Problèmes de santé chroniques : Atteindre les objectifs thérapeutiques

Louise Nasmith MDCM MEd FCFP FRCPSC(Hon) Sonya Kupka MAdEd RD Penny Ballem MD FRCPC Cate Creede PhD

En 2009, plus de 40% des Canadiens adultes signalaient souffrir d'au moins 1 de 7 problèmes de santé chroniques communs, notamment l'arthrite, le cancer, l'emphysème ou une maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, une maladie cardiaque, l'hypertension et les troubles de l'humeur, excluant la dépression[1].

Soigner des personnes atteintes de problèmes chroniques comporte de s'occuper de certains patients n'ayant qu'un seul problème, d'autres qui ont une comorbidité (des problèmes liés à une condition initiale, comme le diabète entraînant une insuffisance rénale) et d'autres encore qui ont une multimorbidité (des problèmes multiples, dont certains sont liés entre eux, certains se compliquent l'un l'autre, et certains ne sont pas liés mais coexistent). Un exemple fréquent de multimorbidité est une personne qui fait du diabète, de l'hypertension et de l'asthme, qui développe de l'arthrite ou une démence.

Parce que la trajectoire de ces problèmes varie considérablement avec le temps, selon le contexte, l'âge, les conditions de vie et d'autres facteurs, il est important de prendre en considération les objectifs visés par les soins à ces personnes. Les problèmes chroniques persistent durant le reste de la vie de ces patients. Les objectifs des soins chroniques ne sont généralement pas de guérir, mais bien d'optimiser le fonctionnement physique, cognitif et social et la qualité de vie, de prévenir les problèmes secondaires et de minimiser les symptômes éprouvants[2].

Modèles de soins pour atteindre ces objectifs

Parmi les approches en soins de santé pour les problèmes chroniques figurent la prévention primaire et secondaire, les interventions épisodiques de courte durée et l'élargissement du cercle de soins pour reconnaître le rôle des aidants et de la famille. Le système de santé canadien est axé sur la prestation de soins de courte durée; il fonctionne bien pour les problèmes de santé centrés sur une maladie unique, mais il convient mal à la prise en charge de la multimorbidité et des problèmes chroniques.

Les personnes atteintes de problèmes chroniques ont besoin de soins qui sont aussi continus que possible lorsqu'ils circulent entre les soins primaires, de courte durée, spécialisés et communautaires. De leur point de vue, les patients ne font pas de distinction entre soins primaires, de courte durée, spécialisés ou communautaires; il existe simplement des soins de santé. Un système de santé efficace doit fonctionner de manière tout aussi uniforme. Dans un appel à l'action, l'Académie canadienne des sciences de la santé a cerné la recommandation suivante pour transformer les soins pour les Canadiens vivant avec des problèmes de santé chroniques[3]: permettre à toutes les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques de bénéficier d'un système de soins dans lequel un clinicien ou une équipe clinique désignés leur offrent les soins primaires et coordonnent les soins de courte durée, spécialisés et communautaires, toute la vie durant.

Le rapport recommande que chaque pratique de soins primaires soit responsable d'une population définie inscrite sur une liste ou un registre, qu'elle soit dotée d'une infrastructure et d'un personnel appropriés pour soutenir la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé chroniques multiples et qu'elle coordonne les autres aspects du système de santé. Par conséquent, les professionnels et les équipes de soins primaires agissent comme le carrefour essentiel pour assurer l'approche complète et globale nécessaire à des soins intégrés, centrés sur la personne, pouvant améliorer l'efficacité du système de santé, les résultats et la santé des patients, ainsi que la qualité des soins[4,5]. Ce modèle de soins exige un virage des soins traditionnels par un médecin de famille en solo vers des soins interprofessionnels en équipe pouvant offrir les services complets requis.

Tout en étant le milieu où se produisent les relations et la connaissance continues des patients, les soins primaires efficaces jouent aussi un rôle important pour assurer l'accès aux soins dont ils ont besoin, y compris agir en tant que point de navigation dans un système de plus en plus complexe et procurer le milieu permettant aux patients d'exercer un rôle approprié à leur contexte dans le maintien de leur propre santé et les décisions à cet égard[6,7].

Le rapport de l'Académie canadienne des sciences de la santé[3] a proposé un certain nombre de recommandations habilitantes à l'appui de l'élaboration de ce modèle. Bien qu'elles soient toutes importantes, 3 se démarquent comme étant essentielles à la réussite: des modèles de financement appropriés, la création d'une culture d'amélioration continue de la qualité et l'appui à l'autogestion des soins.

Modèles de financement appropriés. Le financement du système de santé et la rémunération des professionnels

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2013;59:15-7

This article is also in English on **page 11**.

doivent concorder plus étroitement avec les résultats souhaités. Un rapport de l'Ontario faisait valoir que l'adoption du modèle de soins collaboratifs en équipe est une approche prometteuse pouvant rendre le système de santé plus cohésif et l'amener à harmoniser les incitatifs pour les médecins avec ceux du reste du système de santé[8]. On recommande aussi plus de mesures d'incitation, comme des modes de rémunération pour récompenser l'efficacité de la pratique. À l'heure actuelle, les modes de financement au Canada accentuent la fragmentation du système, en particulier à cause des structures de gouvernance qui séparent les soins de courte durée des soins primaires et d'un système de rémunération qui encourage des consultations brèves durant lesquelles les patients ne peuvent souvent discuter que d'un seul problème.

Une étude exhaustive de la littérature médicale sur les modèles novateurs de prestation des soins primaires complets fait valoir qu'il faut des modes de rémunération plus flexibles pour les médecins de famille, y compris le financement des pratiques en équipe plutôt que la rémunération individuelle des médecins, et divers mécanismes de financement pour les pratiques générales, afin d'accommoder les divers styles de travail des médecins[9]. Cette synthèse critique recommandait aussi l'élaboration de nouvelles ententes de financement entre les pratiques générales et les régies régionales de la santé afin de permettre une flexibilité locale dans la prestation des services et l'amélioration de la capacité du système de planifier directement en fonction des besoins régionaux et d'y répondre efficacement. Au Canada, diverses provinces mettent en œuvre de nouveaux modes de financement, comme celui des équipes de santé familiale en Ontario et celui des réseaux de soins primaires en Alberta.

Culture d'amélioration de la qualité. Il faut instaurer une culture d'imputabilité dans laquelle les professionnels des soins primaires de toutes les disciplines de la santé reconnaissent l'importance de mesurer leur rendement, en comparant les résultats dans la santé de leurs populations avec ceux dans des populations homologues et en changeant leur comportement. Par ailleurs, une étude sur 8 pays du Fonds du Commonwealth a révélé qu'au Canada, la formation en amélioration de la qualité tirait de l'arrière par rapport à celle dans plusieurs pays comparables.

- Le Canada arrive au dernier rang en ce qui a trait à la participation des médecins de soins primaires à de la formation aux méthodes et aux outils d'amélioration de la qualité (44%); c'était le pays le moins susceptible de fixer formellement des objectifs de rendement clinique ou d'avoir des données accessibles sur les résultats cliniques[10].
- Parmi les médecins de soins primaires canadiens, 45% avaient effectué un audit clinique des soins aux patients au cours des 2 années précédentes, alors que leurs homologues de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni l'avaient fait respectivement dans une proportion de 76%, 82% et 96%, et seulement 11% avaient signalé recevoir systématiquement des données au sujet des expériences et de la satisfaction de leurs patients—une fois de plus, le pourcentage le plus faible parmi les pays à l'étude[10].

Il faut un revirement considérable dans le système de santé canadien pour assurer que le rendement repose sur la qualité. En Allemagne, cette transformation se produit par l'imposition d'une approche nationale obligatoire à l'amélioration de la qualité au moyen de l'agrément. L'un des systèmes disponibles pour améliorer la gestion des pratiques de soins primaires est le programme européen d'évaluation de la pratique. La mise en œuvre de ce programme a fait augmenter considérablement les cotes d'évaluation d'un groupe de pratiques de soins primaires en Allemagne qui ont participé à une étude, et ce, dans tous les domaines (infrastructure, personnes, information, finances, qualité et sécurité)[11]. Il serait possible d'adopter une approche pancanadienne pourvu qu'il y ait un engagement et du leadership sur le plan régional du système de santé dans l'élaboration de paramètres de base pour mesurer les résultats axés sur la population, un processus pour recueillir et analyser les données et du soutien aux pratiques pour implanter les changements. La mesure de la qualité devrait favoriser l'excellence dans la gestion des soins chroniques, notamment des soins opportuns, complets et coordonnés, la continuité des soins, un accès facile et un point d'attache.

Soutenir l'autogestion des soins. Il faut soutenir l'autogestion des soins comme partie intégrante des soins de chaque patient. Les soins des personnes atteintes de maladies chroniques ont pour but d'établir une collaboration entre des patients informés et engagés et leur famille et une équipe de soins de santé bien coordonnée[12]. L'autogestion des soins efficace exige des partenariats entre les personnes et les professionnels, comportant un soutien adapté à la condition et aux circonstances du patient. Le Conseil canadien de la santé a fait valoir que les patients qui participent aux décisions concernant leurs soins ont de meilleurs résultats sur le plan de la santé[13]. Par ailleurs, dans son rapport subséquent sur les problèmes chroniques, le Conseil a constaté que les personnes les plus affectées se sentaient moins impliquées dans leurs soins et, en définitive, cette réalité nuisait à leur capacité de gérer leur propre santé[14].

Résumé des recommandations

Le comité d'experts a proposé des recommandations habilitantes précises qui concernaient les modèles de financement, l'amélioration de la qualité et l'autogestion des soins.

- Réaligner les modes de financement pour s'éloigner de la rémunération exclusivement à l'acte des médecins pour permettre une plus grande flexibilité régionale, prévoir

des incitatifs pour cultiver l'excellence dans la gestion des problèmes chroniques, l'imputabilité pour les résultats fondés sur la population et des budgets consacrés à l'infrastructure des pratiques de soins primaires.
- Développer et renforcer les structures et les processus d'amélioration de la qualité des régies régionales de la santé pour mieux aider les autres médecins spécialisés et les pratiques de soins primaires à mesurer leur rendement et leurs résultats en santé populationnelle.
- Assurer que toutes les pratiques de soins primaires sont dotées de l'infrastructure et du personnel appropriés pour soutenir efficacement l'autogestion des soins, y compris permettre aux personnes d'accéder à leurs propres dossiers de santé et de les gérer.

Lacunes dans le savoir

Le défi à relever pour atteindre les objectifs thérapeutiques des personnes atteintes de maladies chroniques n'est pas tant de déterminer quoi faire, mais plutôt d'être clairs concernant les priorités et la façon d'offrir un leadership dans les étapes ambitieuses nécessaires pour les réaliser. Cette analyse cerne 3 domaines prioritaires (modes de financement, amélioration de la qualité et autogestion des soins) qui pourraient avoir des effets considérables et servir de catalyseurs de changements subséquents.

D'importants groupes de médecins concernés ont signalé leur réceptivité à des changements[15,16]. Le Centre de médecine de famille[16] offre une possibilité opportune au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) de travailler avec d'autres organisations médicales, comme l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, pour faire progresser des éléments spécifiques du modèle. Le rapport de l'Académie canadienne des sciences de la santé[3] a reconnu la nécessité d'un leadership gouvernemental pour assurer une mise en œuvre pancanadienne et a recommandé ce qui suit:
- Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé doivent examiner ces recommandations dans l'optique qu'elles fassent partie de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé en 2014.
- Les provinces et les territoires ont entrepris des initiatives de renouvellement des soins primaires. Le CMFC devrait travailler avec les sections provinciales pour influencer leur ministère respectif et l'inciter à appuyer le modèle du Centre de médecine de famille et, avec les départements universitaires de médecine familiale, pour assurer que les diplômés ont les habiletés requises pour travailler dans un tel environnement.
- Le CMFC et sa communauté de chercheurs doivent être proactifs dans la production de solides données d'évaluation de l'efficacité de ce modèle.

Nous sommes collectivement responsables de reconnaître l'urgence de la situation actuelle et, avant tout, d'agir de manière soutenue pour améliorer les soins aux personnes vivant avec des problèmes de santé chroniques.

Dre Nasmith est professeure de pratique familiale et rectrice au College of Health Disciplines de l'University of British Columbia à Vancouver. **Mme Kupka** est diététiste et consultante indépendante à White Rock, en Colombie-Britannique. **Dre Ballem** est hématologue et directrice de la ville de Vancouver. **Mme Creede** est consultante indépendante à Toronto, en Ontario.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Dre Louise Nasmith, College of Health Disciplines, University of British Columbia, 2194 Health Sciences Mall, Vancouver, BC V6T 1Z3; téléphone 604 822-7333; courriel **louise.nasmith@ubc.ca.**

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Experiences with primary health care in Canada*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2009.
2. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med* 2003;1(1):4-7.
3. Nasmith L, Ballem P, Baxter R, Bergman H, Colin-Thomé D, Herbert C et coll. *Transforming care for Canadians with chronic health conditions. Put people first, expect the best, manage for results*. Ottawa, ON: Académie canadienne des sciences de la santé; 2010. : **www.cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-English.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
4. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
5. Scobie A, MacKinnon NJ, Higgins S, Etchegary H, Church R. The medical home in Canada: patient perceptions of quality and safety. *Healthc Manage Forum* 2009;22(1):47-51.
6. Conseil canadien de la santé [site web]. *Beyond the basics. The importance of patient-provider interactions in chronic illness care. (Canadian Health Care Matters, Bulletin 3).* Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2010. : **www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.16-HCC_CHCM_FINAL_ENGLISH.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
7. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *The health of Canadians—the federal role*. Ottawa, ON: Parlement du Canada; 2002. Accessible à: **www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/rep/repoct-02vol6-e.htm**. Accédé le 28 novembre 2012.
8. Drummond D, Burleton D. *Charting a path to sustainable health care in Ontario: 10 proposals to restrain cost growth without compromising quality of care.* Toronto, ON: TD Economics, TD Financial Group; 2010. Accessible à: **www.td.com/document/PDF/economics/special/td-economics-special-db0510-health-care.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
9. Naccarella L, Southern D, Furler J, Scott A, Prosser L, Young D. *SIREN project: systems innovation and reviews of evidence in primary health care: narrative review of innovative models for comprehensive primary health care delivery.* Canberra, Australie: Australian Primary Health Care Research Institute; 2006. Accessible à: **http://aphcri.anu.edu.au/sites/aphcri.jagws03.anu.edu.au/files/research_project/247/final_25_naccarella_pdf_58898.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
10. Schoen C, Osbor R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff* (Millwood) 2006;25(6):w555-71. Cyberpub. du 2 novembre 2006.
11. Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M et coll. Effectiveness of a quality improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011;183(18):E1326-33. Cyberpub, du 31 octobre 2011.
12. Law S, Flood C, Gagnon D, Listening for Direction III Partners. *Listening for direction III. National consultation on health services and policy issues 2007-2010*. Ottawa, ON: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut des services et des politiques de la santé; 2008. Accessible à: **www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Listening_for_Direction/LfDIII-FINAL_ENG.sflb.ashx**. Accédé le 28 novembre 2012.
13. Conseil canadien de la santé [site web]. *How engaged are Canadians in their primary care? Results from the 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. (Canadian Health Care Matters, Bulletin 5).* Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2011. Accessible à: **http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.30-Commonwealth5_EN_Final.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
14. Conseil canadien de la santé [site web]. *How do sicker Canadians with chronic disease rate the health care system? Results from the 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults. (Canadian Health Care Matters, Bulletin 6).* Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2011. Accessible à: **www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/Commonwealth6/HCC_CW6_EN_120911.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
15. Association médicale canadienne [site web]. *Health care transformation in Canada. Change that works. Care that lasts.* Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2010. Accessible à: **www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/HCT-2010report_en.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.
16. Collège des médecins de famille du Canada [site web]. *Patient-centred primary care in Canada: bring it on home*. Mississauga, ON: College des médecins de famille du Canada; 2009. Accessible à: **www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Bring20it20on20Home20FINAL20ENGLISH.pdf**. Accédé le 28 novembre 2012.