



Les maladies chroniques: un défi renouvelé?

Huguette Bélanger

Omnipraticienne

Médecin conseil,

Direction de santé publique, ASSSM

La médecine en première ligne :

vers une prise en charge partagée



Plan de la présentation

- Définition des maladies chroniques
- Prévalence/mortalité/coûts des maladies chroniques
- Conséquences des maladies chroniques
- Solutions
 - Prévention
 - Prise en charge: modèle de soins
- Conclusions



Définition

- Les maladies chroniques se caractérisent par:
 - Origine non contagieuse (non transmissible)
 - Cumul et interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie
 - Longue période de latence
 - Cours prolongé
 - Dérangements fonctionnels et incapacités
 - Souvent incurabilité

(PNSP 2003-2012)



Définition

- Principales maladies chroniques:
 - Maladies cardiovasculaires: HTA, MC, AVC
 - Cancers
 - Diabète
 - MPOC, asthme
 - Ostéoporose, arthrite
 - Obésité

(PNSP 2003-2012)



PRÉVALENCE

vers une prise en charge partagée



Importance des maladies chroniques: quelques données

Prévalence:

– Maladies chroniques en 1998:

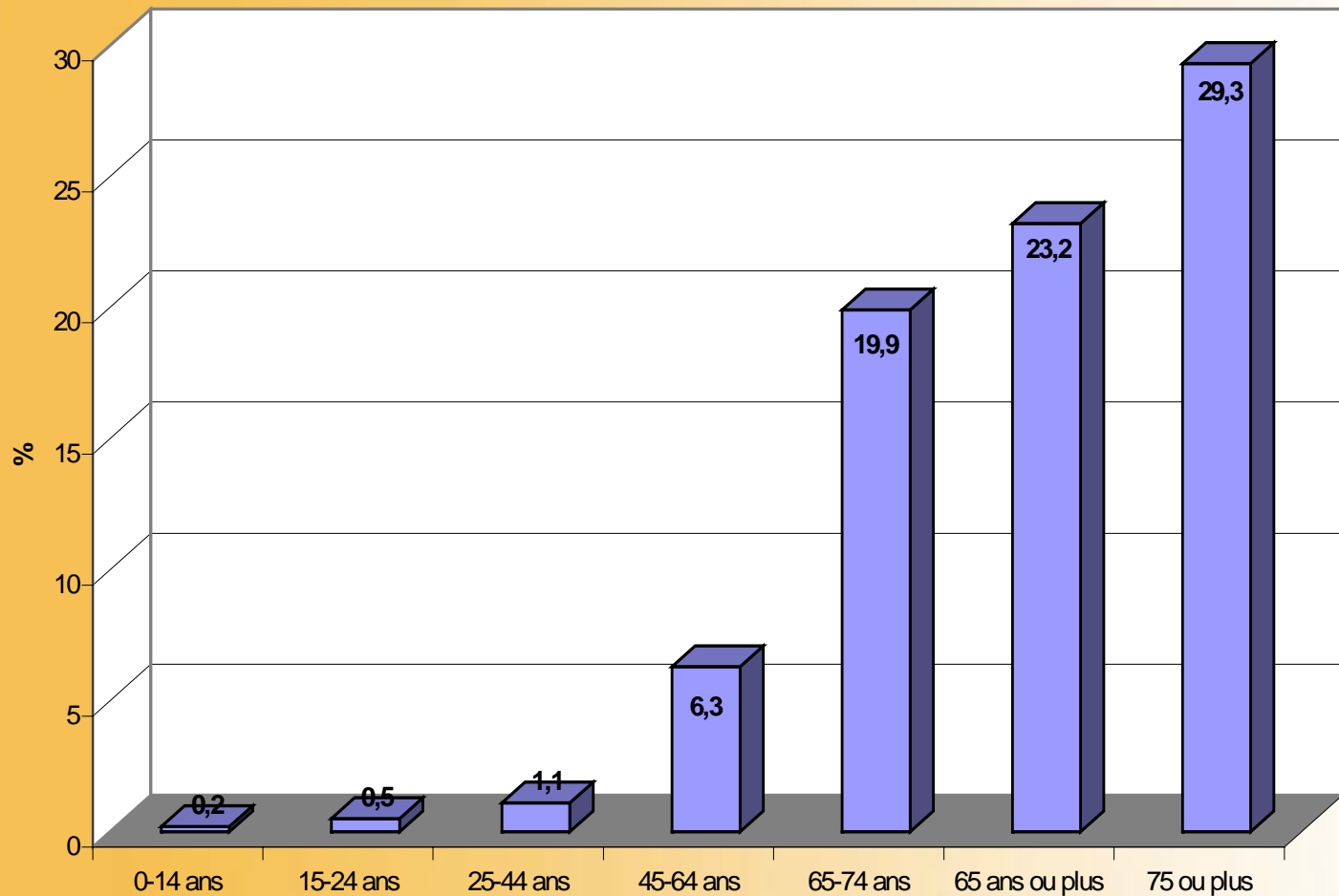
⇒ **16 millions** de Canadiens

– Diabète: 2,3 millions de Canadiens

– Asthme: 2,5 millions de Canadiens

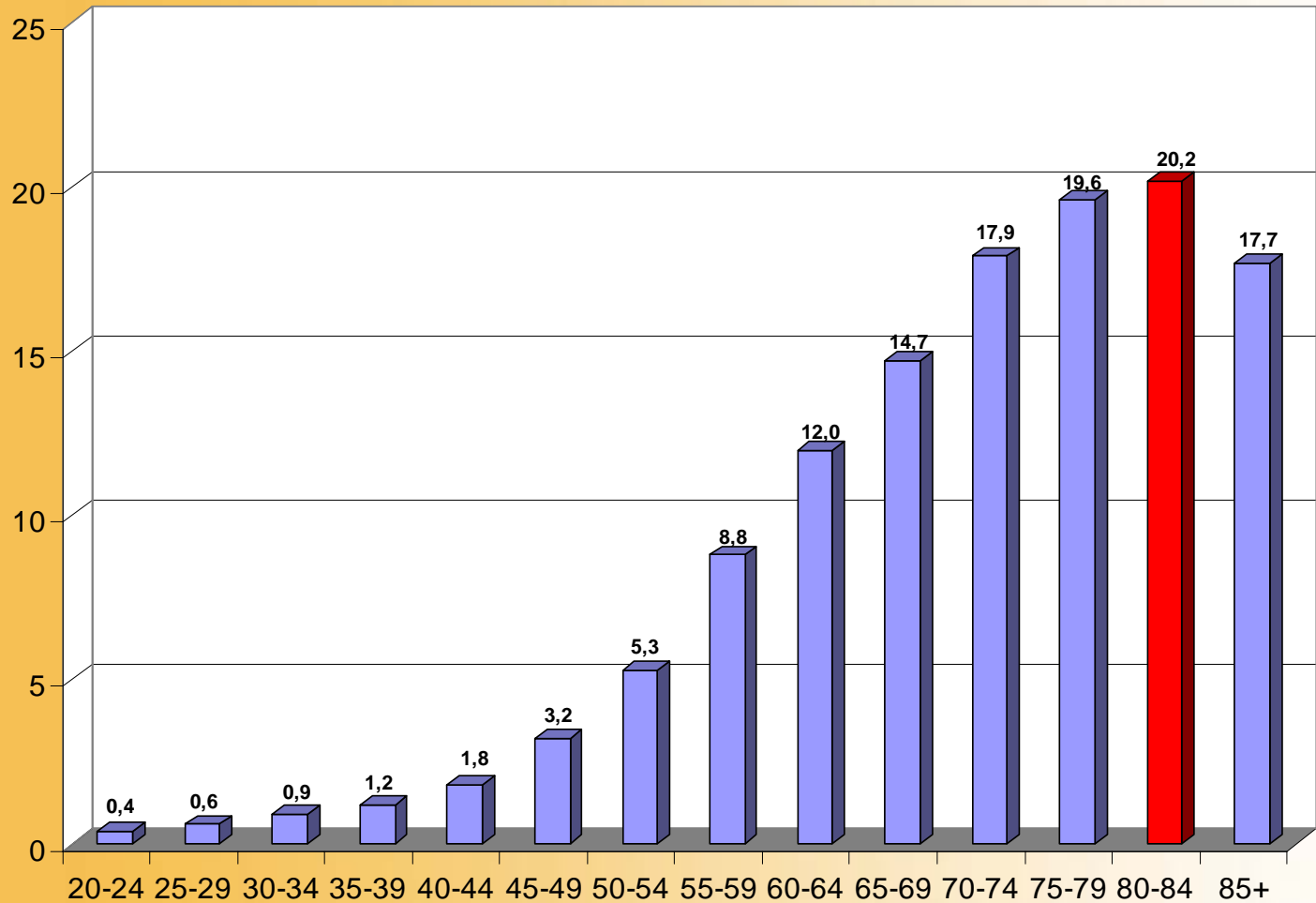
– Arthrite: 4 millions de Canadiens

Prévalence déclarée (%) des *maladies cardiaques*, selon le sexe et l'âge Québec, 1998



vers une prise en charge partagée

Prévalence (%) du *diabète* selon l'âge chez les personnes de 20 ans ou plus Montréal, 2001-2002



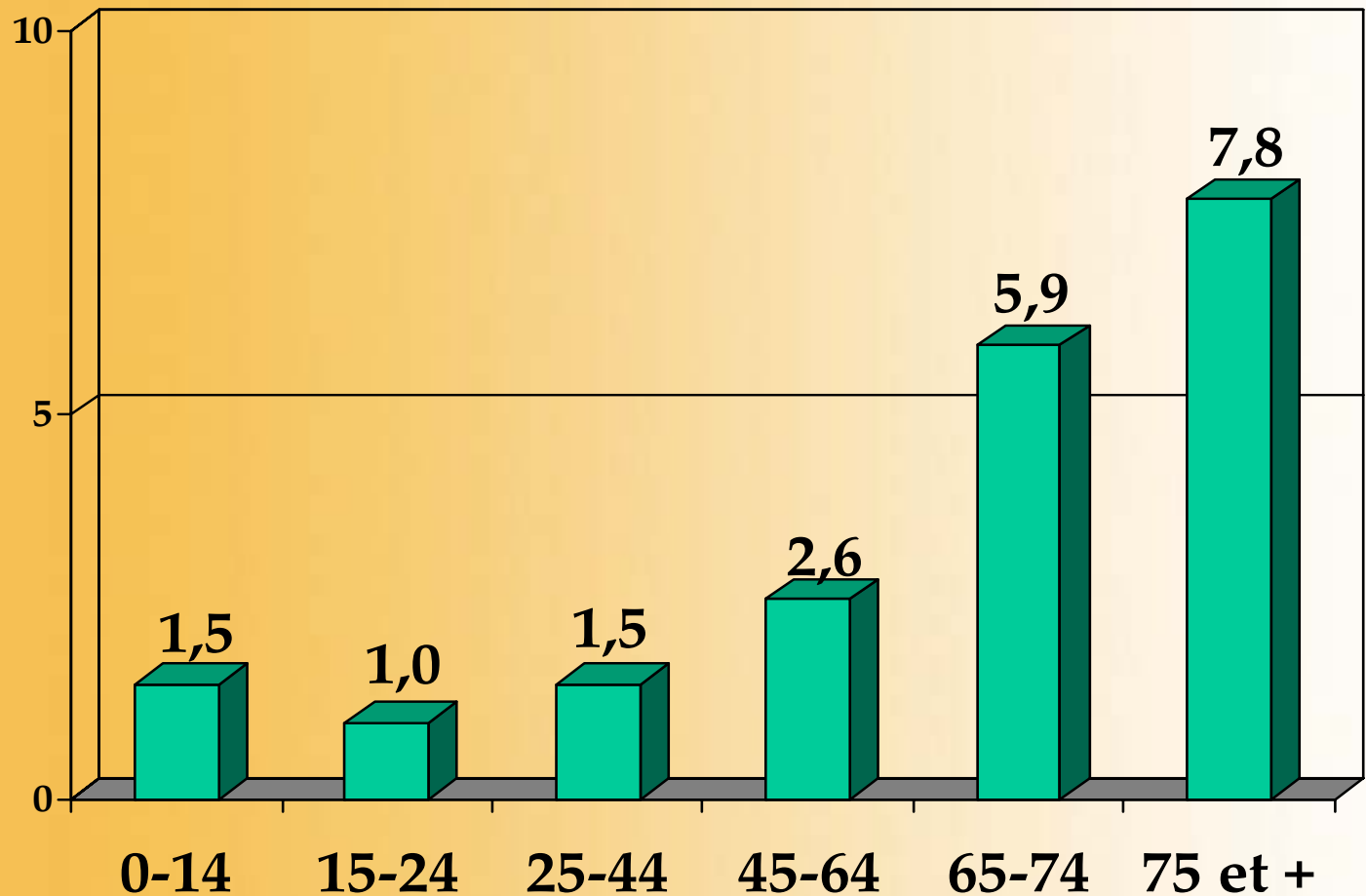
vers une prise en charge partagée



Prévalence de l'HTA au Canada (ESCC, 2003)

- Chez les 18-70 ans: 22%
- Chez les 65 ans et plus: 50%
- Augmente avec l'âge:
100 patients normotendus à 50-55 ans =
90 hypertendus à 80-85 ans

Prévalence (%) MPOC par groupe d'âge, Québec, 1998



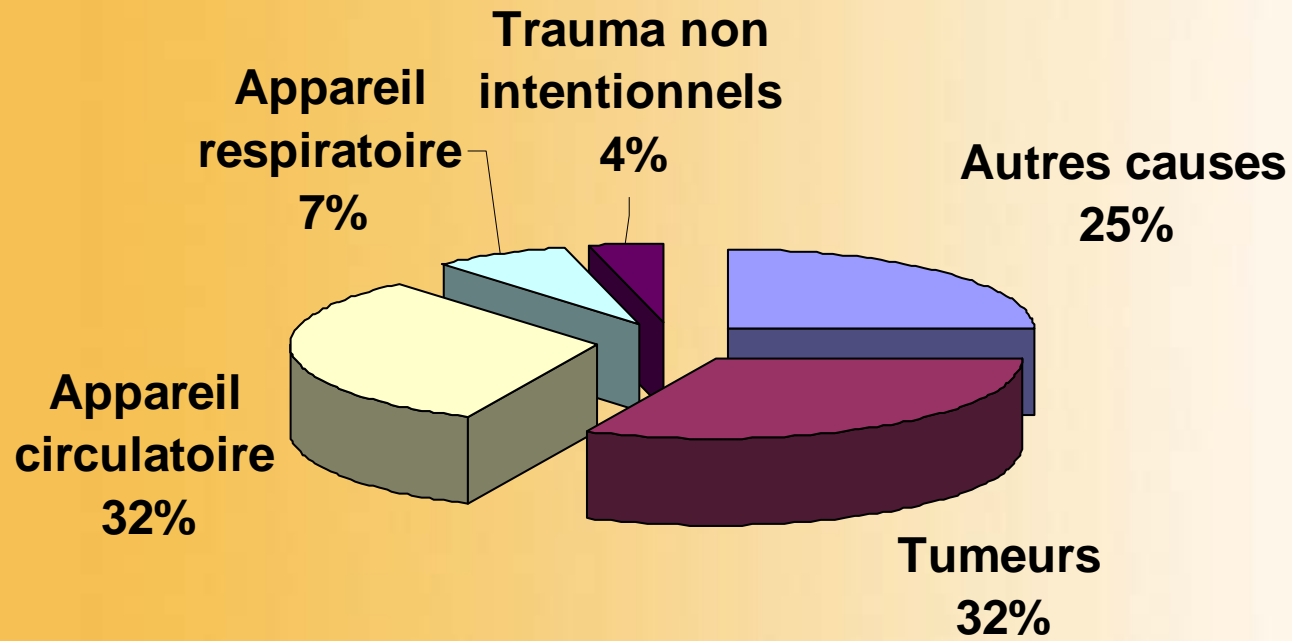
vers une prise en charge partagée



MORTALITÉ

vers une prise en charge partagée



Mortalité par maladies chroniques



vers une prise en charge partagée



Mortalité par maladies chroniques

- 1^{ère} cause : **MCV**
- 2^e cause : **Cancers**
- 4^e cause chez  , 5^e chez  : **MPOC**
- 7^e cause: **Diabète**



COÛTS

vers une prise en charge partagée



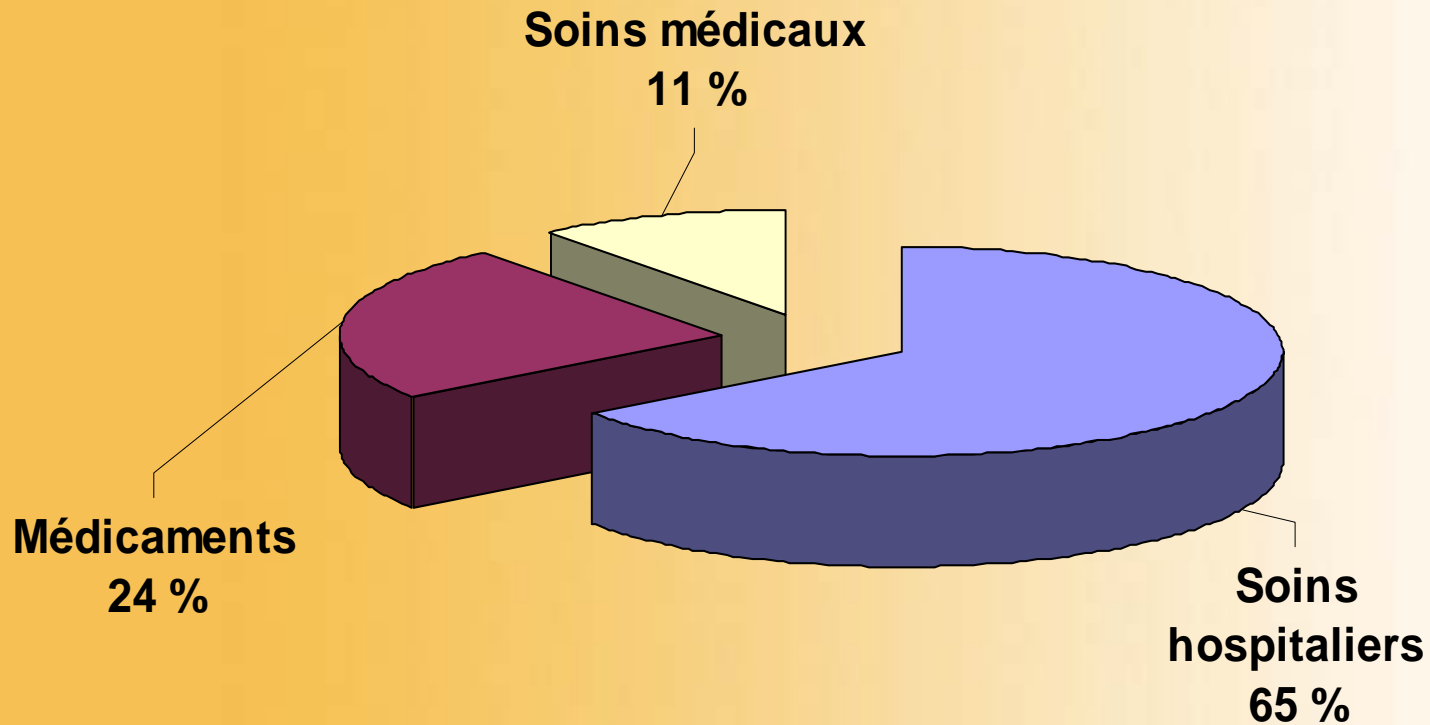
Maladies chroniques: coûts croissants

Maladies *cardiovasculaires* au Québec, 1998

- Coûts directs: **1,7 milliards \$**
- Coûts indirects : **3 milliards \$**
- Coût total : **4,7 milliards \$**
⇒ **13 %** des dépenses de soins de santé

Maladies chroniques: coûts directs des MCV

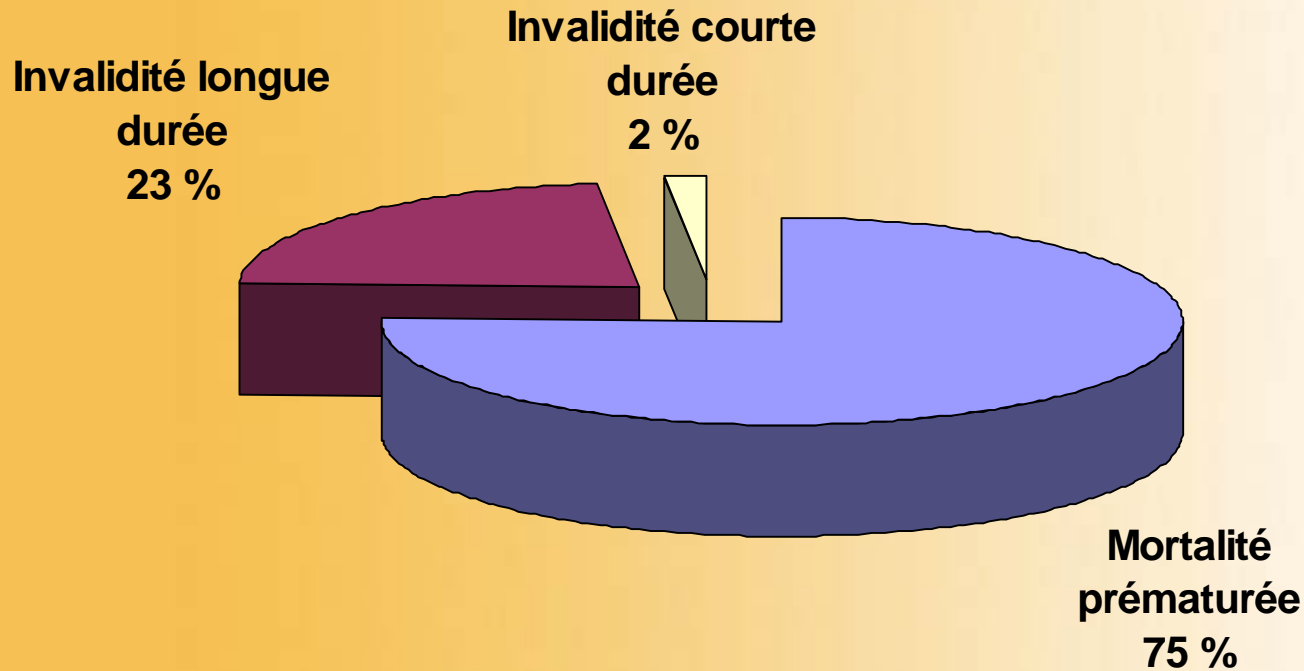
Québec 1998



vers une prise en charge partagée

Maladies chroniques: coûts indirects des MCV

Québec 1998



vers une prise en charge partagée



Conséquences des maladies chroniques: Complications du *diabète type II*

- **Rétinopathies** 33%
400 nouveaux cas de cécité/an
- **Néphropathies** 11% (diagnostic > 10 ans)
32% des nouveaux cas de maladies
rénales terminales
- **Neuropathies** 40 à 50% (diagnostic > 10 ans)
- **Atteinte des pieds** 50% des nouveaux cas d'amputation des
membres inférieurs
- **Hypertension** 40%



Conséquences des maladies chroniques: Complications de l'HTA

- **1^{er} facteur de risque d'AVC**, cause majeure d'incapacités
- Risque de MCV 2 à 3 fois plus grand
- Espérance de vie ↓ 10 ans

Solutions?



vers une prise en charge partagée



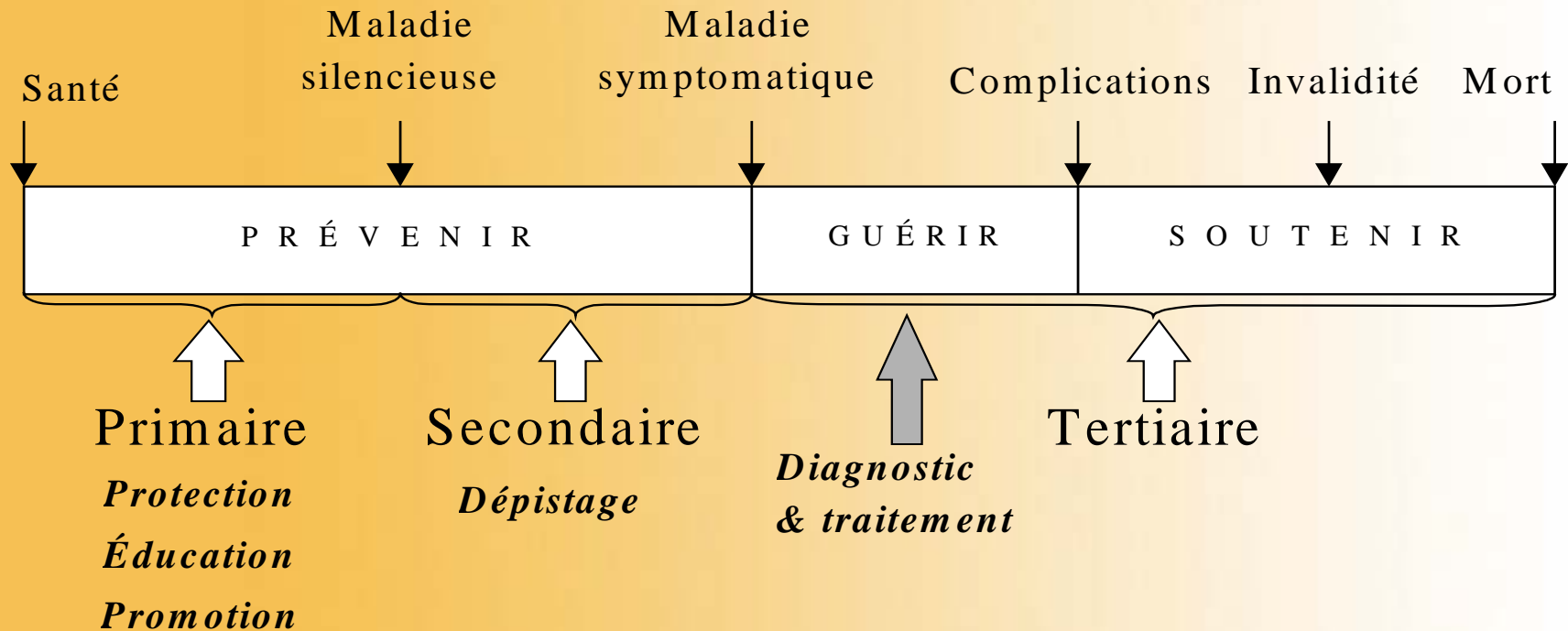
Solutions

- Prévention...
- Prise en charge *systematisée*

vers une prise en charge partagée

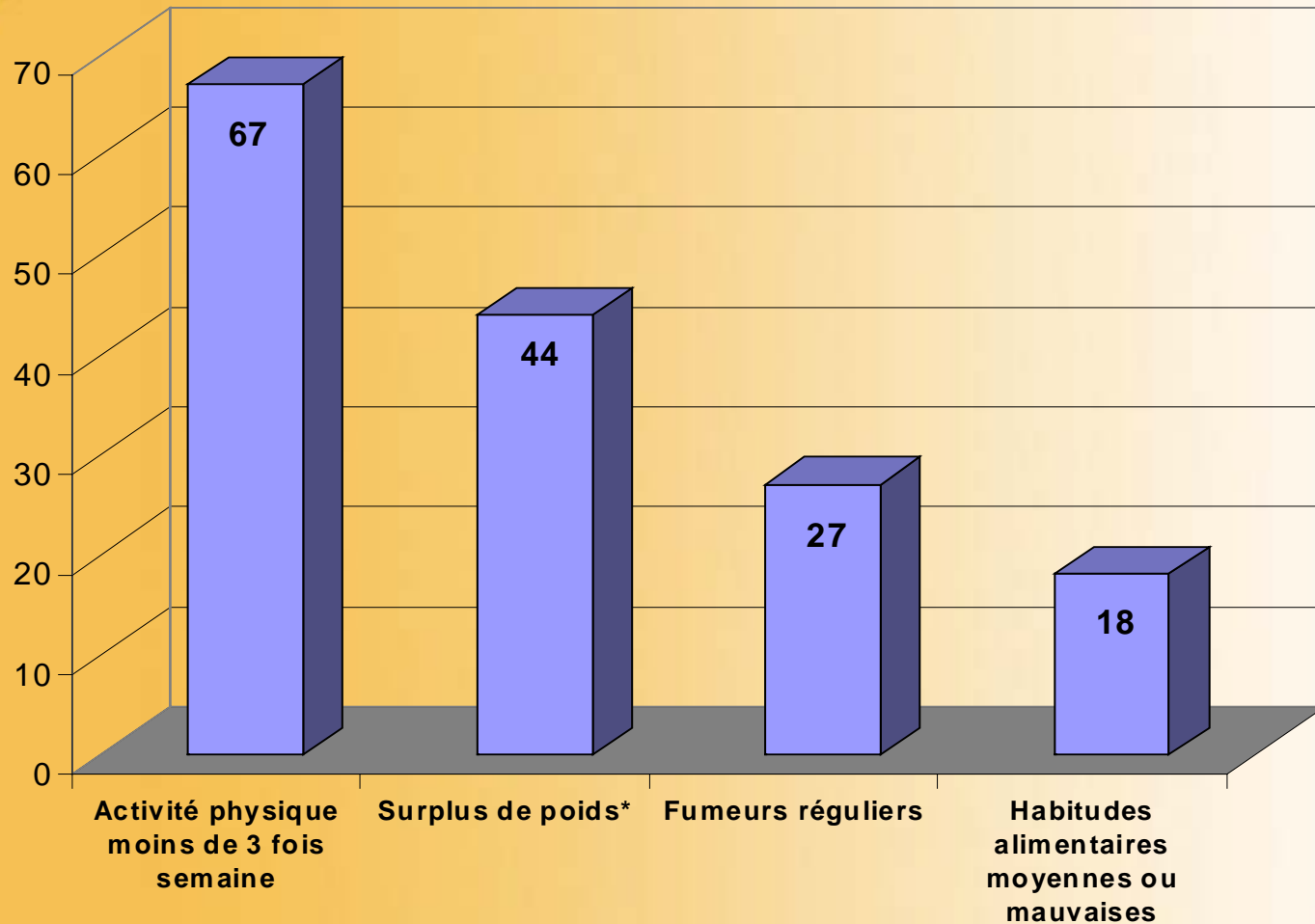
Prévention

Niveaux de prévention




vers une prise en charge partagée

Prévalence (%) des facteurs de risque de maladies chroniques, population 15 ans et +, Montérégie 2000



vers une prise en charge partagée

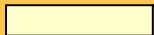
Prévention maladies chroniques



<i>Habitudes de vie</i>	<i>MCV</i>	<i>Diabète de type II</i>	<i>Cancer</i>	<i>MPOC, Asthme</i>	<i>Ostéoporose</i>
Tabagisme	Red	Yellow	Red	Red	Red
Mauvaise alimentation	Red	Red	Red	Yellow	Red
Sédentarité	Red	Red	Red	Yellow	Red
<i>Facteurs biologiques modifiables</i>					
Surplus de poids	Red	Red	Red	Yellow	Green
Dyslipidémie	Red	Red	White	White	White
Hypertension	Red	Yellow	White	White	White

lien étiologique

lien aggravant



vers une prise en charge partagée



Programme 0-5-30

Combinaison Prévention

<i>Facteurs de risque</i>	<i>0 Tabac</i>	<i>5 Fruits / Légumes</i>	<i>30 minutes d'activités physiques</i>
Hypertension artérielle	↓	↓	↓
Dyslipidémies		↓	↓
Diabète de type II	↓	↓	↓
Obésité		↓	↓

vers une prise en charge partagée



Solution...

Prise en charge systématisée !

vers une prise en charge partagée



Prise en charge systématisée des maladies chroniques

Pourquoi?

- Recommandations appliquées à 50%
 - Counselling cessation tabagique 75%
 - Immunisation influenza 60%
 - Dépistage cancer du sein 60%



Prise en charge systématisée des maladies chroniques

Pourquoi?

- Patients diabétiques:
 - HbgA1c normal chez 50% des diabétiques
 - Examen de l'oeil > 2 ans: 46%

vers une prise en charge partagée



Prise en charge systématisée des maladies chroniques

Pourquoi?

- Parmi les adultes hypertendus:
 - 13% traités et HTA contrôlée
 - 21% traités mais HTA non contrôlée
 - 22% savent qu'ils sont hypertendus mais HTA non traités ni contrôlés
 - 43% **ignorent** que leur TA est trop élevée



Prise en charge systématisée des maladies chroniques

Pourquoi?

- Pour le système:
 - Maladies chroniques utilisent majoritairement les services d'urgence et les séjours à l'hôpital ⇒ \$\$\$
 - Fonctionnement fragmenté, en silo, adapté aux soins aigus
 - Lourdeur financière

vers une prise en charge partagée



Prise en charge systématisée des maladies chroniques

Pourquoi?

- Pour les **patients**:
 - Incapacités affectent gravement la **qualité de vie** des individus souffrant de maladies chroniques
 - Soins **systématisés** retardent ou évitent les complications liées aux maladies chroniques



Prise en charge systématisée des maladies chroniques

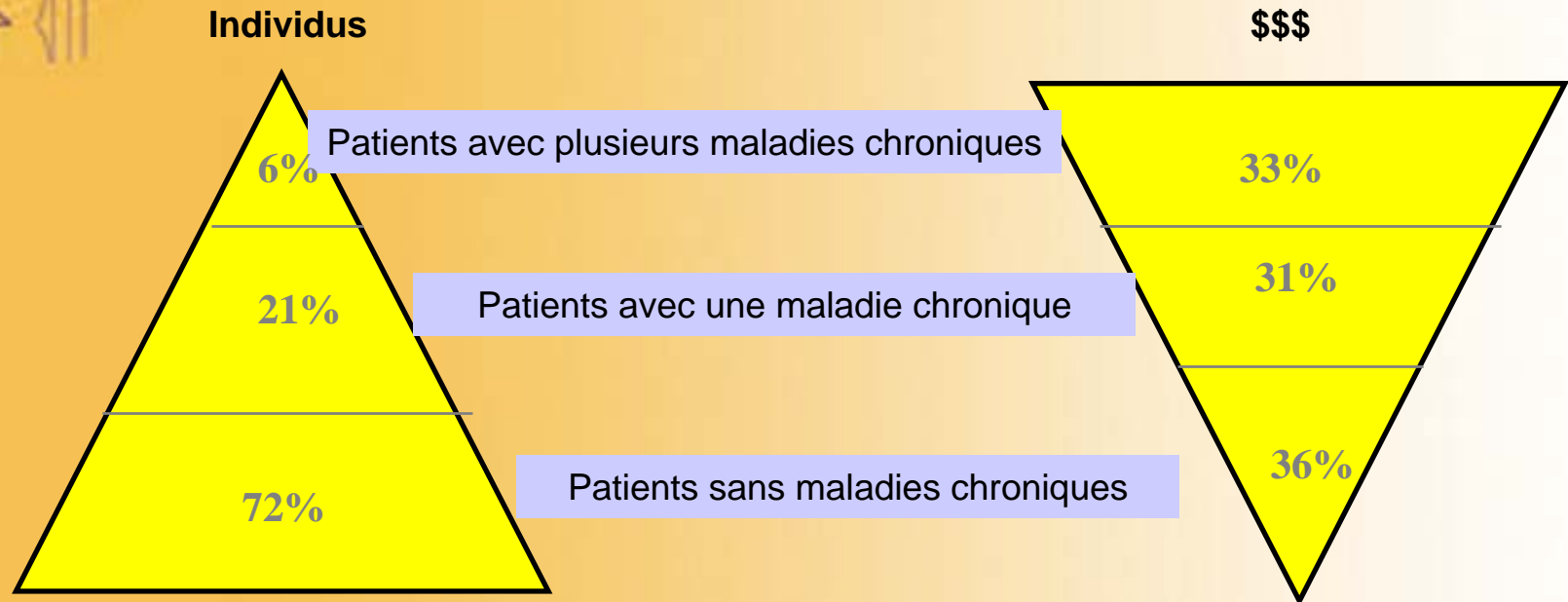
Pourquoi?

– Pour les médecins:

- Manque de temps
- Manque de soutien
- Manque de ressources
- Intérêt à fonctionner en interdisciplinarité

vers une prise en charge partagée

Maladies chroniques = majorité des coûts du système de santé



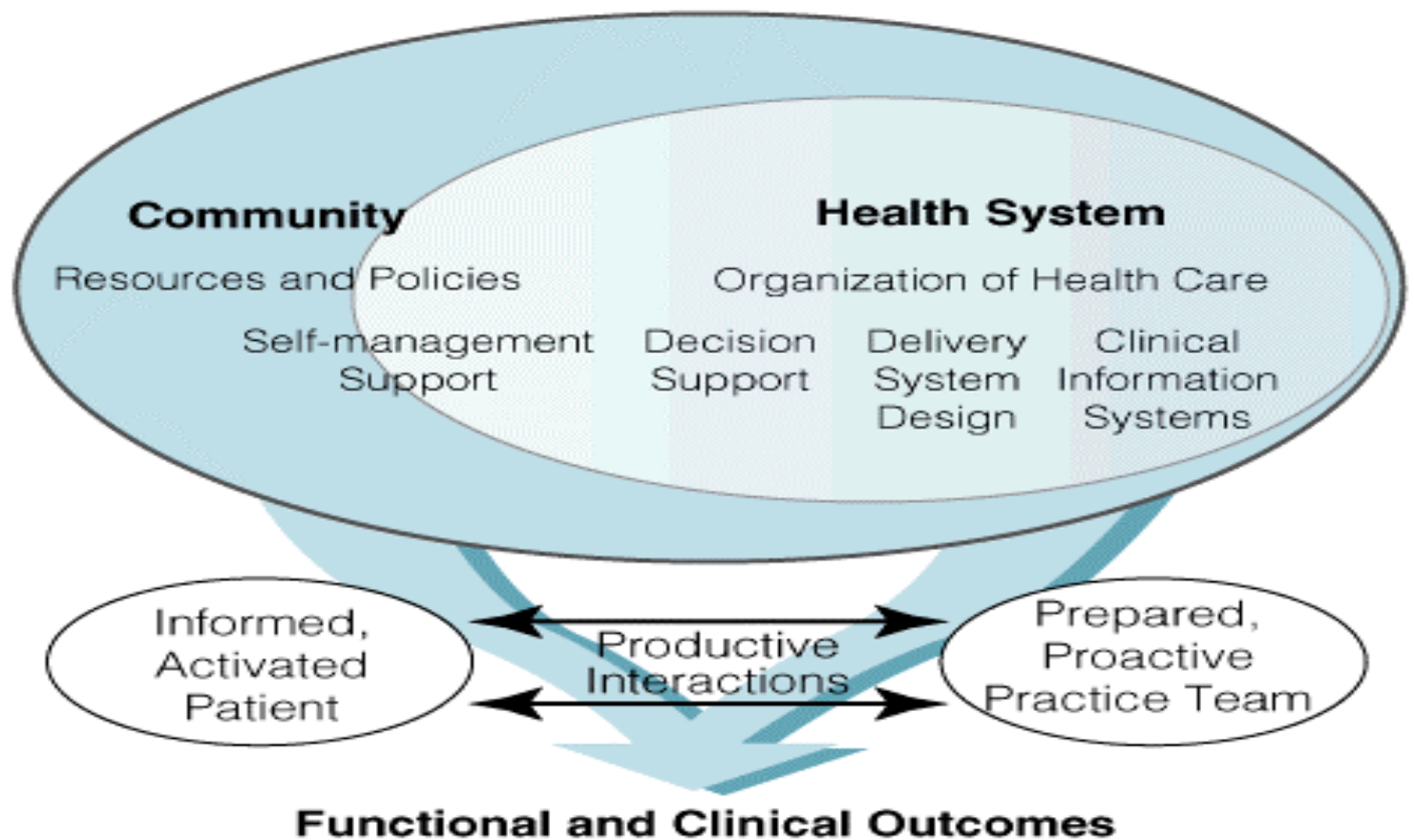
Segment de la population totale

Coûts associés à chacun des segments

Source: Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

Systematisation des soins pour les maladies chroniques

Edward H Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation



vers une prise en charge partagée



Modèle de Wagner: modèle de soins pour les maladies chroniques

- Six volets:
 - **Communauté:** ressources et politiques de soutien
 - **Système de santé:** organisation du système de santé
 - ✓ Soutien à l'autogestion
 - ✓ Aide à la **décision clinique**
 - ✓ «Re-design» **système de prestation** des services
 - ✓ **Systèmes d'informations** cliniques



Modèle de Wagner

- ***Communauté: ressources et politiques***
 - Connaître et utiliser les ressources de la communauté
 - Encourager les patients à profiter de ces ressources ou programmes
 - Développer des liens avec ces ressources
 - S'impliquer pour la mise en place de politiques



Modèle de Wagner

- *Systeme de sante:*
 - **Gestion integree** des maladies chroniques (versus systeme pour episodes de soins aigus)
 - **Vision** d'ensemble et une vision partagee
 - **Approche systematique et systemique**
 - **Ententes** a l'interieur et a l'exterieur de l'organisation
 - **Incitatifs** en fonction des objectifs de soins
 - **Indicateurs** cliniques et administratifs

vers une prise en charge partagee



Modèle de Wagner

- **Soutien à l'autogestion:**
 - Maintenir compétences et connaissances des professionnels dans leur milieu
 - Redonner au patient la **première responsabilité** de sa santé et de ses soins
 - Outiller et soutenir le patient à l'aide gestionnaire ou intervenant particulier
 - Fixer des objectifs pour le milieu, les patients, choisir des actions, prévoir les moyens et le suivi



Modèle de Wagner

- *Aide à la décision*

- Soins basés sur les **données probantes**
- **Outils facilitants:** protocoles de soins, ordonnances collectives, algorithme décisionnel, références, etc.
- **Intégration de l'expertise** des professionnels: spécialistes, omnipraticiens, infirmières, nutritionnistes, kinésioles, travailleurs sociaux, psychologues, etc. Faciliter les consultations.
- **Partage de l'information** avec les patients



Modèle de Wagner

- «*Re-design*» système de prestation des services
 - Identifier les **tâches et responsabilités** de chaque professionnels
 - Planifier la **trajectoire de soins** des patients selon maladies, identifier les patients par catégorie
 - Planifier des **rencontres** pour discuter des soins fondés sur données probantes, discuter de cas complexes, etc.
 - Assurer un **suivi régulier** par l'équipe
 - Adapter les soins **autour du patient** comme 1^{er} responsable

vers une prise en charge partagée

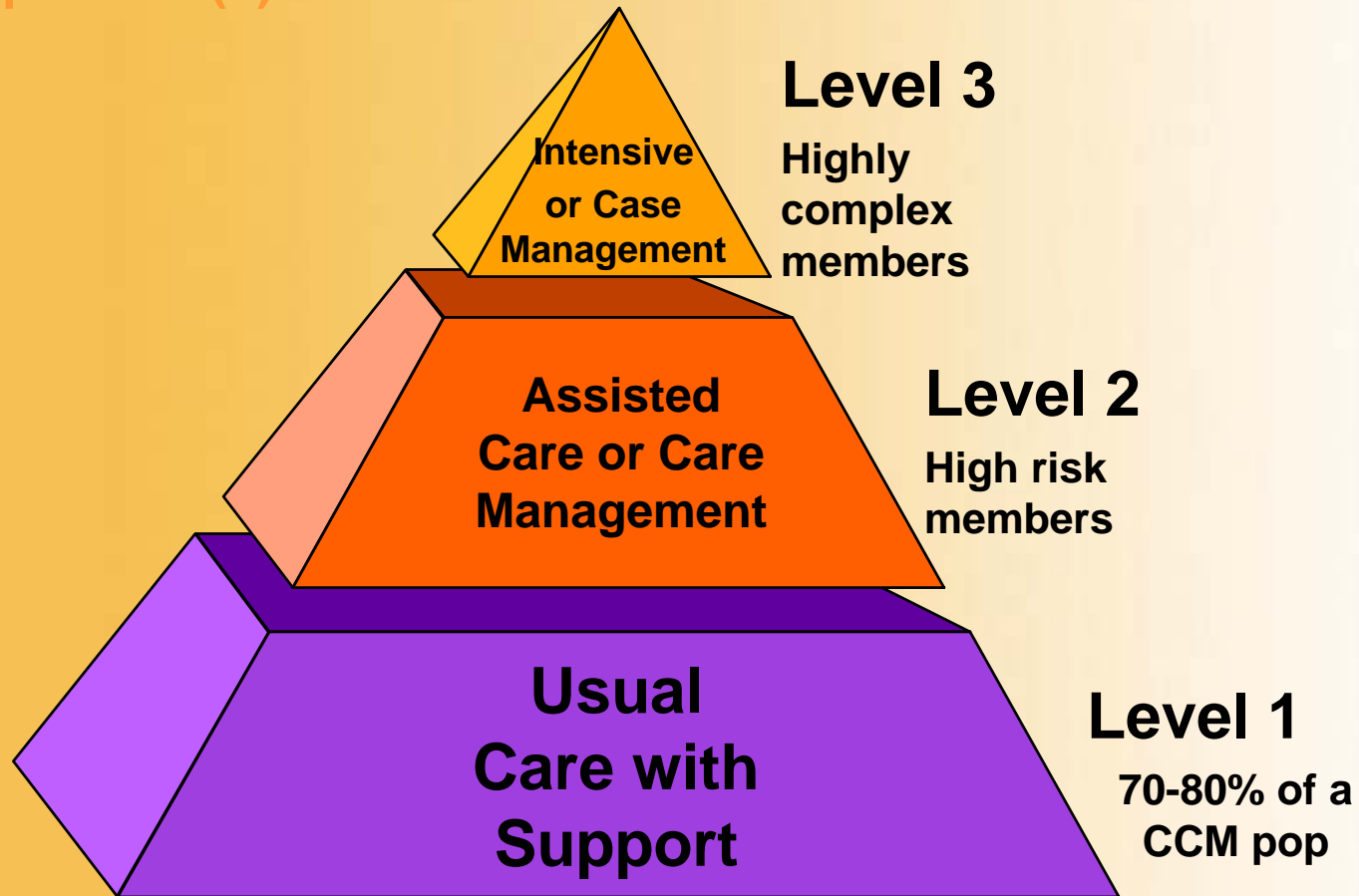
Population Management: More than Care & Case Management



Targeting
Population(s)

Redesigning
Processes

Measurement of
Outcomes & Feedback

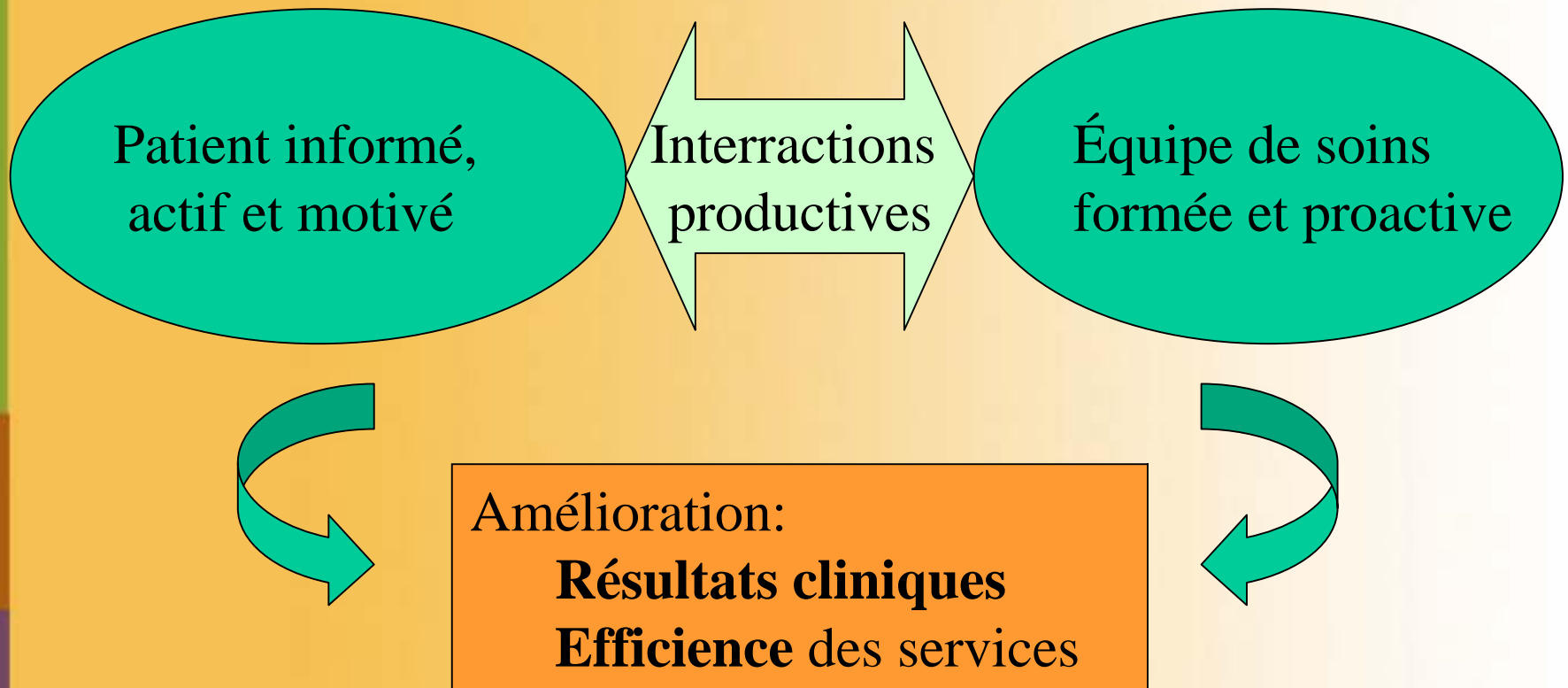




Modèle de Wagner

- *Systemes d'informations cliniques*
 - Développer systèmes de rappel
 - Partager des informations sur les patients (DSE)
 - Partager les informations **avec** le patient et les autres «fournisseurs» de soins
 - Utiliser les données pour monitoring, mesures, rétroaction

Résultats modèle de Wagner



vers une prise en charge partagée



HTA

vers une prise en charge partagée

Dépistage de l'hypertension artérielle

Accueil: Inscription
Vérification de la prise de la tension artérielle

Tension artérielle
vérifiée depuis un an

Tension artérielle
non vérifiée

Patient hypertendu
(apposer auto-collant HTA sur le
dossier, insérer feuille de suivi
HTA)

Tension artérielle
NORMALE

Infirmière
Mesure de la tension artérielle

Tension artérielle
ANORMALE*

Tension artérielle
< 120/80 mmHg

Questionnaire
Habitudes de vie
Counselling approprié
Vérifier aux 2 ans

Tension artérielle
120-139/80-89 mmHg
Prendre une 2^e mesure,
considérer la moyenne

Questionnaire habitudes de vie et
facteurs de risque de MCV
Counselling approprié
**Vérifier une fois/an si aucun
facteur de risque**

Tension artérielle
140-159/90-99 mmHg**
(3 à 5 visites en 6 mois)

Rendez-vous = 2 mois
Questionnaire et counselling
Habitudes de vie

Tension artérielle
160-180/100-110 mmHg**
(3 à 5 visites en 1 mois)

Rendez-vous 1 sem.
Questionnaire et counselling
Habitudes de vie

Tension artérielle
> 180/110 mmHg**

Selon la condition clinique
Avec symptômes ou
Sans symptômes

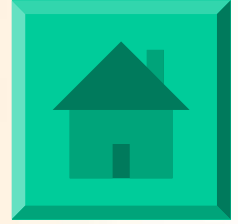
Revoir
une semaine
(48-72 heures)

Avec symptômes
Urgence médicale

vers une prise

ée

HTA



CSSS: nutritionniste, kinésiologue,
éducation sur le problème

Communauté: club de marche,
centre de loisirs, gym

•Spécialistes: ententes prévues
avec le CSSS (néphro, cardio, etc.)

Pharmaciens: entente pour
rappel des patients
qui n'ont pas renouvelé leur prescription



vers une prise en charge partagée



Diabète

vers une prise en charge partagée



Programme PRIISME – diabète



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Une initiative de  GlaxoSmithKline

vers une prise en charge partagée



Conclusions

vers une prise en charge partagée



Conclusions

- **Prise en charge systématique:**
≠ un choix, une urgence
- **Systematisation et partage des soins:**
 - **↑↑ qualité des soins**
 - **↑↑ qualité de vie des patients**
 - **↑↑ qualité de vie des professionnels**

vers une prise en charge partagée



Conclusions

- **Conditions favorables:**
 - CSSS et RLS
 - Comité locaux du DRMG
 - GMF et CR
- **À venir:**
 - Guide du MSSS à l'intention des GMF:
Implantation d'un **système de soins** pour le dépistage et le suivi de l'HTA



Sources

- Programme National De Santé Publique 2003-2012, MSSS, QC, 2003, 133 p.
- Edward H Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation
- Aucoin L, Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois, Priisme-Info, édition spéciale, mars 2005, 53 p
- National Health System, U.K.
- Kayser Permanente



Merci

à

Madame Carmen Schaefer,

agente de recherche et planification

Dre Irma Clapperton

vers une prise en charge partagée



Merci de votre attention!

vers une prise en charge partagée



vers une prise en charge partagée