



Maladies chroniques et réseaux de soins: l'exemple de Kaiser Permanente

Rev Med Suisse 2008; 4: 2040-3

A. Slama-Chaudhry
P. Schaller
M.-A. Raetzo
J.-M. Gaspoz

Dr Anbreen Slama-Chaudhry
Pr Jean-Michel Gaspoz
 Service de médecine de premier recours
 Département de médecine communautaire et de premier recours
 HUG, 1211 Genève 14
 anbreen.slama-chaudhry@hcuge.ch
 jean-michel.gaspoz@hcuge.ch

Drs Philippe Schaller
et Marc-André Raetzo
 Groupe médical d'Onex
 3, rte de Loëx, 1213 Onex
 philippe.schaller@bluewin.ch
 raetzo@gmo.ch

Chronic diseases and integrated health care delivery system: the example of Kaiser Permanente

Kaiser Permanente (California, Etats-Unis) is an integrated health care delivery system, particularly in what is related to the management of chronic conditions. This article describes the strategies developed by this organization in order to improve the quality of care of patients suffering from chronic diseases, through coordination of care, enhancement of a team based approach, self-management education programs, and patient involvement and empowerment.

La «Kaiser Permanente», en Californie, est un réseau de soins intégrés, particulièrement concernant la prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques. Cet article décrit les différentes stratégies mises en place par cette organisation de soins pour améliorer le suivi de ces patients grâce à l'action coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire autour du médecin de premier recours, et ainsi augmenter la qualité de cette prise en charge. Le traitement des affections chroniques passant par une modification du comportement quotidien, de nombreux moyens sont mis à disposition des patients pour que ceux-ci jouent un rôle central dans la gestion de leur maladie.

INTRODUCTION

Les maladies chroniques comprennent, selon l'OMS, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les maladies respiratoires chroniques (BPCO, asthme), et le diabète; elles sont la première cause de décès dans le monde.¹ Ces pathologies ont en commun certaines caractéristiques: elles nécessitent un traitement au long cours et engendrent des coûts élevés du fait de la consommation fréquente de prestataires de soins (aigus dans les hôpitaux ou chroniques chez les médecins traitants généralistes ou spécialistes). En raison de la multiplicité des professionnels impliqués aux compétences très différentes, la prise en charge des affections chroniques exige une coopération entre les divers acteurs des soins, ainsi que la mise sur pied de stratégies coordonnées sur le moyen et le long terme: il s'agit de développer une approche thérapeutique nouvelle avec responsabilisation et éducation du patient, et coordination des soins entre sa communauté, le médecin de famille et les hôpitaux.

FILIÈRES ET RÉSEAUX

Le système de santé actuel repose essentiellement sur un modèle de soins basé sur le traitement des affections aiguës. Concernant les affections chroniques, de nombreux MPR (Médecins de premier recours) pensent travailler en réseau et appliquer, dans une certaine mesure, des soins intégrés. Il existe pourtant une différence entre le travail en réseau et celui correspondant à une filière de soins.²

Une *filière de soins* est la trajectoire du patient cheminant à travers différents intervenants successifs, par un système d'adressage. L'organisation en filière respecte l'indépendance des acteurs, la continuité étant assurée par le patient porteur du message (courrier ou compte-rendu). Les intervenants se succèdent, prodiguent des soins de manière indépendante, communiquent par compte-rendu, et les patients progressent d'un prestataire de soins à l'autre (par exemple: MPR, diabétologue, diététicienne, etc.).

Un *réseau de soins* implique une organisation de l'offre des soins. Il est caracté-



risé par des individus (patients, soignants, financeurs) et des outils (référentiels de pratique, dossier de patients, système d'information, modalités de financement, système de management, procédures d'évaluation). L'objectif du réseau est la coordination et la coopération entre ces différents acteurs, dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient. Les réseaux peuvent être structurés autour d'une pathologie (diabète, VIH/sida, cancer, etc.) ou sur un espace géographique (communes, ville). Un «réseau de soins» devient un «réseau de santé» lorsque celui-ci comporte également prévention et promotion de la santé.

SOINS INTÉGRÉS

Un modèle de soins proposé pour un meilleur suivi des maladies chroniques est celui des soins intégrés, tel que pratiqué par Kaiser Permanente.³⁻⁶ Ce modèle fait appel à des équipes multidisciplinaires et comporte des interventions portant sur l'organisation des soins, sur le système des soins, ainsi que sur la prise en charge par le patient lui-même de sa maladie (patient self-care). Celui-ci n'a plus le rôle d'un bénéficiaire passif, mais celui d'un acteur central, le système étant orienté autour du patient et de son entourage social. Le traitement des affections chroniques passe également par une modification du comportement quotidien et de l'hygiène de vie. Les différentes étapes qui échelonnent le soin des affections chroniques font intervenir des compétences en communication et des techniques permettant de faire évoluer les comportements. Ce rôle n'incombe pas forcément au médecin traitant et pourrait aussi bien être assumé par des infirmières cliniques spécialisées et formées en la matière.

SOINS INTÉGRÉS SELON KAISER PERMANENTE

Développé en Californie (Etats-Unis) dans les années

cinquante, le réseau Kaiser Permanente est une association entre une compagnie d'assurance maladie, une fondation d'hôpitaux (toutes deux sans but lucratif) et un large groupe de *médecins Permanente* indépendants.

Ce réseau de soins intégrés se base sur un modèle d'organisation médicale qui permet de concilier qualité de suivi du patient souffrant d'affection chronique, concordance des pratiques médicales avec les évidences provenant de la littérature et efficience économique. Un axe prioritaire est celui de la médecine préventive : leur programme d'éducation du patient pour la réduction du tabagisme a permis une diminution des dépenses de santé occasionnées par les infarctus du myocarde et une diminution de la prévalence du tabagisme en Californie (parmi leurs assurés) supérieure à celle observée dans le reste des Etats-Unis.⁷

L'approche Kaiser Permanente est basée sur une série de stratégies, à différents niveaux organisationnels (figure 1).

Le concept clé est celui du *patient* comme étant le *premier pourvoyeur de soins* de santé primaires. En effet, 80% des symptômes médicaux sont diagnostiqués et traités sans que le patient ne sollicite le système de soins et seulement 20% des pathologies sont référées à des professionnels. Non seulement diverses stratégies sont mises en place pour renforcer la capacité des patients à être leurs propres pourvoyeurs de soins, mais ceux-ci sont traités en véritables partenaires dans la prise en charge de leur santé.

L'accès à l'information et l'éducation du patient sont des axes essentiels de leur stratégie. Nous citerons pour exemple un livre destiné aux patients intitulé : *Kaiser Permanente Healthwise Handbook: a self-care guide to getting and staying healthy*,⁸ qui décrit les procédures à appliquer lors de diverses situations cliniques (graves et moins graves), ainsi qu'un chapitre entier consacré à «comment vivre mieux avec une maladie chronique», détaillant de manière illustrée ce que le patient doit faire face à une maladie chronique respiratoire telle que l'asthme ou la BPCO, ou encore la dépres-

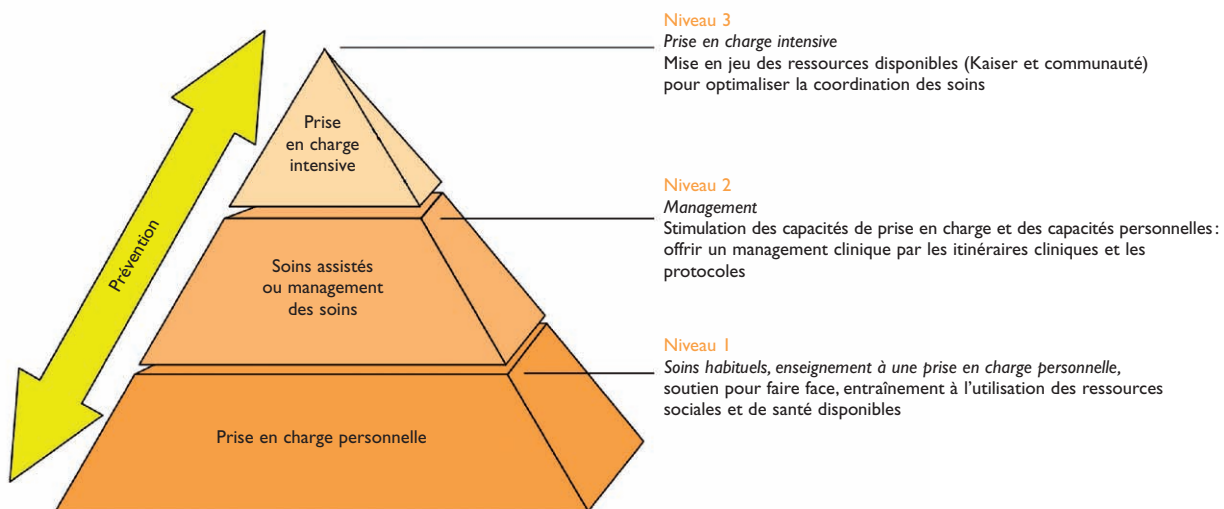


Figure 1. «Triangle Kaiser» illustrant les différents niveaux des soins chroniques



sion ou le diabète. Un chapitre didactique est consacré aux mesures de prévention et promotion de la santé.

L'apprentissage de l'autogestion est favorisé via une éducation des patients en groupe par du personnel spécialisé. Tous les centres médicaux disposent d'un Learning Center (brochures d'information, films sur la prévention/promotion de la santé, informations sur internet, etc.).

L'accès aux soins est également facilité pour les patients. Une ligne téléphonique leur propose des informations pré-enregistrées (en anglais et en espagnol) sur plus de 200 sujets de santé. De même, une infirmière joignable en tout temps aide dans le choix entre consulter le MPR ou un service d'urgences. Les patients souhaitant avoir l'avis de leur médecin ont la possibilité de le joindre par courrier électronique, du temps étant dévolu pour des consultations online.

L'accès aux services est rendu pratique par le regroupement physique des diverses activités dans un même lieu. Les centres KP sont organisés en cabinets de groupe, comportant des généralistes et un certain nombre de spécialistes parmi les plus sollicités, tels que cardiologue ou rhumatologue. Le centre de radiologie et le laboratoire font également partie du complexe. Souvent, un centre de physiothérapie/ergothérapie complète la palette de soins, proposant une variété de cours (yoga, sophrologie, etc.) auxquels l'inscription peut se faire à prix modique pour les assurés.

Une pharmacie est présente dans tous les centres médicaux KP: les pharmaciens responsables sélectionnent les médicaments les plus appropriés (d'après les données actualisées de la littérature), les meilleurs marchés et négocient les meilleurs prix lors d'achat en gros. Ils sont vigilants quant aux effets secondaires et interactions médicamenteuses potentiels, et délivrent un service individualisé au patient.

La planification des soins est un des éléments les plus importants de la prise en charge des affections chroniques. Le développement de protocoles de soins standards (guidelines, clinical evidence database) établis pour l'ensemble des médecins pratiquant dans la structure KP, et basés sur des données médicales solides, permet de réduire les consultations inutilement référées au spécialiste. L'établissement d'itinéraires cliniques (clinical pathways) limite les temps d'hospitalisation et les admissions non planifiées. Une des stratégies consiste à identifier les patients les plus à risque de complications (disease management), et les plus complexes ou les plus vulnérables, présentant un risque élevé d'hospitalisation (case management). Ces patients font l'objet d'un suivi spécifique par une équipe particulière en collaboration avec leur MPR.

La collaboration entre les divers acteurs de soins est rendue aisée par leur regroupement en cabinets de groupe. La coopération étroite entre généralistes et spécialistes, élément clé de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques, permet un raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Le partenariat avec le personnel infirmier (infirmières cliniques spécialisées) permet de déléguer un certain nombre de charges traditionnellement accomplies par le médecin (prévention, enseignement thérapeutique, etc.). Le travail coordonné implique également celui des acteurs de soins communautaires.

Les outils mis à disposition des soignants sont essentiellement basés sur un réseau informatique développé reliant les centres KP entre eux et rendant l'information accessible à tous les acteurs de soins. Le dossier médical informatisé permet d'établir un système électronique de rappel pour prévenir le patient ou le médecin de telle procédure (par exemple: prévention) à faire, et offre également une possibilité de monitoring.

La formation des médecins est privilégiée par des colloques réguliers donnés par les spécialistes rappelant aux MPR les indications à référer un patient pour une prise en charge spécialisée, et les nombreuses situations où le généraliste est à même de soigner ses patients sans en référer au spécialiste. La formation continue des soignants permet de baser leur pratique sur des données scientifiques en actualisant leurs connaissances. Le partage avec les professionnels d'un même centre s'occupant des mêmes patients ou des mêmes pathologies est également valorisé.

RECHERCHE ET ÉVALUATION DU RÉSEAU

Le dossier informatisé aidant, un accent particulier est mis sur la récolte et le monitoring des données. Pour évaluer l'impact de la prise en charge en réseau sur le patient et son devenir, il est nécessaire d'associer les mesures cliniques objectives de type indicateur quantitatif et les mesures subjectives d'évaluation de la satisfaction et la qualité de vie du patient.⁹

Les objectifs (critères) du réseau sont évalués via des indicateurs cliniques permettant de quantifier des mesures objectives. Par exemple, si le critère est celui d'avoir un diabète équilibré, l'indicateur sera le pourcentage de diabétiques dont le taux de HbA_{1c} est supérieur ou égal à 7. Si l'objectif fixé est d'évaluer le pourcentage de patients qui connaissent leur maladie, les indicateurs porteront sur le nombre de patients connaissant l'attitude à adopter face à un exercice sportif ou en cas d'hypoglycémie. Les mesures subjectives portent sur la satisfaction des patients, critère de qualité des soins. Tous les collaborateurs des centres KP sont encouragés à développer la recherche dans leur domaine, ainsi que l'évaluation régulière de leur pratique.

CONCLUSION

Un réseau de soins se base sur une démarche fondée sur la prise en charge globale du patient, en proposant une coordination des diverses activités de soins. Le système de santé actuel est axé sur la prise en charge de la pathologie et non du patient, et doit évoluer vers une prise en charge globale de celui-ci.

Le réseau de santé tel que pratiqué par Kaiser Permanente a démontré que le fait de promouvoir une coordination et une coopération interdisciplinaires entre professionnels de la santé profite à chacun des partenaires et engendre des économies. Cette pratique centrée sur le patient et l'implication de celui-ci à chaque étape de la prise en charge de sa santé s'est avérée efficace et est vécue comme plus satisfaisante que l'approche traditionnelle.



Implications pratiques

- > L'implication et l'éducation du patient sont des éléments clés dans le soin des maladies chroniques
- > La collaboration et la coordination entre les nombreux acteurs de soins permettent une meilleure prise en charge globale du patient
- > La prévention et la promotion de la santé sont efficaces dans la réduction des coûts dus aux complications des maladies chroniques
- > Il existe de nombreux outils pouvant être mis en place pour assurer un suivi optimal des patients souffrant de maladies chroniques

Bibliographie

- 1 Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, OMS – Agence de santé publique du Canada, 2006.
- 2 * Schweyer FX, Levasseur G, Pawlikowska T. Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes. Rennes : Ed. Nationale de la santé publique, 2002;35.
- 3 Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs : rapport mondial, Maladies non transmissibles et santé mentale. OMS, 2003.
- 4 Kaiser Permanente study tour. San Francisco, California – USA, 2007 oct.
- 5 ** Singh D. Transforming chronic care, evidence about improving care for people with long-term conditions. The University of Birmingham health services management center, 2005.
- 6 ** Aelony Y, Tschopp JM. Un grand réseau de soins médicaux intégrés : l'exemple de Kaiser Permanente en Californie. Témoignage d'un praticien. Rev Med Suisse 2007;3:484-8.
- 7 Kaiser Permanente member health survey, 2005.
- 8 * Kaiser Permanente healthwise handbook: A self-care guide to getting and staying healthy. Healthwise and Kaiser Permanente, 2006.
- 9 Bourgueil Y, et al. L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations. CREDES – Groupe Image Ensp, 2001.

* à lire
** à lire absolument