

# L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec

## Barrières et éléments facilitant

Levesque J-F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B

### RÉSUMÉ

#### CONTEXTE

Ce rapport porte sur les barrières et éléments facilitant à l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Il constitue un volet complémentaire d'un projet de recherche (Feldman, Levesque et al., 2005) et inclut une recension de la littérature scientifique sur l'implantation de tels modèles et une série d'entrevues auprès d'experts du Québec et d'ailleurs. Ce volet a été réalisé à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec au cours des mois de décembre 2006 et janvier 2007. Les objectifs de ce volet de l'étude étaient de : répertorier les conditions de succès et les barrières à l'implantation d'une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques à l'échelle internationale; et d'identifier les facteurs favorisant l'implantation et les obstacles à lever, dans le contexte québécois, pour la réalisation d'une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Figure 1 – Le « *Chronic Care Model* »



Source : Wagner, 2004. Available at [www.nicsl.com.au](http://www.nicsl.com.au)

#### LES MODÈLES INTÉGRÉS DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Le modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques le plus connu et le mieux décrit est le *Chronic Care Model* développé aux États-Unis (Wagner, 2004). Ce modèle regroupe les actions d'intervention relatives aux maladies chroniques sous trois grandes sphères : la communauté, le système de santé et la prestation de services (Dubé, 2006). Il s'articule autour de six domaines d'action concertée, soit : 1) l'organisation de l'offre et de la prestation des services; 2) le soutien à l'autogestion par les personnes; 3) le soutien à la décision clinique; 4) le développement de systèmes d'information clinique; 5) l'utilisation des ressources communautaires; 6) l'organisation d'ensemble du système de santé. Les actions d'intervention visent à générer des équipes de soins proactives et organisées interagissant avec des patients informés et actifs.

Figure 2 – L'« *Expanded Chronic Care Model* »



Source : Government of British Columbia, 2003.

Le modèle *Chronic Care Model*, développé par *Group Health* de Puget Sound, Seattle, a fait l'objet de diverses démarches d'implantation dans les contextes américain et canadien. Diverses organisations de gestion des soins (HMOs) tel *Kaiser Permanente*, *Group Health Centre* (Sault-Ste-Marie) ou le *Calgary Health Region* ainsi que des programmes spécifiques à certaines maladies (maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et diabète) ont implanté, à des degrés divers les composantes du modèle. Dans le contexte américain, c'est plus de 500 organisations qui ont appliqué le modèle (Dubé, 2006). Diverses revues systématiques ont évalué les effets sur la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques des modèles intégrés de gestion des maladies chroniques.

Dans l'ensemble, les articles de synthèse concordent à dire que ces modèles sont associés avec de meilleurs effets sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques (Institute for Innovation and Improvement, 2006). Une méta analyse récente suggère que l'implantation d'au moins une caractéristique du *Chronic Care Model* est associée avec une amélioration des processus et résultats de soins pour les personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'insuffisance cardiaque et de dépression (Tsai et al., 2005).

Les auteurs de cette étude concluent que les changements au modèle d'organisation de l'offre et de la prestation de services (*delivery system design*) ainsi que le soutien à l'autogestion améliorent dans l'ensemble les processus de soins et les résultats de soins. Le soutien à la décision clinique quant à lui améliore le processus de soins. Les systèmes d'information clinique ne démontrent pas dans cette étude de bénéfices significatifs.

## MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

---

Ce projet consiste principalement en une revue de la littérature scientifique portant sur les modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques et d'une démarche qualitative de consultation d'experts du domaine des soins de santé pour les maladies chroniques. Sur les 15 informateurs clés identifiés en début de projet (méthode boule de neige visant la saturation des informations), 11 ont été rencontrés en personne ou par entrevue téléphonique. Il s'agit de décideurs de niveau régional au Québec (4), de chercheurs universitaires québécois, canadiens et internationaux spécialisés dans l'évaluation de la prise en charge des maladies chroniques (5) et d'experts d'institutions s'intéressant à l'analyse des services de santé (2). Certains experts consultés ont des

postes de direction dans des Agences de la santé et des services sociaux, des Directions de santé publique, des Organisations conseils fédérales et provinciales, alors que d'autres se situent dans des institutions universitaires. Deux des experts interviewés sont de l'extérieur du Québec, reconnus internationalement pour leur expertise dans le domaine de l'organisation des soins pour les maladies chroniques.

Un des aspects importants de ce projet était de se référer spécifiquement au *Chronic Care Model* (Wagner, 1998) et au *Expanded Chronic Care Model* (Government of British Columbia, 2003) tout au long de la démarche de recherche. Dans l'ensemble, une cinquantaine d'articles ont été recensés par l'emploi de moteurs de recherche électronique et par la consultation de sites spécialisés dans la gestion des maladies chroniques. Ceux-ci portaient principalement sur la description des modèles intégrés ainsi que sur l'analyse de leur implantation et de leurs associations avec la qualité des soins ou des effets sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques. En comparaison, peu d'études ont analysé systématiquement les éléments relatifs aux systèmes de soins et milieux cliniques - sites de l'implantation de tels modèles - qui facilitent ou nuisent à cette implantation. Peu d'études présentaient une description des contextes politiques, sociaux et organisationnels dans lesquels s'inscrivaient ces démarches d'implantation du *Chronic Care Model*.

L'ensemble de l'information colligée dans le cadre du présent projet provient d'une recension de la littérature scientifique publiée sur le *Chronic Care Model* et l'*Expanded Chronic Care Model*, et d'entrevues semi-structurées d'informateurs clés, experts des systèmes de santé et de la prise en charge des maladies chroniques. Selon ces analyses, la gouverne des organisations et du système de santé, le financement des services de santé et la prestation de services individuels et collectifs sont des enjeux importants pour l'implantation de ces modèles.

## RÉSULTATS

---

Notre consultation d'experts a permis de dégager divers éléments relatifs à la gouverne du système de santé. Dans l'ensemble, des retards importants dans la capacité de gouverne clinique – de par l'absence des infrastructures informationnelles permettant une compréhension adéquate des besoins de santé des personnes et des services effectivement rendus – et de gouverne organisationnelle – caractérisée actuellement par un fonctionnement en silo et basée sur une logique essentiellement professionnelle – sont vus comme un obstacle à l'implantation des modèles

intégrés. Ces retards réduisent la capacité collective d'assurer la qualité des services et l'adéquation aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.

À l'égard du financement du système de santé, la rémunération des professionnels de la santé, en ce qui a trait au mode de rémunération pour les médecins et à la couverture publique pour les services multidisciplinaires, a fait l'objet de réflexions dans la présente étude. Bien que certaines modalités semblent moins propices à l'instauration des modèles à l'étude, tel le paiement à l'acte, plusieurs observateurs soutiennent que ces modèles peuvent avoir du succès sous toutes les modalités, en autant que des incitatifs soient mis en place pour orienter la prestation de services vers les objectifs visés.

Un fort consensus a été retrouvé dans la consultation d'experts et la synthèse de la littérature en ce qui a trait aux modifications organisationnelles nécessaires à l'implantation des modèles à l'étude. Un constat fort ressortant de la consultation est la notion que les organisations de soins doivent être capables de soutenir divers éléments tels que la pratique de groupe, la présence de systèmes d'information clinique, la modification du paiement des médecins, la participation plus grande des patients et la création d'équipes multidisciplinaires pour que les modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques puissent réellement s'actualiser.

Finalement, notre rapport souligne que la population québécoise pourrait être plus proactive face aux soins et services qu'elle reçoit et qu'elle peut prendre en charge. *A contrario*, les institutions collectives ont tendance à désengager la participation individuelle, familiale et communautaire par une attitude parfois paternaliste de « prise en charge ».

## PRINCIPAUX CONSTATS

---

Ainsi, les principales barrières à l'implantation des modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques recensées dans le cadre de nos travaux sont :

- un manque de systèmes d'information dans les milieux cliniques permettant non seulement d'informer sur les services rendus mais aussi d'intégrer des outils d'aide à la décision clinique;
- l'absence d'organe servant à l'établissement de guides de pratique et de protocoles relatifs aux trajectoires de soins pouvant être adoptés par un ensemble de contextes cliniques;

- la rémunération des professionnels de la santé favorisant les services ponctuels plutôt que les actions requises à la prise en charge des affections chroniques;
- un manque de couverture publique des services multidisciplinaires en première ligne ou de mobilisation des professionnels du réseau institutionnel vers la première ligne médicale;
- une première ligne relativement peu organisée et ne possédant pas les assises pour une démarche planifiée et complète de gestion de la maladie chronique;
- un manque de culture d'évaluation de la performance et de rétroaction visant l'amélioration de la qualité des soins.

En contrepartie, nous avons identifié des éléments facilitant, parfois corollaires des barrières ci-haut mentionnées :

- l'émergence de modèles d'organisation de première ligne compatibles avec la pratique de groupe (GMF, cliniques-réseau);
- l'intégration croissante des établissements du système de soins et une volonté d'implantation de réseaux locaux de services;
- un secteur communautaire bien développé et une assise institutionnelle expérimentée – les Centres locaux de services communautaires (CLSC) maintenant fusionnés en Centres de santé et de services sociaux (CSSS) – pour soutenir le réseau médical et professionnel dans la prestation de soins aux maladies chroniques;
- un secteur de la santé publique développé et ayant identifié les maladies chroniques comme une priorité dans sa programmation nationale de services.

## CONCLUSION

---

En général, les observations rapportées dans les études recensées soutiennent les constats issus de notre consultation des experts. Le manque de ressources financières et humaines, le manque d'un système d'information adéquat, la surcharge de travail des médecins, l'absence de paiement supplémentaire pour la provision de soins de qualité et la résistance au changement des médecins ont ainsi été rapportés. En contrepartie, certains éléments sont facilitant comme la présence d'une culture organisationnelle soutenant l'amélioration de la qualité des soins, l'existence d'un dossier patient électronique ou d'un système d'information clinique, le soutien des gestionnaires et la présence de leadership médical, et le soutien d'organisations extérieures (Rundall et al., 2002).

Finalement, divers auteurs ont souligné qu'il est plus facile d'implanter des interventions cliniques ponctuelles, tels les guides de pratiques cliniques, que d'implanter des systèmes plus complexes de gestion de cas ou de gestion populationnelle de la maladie chronique (Rundall et al., 2002; Hung et al., 2007; Epping-Jordan et al., 2004). Ultiment, améliorer la réponse aux maladies chroniques demande une transformation importante par laquelle les soins sont réorientés d'un modèle de réponse à la maladie vers un modèle proactif de promotion de la santé et de prévention de la maladie des individus et des populations (Hung et al., 2007; Medicine & Health, 2002).

## RÉFÉRENCES

Dubé F. Les modèles intégrés de gestion et de prévention des maladies chroniques : La théorie et les expériences étrangères. Document de travail. Direction des politiques et des orientations stratégiques. 2006.

Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the Quality of Health Care for Chronic Conditions. *Qual. Saf. Health Care* 2004;13:299-305.

Feldman D, Levesque JF, Tousignant P, Tourigny A, Lavoie JP. Association of Primary Health Care Services Models with Perceived Health Status, Utilisation of Health Services, Ability for Self-Care and Perceived Quality of Services in People with Chronic Diseases. Subvention d'opération Instituts de recherche en santé du Canada, 2005.

Government of British Columbia, Ministry of Health. B.C. Chronic Disease Management Update March 2003. Document disponible sur Internet : <http://www.healthservices.gov.bc.ca/cdm/research/index.html> (consulté en février 2007).

Hung Dy, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly* 2007, 85(1):69-91.

Institute for Innovation and Improvement. Improving Care for People with Long-Term Conditions. A Review of UK and International Frameworks. University of Birmingham. National Health Service, UK. 2006.

Rundall TG, Shortell SM, Wang MC, Casalino L, Bodenheimer T, Gillies RR, Schmittiel JA, Oswald N, Robinson JC. As Good as it Gets? Chronic Care Management in Nine Leading US Physician Organisations. *BMJ*. 2002 Oct 26;325(7370):958-61.

Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *The American Journal of Managed Care*, August 2005; 11: 478-88.

Wagner EH. Keynote address. NICS Heart Failure Forum 2004. Available at [www.nicsl.com.au](http://www.nicsl.com.au).

Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice* 1998;1(1):2-4.

## COLLABORATEURS

Les auteurs aimeraient remercier les experts pour leur participation à la consultation. Nous aimerions aussi remercier Irma Clapperton, Marie-Dominique Beaulieu, Denis A. Roy, Lucie Bonin, Raynald Pineault et François Dubé pour leurs précieux commentaires et suggestions sur des versions antérieures de ce rapport.

## Édition et mise en page

Mireille Paradis<sup>3</sup>

Décembre 2007

## L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec

### Barrières et éléments facilitant

#### Auteurs :

Jean-Frédéric Levesque<sup>1,4</sup>, Debbie Feldman<sup>1,4</sup>, Caroline Dufresne<sup>1</sup>, Pierre Bergeron<sup>2</sup>, Brigitte Pinard<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ESPSS — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

<sup>2</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>3</sup> Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

<sup>4</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Ce document est disponible sur les sites Internet de la DSP ([www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html](http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html)) et de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca/publications/](http://www.inspq.qc.ca/publications/))

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal — 4<sup>e</sup> trimestre 2007

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-51718-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-51719-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2007)



• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal /  
Direction de santé publique  
• Institut national de santé publique