

Cette présentation a été effectuée le 2 décembre 2004, au cours de la journée « Le diabète : stratégies d'intervention basées sur des données probantes » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2004. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/>.

Les ravages du diabète

○ La mortalité

- ❑ 7^e cause de décès au Canada
- ❑ < 75 ans : 25 000 années de vie perdues
- ❑ Espérance de vie : au minimum raccourcie de 15 ans

Les ravages du diabète

○ La morbidité

- ❑ 40 % des diabétiques développent des complications à long terme
- ❑ Les complications macro vasculaires
 - MCV, ACV, maladies vasculaires périphériques
- ❑ Les complications micro vasculaires
 - Néphropathie
 - Rétinopathie
- ❑ La neuropathie
- ❑ Les problèmes au pied

Les ravages du diabète

○ Utilisation de services

- ❑ Plus grande probabilité de voir un médecin au Canada /USA
 - Ophtalmologiste et généraliste
- ❑ Parmi les 65 ans + :
 - 24 % des diabétiques ont fait, au cours des 12 mois précédents, au moins un séjour d'une nuit dans un CH, maison de convalescence (14 % chez les non-diabétiques)
 - Utilisés deux fois plus les soins à domicile (16 % comparé à 9 % chez les non-diabétiques)

○ Les coûts :

- ❑ Canada : 9 milliards

Klarenbach et Jacobs, 2003, Santé Canada



Des constats

○ < 50% des médecins appliquent les guides de pratique

- ❑ 40 % des diabétiques ne passent pas le test de la glycémie selon les lignes directrices
- ❑ Retard dans la détection de la détérioration de l'état de santé et des complications car évaluations et suivis incomplets

○ Sur les médecins

- ❑ Croyances et attitudes plus favorables pour adopter de nouvelles pratiques si maladie vs la prévention
- ❑ Manque de connaissance sur les déterminants du changement de comportement
- ❑ Les spécialistes sont plus enclins à adopter et maintenir les recommandations



Des constats

- Sur les médecins :
 - ❑ Manque de temps/support organisationnel
- Sur les patients :
 - ❑ Manque de connaissance de la maladie, de la prévention des facteurs de risque, sur les moyens pour modifier les modes de vie
 - ❑ Détresse psychologique non détectée et non gérée

Des constats

- Sur le système de soins
 - ❑ Fragmenté/En silo
 - ❑ Cas par cas/soins aigus
 - ❑ Peu de support au patient pour la coordination de ses soins
 - ❑ Peu d'utilisation des ressources d'information clinique
 - ❑ Manque d'incitatif financier

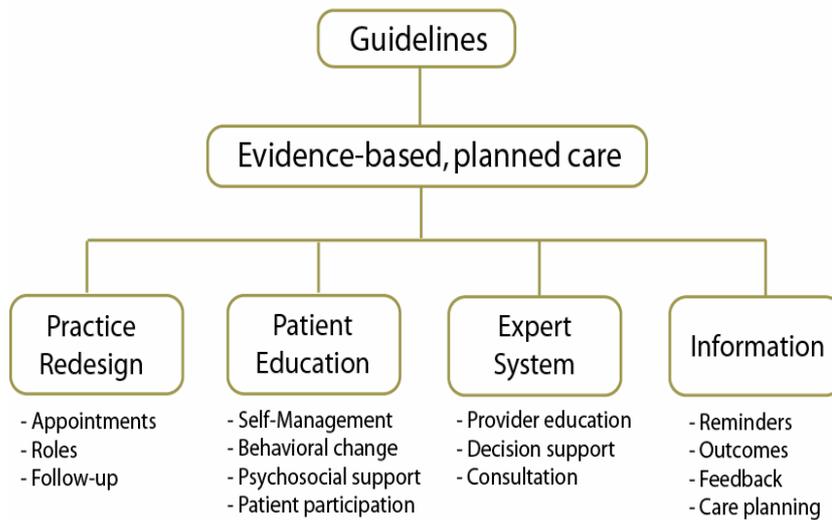
Des constats

- Sur la prestation des soins
 - ❑ USA : Prestation de soins sous-optimale dans tous les types d'organisation : centres médicaux académiques, cabinets privés, milieux hospitaliers, «managed care organizations», Medicare (Chin et al, 2004)
 - ❑ Gap entre les connaissances et leurs applications en pratique s'expliquent par les facteurs organisationnels. (Kim et al 2004, Gaede et al, 2003)

Des précurseurs du modèle de soins chroniques

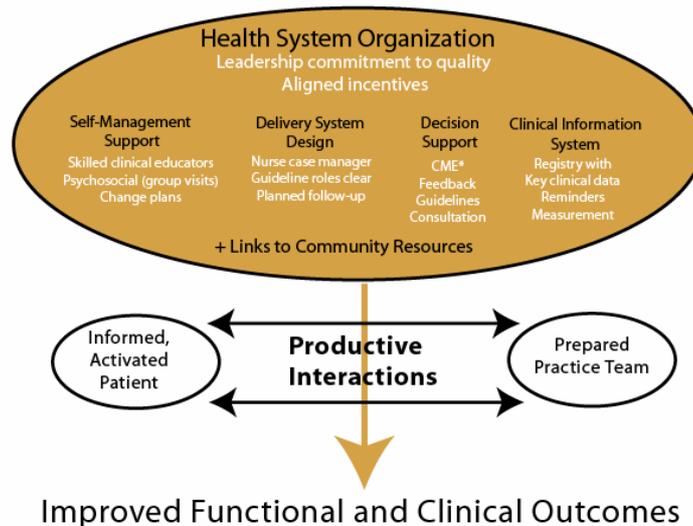
- 1970 : Cliniques spécialisées HTA (Runyan et coll 1970, Finnerty et Shaw, 1973)
- 1980 : Essais cliniques randomisées
- Mi- 1980 : Mini-cliniques ou cliniques de jour en pratique générale (Thorn et Russell 1973, UK)
- À la fin 1980 : Gestion de la qualité
 - ❑ Méthode d'amélioration continue de la qualité (COI)(Berwick 1989)

Improving outcomes in chronic illness



Source : E.H. Wagner et coll. 1996

Chronic Care Model (Adapté de E.H. Wagner, R.E. Glasgow, et al. 2001)



* CME = continuing medical education

Cretin et al, 2004

Des résultats probants

- Logique d'intervention
 - ❑ Stratégie intégrée avec des interventions à multiples facettes
(Cochrane 2002, Renders et al 2001)
 - ❑ Approche populationnelle

Des résultats probants

- Support à l'auto-gestion
 - ❑ Capacité de répondre aux besoins et aux priorités du patient : **Actif et informé**
 - Rencontre de groupe
 - Counselling individuel
 - Programmes informatisés
 - ❑ Présence ou non du médecin (Kottke 2001, Polonsky 2003)
 - ❑ Programme d'éducation : connaissance de la maladie, du traitement, des tests (la glycémie) et de la modification des modes de vie: la diète, l'exercice, le tabagisme

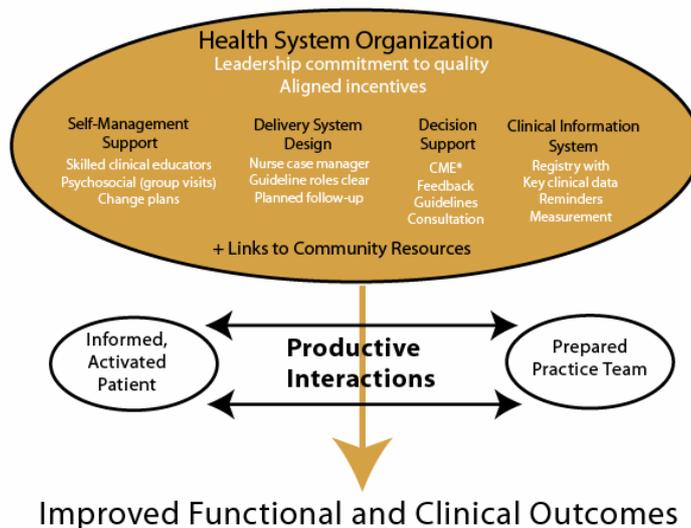
Des résultats probants

- Reconfiguration du réseau de soins
 - ❑ Équipe multidisciplinaire **pro-active et préparée** avec des rôles et tâches bien identifiés
 - Rencontres régulières d'équipe
 - ❑ Infirmières cliniciennes : gestionnaire de cas
 - ❑ «Mini-clinique» et plan de suivi
 - ❑ Site du programme et l'implication du spécialiste : efficacité variable
 - Variable confondante : des soins mieux organisés en milieu spécialisé

Wagner 1996



Chronic Care Model (Adapté de E.H. Wagner, R.E. Glasgow, et al. 2001)



* CME = continuing medical education

Cretin et al, 2004

Des résultats probants

○ Support à la décision

- ❑ Formation médicale avec formule plus personnalisée
 - Visites éducatives/tutorat/consultations conférences
- ❑ Accès aux spécialistes pour les consultations et pour un soutien approprié
- ❑ Système informatisé de support clinique : efficacité variable
 - Système intégré des lignes directrices et des systèmes de rappel pour les patients : efficacité démontrée

Koutsavlis 2001, Wagner 1996, Barton, 1990



Des résultats probants

○ Systèmes d'information clinique

- ❑ Registre pour les données sur les patients, les soins et les résultats
 - Pour la rétroaction: efficacité variable
- ❑ Système de rappel
 - Efficacité constante et augmentée si rappel au MD et au patient
 - Repérage électronique des rendez-vous
- ❑ Plan de soins
 - Efficacité démontrée sur les mesures métaboliques
 - Plan de soins informatisé

Koutsavlis 2001, Montori et al 2002, Ariyaratne 2004,



Est-ce que le programme de gestion du diabète à fait ses preuves ?

Des résultats probants

○ Des études randomisées

- ❑ Composantes variables (CCM, cycle «Plan-Do-Study-Act»)
- ❑ Divers milieux de pratique
- ❑ Résultats positifs :
 - Mesures de performance (glycémie, lipides, microalbuminurie, fréquence des examens des yeux, des pieds),
 - Résultats métaboliques (HbA1c, lipides, microalbuminurie)
 - Réduction des complications

○ Notamment :

- ❑ USA: Health disparities collaborative (2 initiatives Institute of healthcare Improvement) Wagner et Glasgow, ICIC, 1996
- ❑ Montori VM et all : Mayo Health System Diabetes Translation Project, 2002
- ❑ Gaede et all : Étude Steno-2

Des résultats probants

- La plupart des études ont démontrées des mesures de performance et de satisfaction des patients
 - Chin et all: 1 initiative IHI, Pro-West, (2004)
 - Ilag et all (2003)
 - Sidorov et all (2002)
- D'autres études ont des résultats plus mitigés
 - Pratique de médecine générale

Des résultats probants

- Une première étude randomisée actuellement en cours pour l'évaluation du modèle de soins chroniques sur 4 maladies (Shan, Shortell, Keeler, Évaluation Review, février 2004)

Recommandations de l'Association canadienne du diabète 2003

- Équipe multidisciplinaire (B, niveau 2)
- Soins systématisés et organisés: systèmes d'information cliniques, rappel, outils, flow chart (B, niveau 2)
- Protocoles cliniques standardisés (A niveau 1A), transfert d'information pour la continuité (A, niveau 1A), identifier et prévenir le diabète chez les personnes à risque (D, consensus)



Recommandations de l'Association canadienne du diabète 2003

- Éducation sur l'auto-soins (B, niveau 2)
- Partage des responsabilités entre professionnels pour améliorer la coordination
 - Infirmières éducatrices: (B, niveau 2)
 - Autres professionnels: (D, consensus)



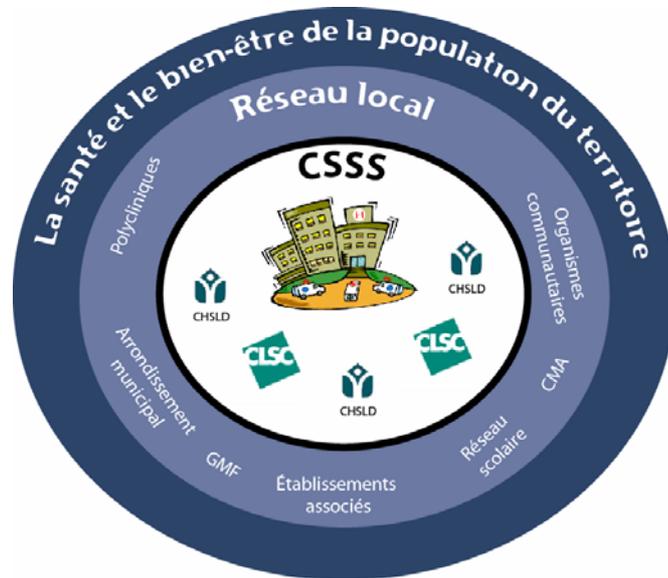
Conditions facilitantes

- Les recommandations par le clinicien
- Suivi intensif quand le traitement est modifié
- Le temps requis pour des soins appropriés et les consultations
- La relation interpersonnelle
- La relation entre le spécialiste et le généraliste

Conditions facilitantes

- Modèle d'organisation avec une approche populationnelle
- Approche globale incluant la prévention
- Systèmes d'information clinique
- Leadership et des champions
- Des incitatifs financiers
- Stratégies de gestion de changement

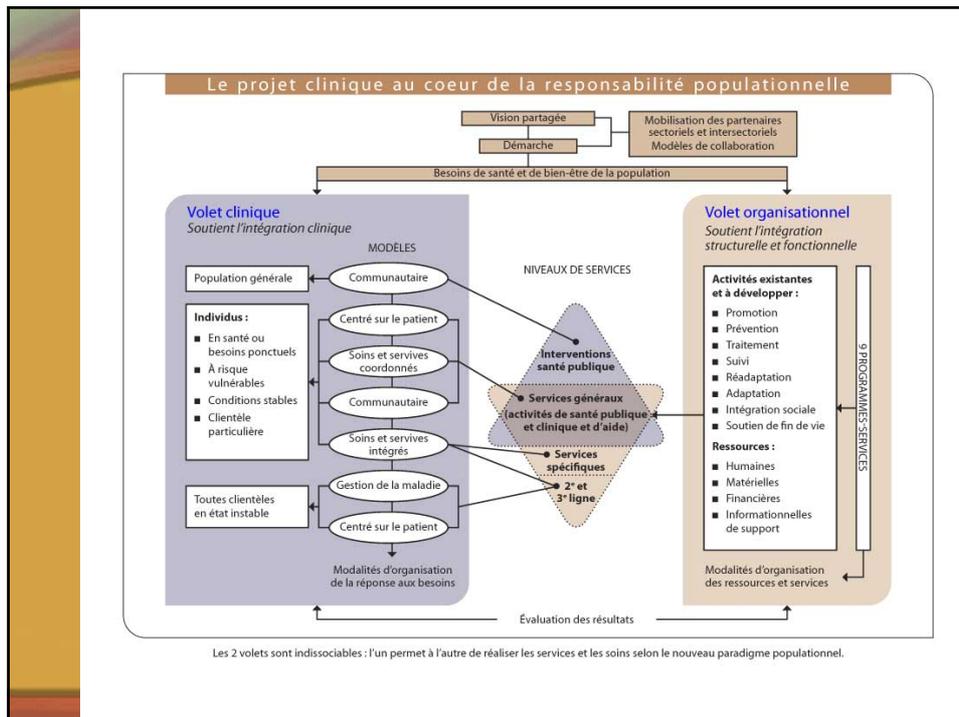
Contexte favorable



Contexte favorable

○ Projet clinique

- ❑ Objectifs : accessibilité, continuité, qualité
- ❑ Approches : populationnelle, communautaire, par programme
- ❑ Mécanismes : standardisation , coordination
- ❑ Modèles :
 - centré sur le patient, gestion de la maladie, communautaires, soins coordonnés, soins intégrés, de collaboration (notamment avec GMF/CMA)
- ❑ Conditions :
 - Ressources informationnelles, leadership, systèmes de support, quelques incitatifs financiers



**C'est possible d'aller de l'avant
même si on n'a pas tous les
éléments en main**

(Projet local d'intervention, Montérégie, 2004)