# Comment s'organise la prise en charge chronique en première ligne lors d'une pandémie ?

**Référence**
Danhieux K, Buffel V, Pairon A, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. BMC Fam Pract. 2020;21:255. DOI: 10.1186/s12875-020-01326-3

**Analyse de**
Leen Bouckaert, SQAQEL (www.sqaqel.com)

## Question clinique

Comment les professionnels de santé de première ligne ont-ils adapté leur modèle de prise en charge chronique dans le contexte de la pandémie de covid-19 ?

**Contexte**

La première vague de la pandémie de covid-19 a eu un impact grave sur les soins de santé ; elle a constitué un défi important pour les professionnels de santé. Les efforts pour contenir la pandémie ont affecté tant la continuité que la qualité des soins pour les patients atteints de maladies chroniques (1). Plusieurs facteurs, notamment la peur de l'infection et un accès réduit aux services médicaux, ont empêché les patients, et en particulier les patients chroniques, de recevoir les soins dont ils avaient besoin (2). Cela a soulevé des inquiétudes concernant une augmentation des complications et une progression accélérée des maladies chroniques (3,4). Le Chronic Care Model (CCM) de Wagner, un modèle de soins aux malades chroniques, est un support permettant d'identifier des éléments pour une organisation et une prestation de soins de qualité à des patients atteints de maladies chroniques. Il est centré sur les interactions entre le patient, son entourage et l'équipe soignante ; la solidité de l'organisation de soins et l'intégration dans la communauté sont des facteurs favorisants (6). Les éléments du modèle ont été mis en péril du fait de la pandémie. Une analyse de la façon dont les soins aux malades chroniques ont été adaptés pendant la pandémie de covid-19 s'impose.

## Résumé

**Population étudiée**

- dans une région semi-rurale de Flandre, 16 cabinets de première ligne ont été recrutés par téléphone et de manière ciblée (5 pratiques individuelles, 4 pratiques de groupe monodisciplinaires et 7 pratiques de groupe multidisciplinaires)
- dans ces cabinets, 21 personnes ont été interrogées (3 diététicien(ne)s, 2 infirmier/ères et 16 médecins généralistes).

**Protocole d'étude**

- l'étude a été intégrée dans une étude plus vaste portant sur l'extension des soins intégrés pour le diabète et l'hypertension (7)
- deux chercheurs ont mené les entretiens en ligne via une plateforme sécurisée sur une période de 6 semaines en commençant 3 semaines après le pic initial de la pandémie, à l'aide d'un guide d'entretien contenant des questions sur la prise en charge chronique des patients atteints de diabète et d'hypertension artérielle ainsi que 12 questions supplémentaires sur les changements induits par la covid-19 dans l'organisation des soins aux patients atteints de maladies chroniques.
- les entretiens ont duré environ 42 minutes en moyenne ; ils ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés par 2 chercheurs indépendants à l'aide de la **technique d'analyse thématique** utilisant les composantes suivantes du CCM : processus et incitations pour améliorer les systèmes de prestation de soins de santé, fonctionnement des équipes et

systèmes de pratique, soutien à l'autogestion, mise en œuvre des guides de pratique clinique basés sur les preuves, systèmes informatiques pour l'enregistrement des maladies, systèmes de traçage et rappels.

**Résultats**

- La saturation a été atteinte après 12 entretiens.
- Trois thèmes principaux ont émergé : changements dans l'organisation des soins de santé, stratification des risques et soutien à l'autogestion.
- **Changements dans l'organisation des soins de santé**
  La réaction initiale à la première vague de la pandémie a consisté en une réorganisation des soins axée sur la garantie de soins aigus accessibles et sûrs ; en conséquence, on a pu observer une diminution du nombre de consultations dans le cadre des soins chroniques, diminution pouvant aussi s'expliquer par la crainte de la contamination ; les consultations téléphoniques, la coopération avec les postes de triage et la mise en œuvre des directives d'hygiène ont été des éléments importants de cette réorganisation ; la plupart des cabinets n'ont pas prévu de réorganisation des soins chroniques ; la collaboration avec les infirmier/ères et les diététicien(ne)s a souvent été interrompue temporairement via une mise au chômage parce que leurs services étaient considérés comme des soins non essentiels et aussi parce qu'il y avait moins de revenus en raison d'une baisse du nombre de consultations ; les cabinets avec une culture de dialogue (comme une tendance à tenir des réunions régulièrement) ont plutôt agi selon une approche systématique : ils ont souvent maintenu les réunions d'équipe portant sur l'organisation de la pratique et les patients ; pour les cas non aigus, la coopération avec la deuxième ligne était plus difficile.
- **Stratification des risques ; contacter activement les patients**
  Des médecins généralistes en nombre limité ont contacté de manière proactive un groupe sélectionné de patients à haut risque pour vérifier si des problèmes médicaux ou autres étaient présents ; la plupart des répondants ont trouvé cette approche utile, mais ont rencontré des obstacles, comme le manque de temps et de personnel, des objections éthiques et/ou des connaissances limitées sur l'utilisation du dossier médical informatisé (DMI) ; la disponibilité d'une liste de patients chroniques à haut risque par l'intermédiaire du DMI a été considérée comme un élément facilitateur ; les médecins généralistes exerçant en solo ont indiqué qu'ils connaissaient suffisamment leurs patients personnellement pour identifier les patients à haut risque, sur la base d'un certain nombre d'aspects tels que « patients très âgés », « patients suivis par le biais de visites à domicile », « patients mal contrôlés dont les médicaments ont été récemment adaptés » ; contacter activement les patients a été une nouveauté pour tous les médecins généralistes ; les diététicien(ne)s avaient l'intention de contacter leurs clients pour un nouveau rendez-vous dès que possible.
- **Soutien à l'autogestion**
  Avant la pandémie, le soutien à l'autogestion était principalement assuré par des infirmier/ères et des diététicien(ne)s, qui étaient désormais souvent en chômage temporaire ; la nouvelle option d'accompagnement à distance via la téléconsultation des personnes atteintes de maladies chroniques a été principalement utilisée pour les prescriptions de médicaments et pour obtenir une impression générale rapide du patient ; les raisons d'un non-recours à cette option virtuelle pour les consultations étaient la méconnaissance de cette façon de travailler, les limitations pour évaluer correctement l'état d'un patient, les préférences du patient, le fait de ne pas éprouver la nécessité d'utiliser cet outil et le manque de temps.
- Perceptions des changements et effets sur le patient chronique
  Les professionnels de santé ont constaté que manquer une consultation en raison de la réorganisation des soins n'était pas un problème pour la majorité des patients chroniques bien suivis ; les professionnels de santé s'attendaient à ressentir plus de détresse* due au covid-19 et au confinement chez les patients souffrant de problèmes socioéconomiques ; pour ce groupe, une mauvaise alimentation et le manque d'exercices physiques pouvaient être une cause importante de diabète sucré non contrôlé ; la plupart des cabinets de première

ligne étaient assez satisfaits de la façon dont leur pratique a été organisée pendant la première vague de la pandémie de covid-19, et ils n'avaient pas l'intention de prendre d'autres mesures une prochaine fois, si ce n'est l'augmentation du stock d'équipements de protection.

**Conclusion des auteurs**
Les résultats de cette étude montrent les faiblesses des soins chroniques dans le contexte belge des soins de première ligne. Dans un tel contexte, la mise en place du modèle de soins aux malades chroniques (*Chronic Care Model*) peut faciliter la continuité des soins en situation de crise. Les actions à court terme pourraient se concentrer sur une identification plus facile des patients à haut risque, l'élaboration d'un plan d'organisation de la pratique pour organiser les soins chroniques et l'utilisation d'outils numériques pour soutenir les patients particulièrement vulnérables lors des prochaines vagues de la pandémie.

**Financement de l'étude**
Cette étude a été intégrée dans une étude plus vaste. Aucun financement supplémentaire n'a été fourni pour cette étude spécifique.

**Conflits d'intérêt des auteurs**
Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

# Discussion

**Considérations sur la méthodologie**
L'équipe de recherche est composée de médecins généralistes et de sociologues médicaux exerçant en cabinet et/ou en milieu universitaire. L'expertise d'un sociologue s'ajoutant à celle des médecins généralistes a permis d'élargir l'analyse des entretiens. Le comité d'éthique a approuvé que les entretiens, qui avaient lieu en face à face dans l'étude originale (7), soient, dans cette étude-ci, réalisés par le biais d'une vidéo en ligne.
Étant donné que des informations sont fournies sur les perceptions et expériences personnelles concernant les soins chroniques pendant la pandémie de covid-19, il est correct d'opter pour une recherche qualitative avec des entretiens comme *méthode d'observation*. Des discussions de groupe supplémentaires auraient été utiles pour explorer les avis de manière plus approfondie dans le cadre des soins de première ligne, mais cela aurait probablement été plus difficile du fait des réglementations liées à la pandémie de covid-19.
Les entretiens ont été menés avec des professionnels de santé, mais malheureusement l'avis de l'expert du vécu n'a pas été recueilli, que ce soit celui de la personne ayant un problème de soins chronique ou celui de son aidant proche.
En optant pour un *échantillon ciblé* (également appelé échantillon sélectionné), on a pu obtenir une plus grande variation dans les personnes interrogées, ce qui peut conduire à des informations plus abondantes concernant la question de recherche (8). Le type de pratique (pratique individuelle, pratique de groupe monodisciplinaire ou pratique de groupe multidisciplinaire) a été choisi comme critère de sélection. D'autres critères qui influencent la qualité des soins au sein des soins chroniques, par exemple la mesure dans laquelle la coordination des soins a été mise en œuvre ou dans laquelle les soins intégrés sont fournis, n'ont pas été inclus pour la sélection des pratiques. Afin d'optimiser la variation, il aurait également été utile d'inclure des professionnels de santé d'autres professions de première ligne en plus des médecins généralistes, des infirmier/ères et des diététicien(ne)s. 21 personnes de 16 cabinets ont été interrogées. Les chercheurs indiquent que la saturation a été atteinte. Mais, étant donné qu'un certain nombre de pratiques ont été interrogées deux fois, que la diversité entre les pratiques était limitée à un seul critère (type de pratique) et que l'échantillon a été tiré d'une population de recherche existante où l'on examinait l'extension des soins intégrés pour le diabète et l'hypertension (7), il se peut qu'avec un échantillon plus diversifié, d'autres thèmes seraient apparus.

Les entretiens se sont déroulés en suivant une liste de questions pertinentes clairement formulées. On peut déduire du questionnaire qu'on a principalement interrogé sur leur ressenti de leur prose en charge du groupe cible des patients diabétiques.
L'analyse des données a été effectuée indépendamment par deux chercheurs selon la méthodologie de l'analyse de contenu déductive. La fiabilité des résultats est accrue du fait qu'il y a eu une double analyse des données, effectuée de manière indépendante (9). L'objectivité est encore accrue lorsqu'en outre une concertation a lieu régulièrement (l'intersubjectivité conduit à l'objectivité). Cette étude ne décrit toutefois pas comment les divergences entre les deux chercheurs ont été abordées, par exemple par consultation d'un troisième chercheur (10). Dans la recherche qualitative, il est recommandé d'alterner de manière cyclique le recueil des données et leur analyse. Les premières données analysées des premiers entretiens peuvent apporter des pistes pour optimiser le questionnaire et ainsi approfondir certaines questions. Lors de l'analyse de contenu, une matrice de codage est normalement établie (9,11). Un arbre de codage permet d'analyser les données de manière plus structurée, mais, en annexe à l'article, les chercheurs indiquent ne pas avoir établi d'arbre de codage. Les résultats sont présentés de manière structurée selon les thèmes qui ont émergé lors de l'analyse. Les citations présentées dans l'article illustrent adéquatement les résultats décrits. Il aurait été utile d'inclure dans le traitement des données le résultat de toutes les questions tel que présenté dans le guide d'entretien. La question sur la coopération avec les aidants proches et la famille aurait alors pu fournir des informations pertinentes supplémentaires concernant l'autogestion.

**Interprétation des résultats**
À la question de savoir comment un modèle de soins aux malades chroniques était adapté au contexte d'une pandémie, cette étude qualitative a révélé qu'une grande partie des soins chroniques était reportée au profit des soins aigus et de la sécurité dans le cadre de la covid-19. La majorité des professionnels de santé de première ligne ont indiqué qu'ils ne prévoyaient pas de réorganiser les soins pour les patients atteints de maladies chroniques. Les soins chroniques sont loin d'être considérés comme prioritaires dans le cadre de la pandémie. Cette constatation cadre avec les résultats des sondages en ligne menés en Belgique au cours de la même période (2). Ces sondages en ligne, qui évaluaient l'accès aux soins pour des problèmes sans rapport avec la covid-19, ont également montré un impact majeur sur l'accès aux soins : selon le type de soins dispensés, entre 25 et 90% des personnes ont indiqué que leurs soins avaient été annulés ou reportés dans les quatre semaines précédant l'enquête.
Comme mentionné ci-dessus, l'étude fait partie d'une étude plus vaste portant sur les soins chroniques chez les personnes atteintes de diabète et d'hypertension artérielle. Mais la population qui a besoin de soins chroniques comprend également les personnes âgées vulnérables, telles que les personnes souffrant de douleur chronique et les résidents vulnérables des maisons de repos et de soins (MRS). Les résidents de MRS ont des besoins spécifiques et nécessitent une attention particulière en période de pandémie. Les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à tous les patients chroniques. Il est indiqué que, durant la pandémie de covid-19, certains cabinets ont atteint leurs patients en utilisant la technologie en ligne. Une précédente publication dans Minerva indiquait que les patients étaient satisfaits de la télémédecine, entre autres pour le suivi d'un problème de santé déjà connu (12,13). Cependant, une grande partie de la population âgée confrontée à des problèmes de soins chroniques, en particulier la population âgée fragile, n'a pas accès à Internet (14). Les résultats de cette étude doivent être interprétés dans ces limites. Enfin, les chercheurs font observer, à juste titre, que la recherche a montré que la prise en charge pré-covid du patient chronique n'était pas toujours optimale, comme cela a déjà été constaté (15-17). L'ancrage structurel de l'organisation des soins chroniques dans la pratique quotidienne pourrait faciliter l'anticipation de nouvelles restrictions lors des prochaines vagues. Cependant, on peut se demander dans quelle mesure la force de structures solides fiables subsistera en cas de chômage temporaire de certains membres du personnel.

**Que disent les guides de pratique clinique ?**
Aucun guideline n'a été trouvé sur le sujet. Le modèle de soins malades chroniques « Chronic Care Model » identifie des domaines fondamentaux pour promouvoir des soins chroniques de haute qualité (*voir la figure 1*). Afin de prodiguer des soins chroniques de qualité, les organisations doivent se concentrer sur ces domaines, mais aussi développer des interactions productives entre les patients et les

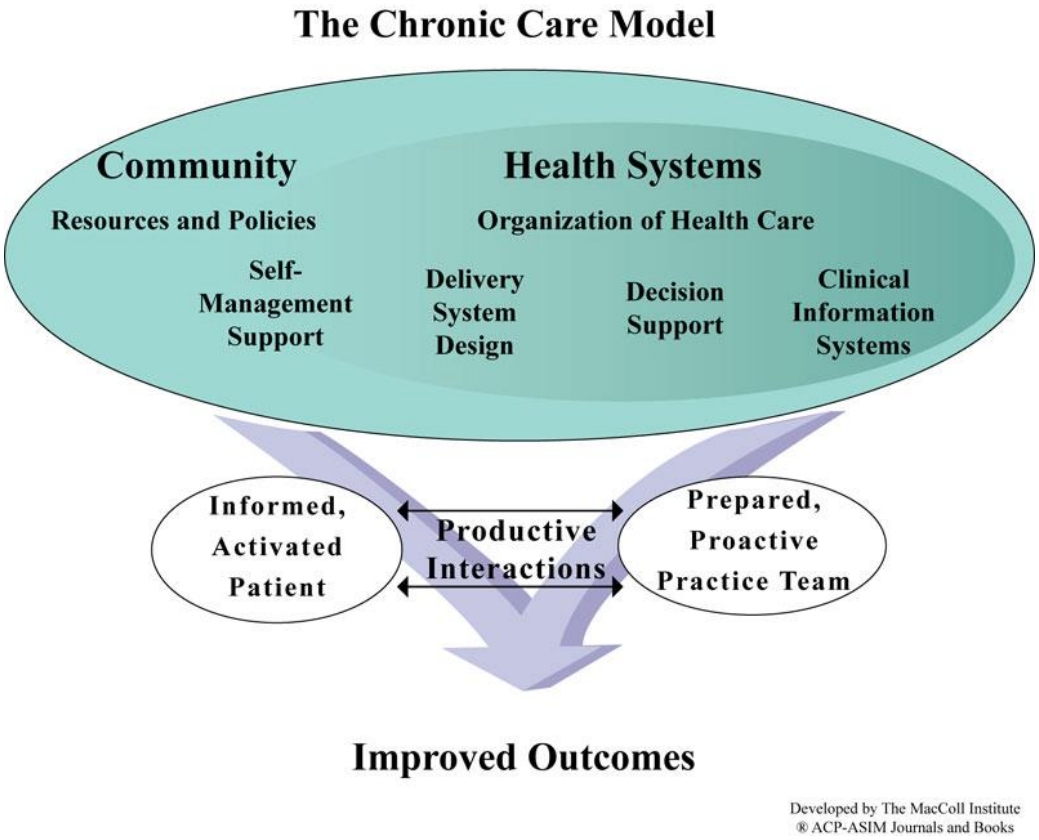
professionnels de santé. Les patients et leurs aidants proches doivent être informés, entendus et impliqués. Les professionnels de santé doivent être préparés et proactifs.

## Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique, qui a été correctement menée, avec méta-analyse d'études hétérogènes présentant d'importantes lacunes méthodologiques, montre qu'après correction pour tenir compte du biais de publication, les interventions impliquant l'activité physique peuvent avoir un effet positif minime sur la communication des enfants et adolescents atteints de TSA.

* La détresse fait référence à la réponse négative aux facteurs de stress, ayant pour conséquence une menace pour la santé (mentale). En revanche, le stress bénéfique se définit comme la réponse positive à l'adversité, qui se reflète dans la présence d'affects positifs et de bien-être (18,19).

**Figure 1 :** Chronic Care Model de Wagner (http://www.improvingchroniccare.org)




L'**analyse thématique** est une recherche de thèmes qui émergent pour la description du phénomène, ici les soins chroniques lors de la première vague de la pandémie de covid-19. Le processus consiste à identifier les thèmes en lisant et relisant attentivement les données. C'est une forme de reconnaissance de formes au sein de l'analyse de données, où les thèmes émergents deviennent les catégories d'analyse. L'analyse thématique est à la fois déductive (à partir d'un cadre théorique) et inductive (à partir des données). (Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. International Journal of Qualitative Research 2006;5:80-92. Retrieved from http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4411/3530)

**Références**


1. World Health Organization. Information note on COVID-19 and noncommunicable diseases. URL: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds, updated 23 March 2020. Site consulté le 26/11/2021.
2. Sciensano. Cinquième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/96. Disponible en ligne : https://doi.org/10.25608/xcxd-7784. Site consulté le 12/08/2021.
3. Joy M, McGagh D, Jones N, et al. Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK. Br J Gen Pract 2020;70:e540-e547. DOI: 10.3399/bjgp20X710933
4. Rachamin Y, Senn O, Streit S, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. Int J Public Health 2021;66:635508. DOI: 10.3389/ijph.2021.635508
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002;288:1775-9. DOI: 10.1001/jama.288.14.1775
6. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. Glob J Health Sci 2014;7:210-27. DOI: 10.5539/gjhs.v7n2p210
7. Scale-up an integrated care package for diabetes and hypertension for vulnerable people in Cambodia, Slovenia and Belgium. SCUBY. Site web https://www.scuby.eu/. Site consulté le 21 juin 2020.
8. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, et al., Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Adm Policy Ment Health 2015;42:533-44. DOI: 10.1007/s10488-013-0528-y
9. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. Eur J Gen Pract 2018;24:9-18. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375091
10. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: analysing qualitative data. BMJ 2000:320:114-6. DOI: 10.1136/bmj.320.7227.114
11. Elo S, Kyngas A. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008;62:107-11. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
12. Sculier J.P. Avis favorable des patients pour le recours à la télémédecine en médecine générale en Nouvelle-Zélande pendant l'épidémie au SARS-CoV-2 et à l'avenir. MinervaF 2021;20(5):53-8.
13. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. BMC Fam Pract 2020;21:269. DOI: 10.1186/s12875-020-01336-1
14. Vlaamse ouderenraad. Barometer digitale inclusie onthult 3 soorten ongelijkheden. Beschikbaar op https://www.vlaamse-ouderenraad.be/onderzoek/cultuur-en-levenslang-leren/barometer-digitale-inclusie-onthult-3-soorten-ongelijkheden. Geraadpleegd op 12/08/2021.
15. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the chronic care model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC Health Serv Res. 2009;9:152. DOI: 10.1186/1472-6963-9-152
16. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, et al. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. BMC Health Serv Res 2014;14:179. DOI: 10.1186/1472-6963-14-179
17. Paulus D, Van den Heede K, Gerkens S, et al. Development of a national position paper for chronic care: example of Belgium. Health Policy 2013;111:105-9. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.04.010
18. McGowan J, Gardner D, Fletcher R. Positive and negative affective outcomes of occupational stress. New Zealand J Psychol 2006;35:92-8.
19. Merino MD, Vallellano MD, Oliver C, Mateo I. What makes one feel eustress or distress in quarantine? An analysis from conservation of resources (COR) theory. Br J Health Psychol 2021;26:606-23. DOI: 10.1111/bjhp.12501