

## Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques

### *Barriers and facilitators to the implementation of integrated models of prevention and management of chronic illnesses*

Levesque J-F <sup>1</sup>, Feldman D <sup>2</sup>, Dufresne C <sup>3</sup>, Bergeron P <sup>4</sup>, Pinard B <sup>5</sup>, Gagné V <sup>6</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Les maladies chroniques représentent un fardeau croissant pour les systèmes de soins des pays développés. Pour faire face à leur nature multifactorielle, des modèles intégrés de prévention et de gestion ont été suggérés. Bien que ces modèles aient démontré qu'ils améliorent les résultats des soins des personnes atteintes de maladies chroniques, leur implantation à l'échelle des systèmes de santé demeure un défi. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs qui faciliteraient ou nuiraient à l'implantation de ces modèles de soins.

**Méthodes :** Étude de cas du système de soins du Québec. Des entrevues semi-structurées d'experts et de décideurs ont été réalisées en employant une grille d'entrevue. Une revue exhaustive de la littérature et une analyse de contenu ont été réalisées en employant une grille standardisée. Les résultats des entrevues et de la recension des écrits ont été triangulés à l'aide d'un cadre d'analyse.

**Résultats :** Le manque d'outils de gouverne clinique, une faible infrastructure d'information clinique, des plans de rémunération inappropriés, une faible couverture publique des services multidisciplinaires et des déficits à l'organisation des services de santé ont été rapportés comme des barrières. L'émergence de nouveaux modèles de pratique de groupe en première ligne, une intégration croissante des établissements du réseau, un système communautaire de services sociaux développés et un champs de la santé publique développé ont été perçus comme des éléments facilitants.

**Conclusion :** Divers facteurs sont identifiés comme facilitant ou limitant l'implantation de modèles intégrés de soins aux maladies chroniques. Une attention devrait être portée aux mécanismes de gouverne, aux modes de rémunération et de prestation des soins pour accroître les chances de succès de leur implantation.

**Prat Organ Soins 2009;40(4):251-265**

**Mots-clés :** Maladies chroniques ; gestion des soins ; prévention ; intégration.

#### Summary

**Aim:** Chronic illnesses represent a growing burden for health-care systems in highly developed countries. To address the multi-factorial nature of those illnesses, integrated models of prevention and management are suggested. Although such models are known to improve outcomes of care for people with chronic illnesses, their implementation at the healthcare system level remains a challenge. The objective of this study was to identify the factors that facilitate or hinder implementation of those models.

**Methods:** Case study of Quebec healthcare system. Semi structured interviews with experts and decision-makers have been conducted using an interview grid. Comprehensive literature review and content analysis have been conducted using a standardized grid. Results from interviews and literature review have then been triangulated using an analytical framework.

**Results:** The lack of clinical governance tools, the weakness of clinical information systems, inappropriate modes of remuneration, lack of public coverage of multidisciplinary services, and poorly organized primary care have been reported as barriers. The emergence of primary care models favouring team work, progressive integration of healthcare system institutions, well-developed community and public health sectors have been identified as facilitators.

**Conclusion:** Different factors are identified as facilitators or barriers to implementation of integrated care models for chronic diseases. Special attention should be paid to governance, payment mechanisms and care provision models in order to achieve successful implementation of those models.

**Prat Organ Soins 2009;40(4):251-265**

**Keywords:** Chronic illnesses; care management; prevention; integration.

<sup>1</sup> Médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec et à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, chercheur au Centre de recherche du CHUM (CRCHUM), professeur adjoint clinique, Université de Montréal.

<sup>2</sup> Professeure agrégée au département de réadaptation, Université de Montréal, chercheuse du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), attachée de recherche à l'Institut national de santé publique du Québec et à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

<sup>3</sup> Agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

<sup>4</sup> Directeur scientifique systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec.

<sup>5</sup> Résidente, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

<sup>6</sup> Agente de recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

## INTRODUCTION

Les maladies chroniques représentent un fardeau considérable pour les sociétés ayant complété leur transition de santé. Le vieillissement de la population et la réduction de la létalité, consécutive aux avancées thérapeutiques, entraînent un accroissement de la vie vécue avec des affections chroniques ou permanentes [1-3]. Une majorité des ressources est ainsi utilisée pour des personnes vieillissantes présentant des maladies chroniques multiples [1]. Plusieurs maladies chroniques ont une étiologie complexe réunissant des facteurs modifiables (comportements, habitudes de vie, expositions environnementales) et d'autres difficilement ou non modifiables (facteurs physiologiques, génétiques) [4]. Ces facteurs de risque ne sont pas spécifiques à une maladie, mais sont impliqués dans la genèse de plusieurs maladies. De plus, le fait de présenter de multiples maladies et problèmes fonctionnels peut modifier le cours de plusieurs maladies [5]. Les interventions préventives ou curatives ne visant qu'une seule maladie auraient ainsi des impacts limités sur l'amélioration de la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques comparativement aux approches combinant les interventions de façon mieux intégrée pour l'ensemble des problématiques de santé affectant ces personnes [1]. Un autre défi consiste à augmenter la capacité des gens à s'adapter et vivre avec leurs maladies chroniques pour ainsi maintenir la qualité de vie afin de mieux accompagner l'accroissement de la longévité humaine [6]. Ces éléments militent en faveur d'une approche plus intégrée et globale d'intervention.

Le modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques le plus connu et le mieux décrit est le *Chronic care model* (CCM) développé aux États-Unis [7]. Ce modèle regroupe les actions sous trois sphères visant à générer des équipes de soins proactives et organisées, interagissant avec des patients informés et actifs : la communauté, le système de santé et la prestation de services [8]. Il s'articule autour de six domaines d'action, 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 [9]. L'implantation des caractéristiques du CCM serait associée avec une amélioration des processus et résultats de soins et de meilleurs effets sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques [10-11]. Une étude effectuée par Nutting *et al.* a examiné l'association entre l'utilisation d'éléments du CCM (telle que rapportée par les cliniciens d'une trentaine de petits cabinets médicaux de première ligne) et des mesures de processus et résultats intermédiaires liés aux soins pour le diabète de type 2 [12]. Parmi les éléments du CCM considérés dans l'étude, se trouvaient

l'utilisation d'un registre de patients (liée à la composante Systèmes d'information clinique du CCM), un système de suivi et de rappel des patients (élément de la composante Organisation de l'offre et de la prestation des services), l'utilisation de guides de pratiques cliniques (élément de la composante Soutien à la décision clinique) et le soutien à l'autogestion pour les patients diabétiques, entre autres par des services éducatifs et la référence à d'autres professionnels (élément de la composante Soutien à l'autogestion). Entre autres résultats, une association significative a été observée entre l'utilisation rapportée d'éléments du CCM et des valeurs réduites d'hémoglobine A1c et du ratio lipidique, et ces valeurs étaient d'autant bonifiées avec l'accroissement du niveau d'utilisation des éléments du CCM par le clinicien [12].

Dans le contexte canadien, plusieurs comités provinciaux et fédéraux ont souligné les problèmes relatifs à la fragmentation des services de santé, à l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins, au déficit de prévention, ainsi qu'aux problèmes d'accès aux soins [13-15]. Un consensus émerge quant à la nécessité d'offrir des services accessibles 24 heures par jour et sept jours par semaine, d'accentuer le travail pluridisciplinaire ainsi que d'implanter des dossiers électroniques [13, 14, 16-18]. Ces éléments font écho aux composantes du CCM. Des questions demeurent par contre sur la faisabilité de leur implantation dans le contexte canadien bien que certaines politiques et initiatives fédérales, provinciales, et parfois locales, de gestion des maladies chroniques soient déjà basées sur des éléments du CCM. À titre d'exemple, la Colombie-Britannique a développé un programme élaboré à partir du *Expanded Chronic Care Model*, une version adaptée du CCM incorporant une vision plus communautaire de la gestion des maladies chroniques (voir le site internet [www.health.gov.bc.ca/cdm/index.html](http://www.health.gov.bc.ca/cdm/index.html)) [19]. De même, des expériences en Alberta ont permis la mise sur pied de programmes incluant des éléments du modèle tels qu'un système régional de dossiers médicaux électroniques, des protocoles standardisés pour l'évaluation et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, ainsi que des guides de pratiques cliniques et un système d'alertes et de rappels pour un suivi de qualité des patients [19, 20]. Il demeure toutefois que dans l'ensemble du Canada, l'implantation des composantes du CCM est relativement faible, à l'instar d'autres pays, comme le révèlent des données issues du *Commonwealth fund* (tableau I) [21-23].

Étant donné cette faible prévalence dans divers contextes internationaux quant à l'implantation de composantes du CCM, l'objectif de la présente étude est d'identifier les barrières et éléments facilitants qui pourraient influencer l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques, en se servant de l'expérience du Québec comme cas d'étude.

Tableau I  
 Résultats de l'enquête internationale des politiques de santé du *Commonwealth Fund*.

Paramètre évalué	Canada	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	États-Unis
Fréquence avec laquelle les médecins de première ligne voient des patients avec de multiples maladies chroniques : fréquent	81	N/D <sup>a</sup>	88	94	77
Préparation des cabinets médicaux de première ligne quant à la prestation de soins optimaux pour les patients avec multiples maladies chroniques : bien préparés	55	N/D <sup>a</sup>	75	76	68
Médecins de première ligne et temps passé avec leur patient : grande satisfaction	19	N/D <sup>a</sup>	16	11	16
Utilisation d'équipes multidisciplinaires pour les soins à des patients spécifiques dans le cabinet médical de première ligne	32	N/D <sup>a</sup>	50	81	29
Utilisation de guides de pratiques cliniques basés sur des données probantes pour les patients avec maladies chroniques complexes ou multiples : fréquent	56	N/D <sup>a</sup>	56	64	55
Soutien à l'autogestion par le transfert de consignes écrites sur les soins que le patient peut se prodiguer à domicile : médecins de première ligne disant le faire généralement	14	N/D <sup>a</sup>	25	21	33
Soutien à l'autogestion par le transfert d'un plan ou de consignes écrites sur les soins que le patient peut se prodiguer à domicile : patients atteints de maladies chroniques disant avoir reçu	47	34	35	35	66
Utilisation de dossiers patients électroniques dans le cabinet médical de première ligne	23	N/D <sup>a</sup>	98	89	28
Rappels faits aux patients pour leur visite préventive régulière ou leur suivi de soins : faits, grâce à un système informatisé	8	N/D <sup>a</sup>	61	83	18

<sup>a</sup> N/D : données non disponibles.

(Source : *Commonwealth Fund*, 2006, 2007, 2008.)

## MÉTHODES

Ce projet consiste en une revue de la littérature scientifique portant sur les modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques (particulièrement le CCM) et une démarche qualitative de consultation d'experts du domaine des soins de santé pour les maladies chroniques. La revue exhaustive de la littérature a été réalisée par l'intermédiaire de moteurs de recherche électronique usuels et accessibles (*Medline* et *Google scholar*) et effet boule de neige (à savoir, des articles identifiés dans les revues systématiques récentes et autres références consultées). Les moteurs de recherche ont été interrogés à l'aide de mots-clés sélectionnés liés au *Chronic care model* et ses différentes appellations (*Chronic care model*, *implementation*, *chronic illness management*, *integrated care*). La méthodologie utilisée est plus amplement détaillée dans le rapport complet de l'étude disponible électroniquement sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec (<http://www.inspq.qc.ca/>).

De nombreux articles portant sur le CCM et son implantation dans des milieux, ont pu ainsi être recensés. Cependant, peu d'entre eux portaient sur l'évaluation de son implantation dans le milieu et abordaient les caractéristiques organisationnelles influençant cette implantation (à savoir, les obstacles et les éléments facilitant l'implantation). Ainsi, seuls une cinquantaine d'articles ont été retenus pour être analysés pour leur contenu à l'aide d'une grille standardisée (annexe A) et résumés pour ce qui a trait aux informations en lien avec les objectifs de l'étude. Les articles écrits dans une langue autre que le français ou l'anglais, n'abordant pas les composantes organisationnelles, les contextes et les facteurs influençant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques, étaient exclus. Au final, une vingtaine d'articles ont été retenus, abordant plus en profondeur les barrières et les éléments facilitant l'implantation du modèle et étayant les informations apportées par les experts interviewés. Et par effet boule de neige, moins d'une dizaine d'articles supplémentaires ont été ajoutés, comme références de références déjà en main.

La collecte de données qualitatives a été réalisée par des entrevues semi-structurées. Sur les quinze informateurs-clés identifiés en début de projet (méthode boule de neige visant la saturation des informations), onze 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 avaient des postes de direction dans des agences de santé et directions de santé publique ainsi que des organisations conseils fédérales et provinciales, alors que d'autres provenaient d'institutions universitaires. Neuf des experts provenaient du Québec alors que deux étaient des experts de l'extérieur de cette province canadienne. Ces experts avaient tous été sélectionnés du fait qu'ils avaient publié des études ou rapports sur les modèles de gestion des maladies chroniques.

Une grille d'entrevue (détails en annexe B) a été élaborée à partir des grands éléments du CCM et, pour en assurer la correspondance avec de grands éléments constitutifs de l'analyse des systèmes de santé, du cadre d'analyse de la performance des systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [24]. Les

entrevues ont été transcrites et leur contenu, analysé et codé par deux personnes indépendantes. Le chercheur principal a procédé à la synthèse des codifications et arbitrages. Les principales idées rapportées dans les comptes-rendus ont été jugées saillantes selon la fréquence de leur apparition dans les entrevues des experts et selon la force de leur lien avec les éléments du *Chronic care model*. Cette consultation d'experts en analyse des systèmes de santé comble partiellement le manque d'information à l'égard des éléments contextuels liés à l'implantation des modèles intégrés. Elle nous a permis de dresser divers constats quant aux barrières et éléments facilitants à l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques, particulièrement le *Chronic care model* et l'*Expanded chronic care model* dans le contexte québécois.

Finalement, les codifications issues de la revue de la littérature et de la consultation des experts ont été analysées conjointement à l'aide du cadre d'analyse de la performance des systèmes de santé proposé par l'OMS [24]. La figure 1 illustre l'intégration des éléments du CCM aux quatre grandes fonctions des systèmes de santé proposées par l'OMS [24]. La synthèse des éléments issus des deux sources d'information utilisées a permis d'en discuter la concordance ou la divergence.

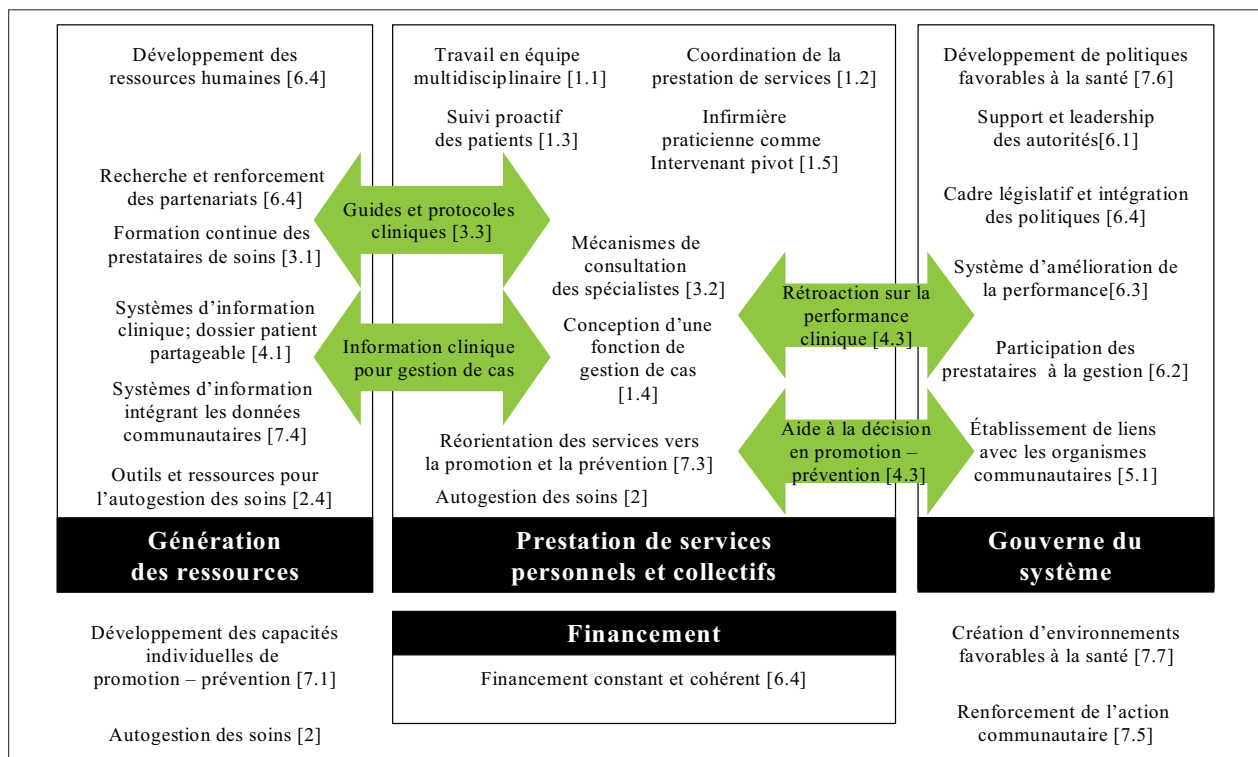


Figure 1.

Cadre d'analyse intégrée.

Adapté de : Organisation mondiale de la santé 2002 [40] et Wagner 1999 [26].

Note : les chiffres apparaissant entre crochets correspondent à ceux retrouvés dans la grille d'analyse de la littérature (Annexe A de ce document).

Cette démarche de triangulation a ainsi permis de voir quelles étaient les suggestions des experts qui étaient soutenues par la littérature scientifique et d'identifier des éléments n'ayant pas encore fait l'objet d'analyses scientifiques.

## RÉSULTATS

### 1. Éléments relatifs à la prestation de services individuels

#### a) La structuration du système de santé

Les observateurs interviewés considéraient que le système de santé québécois vit une transformation importante. La création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), le projet de Réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS) ainsi que l'intégration de la santé publique au sein de ces structures locales étaient vus comme une opportunité d'action plus intégrée. Ceci concourrait à une gestion plus systémique des services de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Ceci fait écho aux articles recensés qui suggèrent qu'une telle gestion systémique des services offerts sur un *continuum* complet d'interventions permettrait de mieux faire circuler l'information utile à l'implantation des modèles intégrés [25]. Elle permettrait aussi un meilleur accès aux ressources communautaires et institutionnelles nécessaires [8]. La littérature scientifique souligne aussi la nécessité de changements dans l'organisation de la pratique médicale pour que de réelles améliorations, quant à la gestion des maladies chroniques, soient réalisées [8, 26]. Ainsi, l'organisation actuelle des services de santé est axée sur une réponse rapide à des problèmes aigus et ne peut que difficilement répondre de façon adéquate aux demandes de plus en plus croissantes liées aux maladies chroniques. Ceci s'explique, entre autres, par des carences dans l'utilisation de systèmes d'information clinique et par l'orientation du système qui est essentiellement centré sur la relation patient-médecin, plutôt que sur la relation entre une équipe traitante et la personne et son entourage [8, 26].

Selon les experts consultés, des problèmes de désarticulation entre la première et la deuxième ligne de soins persistent au Québec et résultent en partie d'un manque d'organisation de trajectoires et de protocoles de soins. D'autres contextes ont aussi rapporté des problèmes similaires quant à l'arrimage entre médecines générale et spécialisée, les deux étant souvent en compétition pour le suivi des patients [27]. Le soutien aux praticiens de première ligne par les spécialistes est souvent limité et des problèmes de continuité des soins sont rapportés en l'absence de gestion de cas et mécanismes de

communication efficaces [28]. L'implantation d'un gestionnaire de cas en première ligne, plutôt que dans les réseaux spécialisés, faciliterait une meilleure prise en charge continue des soins chroniques [29]. La fonction de gestionnaire de cas a toutefois été relativement peu discutée dans le cadre de ce projet, les experts sont unanimes à dire qu'elle est actuellement absente au Québec, particulièrement en ce qui concerne la structuration du système, et ce, malgré la présence de quelques expériences limitées d'implantation de cette fonction.

#### b) La pratique professionnelle

Le contexte de réformes des institutions publiques est perçu comme favorable à un rapprochement des réseaux public et privé par la création d'alliances et de réorganisation des services de première ligne. Au Québec, les développements actuels – par l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) (groupes de médecins de famille travaillant avec d'autres professionnels de santé et offrant des soins médicaux généraux continus à des personnes inscrites) et cliniques-réseaux (groupes de médecins de première ligne assurant l'accès aux soins médicaux généraux en tout temps à la population du territoire desservi ainsi que la prise en charge continue et intégrée de clientèles) – seraient un levier à accentuer selon les experts. Ces modèles permettent, à des degrés divers, d'accroître l'interdisciplinarité, la responsabilité conjointe des soins à la population et la capacité de planifier des services ciblés sur les clientèles. La littérature identifie cette création d'équipes comme la réforme de l'organisation des soins la plus fondamentale pour faciliter l'implantation des composantes du CCM [30, 31]. Des efforts pour faciliter le travail de groupe et une bonne visibilité des équipes traitantes sont nécessaires [27].

Le modèle GMF est par contre vu, par les experts consultés, comme étant relativement limité dans l'approche interdisciplinaire et des efforts apparaissent nécessaires pour les intégrer à un réseau plus vaste. Le partage des responsabilités professionnelles est également perçu comme étant limité par le pouvoir de la profession médicale et des associations professionnelles. Une récente législation sur le partage des activités professionnelles est perçue comme facilitante. Bien que l'approche multidisciplinaire ait un historique important au Québec et découle de la création des CLSC, plusieurs croient que le rapprochement d'un ensemble de professionnels de la santé avec les cabinets médicaux est nécessaire pour faire face à la nouvelle réalité de la santé au Québec. Ce rapprochement n'est pas spontané pour les professionnels et des modifications à la formation des médecins – actuellement unidisciplinaire – sont requises pour favoriser l'approche plus globale et multidisciplinaire que requièrent les modèles intégrés [25, 26].



## 2. Éléments relatifs à la prestation de services collectifs

L'*Expanded chronic care model*, proposé en Colombie-Britannique, introduit les notions de création d'environnements favorables à la santé et de renforcement de l'action communautaire, au-delà de l'intégration de la prévention dans le contexte clinique (figure 1). Un certain consensus existe parmi les experts consultés quant au fait que l'expertise de santé publique (qui est supportée par la législation) est très développée et bien structurée au Québec et on note un rapprochement de la santé publique avec des secteurs traditionnellement moins investis, comme la planification des services et l'évaluation de l'impact des services sur la population. Ce rapprochement pourrait, par contre, être accentué pour maximiser l'approche populationnelle de planification des services.

On constate également que les médecins sont en général peu formés à l'expertise de santé publique, ce qui s'accompagne de retards dans les pratiques cliniques préventives autant primaires (*counseling* sur les habitudes de vie par exemple) que secondaires (dépistage des complications). La littérature scientifique est d'ailleurs unanime sur les difficultés, pour les cliniciens, d'intégrer la prévention clinique et la prise en charge des composantes psychosociales de la santé – particulièrement pour les patients atteints d'une ou plusieurs morbidités chroniques ou présentant de multiples facteurs de risque – à leurs activités dans le cadre de visites ponctuelles brèves [26, 29, 32]. Une telle pratique clinique à haut débit rend aussi difficile l'implantation d'innovations organisationnelles [33].

## 3. Éléments relatifs au financement du système de santé

La notion de financement constant et cohérent est apportée par l'OMS pour assurer la pérennité des modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques (figure 1) [34]. Mais le modèle de l'OMS demeure peu explicite sur les éléments relatifs au financement liés à cette cohérence. Notre consultation d'experts a permis d'identifier divers enjeux à l'égard du financement. Dans l'ensemble, il ne se dégage pas de consensus sur le caractère facilitant ou limitant de plusieurs aspects du financement.

### a) La rémunération des médecins

La rémunération à l'acte est perçue comme une barrière à l'implantation de plusieurs aspects, tels la gestion de cas, la coordination des soins et le travail interdisciplinaire ainsi que l'éducation du patient à son autogestion. Ce mode de rémunération des professionnels aurait d'ailleurs freiné l'implantation de modèles intégrés

dans nombres de milieux cliniques américains [35]. Mais ce mode de rémunération n'est pas toujours perçu comme une barrière, car des incitatifs peuvent en influencer les effets. Ce serait l'orientation du remboursement des actes axés vers les soins aigus prodigués par le médecin plutôt que vers des soins chroniques ou des soins prodigués par une équipe, qui serait en cause [8, 25, 36]. Dans l'ensemble, les systèmes liant le paiement des médecins à des actes précis et à leur nombre, tendent à défavoriser l'approche intégrée. Le maintien, pour le médecin, d'un niveau de revenus spécifique, impliquerait que les visites préventives et les soins au patient doivent produire un revenu additionnel ou, à tout le moins, ne pas le réduire [29]. Ceci peut représenter un frein réel à la prévention, l'autogestion par le patient ou l'implication d'une équipe de soins élargie. En contrepartie, le paiement par capitation serait une plateforme plus désirable pour l'offre de soins aux personnes avec des conditions chroniques [37]. Ce mode de rémunération permet aussi d'éviter l'introduction de nouveaux actes rémunérés – tels les visites à domicile, les consultations téléphoniques, les consultations de groupe, les activités d'éducation du patient – à une liste déjà complexe d'actes [8]. Il permettrait de soutenir l'adoption, par les médecins, d'une pratique proactive et planifiée pour les soins chroniques et de longue durée [38].

Plusieurs des experts consultés soulignent ainsi la pertinence de modes de rémunération mixtes alliant les avantages de la rémunération à l'acte (effet sur le volume de services), par capitation (effet sur la pertinence et la globalité des interventions sur un *continuum* de soins) et par forfait (effet sur la stabilisation des revenus professionnels). À cet égard, les modifications récentes de la rémunération des médecins de première ligne (bonification de l'acte pour clientèles inscrites et/ou vulnérables, forfait pour tâches administratives et de coordination) et de spécialistes de certains milieux (rémunération mixte couvrant un ensemble de tâches cliniques au-delà des actes facturables) sont vues comme des éléments facilitants qui ouvrent la porte à un raffinement de la rémunération plus cohérent avec l'approche par maladies chroniques.

Concernant un autre aspect de la rémunération médicale, l'absence de lien entre le paiement des professionnels et la performance de leur offre de services est aussi citée, par les experts consultés, comme un obstacle. Ceci serait dû autant au fait que les professionnels en général connaissent peu la qualité relative de leurs services et leur impact – sur des patients individuels ou sur des populations de patients – qu'à l'absence d'incitatifs à modifier leur offre de services. Plusieurs contextes internationaux (tels les États-Unis et le Royaume-Uni) expérimentent, avec un certain succès, le *pay for performance* via l'instauration de systèmes de bonification

des revenus conditionnelle à l'atteinte de certains objectifs de santé à l'échelle des clientèles. Les incitatifs externes – tels la bonification salariale basée sur l'atteinte de résultats et leur divulgation publique ou la reddition de compte (en faisant état de l'atteinte d'un résultat attendu) sur la qualité des soins auprès d'organisations d'accréditation – sont les facteurs les plus associés à l'emploi de processus de gestion organisée des soins en maladies chroniques [39].

#### **b) La rémunération des professionnels non médecins**

Au sujet des services offerts par d'autres professionnels de la santé que les médecins, les questionnements soulevés portent principalement sur deux aspects. Le premier concerne un manque de responsabilisation du financement de ces services auprès des entités de gestion clinique. Autant les cabinets privés que les unités des établissements sont peu impliqués dans la contractualisation des services pour leur clientèle. L'expérience britannique est mentionnée à cet égard – les *primary care trusts* gérant des budgets (*fundholding*) pour les soins complémentaires rendus en établissement ou dans le secteur privé. Une certaine dose de *fundholding* est perçue comme un levier manquant pour l'intégration des services pour les maladies chroniques.

Le second aspect concerne les limites du réseau public pour rencontrer les besoins de soins multidisciplinaires et l'incapacité de certaines personnes de consulter dans le réseau privé pour ces services. Un questionnement sur l'équité est soulevé concernant le risque que le CCM ne se concrétise réellement que pour les personnes plus favorisées économiquement. Dans le contexte québécois, les seuls services couverts par le régime public concernent les services rendus par les médecins et ceux prodigués en établissement. L'approche CCM, en contrepartie, implique la prestation de services multidisciplinaires dans la communauté ou en ambulatoire, avant que l'hospitalisation ne soit nécessaire. Présentement, ces services ne seraient accessibles qu'à ceux bénéficiant d'assurances complémentaires (pour les mieux nantis) ou des services des CSSS (pour ceux présentant un degré important d'incapacité).

#### **c) Le financement des organisations de soins**

Sur le plan du financement des institutions, une barrière demeure quant à l'absence d'intégration financière du système de santé. En effet, bien qu'il n'y ait qu'une seule source de revenu pour les institutions (le financement public), une multitude d'institutions de soins de courte durée, de longue durée, de santé communautaire et de santé publique, continuent de recevoir des budgets séparés, sans engagement de reddition de compte commune. Ceci incite peu à la collaboration

dans la planification, les réorientations budgétaires nécessaires dans un établissement étant rarement compensées par des ajustements dans d'autres types d'institutions. Notre système tend à fractionner la responsabilité financière plutôt qu'à l'intégrer, malgré les gains potentiels réalisés par les fusions d'établissements suivant la création des CSSS. Ces derniers sont perçus par plusieurs comme une assise sur laquelle il sera possible d'allouer les ressources davantage sur une base de population, mais les silos entre programmes dans la gestion des budgets (enveloppes budgétaires fermées) et les budgets de développement ciblé (fléchés) visant à réorienter l'organisation des soins, sont toujours présents. Ceci est particulièrement évident en ce qui concerne l'absence d'intégration économique entre la première et les autres lignes de soins.

Un autre élément a trait à la structure même du système de santé qui associe un appareil institutionnel public et un système de prestation médicale privé. Cet état de fait ferait en sorte que « la réponse aux besoins est d'un côté (les cliniciens) et la planification des ressources est de l'autre (les gestionnaires) ». Une grande proportion de l'appareil de prestation de soins – particulièrement en première ligne – serait ainsi financée publiquement sans être imputable aux institutions démocratiques pour leur fonctionnement. Cette indépendance clinique inciterait aussi peu à la performance organisationnelle, les bénéficiaires d'une meilleure gestion des soins étant récoltés par le financeur des soins plutôt que par le prestataire [40].

### **4. Éléments relatifs à la gouverne du système de santé**

#### **a) La gouverne clinique**

Plusieurs informateurs-clés soulignent des retards importants au Québec quant à la capacité de gouverne clinique dans le réseau de soins médicaux. Ces retards s'expriment par l'absence des structures nécessaires au soutien des décisions cliniques (systèmes d'information ; dossiers patients partageables ; élaboration de lignes directrices et protocoles de soins). Les experts consultés font consensus quant aux barrières que représentent les retards dans les systèmes d'information clinique, soit l'absence d'un dossier patient unique partageable et de systèmes d'information clinique. La littérature scientifique recensée souligne l'importance des systèmes d'information. Ils représentent les assises sur lesquelles une planification des soins, une évaluation de leurs impacts et une reddition de compte peuvent s'établir. Ils sont ainsi instrumentaux à l'implantation de certaines autres composantes du CCM [10]. Les technologies de l'information semblent particulièrement favoriser le dépistage, le *counselling* individuel et l'orientation vers des ressources communautaires [41]. L'implantation de système

d'information clinique – comme outil de soutien à la décision clinique – serait un des facteurs les plus positivement associés à la gestion intégrée des soins en maladies chroniques [39, 41].

### **b) La gouverne organisationnelle**

L'approche préconisée par le CCM (et particulièrement le *Expanded CCM*) appelle à une intégration des politiques régionales de santé relatives à divers programmes de services pour les personnes à risque de développer des maladies chroniques et les clientèles qui en sont atteintes. Divers experts soulignent, par contre, la persistance d'une culture organisationnelle de fonctionnement en silo au sein des organisations du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, ceci même à l'intérieur des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). À leur avis, cette culture freine l'intégration de la planification et de la prestation de soins au niveau régional. La résistance au changement de pratiques et la culture clinique demeurent les barrières les plus fréquemment citées dans la littérature face à l'implantation de tels modèles [32, 41].

Certains experts suggèrent que les associations professionnelles médicales jouent actuellement un rôle très mineur dans la planification et la gestion des services au Québec. Ce constat s'inscrit dans le climat de confrontation lié aux négociations salariales et aux législations adoptées pour réguler la pratique médicale. Ceci risque de freiner l'implication médicale dans l'organisation des services de santé. Or, cette implication est une composante du modèle et un élément propre aux organisations qui ont implanté cette approche à l'égard des maladies chroniques (e.g. HMOs; *Primary Care Trusts*). Une étude réalisée récemment identifie la participation des médecins dans les processus d'amélioration de la qualité des soins chroniques – par leur responsabilisation de la collection et de la réponse aux données cliniques – comme un élément facilitant majeur à l'implantation [42].

Finalement, plusieurs des experts consultés mentionnent que la culture organisationnelle est peu centrée sur l'évaluation de la performance au Québec. Alors que les collègues et ordres professionnels centrent leur analyse sur l'assurance minimale de la qualité et l'identification de mauvaises pratiques par leurs membres, peu d'attention est portée sur la qualité de la prise en charge globale de la santé dans la population et aucune intervention n'est faite pour susciter une modification des services offerts en fonction des besoins de santé.

### **c) La gouverne politique**

Le premier élément abordé lors de la consultation à l'égard de la gouverne politique du système de santé

porte sur l'adoption d'une approche relativement homogène dans l'implantation des interventions qui sont planifiées centralement, au niveau provincial. Un fort désir de standardisation des structures et des pratiques est perçu comme un élément freinant, d'une part, l'implantation de modèles intégrés de gestion des soins et, d'autre part, l'émergence de modèles innovateurs répondant aux besoins et conditions locaux. Certains experts suggèrent qu'une approche plus décentralisée et laissant place à l'innovation et à l'adaptation au niveau régional et local présenterait plus de chance de succès. Une étude récente soulignait, d'ailleurs, le besoin de donner de la latitude aux cabinets médicaux pour la mise en place du modèle organisationnel [43]. Toutefois, le besoin d'un leadership central – directeurs médicaux, présidents directeurs généraux – fort pour soutenir l'implantation des modèles intégrés, est aussi souligné [32]. L'absence de plan stratégique d'implantation dans les organisations et le manque de lien avec la première ligne ou d'autres composantes du système de santé ont en effet limité la portée et l'implantation à plus grande échelle de programmes de gestion des maladies chroniques développés en cabinets médicaux spécialisés ou dans des sites pilotes sélectionnés [32].

## **DISCUSSION**

### **1. Des résultats concordants entre experts et littérature scientifique**

L'ensemble des éléments rapportés dans cette étude illustre la complexité des systèmes de soins et les multiples interactions entre différents éléments de ces modèles. Divers auteurs ont d'ailleurs souligné qu'il est plus facile d'implanter des interventions cliniques ponctuelles – tels les guides de pratiques cliniques – que d'implanter des systèmes complexes de gestion de cas ou de gestion populationnelle de la maladie chronique [34, 41, 44]. Ultimement, 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 [25, 41].

Notre étude a recensé, dans la littérature scientifique, plus de cinquante articles publiés dans les dernières années et a procédé à l'analyse de onze entrevues semi-structurées auprès d'experts du système de santé ou des modèles de prévention et de gestion des maladies chroniques. Tel qu'en témoigne le tableau II, les observations rapportées dans les études recensées soutiennent généralement les constats issus de la consultation des experts interrogés sur le système de santé québécois.



Tableau II  
Recension d'éléments facilitants et barrières liés à l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques, tels qu'apportés par les experts consultés et la littérature scientifique.

Thème	Propos des experts – contexte québécois	Constats de la littérature – contexte international
<b>Éléments relatifs à la prestation de services individuels – La structuration du système de santé</b>		
<i>Éléments facilitants</i>	Création des CSSS <sup>a</sup> et RLS <sup>b</sup> et intégration de la santé publique dans les structures locales	Gestion systémique des services sur un <i>continuum</i> complet d'interventions Gestion de cas en première ligne de soins
<i>Barrières</i>	Organisation de trajectoires 1 <sup>re</sup> – 2 <sup>e</sup> lignes et protocoles de soins déficiente Absence de gestion de cas	Organisation actuelle des services de santé davantage axée sur une réponse rapide à des problèmes aigus Utilisation carencée des systèmes d'information cliniques Orientation du système centrée sur la relation patient-médecin Arrimage problématique entre médecine générale et médecine spécialisée, affectant la continuité des soins
<b>Éléments relatifs à la prestation des services individuels – La pratique professionnelle</b>		
<i>Éléments facilitants</i>	Réforme des institutions publiques permettant le rapprochement des réseaux de services de santé public et privé et la réorganisation des services de 1 <sup>re</sup> ligne Loi favorisant le partage des activités professionnelles	Création d'équipes interdisciplinaires et incitatifs au travail de groupe et à la visibilité des équipes traitantes
<i>Barrières</i>	Approche interdisciplinaire limitée, dans la pratique et la formation médicale Partage des responsabilités professionnelles limité dans sa mise en action	
<b>Éléments relatifs à la prestation de services collectifs</b>		
<i>Éléments facilitants</i>	Expertise de santé publique développée et structurée, en lien avec le réseau de services de santé (approche populationnelle)	Nécessité de créer des environnements favorables à la santé et de renforcer l'action communautaire
<i>Barrières</i>	Médecins peu formés en santé publique, affectant l'application des pratiques cliniques préventives	Intégration faible dans la pratique clinique quotidienne, de la prévention et de la prise en charge des composantes psychosociales de la santé Pratique clinique à haut débit complexifiant l'implantation d'innovations organisationnelles
<b>Éléments relatifs au financement du système de santé</b>		
<i>Éléments facilitants</i>		Financement cohérent et constant
<i>Barrières</i>		
<b>Éléments relatifs au financement du système de santé – La rémunération des médecins</b>		
<i>Éléments facilitants</i>	Rémunération mixte (à l'acte, par capitation et par forfait)	Rémunération par capitation
<i>Barrières</i>	Rémunération à l'acte freinant l'implantation de divers aspects des modèles intégrés Absence de lien entre le paiement des professionnels et la performance et la qualité de leurs services	Instauration de systèmes d'incitatifs à la performance et l'atteinte d'objectifs de santé Rémunération à l'acte Rémunération d'actes axés vers les soins aigus Systèmes liant le paiement des médecins à des actes précis et au nombre d'actes effectués
<b>Éléments relatifs au financement du système de santé – La rémunération des professionnels non médecins</b>		
<i>Éléments facilitants</i>		Budgets ( <i>fundholding</i> ) pour les soins complémentaires rendus en établissement ou dans le privé
<i>Barrières</i>	Financement déficient des services rendus par les professionnels non médecins Couverture publique des services limitée, n'incluant pas les soins multidisciplinaires	

Thème	Propos des experts – contexte québécois	Constats de la littérature – contexte international
<b>Éléments relatifs au financement du système de santé – Le financement des organisations de soins</b>		
<i>Éléments facilitants</i>	Fusion d'établissements (CSSS <sup>a</sup> ) permettant d'allouer les budgets sur une base populationnelle	
<i>Barrières</i>	Absence d'intégration financière du système de santé Association de l'appareil institutionnel public (financeur) à un système de prestation médicale privé	
<b>Éléments relatifs à la gouverne du système de santé – La gouverne clinique</b>		
<i>Éléments facilitants</i>		Présence de systèmes d'information cliniques
<i>Barrières</i>	Absence de structures nécessaires au soutien des décisions cliniques	
<b>Éléments relatifs à la gouverne du système de santé – La gouverne organisationnelle</b>		
<i>Éléments facilitants</i>		Intégration des politiques régionales de santé relatives à divers programmes de services Participation des médecins dans l'organisation des services de santé et les processus d'amélioration de la qualité des soins chroniques
<i>Barrières</i>	Persistance d'une culture organisationnelle de fonctionnement en silo Rôle mineur des associations professionnelles médicales dans la planification et la gestion des services de santé Culture organisationnelle peu centrée sur l'évaluation de la performance et la prise en charge en fonction des besoins des personnes	Résistance au changement de pratiques et culture clinique
<b>Éléments relatifs à la gouverne du système de santé – La gouverne politique</b>		
<i>Éléments facilitants</i>		Latitude donnée aux cabinets médicaux pour la mise en place de modèles organisationnels <i>Leadership</i> central soutenant l'implantation des modèles intégrés
<i>Barrières</i>	Standardisation des structures et pratiques (planification centralisée)	

a CSSS = centre de santé et de service sociaux. b RLS = réseau local de service.

## 2. Implication dans d'autres contextes

Une étude des grandes organisations américaines de soins médicaux (HMOs, *Medicare*, *Medicaid*, *Veterans health administration*) suggérait diverses barrières à l'implantation de système de gestion des soins. 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 production de soins de qualité et la résistance au changement des médecins ont ainsi été rapportés [45]. En contrepartie, cette même étude suggérait certains éléments facilitants comme la présence d'une culture organisationnelle soutenant l'amélioration de la qualité, l'existence d'un dossier patient électronique ou d'un système d'information clinique, le soutien des gestionnaires et la présence de leadership médical, le soutien d'organisations extérieures (dans ce contexte, les *health plans*) et la présence d'une planification organisationnelle stratégique [45].

Dans le contexte européen, la France a également entrepris, récemment, une réforme organisationnelle afin de

faire face à la nouvelle réalité teintée par le vieillissement de la population et la demande croissante de soins (particulièrement spécifiques aux maladies chroniques). Le projet de loi portant sur la réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, présente, comme axe principal de réforme, la création d'un acteur pivot régional du système de santé, les agences régionales de santé (ARS) qui devraient être implantées sous peu [46]. À cet égard, le concept même des ARS et les moyens dont elles disposeront pour mener à bien leur mission, ont été pensés en fonction du territoire et de la population pour laquelle elles auront la responsabilité, par le biais d'une politique régionale de santé (respectant des objectifs nationaux), de fournir, avec efficacité, accès et coordination des soins, et particulièrement ceux de premier recours, ainsi que des services de prévention de la santé (entre autres, en termes d'éducation thérapeutique au patient). À leur disposition seront mis des outils et moyens visant à faciliter la mise en place de ce système intégré de soins aidant à la prise en charge adaptée aux besoins de la population de chaque territoire. Ils permettront une organisation décloisonnée et un financement plus souples (fonctions des caractéristiques du territoire), une coopération facilitée et contractée

entre acteurs du territoire, la création de territoires de santé, la mise en place d'un projet régional de santé avec schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. À l'instar des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), ayant un rôle de coordination de réseaux locaux de soins et de services sociaux, notre étude suggère qu'une telle réorganisation des soins sur une base régionale pourrait faciliter l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Les évaluations de telles réorganisations dans deux contextes différents pourraient apporter un éclairage pertinent à ce sujet au cours des prochaines années.

### 3. Quelques limites

Dans l'ensemble, les articles recensés portaient principalement sur la description des modèles intégrés ainsi que sur l'analyse de leur implantation et de leur association avec la qualité des soins ou des effets sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques. 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 ou ont présenté une description des contextes politiques, sociaux et organisationnels dans lesquels s'inscrivaient ces démarches d'implantation du *Chronic care model*. De plus, des biais de publication – toujours présents dans la littérature – doivent être considérés, les études évaluatives ayant plus de chance d'être publiées si l'implantation a été réussie. Pourtant, nous bénéficierions d'apprendre de ces études – possiblement non complétées ou non publiées – et des projets n'ayant pas démarré ou complété leur implantation. Une autre limite provient du manque d'information dans la littérature et dans la consultation d'experts concernant certains éléments des modèles intégrés. Si la synthèse couvre amplement, par exemple, les aspects du cadre législatif et l'intégration des politiques, le support et le leadership des autorités, les systèmes d'amélioration de la performance et la participation des prestataires à la gestion, aucune barrière ou élément facilitant n'a pu être discuté en ce qui concerne le développement de politiques favorables à la santé ou l'aide à la décision en promotion et prévention. D'autres éléments n'ayant fait l'objet que d'un traitement partiel sont la réorientation des services vers la promotion et la prévention, la recherche et le renforcement des partenariats et la création des environnements favorables à la santé.

## CONCLUSION

Selon notre analyse, 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 des modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. Les barrières principales à l'implantation de tels modèles sont : les retards au niveau des systèmes d'information dans les milieux 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 ; ainsi qu'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 ces éléments facilitateurs, parfois corollaires des barrières ci-haut mentionnées : l'émergence de modèles d'organisation de première ligne compatibles avec la pratique de groupe (GMF, cliniques réseaux) ; 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 – pour soutenir le réseau médical et professionnel dans la prestation de soins aux maladies chroniques ; ainsi qu'un secteur de la santé publique développé et ayant identifié les maladies chroniques comme une priorité dans sa programmation nationale de services.

### Remerciements

*Les auteurs remercient les experts ayant participé à la consultation pour leur temps et le partage de leurs observations. Nous aimerions souligner la contribution de Mireille Paradis et d'Audrey Couture à la mise en forme des documents de projet.*

### Soutien financier

*Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).*

## RÉFÉRENCES

1. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, Vinicor F, Smith L, Norman J. If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. *Ann Behav Med.* 1999;21(2):159-170.
2. McKenna MT, Taylor WR, Marks JS, Koplan JP. Current issues and challenges in chronic disease control. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, eds. *Chronic Disease Epidemiology and Control.* 2nd ed. Washington (DC) : American Public Health Association; 1998. p. 1-26.
3. Rothenberg RB, Koplan JP. Chronic disease in the 1990s. *Annu Rev Public Health.* 1990;11:267-96.
4. Davis JR, Schwartz R, Wheeler F, Lancaster RB. Intervention methods for chronic disease control. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, eds. *Chronic Disease Epidemiology and Control.* 2nd ed. Washington (DC) : American Public Health Association; 1998. p. 77-116.
5. Wallace RB, Everett GD. Prevention of chronic illness. In: Maxcy-Roseneau-Last, eds. *Public Health and Preventive Medicine.* 13th ed. Norwalk: Appleton and Lange; 1992. p. 805-10.
6. Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, Holland W, McEwen J et al., eds. *Oxford Textbook of Public Health.* Third ed. New York: Oxford University Press; 1997. p. 3-17.
7. Wagner EH. Keynote address. NICS Heart Failure Forum 2004: National Institute of Clinical Studies; 2004. [<http://www.nhmrc.gov.au/nics/data/mediacache/87985001153824562147/NICS%20Heart%20Failure%20Forum%20Report.pdf>].
8. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood).* 2001;20(6):64-78.
9. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness. *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2-4.
10. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005;11:478-88.
11. Institute for Innovation and Improvement. *Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks.* Birmingham : University of Birmingham; 2006.
12. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Nelson CC, King DK, Crabtree BF, Glasgow RE. Use of Chronic Care Model elements is associated with higher-quality care for diabetes. *Ann Fam Med.* 2007;5(1):14-20.
13. Kirby MJL. *The health of Canadians – The federal role. Final report. Volume six: Recommendations for reform. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.* Ottawa : Queen's Printer for Canada; 2002.
14. Clair M. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.* Québec : Ministère de la santé et des services sociaux ; 2000.
15. Romanow RJ. *Building on values: the future of health Care in Canada.* Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
16. Sinclair D. *Primary Health Care Strategy. Health Services Restructuring Commission.* Toronto: Government of Ontario ; 1999.
17. Fyke KJ. *Caring for Medicare: sustaining a quality system. Commission on Medicare.* Regina: Government of Saskatchewan; 2001.
18. Mazankowski D. *A framework for reform. Premier's Advisory Council on Health for Alberta.* Edmonton: Premier's Advisory Council; 2001.
19. Jiwani I, Dubois CA. Canada. In: Nolte E, Knai C, McKee M, eds. *Managing chronic conditions: Experience in eight countries. Observatory Studies Series No 15. European Observatory on Health Systems Policies.* Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008. p. 161-81.
20. Conseil canadien de la santé. *Bien faire les choses : Études de cas de bonne gestion des maladies chroniques par des équipes de soins en santé primaires.* Toronto : Conseil canadien de la santé ; 2009.
21. The Commonwealth Fund. *The 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.* New York: The Commonwealth Fund; 2006.
22. The Commonwealth Fund. *The 2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.* New York: The Commonwealth Fund; 2007.
23. The Commonwealth Fund. *The 2008 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults.* New York: The Commonwealth Fund; 2008.
24. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant.* Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2000.
25. Anonyme. *Perspectives. Chronic Care Model: can we get there from here? Medicine & Health.* 2002;56(2):7-8.

26. Austin B, Wagner E, Hindmarsh M, Davis C. Elements of effective chronic care: A model for optimizing outcomes for the chronically ill. *Epilepsy Behav.* 2000;1(4):S15-S20.
27. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med.* 2003;138(2):256-61.
28. Stroebe RJ, Gloor B, Freytag S, Riegert-Johnson D, Smith SA, Huschka T, et al. Adapting the Chronic Care Model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J Health Care Poor Underserved.* 2005;16(2):286-96.
29. Schaeffer J, Davis C. Case management and the Chronic Care Model: A multidisciplinary role. *Lippincott's Case Manag.* 2004;9(2):96-103.
30. Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: Evaluating their effectiveness. *Dis Manag.* 2003;6(2):63-71.
31. Schmittdiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann Fam Med.* 2006;4(2):117-23.
32. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Manag Care Q.* 1999;7(3):56-66.
33. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *The Chronic Care Model, Part 2. JAMA.* 2002;288:1909-14.
34. 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.
35. Wolff JL, Boulton C. Moving beyond round pegs and square holes: restructuring Medicare to improve chronic care. *Ann Intern Med.* 2005;143:439-45.
36. Mohler PJ, Mohler NB. Improving Chronic Illness Care: lessons learned in a private practice. *Fam Pract Manag.* 2005;12(10):50-6.
37. Berenson RA, Horvath J. Confronting the barriers to chronic care management in Medicare. *Health Aff (Milwood).* 2003; Suppl Web Exclusives W3:37-53.
38. Fulton TR, Penney BC, Taft A. Exploring a Chronic Care Model in a regional healthcare context. *Healthc Manage Forum.* 2001;14(2):6-24.
39. Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittdiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC, et al. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA.* 2003;289(4):434-41.
40. Dorr DA, Wilcox A, Burns L, Brunner CP, Narus SP, Clayton PD. Implementing a multidisease Chronic Care Model in primary care using people and technology. *Dis Manag.* 2006;9(1):1-15.
41. Hung D, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking prevention in primary care: Applying the Chronic Care Model to address health risk behaviours. *Milbank Q.* 2007;85(1):69-91.
42. Siminerio L, Zgibor J, Solano FX. Implementing the Chronic Care Model for improvements in diabetes practice and outcomes in primary care: The University of Pittsburgh Medical Center Experience. *Clin Diabetes.* 2004;22(2):54-8.
43. Hroschickoski MC, Solberg LI, Sperl-Hillen JM, Harper PG, McGrail MP, Crabtree BF. Challenges of change: a qualitative study of Chronic Care Model implementation. *Ann Fam Med.* 2006;4(4):317-26.
44. Schmittdiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann Fam Med.* 2006;4(2):117-23.
45. Rundall TJ, Shortell SM, Wang MC, Casalino L, Bodenheimer T, Gillies RR, et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organisations. *BMJ.* 2002;325:958-61.
46. République Française. Loi 2009-1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Paris : Assemblée nationale : 28 octobre 2008.
47. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002.



Annexe A  
Grille d'analyse de la littérature.

---

1. Organisation de l'offre et de la prestation de services (*Delivery system design*)

---

- 1.1 Travail en équipe multidisciplinaire
  - 1.2 Coordination dans la prestation des services
  - 1.3 Suivi proactif des patients (dont changement dans le système de visites)
  - 1.4 Conception d'une fonction de gestion de cas
  - 1.5 Infirmière praticienne comme intervenant pivot (NHS)
- 

2. Autogestion des soins

---

- 2.1 Éducation des patients (ex. : programme de patient expert – NHS)
  - 2.2 Support psychosocial
  - 2.3 Évaluation des capacités de la personne à autogérer sa maladie
  - 2.4 Développement d'outils et de ressources favorisant l'autogestion (ex. : site web – BC)
  - 2.5 Prise de décision reposant sur une collaboration active entre clinicien et patient
  - 2.6 Disponibilité de directives et de points de repère sur la maladie pour le patient
- 

3. Aide à la décision clinique

---

- 3.1 Formation continue aux prestataires de soins (ex. : site web –BC)
  - 3.2 Mécanismes de consultation des spécialistes pour les intervenants de première ligne
  - 3.3 Institutionnalisation de guides et de protocoles clinique (pratiques cliniques probantes)
- 

4. Systèmes d'information clinique

---

- 4.1 Dossier patient partageable (registre des patients)
  - 4.2 Disponibilité et utilisation de l'information clinique pour la gestion de cas
  - 4.3 Rétroaction sur la base de la performance clinique
- 

5. Ressources communautaires

---

- 5.1 Établissement de liens étroits avec les organisations communautaires pour les patients
- 

6. Organisation générale du système de santé

---

- 6.1 Support et leadership des autorités
  - 6.2 Participation directe des prestataires de services dans la gestion du système
  - 6.3 Système d'amélioration continue et de performance clinique (ex. : développement de mesures/indicateurs de performance - BC)
  - 6.4 Autres actions / rôles supportés par l'OMS : Financement constant et cohérent ; Développement des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant ; Cadre législatif ; Recherche et renforcement des partenariats ; Intégration des politiques
- 

7. Promotion de la santé de la population (ECCC)

---

- 7.1 Développement des habilités et capacités individuelles de promotion et prévention de la santé
  - 7.2 Aide à la décision en promotion et prévention
  - 7.3 Réorientation des services de santé vers la promotion et la prévention
  - 7.4 Système d'information incluant des données de santé communautaire
  - 7.5 Renforcement de l'action communautaire pour la santé de la population
  - 7.6 Développement et implantation de politiques pour améliorer la santé de la population
  - 7.7 Création d'environnements de vie et de travail propices à la santé
-

## Annexe B

### Grille des entrevues des experts.

---

#### Questions d'introduction :

---

1. Brièvement, quelle est votre conception du *Chronic care model* ou du *Expanded chronic care model* ?
  2. Quelle serait la barrière la plus importante pour l'implantation du modèle selon vous ?
  3. Quel serait le facilitant le plus important pour l'implantation du modèle selon vous ?
- 

#### Questions par fonction du système de santé et spécificité québécoise :

---

##### A. Administration générale / gouvernance (MSSS, RLSSS, CSSS)

---

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– conception globale du système</li> <li>– définition des priorités (priorités actuelles)</li> <li>– action de sensibilisation intersectorielle</li> <li>– réglementation</li> <li>– évaluation de la performance</li> <li>– protection du consommateur</li> </ul> | <p>Q. : Est-ce qu'il y a des aspects de la gouvernance et de l'administration générale du système de santé qui seraient des barrières ou des facilitants pour l'implantation du modèle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– est-ce qu'il y a des aspects législatifs particuliers qui sont des barrières ou facilitants ?</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 

##### B. Financement

---

- |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– services publics <i>vs</i> privés</li> <li>– achat des services de santé</li> <li>– FFS et salaire pour les médecins (actes rémunérés ou non)</li> <li>– rémunération des autres professionnels</li> </ul> | <p>Q. : Par rapport au financement, qu'est-ce qui pourrait constituer une barrière ou un facilitant dans notre contexte ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le paiement des médecins est-il favorable ?</li> <li>– ...la rémunération par salaire ?</li> <li>– ...la rémunération des autres professionnels de la santé ?</li> <li>– ...le financement des institutions en soi ?</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 

##### C. Prestations des services de santé individuels (cabinet privé, CLSC, GMF)

---

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– fonctionnement interne (gestion et plan clinique) des organismes prestataires</li> <li>– composition des effectifs cliniques</li> <li>– relations entre organismes prestataires (présence de réseau)</li> <li>– lien entre généralistes et spécialistes</li> </ul> | <p>Q. : Est-ce qu'on a les organisations de première ligne nécessaires pour l'implantation du modèle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le modèle organisationnel le plus commun, soit la clinique privée, est-il une barrière ou un facilitant ?</li> <li>– les nouveaux modèles d'organisation sont-ils porteurs ? Caractéristiques particulières favorables ?</li> <li>– la disponibilité des effectifs cliniques et la composition des équipes sont-elles favorables ?</li> <li>– les liens actuels entre la première et la deuxième ligne sont-ils favorables ?</li> <li>– quels sont les barrières ou facilitants au développement de la fonction de gestion de cas ?</li> <li>– ...à l'autogestion des soins dans la prestation actuelle de services ?</li> <li>– ...à l'aide à la décision clinique dans la prestation actuelle de services ?</li> <li>– ...au développement des liens entre les prestataires de services et les ressources communautaires ?</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 

##### D. Prestations des services de santé collectif

---

- |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– organismes prestataires (DSP, organismes communautaires)</li> <li>– niveau d'intégration de la prestation de services individuels et collectifs</li> </ul> | <p>Q. : Est-ce qu'il y a des barrières ou des facilitants pour l'implantation des aspects de promotion de la santé et de prévention du <i>Chronic care model</i> ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– quelles sont les barrières ou facilitants pour développer des habiletés et capacités individuelles de promotion et prévention de la santé ?</li> <li>– ...pour renforcer l'action communautaire pour la santé de la population ?</li> <li>– ...pour le développement et l'implantation de politiques pour améliorer la santé de la population ?</li> <li>– est-ce qu'il y a une volonté de la santé publique de se rapprocher de la clinique ?</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 

##### E. Création des ressources

---

- |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– personnel (médecins, infirmières, travailleurs de la santé)</li> <li>– équipement (IT)</li> <li>– savoir (planification)</li> </ul> | <p>Q. : Est-ce que le développement des ressources humaines, des ressources technologiques et des connaissances est adéquat pour l'implantation du modèle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– quels sont les barrières ou facilitants pour le développement d'un registre de patients ou de dossier partageable ?</li> <li>– ...pour avoir des intervenants pivot comme des infirmières praticiennes ?</li> <li>– ...pour un système d'amélioration continue et de performance ?</li> <li>– est-ce qu'il y a d'autres innovations particulières qui pourraient faciliter l'implantation du modèle ?</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 

##### F. Autres dimensions

---

- |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– facteurs extérieurs au système de santé (ex. attitude générale du gouvernement)</li> <li>– caractéristiques de la population</li> <li>– éléments contextuels</li> </ul> | <p>Q. : Est-ce qu'il y a d'autres dimensions que nous n'avons pas abordées qui seraient favorables ou défavorables au développement du modèle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le contexte actuel ?</li> <li>– la réalité politique ?</li> <li>– les caractéristiques de la population ?</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

