters RW, Doll J, Greene MA, DeFreece T. Improved Outcomes Associated With Interprofessional Collaborative Practice. *Ann Fam Med* 2019;17(Suppl 1):S82.
16. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Canada: College of Health Disciplines UdlC-B, Vancouver – BC V6T 1Z3; 2010.

17. Careau E, Brière N, Houle N, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 2014 et rev. 2018.
18. Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, Mckey CA, Akhtar-Danesh N. Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2017;73(1):71-84.
19. Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach* 2016;38(7):656-68.
20. Dyess AL, Brown JS, Brown ND, Flautt KM, Barnes LJ. Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. *J Educ Eval Health Prof* 2019;16:33.
21. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, et al. The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *J Interprof Care* 2010;24(3):230-41.
22. Doucette JN. View from the cockpit: what the airline industry can teach us about patient safety. *Nursing* 2006;36(11):50-3.
23. Love JH, Roper S. Organizing innovation: Complementarities between cross-functional teams. *Technovation* 2009;29(3):192-203.
24. Nakata C, Im S. Spurring cross-functional integration for higher new product performance: A group effectiveness perspective. *J Prod Innov Manag* 2010;27(4):554-71.
25. Uhl-Bien M, Graen GB. Individual self-management: Analysis of professionals' self-managing activities in functional and cross-functional work teams. *Acad Manag J* 1998;41(3):340-50.
26. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
27. Tuckman BW. DEVELOPMENTAL SEQUENCE IN SMALL GROUPS. *Psychol Bull* 1965;63:384-99

4.13 Bien-être des professionnels de soins primaires

Christine Cohidon

De quoi parle-t-on et quels facteurs sont en jeu ?

Depuis la fin du XX^e siècle, la problématique du bien-être au travail, au travers de l'exposition aux risques dits psychosociaux, s'est considérablement développée pour représenter aujourd'hui l'un des plus importants enjeux de santé au travail. Certains secteurs d'activités sont plus particulièrement exposés et c'est le cas du secteur de la santé¹. Il apparaît nécessaire en introduction de ce chapitre de préciser que l'on trouve de nombreux et différents concepts au sein de celui du bien-être au travail. Globalement, on peut distinguer les indicateurs relevant de la satisfaction/insatisfaction au travail² de ceux relevant de la souffrance au travail. Ces derniers sont le résultat de conditions de travail auxquelles les individus doivent faire face et s'adapter, s'exposant ainsi aux risques psychosociaux³. Le concept le plus connu dans ce domaine est celui du stress au travail avec les deux modèles les plus utilisés en épidémiologie professionnelle : le modèle historique du « job strain » de Karasek⁴ et celui du déséquilibre effort/récompense de Siegrist^{5,6}. Une exposition prolongée aux risques psychosociaux conduit alors à des conséquences sur la santé physique et surtout psychique (syndromes anxio-dépressifs, burnout) des individus⁷⁻¹⁰. Bien que tous les concepts utilisés et les outils qui en découlent soient liés, mesurer le stress au travail n'est pas équivalent à mesurer le syndrome de burnout, les troubles dépressifs, la satisfaction au travail, etc. Les amalgames sont malheureusement nombreux et gênent non seulement l'interprétation des résultats, leur comparabilité mais aussi la possibilité de décrire des tendances générales dans le temps¹¹, et finalement, le développement d'interventions pour améliorer la situation¹².

Il est également nécessaire de distinguer les différents contextes rencontrés dans le secteur de la santé (hospitalier vs ambulatoire, libéral vs salarié, spécialités différentes...) conduisant à des expositions psychosociales distinctes¹⁴. Dans le domaine des soins primaires, les médecins généralistes font l'objet de nombreuses études décrivant leur bien-être au travail (ou plutôt leur mal-être !) et leurs causes^{8,15-19}. Les autres professionnels de soins primaires font en revanche l'objet de bien moins d'études^{15,20,21}. En 2018, l'étude américaine menée par Edwards et al. sur plus de 10 000 professionnels de soins primaires issus d'environ 1 400 structures rapportait

une prévalence globale de burnout d'environ 20 % avec une prévalence légèrement supérieure chez les médecins (25 %), par rapport aux infirmier·ères (23 %), aux autres personnels cliniques (21 %) et non cliniques (18 %) ²⁰.

Que ce soit des pour ce qui concerne la satisfaction/insatisfaction ou la souffrance au travail, les facteurs d'exposition sont souvent communs ^{22,23}. Ainsi, chez les médecins généralistes (MG), la surcharge de travail et, en particulier, la surcharge administrative font partie des expositions le plus souvent retrouvées comme génératrices de souffrance psychique en lien avec le travail ⁸. La perte du sens du travail qui est un concept plus récent et également mis en avant chez les MG comme source d'insatisfaction et de stress ²⁴. Enfin, le manque de reconnaissance perçu par les professionnels à travers une rémunération inférieure à celle des spécialistes et un manque de coordination-communication avec ces derniers dans les prises en charge des patients ainsi qu'une dégradation de l'image du MG dans la société complètent la liste des principales expositions psychosociales des généralistes ^{15,25,26}. Du côté des infirmier·ères en soins primaires, la prise en charge de patients souvent très complexes avec des composantes sociales, la charge de travail élevée avec une latitude décisionnelle et organisationnelle plus faible que celle des médecins sont les principales raisons évoquées du mal-être au travail ²¹. À ces expositions, viennent souvent s'associer des contextes de pénurie de professionnels, mis en avant dans bon nombre de pays occidentaux ^{27,28}.

Quels enjeux pour le futur des soins primaires ?

Le renforcement des soins primaires est, depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978 (réaffirmée par celle d'Astana en 2018), une stratégie adoptée par les pays occidentaux afin de répondre aux besoins croissants et qualitativement évolutifs des populations tout en maîtrisant mieux les coûts de santé. Pour autant, pour pouvoir répondre à ces missions, les systèmes de soins primaires doivent aussi évoluer en particulier dans leur organisation ²⁹. Ainsi, un des plus grands changements concernant l'organisation des soins primaires est la constitution d'équipes pluriprofessionnelles amenant à un fonctionnement en interprofessionnalité ³⁰ (cf. chapitre 4.12 La collaboration interprofessionnelle). En effet, le modèle traditionnel reposant exclusivement sur le ou les médecins (aidés de secrétaires ou d'assistant·es médicaux·ales) n'est pas adapté aux besoins de plus en plus complexes des patients. Les premiers professionnels à être inclus dans ces équipes sont les infirmier·ères. Mais d'autres professionnels tels que des

travailleurs sociaux, des psychologues, des physiothérapeutes font désormais partie des équipes de soins primaires dans certains pays³¹. Cette transformation organisationnelle s'accompagne également du développement d'outils de communication numérique facilitant les échanges entre professionnels ainsi que d'une évolution des modèles de rémunération des médecins depuis la rémunération à l'acte vers des modèles plus « value-based »³².

La transformation des systèmes de soins primaires initiée et/ou en cours dans nos pays occidentaux a déjà et/ou aura nécessairement des conséquences, en termes de bien-être au travail dans les soins primaires. Ces conséquences peuvent être positives ou négatives et les résultats des études actuellement disponibles dans la littérature caractérisent bien cette ambiguïté^{33,34}.

Ainsi, le développement du travail en équipe de soins primaires a souvent été présenté comme un facteur d'amélioration des conditions de travail pour les médecins généralistes. La diminution de la charge de travail ainsi que la délégation de certaines activités comme les tâches administratives sont les facteurs le plus souvent évoqués. Pour autant, la mise en œuvre d'un changement majeur de pratique exige aussi un travail important de la part du MG, au moins au début, avec le passage d'une culture centrée sur le médecin à une culture basée sur l'équipe notamment la modification organisationnelle des flux de travail, avec une redistribution des rôles, le recrutement et la formation des nouveaux professionnels et la création de nouvelles tâches cliniques et administratives. En outre, les obstacles à l'intégration d'autres professionnels dans le cabinet du MG comprennent, pour ce dernier, la crainte de perdre la relation patient-médecin et l'acceptation de la délégation ou du transfert de tâches, question cruciale en termes d'autonomie et donc de sens du métier³⁷⁻³⁹. Contrairement à d'autres études⁴⁰, la récente étude de Casalino en 2023 est peu concluante sur le fonctionnement en équipe et l'amélioration du bien-être des MG⁴¹. Pour ce qui est des autres professionnels, en particulier les infirmier·ères, les résultats peuvent être également contrastés. Contrairement aux médecins, le transfert d'activité vers les infirmier·ères est généralement une source de satisfaction pour ces dernier·ères, comme synonyme d'une plus grande autonomie³⁷. Pour autant, le problème d'une délégation et non d'un transfert réel de tâche est régulièrement évoqué comme source de mal-être par ce corps de métier⁴². Pour les infirmier·ères de pratique avancée ou spécialisée, la clarification et la justification des rôles peuvent

aussi être les sources d'un mal-être au travail⁴³. Des recherches plus approfondies doivent encore être menées dans ce domaine.

Pour ce qui concerne l'utilisation d'outils électroniques, en premier lieu, le dossier électronique du patient, si l'on imagine aisément que cela puisse être un soutien apprécié pour la pratique et un facteur d'amélioration de la communication entre professionnels, l'impact sur leur bien-être n'est pas univoque^{23,44-47}. Au-delà du dossier électronique du patient, les progrès technologiques peuvent aussi venir bouleverser la pratique des MG et plus largement des professionnels des soins primaires. Ainsi, le développement de la médecine génomique et de ses conséquences en termes d'attentes augmentées des patients vis-à-vis de leur MG dans ce domaine et de la gestion du risque pour les professionnels est un exemple⁴⁸. L'expansion du marché des outils de santé connectés à disposition des patients est une autre illustration de la faculté d'adaptation nécessaire pour les professionnels de soins primaires⁴⁹. Enfin, le recours à l'intelligence artificielle va aussi probablement modifier la pratique professionnelle dans un futur pas si éloigné⁵⁰.

La réforme du système de financement et, en particulier du mode de rémunération des MG, peut aussi être une source d'inquiétude, d'insatisfaction ou de stress pour ces professionnels. À ce titre, l'exemple de l'Ontario au Canada est plutôt rassurant. En effet, la très large réforme de soins primaires, incluant une évolution du mode de rémunération des MG depuis un financement à l'acte vers des modèles mixtes laissant une large part à la capitation, a été à l'origine d'une augmentation des salaires des MG et d'une augmentation de la satisfaction de ces derniers de plus de 8 points⁵¹. Par ailleurs, on peut aussi souligner l'attrait du salariat pour les nouvelles générations de médecins à l'origine d'une diminution de certaines contraintes liées à l'entrepreneuriat.

Ces quelques exemples des répercussions potentielles de la transformation des soins primaires tant du point de vue des modèles organisationnels que des modèles financiers et de gouvernance soulignent l'enjeu du bien-être au travail des professionnels et l'importance d'y porter attention. Néanmoins, il est probable que dans cette équation, le facteur temps soit important à considérer. En effet, si des changements de pratiques peuvent être dans un premier temps une source de charge de travail supplémentaire et/ou de stress, ils pourraient se révéler globalement plus positifs sur le long terme. C'est pour cela que des recherches dans ce domaine sont encore nécessaires lorsqu'un recul suffisant aura opéré.

Et quelles pistes?

Face à ces constats traduisant une incertitude sur les effets de l'évolution des modèles de soins primaires en termes de bien-être au travail pour les professionnels, des pistes de réflexion voire d'action sont déjà amorcées.

En premier lieu, il est rassurant de constater que la thématique de la préservation des professionnels est de plus en plus considérée. Ainsi, son inscription au sein du « quintuple aim » implique une nécessaire considération des décideurs de cette thématique. Par ailleurs, les aspects de durabilité et de résilience du système sont de plus en plus questionnés. Dans ce cadre, la préservation des professionnels est aussi mise en avant dans un objectif de durabilité du système. L'impulsion vient largement de la pandémie Covid-19 qui a fait aussi tant de dégâts en matière de mal-être au travail et d'épuisement des professionnels de santé⁵². Dans les feuilles de route des pays occidentaux pour un système résilient, le bien-être des professionnels apparaît désormais en bonne place, comme l'exprime l'OMS au travers de l'observatoire européen des systèmes et des politiques de santé⁵³. Enfin, très concrètement, les recherches menées pour augmenter l'attractivité des soins primaires et/ou le maintien des professionnels dans cette filière proposent de bonnes pistes pour l'amélioration du bien-être au travail dans les soins primaires. Celles-ci relèvent à la fois d'un niveau individuel (comme la diversification des activités), organisationnel (le travail en groupe et en équipe interdisciplinaires) et contextuel (avec des politiques soutenant)^{27,54,55}. Enfin, soulignons que les études d'interventions visant à diminuer ou prévenir la souffrance chez les professionnels de soins primaires donnent des résultats positifs. À noter, et c'est important, que les prises en charge individuelles (comme la méditation en pleine conscience) ne sont pas celles qui offrent le plus de succès, à l'instar des interventions relevant de l'organisation des soins⁵⁶.

Références bibliographiques

1. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm* 2018;75(3):147-52.
2. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Health Psychol* 1979;52(2):129-48.
3. Chouanière D. Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. *Arch Mal Prof Environ* 2017;78(1):4-15.
4. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally

- comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3(4):322-55.
5. Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82(8):1005-13.
6. Siegrist J. Effort-reward imbalance and occupational health. In: Theorell T, editor. *Handbook of socioeconomic determinants of health*. Berlin: Springer Nature; 2020. p. 355-82.
7. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008;65(7):438-45.
8. Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych bulletin* 2017;41(4):197-204.
9. Siegrist J, Wege N. Adverse Psychosocial Work Environments and Depression – A Narrative Review of Selected Theoretical Models. *Front Psychiatry* 2020;11:66.
10. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6):443-62.
11. Rigó M, Dragano N, Wahrendorf M, Siegrist J, Lunau T. Work stress on rise? Comparative analysis of trends in work stressors using the European working conditions survey. *Int Arch Occup Environ Health* 2021;94(3):459-74.
12. McCammon LC, Gillen P, Kernohan WG. Explaining and addressing the limitations in usefulness of available estimated prevalence figures relating to burnout in family doctors: Evidence from a systematic scoping literature review. *J Psychiatr Res* 2023;158:261-72.
13. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J, Aasland OG. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85(7):819-28.
14. Le Huu P, Bellagamba G, Bouhadjane M, Villa A, Lehucher MP. Meta-analysis of effort-reward imbalance prevalence among physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 2022;95(3):559-71.
15. Abraham CM, Zheng K, Poghosyan L. Predictors and Outcomes of Burnout Among Primary Care Providers in the United States: A Systematic Review. *Med Care Res Rev* 2020;77(5):387-401.
16. Stobbe EJ, Groenewegen PP, Schäfer W. Job satisfaction of general practitioners: a cross-sectional survey in 34 countries. *Hum Resour Health* 2021;19(1):57.
17. Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract* 2006;12(4):174-80.

18. Bugaj TJ, Valentini J, Miksch A, Schwill S. Work strain and burnout risk in postgraduate trainees in general practice: an overview. *Postgrad Med* 2020;132(1):7-16.
19. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA* 2018;320(11):1131-50.
20. Edwards ST, Marino M, Balasubramanian BA, et al. Burnout Among Physicians, Advanced Practice Clinicians and Staff in Smaller Primary Care Practices. *J Gen Intern Med* 2018;33(12): 2138-46.
21. Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):59.
22. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med* 2019;17(6):510-7.
23. Cohidon C, Wild P, Senn N. Job stress among GPs: associations with practice organisation in 11 high-income countries. *Br J Gen Pract* 2020;70(698):e657-e67.
24. Mooser B, Senn N, Heritier F, Cohidon C. Exploring whether teaching activity is a way to improve GPs' satisfaction and wellbeing: a cross-sectional study. *BJGP open* 2020;4(2):bjgpopen20X101038.
25. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract* 2016;17(1):133.
26. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceau L, von dem Knesebeck O, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Soc Sci Med* 2010;71(2):298-304.
27. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2017;67(657):e227-e37.
28. Shen X, Jiang H, Xu H, et al. The global prevalence of turnover intention among general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):246.
29. Wagner EH, LeRoy L, Schaefer J, et al. How Do Innovative Primary Care Practices Achieve the Quadruple Aim? *J Ambul Care Manage* 2018;41(4):288-97.
30. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):CD000072.
31. Cohidon C, Senn N, De Camaret AC. [Which professionals work in general practices?. Overview in different countries]. *Rev Med Suisse* 2023;19(826):889-91.
32. McCauley L, Phillips RL, Meisner M, Robinson K, editors. *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press; 2021.

33. Grumbach K, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Willard-Grace R. A Longitudinal Study of Trends in Burnout During Primary Care Transformation. *Ann Fam Med* 2019;17(Suppl 1):S9-S16.
34. Peikes DN, Swankoski K, Hoag SD, et al. The Effects of a Primary Care Transformation Initiative on Primary Care Physician Burnout and Workplace Experience. *J Gen Intern Med* 2019;34(1):49-57.
35. Laurant M, van der Biesen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;7(7):CD001271.
36. Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout – Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *N Engl J Med* 2018;378(4):309-11.
37. Riisgaard H, Nexoe J, Le JV, Søndergaard J, Ledderer L. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. *BMC Fam Pract* 2016;17(1):168.
38. Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, et al. Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: a cross-sectional study. *Fam Pract* 2017;34(2):188-93.
39. Cody R, Gysin S, Merlo C, Gemperli A, Essig S. Complexity as a factor for task allocation among general practitioners and nurse practitioners: a narrative review. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):38.
40. Casalino LP, Jung HY, Bodenheimer T, et al. The Association of Teamlets and Teams with Physician Burnout and Patient Outcomes. *J Gen Intern Med* 2023;38(6):1384-92.
41. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E, Dubé K, Bodenheimer T, Grumbach K. Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. *J Am Board Fam Med* 2014;27(2):229-38.
42. Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, et al. Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):44.
43. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nurs* 2017;16:6.
44. Babbott S, Manwell LB, Brown R, et al. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study. *J Am Med Inform Assoc* 2014;21(e1):e100-6.
45. Campanella P, Lovato E, Marone C, et al. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* 2016;26(1):60-4.
46. Gardner RL, Cooper E, Haskell J, et al. Physician stress and burnout: the impact of health information technology. *J Am Med Inform Assoc* 2019;26(2):106-14.
47. Hayes Jr D. Electronic Health Record and Physician Burnout. *Am J Med Qual* 2019;34(4):416.

48. Cohidon C, Cardinaux R, Cornuz J, et al. May direct-to-consumer genetic testing have an impact on general practitioners' daily practice? a cross-sectional study of patients' intentions towards this approach. *BMC Fam Pract* 2021;22(1):79.
49. Sarradon-Eck A, Bouchez T, Auroy L, Schuers M, Darmon D. Attitudes of General Practitioners Toward Prescription of Mobile Health Apps: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2021;9(3):e21795.
50. Smak Gregoor AM, Sangers TE, Eekhof JA, et al. Artificial intelligence in mobile health for skin cancer diagnostics at home (AIM HIGH): a pilot feasibility study. *EClinicalMedicine*. 2023;60:102019.
51. 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 (Millwood)* 2013;32(4):695-703.
52. Jefferson L, Golder S, Heathcote C, et al. GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2022;72(718):e325-e33.
53. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Kaaranikolos M. Strengthening health systems resilience. *European Observatory on Health Systems and Policies*; 2022.
54. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2017;177(2):195-205.
55. Cohen C, Pignata S, Bezak E, Tie M, Childs J. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ open* 2023;13(6):e071203.
56. Tement S, Ketiš ZK, Mirošević Š, Selič-Zupančič P. The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness (PIM) on Empathy, Well-Being, and Reduction of Burnout in Physicians: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(21):11181.

4.14 Numérique et pratiques professionnelles

Jacques Lucas, Brigitte Séroussi

Du médecin de famille à l'équipe de prise en charge du patient

Le XX^e siècle aura été marqué, en matière de prise en charge des patients, par la fin du paternalisme médical dans la relation médecin-patient¹. L'accès direct et facilité par Internet à l'information en santé par les citoyens y a puissamment contribué. Par ailleurs, le vieillissement de la population et le développement concomitant des maladies devenues chroniques ont fait émerger une médecine de parcours². Les patients ne sont plus pris en charge seulement par un « médecin de famille » mais par une équipe de soins. Dans ce contexte, il est essentiel que les acteurs de l'équipe de soins coordonnent leurs activités au bénéfice de la qualité des soins et de leur sécurité. Le numérique devient alors un outil indispensable pour assurer de façon fluide l'échange et le partage d'informations au sein de cette équipe, en garantissant le secret qui couvre ces informations.

En France, au début des années 2000, le médecin généraliste est devenu le médecin référent puis le médecin traitant pour le patient et la Caisse d'assurance maladie³. Sa mission est d'organiser et de coordonner le parcours de soins des patients ainsi que d'accompagner leur suivi. Les patients sont fortement incités à choisir leur médecin traitant déclaré comme tel à l'assurance maladie puisqu'ils seront ainsi mieux remboursés de leur frais dans ce parcours médicalement organisé. On constate cependant qu'en 2023, tous les patients n'ont pas de médecin traitant, soit parce qu'ils consultent d'eux-mêmes et à leur gré directement des médecins spécialistes, soit et surtout parce qu'un bon nombre de médecins généralistes n'acceptent pas de prendre de nouveaux patients et d'assurer leur suivi dans leur patientèle. Afin d'assurer la bonne prise en charge de ses patients, le médecin traitant utilise un logiciel informatisant le dossier de ses patients et la télétransmission à l'assurance maladie de la facturation des actes réalisés.

Le DMP, dossier médical d'abord personnel, puis partagé⁴, a été conçu en parallèle des dossiers patients informatisés des professionnels de santé pour permettre la mise en partage des informations de santé jugées utiles à la prise en charge des patients par l'ensemble des professionnels de santé habilités par le patient. Ce concept n'a initialement pas fructifié car

les échanges entre les dossiers informatisés des médecins et le DMP centralisé étaient laborieux et donc chronophages. C'est ainsi que, pour porter remède à cette situation, des dispositions législatives, réglementaires et techniques ont été prises. Le DMP est désormais la pierre angulaire d'un espace numérique plus riche, attribué à chaque citoyen, « Mon espace santé », de création automatique, sauf en cas d'opposition du patient. Chaque DMP est alimenté automatiquement à partir des logiciels des professionnels de santé ayant été amenés à prendre en charge le patient lors de son parcours de soins, tant en ville qu'à l'hôpital. Ce déploiement a débuté en France en janvier 2022. Avec Mon espace santé, « les patients ont la main sur leur santé⁵ » puisqu'ils ont accès eux-mêmes aux contenus de ce dossier, tout comme les professionnels de santé, membres de l'équipe de soins, dont les patients peuvent vérifier les identités et les documents qu'ils ont pu consulter. Les accès au DMP sont enregistrés dans un journal des traces, car ils ne peuvent se réaliser que par l'usage d'une carte de professionnel de santé (CPS) physique ou dématérialisée, garantissant l'identification et l'authentification des professionnels de santé ayant accédé au DMP.

Mais alors comment seront organisés les soins primaires de demain et le suivi des patients atteints d'une affection au long cours en coopération avec les autres professionnels de santé dans la proximité du lieu de vie du patient ? Quelle sera la place du numérique en santé dans cette organisation structurée pour être efficiente ?

Prenons comme illustration un exemple théorique, celui de M. X., 74 ans, fumeur et obèse (IMC = 32), traité pour un diabète et une HTA

Il consulte son médecin traitant comme cela a été planifié d'un commun accord ou en cas d'anomalies dans ses examens biologiques de suivi. Celles-ci sont automatiquement signalées à son médecin traitant par le laboratoire de biologie médicale. Il a été convenu que le patient prendrait un rendez-vous avec son médecin traitant en téléconsultation, après avoir réalisé les examens prescrits. Évidemment, cette organisation pourrait être modifiée, notamment si le médecin traitant estime au vu des résultats de la biologie ou de la survenue d'un autre événement qu'une consultation en présentiel est nécessaire afin de procéder à un examen clinique. Il aura pu le faire savoir en temps utile au patient par messagerie sécurisée, ou tout autre moyen de contact en cas d'urgence.

Dans un principe de décision partagée, son traitement est établi sur la base de l'estimation automatique de son risque personnalisé de présenter un événement cardiovasculaire en fonction de plusieurs scénarios de prise en charge : s'il s'arrêtait de fumer, s'il perdait du poids, s'il acceptait ou renonçait à certains médicaments dont il ne supporte pas les effets secondaires. Son médecin traitant peut également avoir recours à un logiciel d'aide à la décision et proposer le traitement recommandé pour M. X., en accord avec l'état de l'art (basé sur les recommandations de bonnes pratiques). Une fois la stratégie thérapeutique établie, le médecin traitant utilise un logiciel d'aide à la prescription qui sécurise la prescription (détection des surdosages, des interactions médicamenteuses, etc.). Il génère une prescription électronique accessible de façon sécurisée dans n'importe quelle pharmacie après identification de M. X. (sur présentation de sa carte à puce d'assuré social ou par des solutions de biométrie).

M. X. est un patient connecté qui interagit non seulement avec son médecin traitant mais aussi avec les autres professionnels de son équipe de soins par une messagerie sécurisée. Chacun de ces professionnels veille à partager les informations nécessaires et pertinentes en alimentant le DMP du patient à la suite de leurs interventions.

M. X s'occupe de sa santé et suit les informations le concernant dans son espace santé, notamment ses rappels de vaccination, par exemple contre la grippe ou le pneumocoque. Son dossier médical étant accessible aux professionnels de son équipe de soins, ceux-ci peuvent se coordonner pour assurer sa prise en charge, ce qui permet une réelle amélioration de la qualité de ses soins. Le patient a pu donner son autorisation aux accès à son DMP en mode « brise-glace », c'est-à-dire sans usage de la carte CPS, obligatoire sinon, comme dit plus haut, ce qui a permis d'accélérer sa prise en charge et d'optimiser la qualité des soins reçus quand il a eu un accident de la route et qu'il a été transporté au service des urgences de l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident. En effet, les médecins avaient eu accès à son dossier médical et ils connaissaient ses pathologies et son traitement à son arrivée. Il a également pu donner son consentement à la réutilisation des données issues de sa prise en charge pour la recherche. Ses données, devenues non identifiantes, alimentent une base de données nationale des soins ambulatoires à partir de laquelle les systèmes d'aide à la décision des professionnels de santé spécialisés dans les soins primaires sont construits et optimisés grâce à des méthodes d'intelligence artificielle.

M. X. utilise des applications de santé qui lui permettent de gérer sa santé : une application de suivi de son diabète, une application pour l'aider à

arrêter de fumer, et une application pour l'encourager à pratiquer une activité physique dans son objectif de perdre du poids. Ces applis sont reliées à des capteurs (balance connectée, etc.). Il les a choisies dans le catalogue de son espace santé afin qu'elles soient garanties, sécurisées, interopérables et éthiques. Néanmoins, c'est vraiment difficile d'arrêter de fumer, et c'est pour être plus fort qu'il a choisi de rejoindre une communauté de patients dans le cadre d'une e-médiation du sevrage tabagique par des patients experts. En se connectant à une plateforme, il a accès à des informations personnalisées, peut discuter avec d'autres patients et partager ses expériences, voire participer à des challenges d'aide à l'arrêt du tabac.

Cette histoire peut paraître idyllique. Elle illustre pourtant très concrètement les bénéfices de l'utilisation de moyens numériques qui existent déjà, même s'ils restent à parfaire.

L'innovation dans le domaine du numérique en santé est disruptive et surtout elle avance à marche rapide, interpellant les réglementations rigides sur le partage des rôles « traditionnels » des professionnels de santé. Un accompagnement soutenu tant des professionnels de santé que des patients devient un enjeu majeur et s'inscrit dans le paradigme de la médecine des 5 P (les 4 P6 de prédictive, préventive, personnalisée et participative auxquelles on rajoute la médecine basée sur les preuves). Tous les usages précédemment décrits supposent qu'on ait pu recueillir les données de santé issues des soins primaires, qu'on ait pu construire un entrepôt de ces données pour les exploiter à des fins de construction d'algorithmes permettant le calcul personnalisé de différents risques, et que les usages de ces outils soient rentrés dans le quotidien des professionnels de santé et des patients, leur implication dans la construction de tels outils permettant d'ailleurs de favoriser leur adhésion. Le principe est le pilotage du système de santé par la donnée, cette « datafication » de la santé devant également favoriser la montée en puissance de la démocratie sanitaire et du patient empowerment.

L'accompagnement des professionnels de santé dans cette organisation numérique est indispensable. Elle va être assurée d'une part par l'insertion de modules d'enseignement de la santé numérique dans la formation initiale des professionnels et dans le développement professionnel continu (DPC) obligatoire pour la certification périodique des professionnels. Cette formation à la santé numérique devra notamment inclure l'enseignement des logiciels métiers, la réglementation autour du traitement

des données personnelles, les modalités de la télésanté, les principes de la cybersécurité et de l'intelligence artificielle.

Outre l'amélioration de la prise en charge individuelle, l'exploitation des données permet au niveau populationnel de mettre en œuvre les politiques de santé publique en identifiant les inégalités de santé et les inégalités dans les prises en charge afin d'organiser les meilleures façons d'aller vers ceux qui accèdent difficilement aux soins et de servir le progrès médical par la découverte de nouveaux traitements (par exemple, par repositionnement de médicaments existants ou par l'accélération de la recherche clinique grâce aux études issues des données de vie réelle).

Les prérequis pour que cela se réalise sont multiples, et nous voulons mettre l'accent sur ceux qui nous paraissent les plus importants :

1. Sur le plan technique, l'interopérabilité des systèmes d'information des soins primaires est indispensable à la concentration des données dans un entrepôt commun quel que soit le format dans lequel les données sont nativement codées dans les dossiers patients informatisés. Au-delà de l'interopérabilité syntaxique, l'interopérabilité sémantique est essentielle à la coordination des acteurs et à la fluidité des parcours de santé⁷.
2. Sur le plan pratique, il faut que les outils mis à la disposition des médecins soient effectivement utilisés. La formation des professionnels de santé à la santé numérique, et la maîtrise de leur outil de travail au-delà d'une simple prise en main, est un levier majeur de la réalisation des soins primaires de demain tels que nous les avons envisagés. La formation des professionnels de santé doit être incluse dans la formation initiale, mais aussi dans le développement professionnel continu, tant la marche des innovations est de plus en plus rapide, d'autant qu'elle embarque désormais des usages de l'intelligence artificielle dans les pratiques médicales.
3. Sur le plan éthique, il faut organiser l'accompagnement des patients sur les sujets relatifs au traitement des données de santé. La transparence sur les traitements, les explications sur les finalités primaires et secondaires, la clarification du périmètre des consentements, l'importance de la réutilisation des données pour la recherche et l'amélioration de la prise en charge de chacun, sont autant d'atouts de la construction de la confiance et de l'adhésion de tous au numérique en santé, dont la démocratie sanitaire devrait être la grande gagnante.

Quant aux risques que peut générer le numérique en santé, il faut les identifier pour les combattre. De même qu'il est impérieux de convaincre les citoyens, en toute loyauté, que le plus grand risque pour eux serait très certainement de ne pas déployer un numérique en santé régulé par des valeurs éthiques et citoyennes telles qu'elles sont partagées en Europe.

1. Si le plus grand nombre des professionnels de santé s'accorde sur le constat que l'amélioration de leur exercice et de la qualité des soins repose sur une coopération active entre eux, et si cette réalité a pu être vérifiée en France dans la plupart des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP^a) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS^b), il subsiste des désaccords.

Il existe en effet un enjeu de distribution du pouvoir dans l'équipe de soins. Le management de l'équipe est-il une prérogative du médecin traitant au risque d'alourdir ses occupations en l'éloignant du soin proprement dit ? Ou faut-il distinguer le management de l'équipe de l'organisation interne de la prise de décision diagnostique et thérapeutique ? L'organisation des soins primaires et du suivi des patients dans la proximité ne peut se résoudre par le simple ajout de connexions informatiques.

2. La question de la gouvernance des données est également posée. En France, les organisations professionnelles de la médecine

a. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures pluridisciplinaires où travaillent de manière coordonnée médecins et auxiliaires médicaux dans un espace dédié à la coordination des soins au plus près de la population grâce au partage de compétences.

www.ecologie.gouv.fr/maisons-sante-pluriprofessionnelles#:~:text=Les%20maisons%20de%20sant%C3%A9%20pluriprofessionnelles,gr%C3%A2ce%20au%20partage%20de%20comp%C3%A9tences

b. Les communautés professionnelles territoriales de santé ont vocation à rassembler des « acteurs de santé » qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. Elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/>

générale libérale, notamment le Collège de la médecine générale (qui fédère les structures professionnelles, académiques, scientifiques et de formation) et le Collège national des généralistes enseignants (académique), souhaitent que les données recueillies dans le cadre de l'exercice de la médecine de premier recours puissent abonder un entrepôt spécifique de données structurées non identifiantes afin que la médecine de premier recours puisse entreprendre des recherches de qualité sur ses propres pratiques⁸, en chaînant ensuite ces données si besoin avec des entrepôts hospitaliers et les bases médico-administratives. La profession organisée entend ainsi ne pas être réduite à alimenter des bases dont elle ne serait pas partie prenante de la gouvernance.

3. La cybersécurité est un enjeu majeur tant en ce qui concerne la disponibilité et la non-altération des données dans les systèmes d'information qu'en ce qui s'applique à la confiance dans le numérique par les utilisateurs finaux (professionnels de santé et usagers/patients). Un cadre national de la cybersécurité doit s'imposer à tous. Il repose évidemment sur des règles de sécurité techniques à destination des utilisateurs, règles qui doivent s'appliquer facilement dans les structures de soins primaires. À cet égard, en France, l'Agence du numérique en santé a publié un guide d'hygiène informatique⁹ pour les professionnels d'exercice libéral et il est recommandé d'avoir un référent informatique dans toute structure de regroupement, chargé des relations avec les éditeurs de logiciels, qualifié pour s'assurer du respect des règles mises en place dans la structure en référence aux référentiels et guides de bonne pratique. Toutefois, comme pour les établissements de santé, le risque le plus important est celui des cyberattaques demandant une rançon pour lever le chiffrement des données des bases actives qui paralysent le système d'information, ralentissant considérablement la prise en charge des patients jusqu'à mettre en jeu la sécurité des soins. Le respect des procédures et les mises à jour des logiciels représentent des moyens efficaces de protection¹⁰.
4. L'intégration de l'intelligence artificielle (IA) dans les soins primaires offre des opportunités considérables, mais elle comporte également des risques parmi lesquels les biais algorithmiques tels que notamment les biais cognitifs existant dans les données

d'apprentissage ou les biais de sélection du fait de la non-représentativité de la population cible par la population d'apprentissage. D'autres risques reposent sur une dépendance excessive aux systèmes d'IA par les professionnels de santé, les amenant à suivre les propositions de l'IA en reléguant le jugement clinique humain au second plan (automation bias¹¹). À l'inverse, certains professionnels de la santé peuvent être réticents à adopter les systèmes d'IA en dépit des bénéfices qu'ils apportent par crainte de perdre leur contrôle sur les décisions médicales ou parce qu'ils ne comprennent pas les propositions d'une IA qui fonctionne en « boîte noire¹² ». Pour minimiser ces risques, il est essentiel d'établir des réglementations appropriées, de former les professionnels de la santé à l'utilisation de l'IA en les confortant sur l'importance de leur expertise métier pour évaluer la pertinence des propositions de l'IA, de garantir la transparence des algorithmes, et de surveiller et d'évaluer en permanence les performances des systèmes.

Le Comité consultatif national d'éthique français, dans ses avis 129¹³ et 130¹⁴, a exprimé très clairement que : « L'insuffisance du recours au numérique dans la prise en charge des patients, pour la recherche ou pour soutenir le développement du pilotage par les données induit, sur une large échelle, des situations non éthiques au sein de notre système de santé. La résorption de ces problématiques est un enjeu prioritaire et implique des leviers de politiques publiques. » Les médecins eux-mêmes doivent en être convaincus pour recommander les usages des moyens numériques mis à la disposition de leurs patients. La confiance que ces derniers portent à leurs médecins est un levier majeur pour faire avancer désormais le numérique en santé et les valeurs humanistes qu'il peut porter.

Références bibliographiques

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221-6. PMID: 1556799.
2. Touraine M. Health inequalities and France's national health strategy. *Lancet* 2014;383(9923):1101-2.
3. Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. *Quest Econ Santé* [En ligne]. 2008 août;(134). Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes134.pdf

4. Séroussi B, Bouaud J. Adoption of a Nationwide Shared Medical Record in France: Lessons Learnt after 5 Years of Deployment. *AMIA Annu Symp Proc* 2017;2016:1100-9. PMID: 28269907; PMCID: PMC5333332.
5. Louch G, Albutt A, Smyth K, O'Hara JK. What do primary care staff think about patients accessing electronic health records? A focus group study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):581. doi: 10.1186/s12913-022-07954-y. PMID: 35488233; PMCID: PMC9053556.
6. Hood L, Balling R, Auffray C. Revolutionizing medicine in the 21st century through systems approaches. *Biotechnol J* 2012;7(8):992-1001. doi: 10.1002/biot.201100306. Epub 2012 Jul 20. PMID: 22815171; PMCID: PMC3962497.
7. Holmgren AJ, Esdar M, Hüsters J, Coutinho-Almeida J. Health Information Exchange: Understanding the Policy Landscape and Future of Data Interoperability. *Yearb Med Inform* 2023. doi: 10.1055/s-0043-1768719. Epub ahead of print. PMID: 37414031.
8. Fruchart M, Quindroit P, Patel H, et al. Implementation of a Data Warehouse in Primary Care: First Analyses with Elderly Patients. *Stud Health Technol Inform* 2022;294:505-509. doi: 10.3233/SHTI220510. PMID: 35612131.
9. https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/PGSSI_S-Guide_Orga-Memento_PS_Exercice_Liberal-V2.o.pdf
10. Alhuwail D, Al-Jafar E, Abdulsalam Y, AlDuaij S. Information Security Awareness and Behaviors of Health Care Professionals at Public Health Care Facilities. *Appl Clin Inform* 2021;12(4):924-32. doi: 10.1055/s-0041-1735527. Epub 2021 Sep 29. PMID: 34587638; PMCID: PMC8481013.
11. Khera R, Simon MA, Ross JS. Automation Bias and Assistive AI: Risk of Harm From AI-Driven Clinical Decision Support. *JAMA* 2023;330(23): 2255-7. doi: 10.1001/jama.2023.22557. PMID: 38112824.
12. Sankaran S, Zhang C, Aarts H, Markopoulos P. Exploring Peoples' Perception of Autonomy and Reactance in Everyday AI Interactions. *Front Psychol* 2021;12:713074. doi: 10.3389/fpsyg.2021.713074. PMID: 34659025; PMCID: PMC8511481.
13. www.ccne-ethique.fr/publications/avis-129-contribution-du-comite-consultatif-national-dethique-la-revision-de-la-loi-de?taxo=93
14. www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-130-donnees-massives-et-sante-etat-des-lieux-prospective-et-nouvelles-questions#:~:text=Dans%20son%20avis%20130%2C%20le,au%20respect%20des%20principes%20%C3%A9thiques

4.15 La formation en soins primaires

Aline Ramond-Roquin, Arthur Piraux, Marie-Ève Poitras,
Bintou Ouattara, Tiphane Bouchez, Laure Fiquet

Les systèmes de santé sont mis en tension par des besoins de santé croissants (vieillesse de la population, prévalence des maladies chroniques, attentes sociétales) face à des ressources contraintes. Le renforcement et la structuration des soins primaires sont considérés comme un levier pour l'amélioration de la santé des populations, la réduction des inégalités et pour assurer la soutenabilité du système de santé. La formation des professionnels en soins primaires constitue un des leviers pour parvenir à des soins primaires structurés et agiles.

Ce chapitre propose une réflexion relative à la formation des professionnels en santé amenés à exercer en contexte de soins primaires. Il portera essentiellement sur la formation initiale, ou curriculaire (sémantique diversement utilisée selon les pays), c'est-à-dire la formation académique d'une personne qui lui permet d'intégrer les connaissances, le rôle et les compétences de sa profession¹. Il abordera également des enjeux relatifs à la formation continue des professionnels, dont l'objectif est d'améliorer les pratiques cliniques et de soutenir le développement professionnel (connaissances, compétences et attitudes)².

Les moyens déployés pour la formation des professionnels en santé devraient aboutir à la mise à disposition d'une quantité suffisante de professionnels compétents et prêts à exercer dans les organisations et territoires. Deux dimensions principales sous-tendent cette réflexion. Une dimension quantitative : la quantité de professionnels, qui fait référence au nombre de places de formation disponibles, occupées, au taux d'étudiants achevant leur formation, puis au taux de professionnels exerçant effectivement et à la durée de leur carrière professionnelle. Une dimension qualitative : les ressources, modalités et contenus pédagogiques devant aboutir à la construction et au développement des compétences tout au long de la vie professionnelle. L'OMS proposait en 2000 le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine, en le définissant comme : « L'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir³. » Cette perspective, initialement portée

par les facultés de médecine, englobe en fait, dès son émergence, l'ensemble des dispositifs de formation en santé. Le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine formulé quelques années plus tard se positionne en particulier sur la formation spécifique des professionnels aux soins primaires⁴ : « La faculté considère que les soins de santé primaires constituent la base de tout système de santé, et porte une attention particulière à l'articulation des services de première ligne, avec les services de niveau secondaire et tertiaire, dans le domaine de l'enseignement, la recherche et la prestation des services. » Les facultés sont ainsi tenues de décliner ces principes dans les programmes de formation.

Former en soins primaires : de quoi parle-t-on ?

Les soins primaires, concept régulièrement mobilisé dans la littérature, notamment depuis la conférence OMS d'Alma-Ata en 1978⁵ puis les travaux de Barbara Starfield⁶, sont généralement définis comme le secteur du système de santé répondant à la majorité des besoins de santé⁷. Le chapitre 1.1 propose une définition des soins primaires.

Dans la pratique, les soins primaires sont diversement compris et reconnus par les acteurs et décideurs en santé⁸. Alors qu'il est relativement aisé de définir certains domaines de santé par organe (cardiologie, urologie, etc.), la définition du champ des soins primaires et des compétences à acquérir pour les professionnels concernés est plus délicate. Ce champ est parfois considéré « en creux », comme ce qui n'est pas spécialisé, ou ce que les autres secteurs du système de santé ne font pas. Pour d'autres, il s'agit au contraire de la somme des connaissances issues des différents secteurs spécialisés, dans une quête infinie et peu opérante puisque ne permettant pas de répondre aux enjeux propres des soins primaires.

Plusieurs professions ont formalisé les compétences à acquérir pour exercer en soins primaires, et les familles de situation les plus prévalentes au sein desquelles les compétences peuvent s'acquérir et s'évaluer⁹. En soins primaires, il s'agit surtout de former des professionnels compétents pour :

- recevoir et identifier une large diversité de demandes et besoins de santé, avec une démarche basée sur la prévalence et l'histoire naturelle des symptômes et maladies ;
- appréhender la santé dans ses dimensions biopsychosociales ;
- adopter une perspective centrée sur la personne, ses proches et son environnement ;

- développer des habiletés communicationnelles, relationnelles, favoriser la participation des personnes aux décisions et soins de santé;
- décider en situation d'incertitude;
- prendre en compte la complexité (plutôt que de la réduire) dans les situations telles que multimorbidité, vulnérabilité psychosociale, vieillissement...;
- s'organiser pour assurer un accès aux soins suffisant, lisible et équitable; pour favoriser le suivi des personnes au long cours;
- mobiliser de façon opportune: promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation, et soins palliatifs;
- articuler les approches individuelles, communautaires et populationnelles;
- collaborer avec d'autres professionnels, travailler en équipe, identifier les ressources du système de santé et des autres secteurs (social, éducatif, etc.) pour mieux répondre aux besoins de santé.

Si le concept de soins primaires, défini au travers des missions et compétences professionnelles, est relativement consensuel, en pratique, les cursus de formation des professionnels en santé varient largement, entre pays, entre professions, et entre les facultés ou instituts pour une même profession dans un même pays. Sans rentrer dans une comparaison des différents cursus, cette hétérogénéité peut être illustrée par deux observations:

- les modalités et contenus pédagogiques relatifs aux soins primaires au sein des cursus, loin d'être stabilisés, restent un enjeu actuel, comme le montrent la réflexion récemment menée à Lausanne¹⁰ ou encore la grande diversité observée dans les cursus de formation médicale initiale prégraduée au Royaume-Uni¹¹;
- certains cursus de formation initiale comportent à la fin une phase de spécialisation, pouvant porter vers un exercice en soins primaires. C'est en général le cas pour les cursus de formation les plus longs, notamment en médecine ou en pharmacie, dont le dernier cycle de formation (formation dite postgraduée en Suisse ou au Québec, 3^e cycle ou Diplôme d'études spécialisées en France) est dit spécialisé. Cela se traduit, pour les soins primaires, par l'obtention d'un diplôme de médecine générale/de

famille, ou de pharmacie communautaire/d'officine. La formation initiale en sciences infirmières, plus courte, n'intègre en général pas de telle phase de spécialisation, sauf pour les infirmières de pratique avancée – IPA – pouvant choisir la mention relative aux soins primaires (en France) ou pour les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne – IPS-PL (au Québec)¹².

Formation en soins primaires et hospitalo-centrisme

Dans les pays occidentaux, la formation aux filières de santé est, comme les systèmes de soins, généralement caractérisée par un hospitalo-centrisme. Au début du XX^e siècle, le modèle biomédical de la maladie, et plus largement de la santé, s'est progressivement imposé comme référence pour les pratiques cliniques et pour la formation des professionnels de santé. La publication du rapport Flexner en 1910, valorisant la connaissance scientifique¹³, a durablement transformé l'enseignement médical en Amérique du Nord. Comme en Europe, un rapprochement s'est opéré entre universités et hôpitaux afin d'y déployer une triple mission : soins, enseignement, recherche. Cela s'est concrétisé en France avec la réforme Debré, créant les centres hospitaliers universitaires (CHU) en 1958¹⁴. Il en découle un lien structurel fort entre la plupart des filières universitaires de santé et certains centres hospitaliers, dits universitaires. De nombreux instituts de formation en santé sont des entités hospitalières à part entière. Parallèlement, les grands progrès scientifiques et technologiques des dernières décennies ont conduit les systèmes de santé et de formation à se spécialiser, dans une approche centrée sur les maladies et les organes.

Dans ce contexte, l'excellence en santé est en général assimilée à l'excellence pour traiter les maladies, et attribuée aux acteurs (professionnels, enseignants, chercheurs) hospitaliers. L'expertise et la légitimité de ceux exerçant en soins primaires sont plus difficiles à faire reconnaître. Les moyens alloués à la formation aux soins primaires sont régulièrement inférieurs à ceux dédiés aux soins spécialisés, en commençant par les ratios d'enseignants/étudiants. Cela se traduit par une moindre présence des contenus relatifs aux soins primaires dans les programmes (curriculum formel), et par une tendance à la dévalorisation des soins primaires, transmise de façon informelle, au travers d'attitudes ou représentations négatives plus ou moins conscientes (curriculum caché)^{15,16}.

Par ailleurs, la concentration de la formation autour d'un nombre restreint d'établissements, souvent situés dans des grands centres urbains, induit

également un biais dans l'exposition clinique des futurs professionnels, avec :

- une diversité limitée des contextes de soins et de santé, dimension essentielle aux soins primaires ;
- une surreprésentation de l'accès aux moyens techniques et expertises de recours ; les jeunes professionnels pouvant ensuite se sentir démunis lorsqu'ils s'engagent dans un exercice de soins primaires éloigné de ces centres.

L'hospitalo-centrisme pourrait non seulement limiter la capacité à développer certaines compétences mais aussi engendrer une moindre attractivité vers les soins primaires. Des stratégies de décentralisation peuvent être mises en œuvre : stages cliniques distribués dans les territoires, enseignements délocalisés « hors les murs », recrutement d'enseignants-chercheurs géographiquement éloignés des facultés. La décentralisation, qui induit des contraintes (mobilité, temps, coût) pour les étudiants et pour les enseignants, peut être favorisée par des politiques d'établissement spécifiques (adaptation des emplois du temps, valorisation des activités délocalisées, etc.) ou l'implication de partenaires (agences de santé, collectivités territoriales, etc.) intéressés à attirer les futurs professionnels sur leurs territoires.

Formation en soins primaires et interprofessionnalité

La formation des professionnels en santé doit leur permettre d'acquérir des compétences à la collaboration interprofessionnelle. C'est particulièrement le cas en soins primaires en raison de la complexité biopsychosociale des situations et de la variété des acteurs de soins impliqués selon la trajectoire du patient. Les pratiques collaboratives en santé font intervenir différents professionnels de santé et travailleurs sociaux, avec un objectif de travailler ensemble avec les patients et leurs familles pour s'accorder sur des objectifs communs¹⁷. Les étudiants en santé sont le plus souvent formés dans des filières organisées en silo, profession par profession. Une identification professionnelle claire contribue à développer les compétences nécessaires à l'exercice de sa profession, à se projeter dans son exercice ultérieur et à être reconnu par ses pairs mais une approche en silo présente des limites.

L'organisation en silo des programmes de formation limite les occasions d'apprentissages partagés. Des formations interprofessionnelles,

c'est-à-dire des formations où des étudiants d'au moins deux professions de santé sont engagés dans des processus d'apprentissage conjoints, sont nécessaires pour apprendre à se connaître et développer des compétences collaboratives¹⁸. Elles permettent la reconnaissance de la valeur de l'autre et le développement d'un sentiment d'interdépendance. Elles sont d'autant plus bénéfiques qu'elles suivent une approche par compétences et sont réalisées en contexte authentique (ici, en soins primaires)¹⁹.

Cependant, même lorsqu'il existe une volonté des responsables pédagogiques ou des institutions, l'hétérogénéité des filières de formation concernées est souvent à l'origine de freins multiples : dimension universitaire ou non de la formation, durée des cursus de formation et échelles (territoires) de rayonnement variables, différences d'approches pédagogiques, taille des cohortes, etc. Nous l'avons vu précédemment : dans certaines professions, la formation initiale comporte à la fin une phase de spécialisation spécifique aux soins primaires alors que ce n'est pas le cas d'autres. Si cette phase de spécialisation peut générer du cloisonnement entre soins primaires et soins spécialisés, elle permet d'envisager plus facilement la mise en œuvre de dispositifs de formation interprofessionnelle adaptés aux soins primaires.

En ce qui concerne la formation en milieu clinique (stages), la dispersion des acteurs de soins primaires (dispersion géographique sur les territoires, mais aussi organisationnelle – les professionnels autour d'un patient exerçant rarement dans une structure unique) ne favorise pas les opportunités d'apprentissages partagées entre étudiants de différentes filières. Cela limitera ultimement leur capacité à agir en interprofessionnalité une fois diplômés. En outre, si certaines professions accueillent régulièrement des étudiants en stage et sont reconnus comme formateurs (pharmaciens d'officine, médecins généralistes), les stages d'infirmiers ou de sages-femmes sont peu nombreux en soins primaires et moins valorisés dans les cursus de formation.

Des stratégies peuvent être proposées pour tenter de dépasser certains de ces obstacles tout en favorisant la place des patients²⁰ :

- former les étudiants au contact, par proximité, pour la faisabilité, en commençant par des dyades, par exemple : médecin/pharmacien²¹, médecin/sage-femme²², infirmière/aide-soignante, pharmacien/infirmier, etc., actuellement les plus souvent développées²³ ;

- avoir une approche transformative des parcours déjà existants, faire évoluer des unités d'enseignement existantes plutôt que d'en créer de novo ;
- saisir les opportunités liées à des évolutions pédagogiques et les adapter à son objectif. Par exemple : se saisir de la mise en place d'un enseignement au numérique dans toutes les filières de santé pour organiser un module interprofessionnel ;
- valoriser les terrains de stages où exercent des équipes interprofessionnelles, qui peuvent être modèles de rôle, et y déployer des activités et outils pédagogiques soutenant les apprentissages interprofessionnels.

Quelques défis pour la formation en soins primaires, aujourd'hui et demain ?

L'attractivité

Le secteur de la santé est confronté, dans de nombreux pays, à une raréfaction de la ressource humaine, peinant à attirer, puis à retenir les professionnels formés. Les soins primaires n'échappent pas à cette tendance. Alors que les besoins en soins primaires augmentent (vieillesse de la population, limitation des séjours hospitaliers, etc.), que les professionnels réduisent leur temps de travail et que les inégalités d'accès entre les territoires sont de moins en moins tolérées, la formation est considérée comme un levier pour favoriser : 1) l'attractivité vers un exercice en soins primaires et 2) une meilleure distribution des ressources sur les territoires. Certaines réformes des études de santé, récentes ou à venir, visent à renforcer la formation en soins primaires, en allongeant la durée des cursus, en structurant des filières spécifiques, et/ou en renforçant les dispositifs de stages en soins primaires.

Des formations à adapter constamment

La formation des futurs professionnels en santé doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population et des aspirations sociétales. Les missions des professionnels évoluent, de nouveaux métiers émergent (citons par exemple le développement de la pratique avancée, l'émergence des gestionnaires de cas, ou des médiateurs en santé), obligeant à repenser les dispositifs de formation et parfois à en créer de nouveaux. Les équipes pédagogiques doivent être suffisamment nombreuses, mais aussi

familiales de l'exercice en soins primaires grâce à un lien constant avec le terrain, pour former des professionnels prêts à exercer aujourd'hui et demain dans le contexte pour lequel ils seront diplômés.

Les modes d'organisation en soins primaires se transforment également, avec un environnement de plus en plus souvent interprofessionnel et des dispositifs de partenariat à l'échelle territoriale. De nouveaux métiers émergent, tels que les coordinateurs des maisons de santé en France, ou d'autres professionnels du management en soins primaires, qui doivent s'intégrer aux équipes au côté des professionnels de santé. Des formations spécifiques sur les rôles de chaque professionnel, telles que celles déployées à l'Université de Rennes en France²⁴, sur les compétences à la collaboration en contexte de soins primaires, pouvant s'appuyer sur des référentiels nationaux²⁵, sur les niveaux de collaboration attendus²⁶ selon les besoins des patients ou encore sur les nouvelles formes d'organisation de soins primaires²⁷ peuvent soutenir ces évolutions mais restent encore très peu déployées.

La recherche comme levier de la formation

La recherche en santé s'est historiquement développée dans les grands centres hospitaliers. La recherche en soins primaires reste relativement marginale mais tend à se développer, certains pays (pays anglo-saxons ou Pays-Bas par exemple) ayant investi ce champ plus précocement que d'autres²⁸. La recherche pourrait constituer un levier pour la formation aux soins primaires, par (au moins) trois mécanismes :

- en produisant un corpus de connaissances spécifiques aux soins primaires, garantissant la validité des contenus proposés en formation ;
- en contribuant à l'évaluation et à l'amélioration des dispositifs de formation en soins primaires ;
- la recherche étant reconnue comme critère d'excellence : en renforçant la visibilité et l'attractivité des filières de formation en soins primaires.

Conclusion

Les modèles de soins primaires sont pluriels ; l'objectif de formation de professionnels compétents est commun et structurant pour les systèmes de soins. Dans un contexte de mutation rapide des soins primaires, la

formation devrait contribuer aux évolutions attendues des pratiques, des organisations et du système.

Si la formation initiale semble avoir un impact, elle ne pourra pas à elle seule répondre aux défis auxquels font face les systèmes de santé. La formation continue pourrait également y contribuer, à condition que toutes les professions puissent effectivement y accéder, et que les dispositifs de formation interprofessionnelle soient davantage soutenus. D'autres leviers, en amont et en aval des cursus de formation, restent essentiels à considérer, tels que la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux études en santé²⁹, la régulation démographique et géographique des professionnels, les modes d'organisation, de financement et de gouvernance; et citons notamment, dans une logique intersectorielle: l'éducation à la santé, la protection sociale (travailleurs, personnes en situation de handicap, personnes âgées, famille...), ou encore l'aménagement du territoire.

Références bibliographiques

1. Tengelin E, Bülow PH, Berndtsson I, Lyckhage ED. Norm-Critical Potential in Undergraduate Nursing Education Curricula: A Document Analysis. *ANS Adv Nurs Sci* 2019;42(2):E24-E37.
2. Gallagher L. Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Educ Today* 2007;27(5):466-73.
3. Boelen, Charles, Heck, Jeffery E, World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66532>
4. Tribune Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagog Med* 2011;12(1):37-48
5. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. Déclaration d'Alma-Ata. 1978. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
7. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
8. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s). Rennes: Presses de l'EHESP; 2021.
9. Compagnon L, Bail P, Huez J, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55

10. Pedrazzini B, Boulet MC, Héritier F, Bart PA, Senn N. Remodelling family medicine teaching at the University of Lausanne using a modified Delphi method. *Swiss Med Wkly* 2023;153:40064.
11. Boon V, Ridd M, Blythe A. Medical undergraduate primary care teaching across the UK: what is being taught? *Educ Prim Care* 2017;28(1):23-8.
12. Lukewich J, Poitras ME, Mathews M. Unseen, unheard, undervalued: advancing research on registered nurses in primary care. *Practice Nursing* 2021;32(4):158-62.
13. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
14. Ordonnance no 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
15. Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché. In: Houssaye J (dir.). *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris: ESF; 1993. p. 61-76.
16. Collège des médecins de famille du Canada. Compte-rendu de la Séance de réflexion sur l'éducation prédoctorale pour l'avancement du généralisme, le 15 janvier 2020. Mississauga, ON.
17. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Septembre 2010. Report No.: WHO/HRH/HPN/10.3.
18. Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. A BEME Systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach* 2016;38(7):656-68.
19. Phillips WR, Keys T. Interprofessional Primary Care Course Curriculum and Evaluation. *Fam Med* 2018;50(3):217-22.
20. Vanier MC, Flora L, Lebel P, Wiesner-Conti J, Pichiottino Zofka P. Un professionnel de santé qui exerce en collaboration : la pratique collaborative en partenariat avec le patient. In: Pelaccia T éditeur. *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. 2^e édition . Bruxelles: Deboeck supérieur;2023. p. 65-88.
21. Gaboreau Y, Bardet JD, Fournier C, et al. Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. *Exercer* 2019.
22. Auger M, Hakim-Hachemi S, Debord S, Ettori-Ajasse I. Un stage ambulatoire croisé afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales. *Sages-Femmes* 2023;22(3):49-54.
23. Tyrant J, Girard P, Nicolotto C, Gaboreau Y. Éducation interprofessionnelle des étudiants en santé. Étude observationnelle en France en 2017. *Exercer* 2021;171:136-7.

24. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagog Med* 2015;16(2):105-17.
25. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. 2010.
26. Careau E, Brière N, Houle N, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 2014 et rev. 2018.
27. Kendir C, Bernier J, De Miguel Ferrer I, et al. Une expérience interprofessionnelle et internationale: "Primary Care Summer School of Angers". *Exercer* 2019;152:186-8.
28. Hajjar F, Saint-Lary O, Cadwallader JS, et al. Development of Primary Care Research in North America, Europe, and Australia From 1974 to 2017. *Ann Fam Med* 2019;17(1):49-51.
29. Cour des comptes. Universités et territoires. Rapport de la Cour des Comptes. 7 février 2023. www.ccomptes.fr/fr/publications/universites-et-territoires.

Postface

Jacques Cornuz

Professeur à l'Université de Lausanne
et Directeur Général d'Unisanté, Centre universitaire
de médecine générale et santé publique, Lausanne, Suisse

En refermant cet important ouvrage, vous saurez dorénavant où trouver des références quand vous aborderez, dans vos recherches, vos enseignements, vos activités professionnelles le rôle primordial des soins de base.

Sous l'impulsion et la coordination de Nicolas Senn, cet ouvrage collectif met bien en évidence l'importance de ces soins de première ligne, primordiaux pour le maintien d'une population en bonne santé et indispensables pour l'efficacité de nos systèmes sanitaires.

Au tournant du siècle, la célèbre pédiatre, Barbara Starfield, et après elle bien d'autres spécialistes en médecine générale, l'avait démontré : la base de tout système de santé doit reposer sur la première ligne de soins.

À l'évidence, ce livre devrait occuper une place importante dans l'enseignement des études de médecine, des soins infirmiers et des autres professions de la santé, ainsi que dans les bibliothèques, réelles ou virtuelles, de chaque personne en charge des politiques publiques en santé publique et dans les domaines médicaux et sanitaires.

Ce livre confirme enfin la très grande complémentarité entre d'une part une approche individuelle des soins, basée sur la confiance, la continuité et l'empathie, et d'autre part une perspective communautaire et populationnelle de la santé, basée sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et les mesures structurelles. Une telle complémentarité s'avère plus que jamais nécessaire pour la promotion et le maintien d'une santé durable.

Achevé d'imprimer par Flex print ink
janvier 2025
Union européenne

Lot d'impression : 2025_1_24_504

Par leur position centrale d'accès au système de santé, leur rôle naturel dans la coordination des soins et s'inscrivant dans un partenariat à long terme avec les individus au sein de leur communauté, les soins primaires devraient être le pivot de tout système de santé. Pourtant, alors qu'ils constituent effectivement un premier niveau de soins pour la population sur un territoire donné afin de répondre à une majorité des besoins individuels, nous observons dans les pays occidentaux un déficit encore important du déploiement des soins primaires. Les causes sont multiples: prépondérance dans nos sociétés d'une médecine technologique centrée sur l'hôpital et les soins aigus, manque de culture de santé publique des professionnel·les, déficits structurels et de gouvernance des systèmes de santé ou encore manque de volonté politique.

Le livre *Imaginer les soins primaires de demain* est basé sur les preuves scientifiques actuelles et coécrit par des chercheur·euses et professionnel·les de santé en association avec le Groupe francophone de soins primaires (www.gfisp.org). Il propose une réflexion sur les défis contemporains que doivent affronter les soins primaires ainsi que sur les possibles voies d'action pour y faire face. Rédigé par plus d'une quarantaine d'expert·es, il s'agit de faire le bilan de cinquante ans « d'histoire du futur des soins primaires » et de proposer une réflexion sur la manière de stimuler le changement et la créativité dans leur organisation. Il s'agit également et surtout de proposer de nouvelles voies, à la fois pour la recherche sur les services de santé et pour les pratiques professionnelles. Le cœur de l'ouvrage est articulé autour des six enjeux majeurs pour les soins primaires que sont les dimensions sociale, environnementale et politique de la santé, la santé mentale, la résilience et l'intégration des services de santé. La dernière partie du livre présente de façon pragmatique, et souvent basée sur des expériences concrètes de terrain, comment mieux organiser et développer les structures de soins primaires de demain.

*La version en libre accès de cette publication
a bénéficié du soutien du Fonds national suisse
de la recherche scientifique.*



**Fonds national
suisse**

ISBN 978-2-88049-537-4



9 782880 495374