



Le «Chronic care model» en médecine de famille en Suisse*

Rev Med Suisse 2010; 6: 1016-9

C. Steurer-Stey
A. Frei
T. Rosemann

PD Dr med. Claudia Steurer-Stey
Dr phil. Anja Frei
Pr Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin,
Universität Zürich
Universitätsklinik Zürich
Sonneggstrasse 6
8091 Zürich
claudia.stey@usz.ch
Anja.Frei@usz.ch
Thomas.Rosemann@usz.ch

The Chronic care model in Swiss primary care

The care of patients with chronic disease is one of the most urgent medical challenges of actual society.

The chronic care model (CCM) is an organizational, proactive approach for chronic disease in primary care. The system creates practical, supportive, evidence-based interactions between an informed, activated patient and a proactive practice team. CCM identifies six essential elements of high-quality health care: community; health system; self-management support; delivery system design; decision support, and clinical information systems.

The article summarizes the evidence on the CCM, the adoption and implications for successful implementation into the Swiss health care system.

* Un projet de l'Institut universitaire de médecine générale de Zurich

Les soins aux patients avec maladies chroniques sont certainement l'un des principaux défis de notre société moderne.

Le «Chronic care model» (CCM) est une approche organisationnelle des malades chroniques en médecine de famille. Le système permet la création d'un support pratique, proactif, basé sur la médecine fondée sur les preuves. Il associe un patient informé et une équipe médicale spécialement formée. Le CCM identifie six éléments essentiels pour un soin de haute qualité: communauté, système de santé, autogestion des patients, informations de la médecine fondée sur les preuves destinées à soutenir les décisions cliniques, processus de travail structurés et systèmes d'information clinique.

Cet article résume les apports du CCM. Il discute les adaptations et implications nécessaires à la mise en place de ce modèle dans le système de santé suisse.

INTRODUCTION

Les maladies chroniques sont actuellement la première cause de décès et de morbidité à l'échelle mondiale. Dans les trente prochaines années, un tiers de la population européenne sera âgé de plus de 60 ans. Cette évolution démographique et médicale entraînera certainement une nouvelle augmentation des maladies chroniques. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 43% de toute la population et 70% des plus de 65 ans sont atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Les maladies cardiovasculaires et pulmonaires chroniques, les cancers et les dépressions sont les pathologies les plus fréquentes. En Europe et aux Etats-Unis, actuellement, 70% des coûts de la santé concernent les maladies chroniques et la multimorbidité.¹ Malgré des progrès thérapeutiques indiscutables dans de nombreuses maladies, la littérature montre que les patients ne bénéficient pas toujours des meilleurs soins par rapport à leur affection chronique et leurs propres besoins.² Le «Chronic care model» (CCM) ou modèle de soins des malades chroniques, conçu comme un appui aux soins en médecine de famille, est destiné à améliorer le pronostic et la prise en charge de ces patients (figure 1).³ L'élément principal est l'approche proactive: le médecin fixe expressément un rendez-vous de suivi médical avec son patient, sans attendre la survenue d'un épisode aigu. En effet, notre quotidien est encore souvent dominé par des approches réactives en cas de complications ou d'une péjoration de l'état du patient. Il arrive alors fréquemment qu'un dommage irréparable soit déjà intervenu, tout particulièrement chez les malades chroniques. Les bases scientifiques du CCM proviennent d'un article de revue systématique sur les interventions destinées à améliorer les soins aux malades chroniques.⁴ Cette évaluation ainsi qu'une revue systématique Cochrane ont montré que les éléments du CCM, que nous expliquerons en détail plus bas, ont apporté une amélioration significative des paramètres de suivi (tels que le nombre de contrôles du fond d'œil chez les diabétiques) mais surtout des paramètres cliniques (tension artérielle, HbA1c, qualité de vie, etc.).⁵ Il est intéressant de constater que des modifications

monétaires chroniques, les cancers et les dépressions sont les pathologies les plus fréquentes. En Europe et aux Etats-Unis, actuellement, 70% des coûts de la santé concernent les maladies chroniques et la multimorbidité.¹ Malgré des progrès thérapeutiques indiscutables dans de nombreuses maladies, la littérature montre que les patients ne bénéficient pas toujours des meilleurs soins par rapport à leur affection chronique et leurs propres besoins.² Le «Chronic care model» (CCM) ou modèle de soins des malades chroniques, conçu comme un appui aux soins en médecine de famille, est destiné à améliorer le pronostic et la prise en charge de ces patients (figure 1).³ L'élément principal est l'approche proactive: le médecin fixe expressément un rendez-vous de suivi médical avec son patient, sans attendre la survenue d'un épisode aigu. En effet, notre quotidien est encore souvent dominé par des approches réactives en cas de complications ou d'une péjoration de l'état du patient. Il arrive alors fréquemment qu'un dommage irréparable soit déjà intervenu, tout particulièrement chez les malades chroniques. Les bases scientifiques du CCM proviennent d'un article de revue systématique sur les interventions destinées à améliorer les soins aux malades chroniques.⁴ Cette évaluation ainsi qu'une revue systématique Cochrane ont montré que les éléments du CCM, que nous expliquerons en détail plus bas, ont apporté une amélioration significative des paramètres de suivi (tels que le nombre de contrôles du fond d'œil chez les diabétiques) mais surtout des paramètres cliniques (tension artérielle, HbA1c, qualité de vie, etc.).⁵ Il est intéressant de constater que des modifications

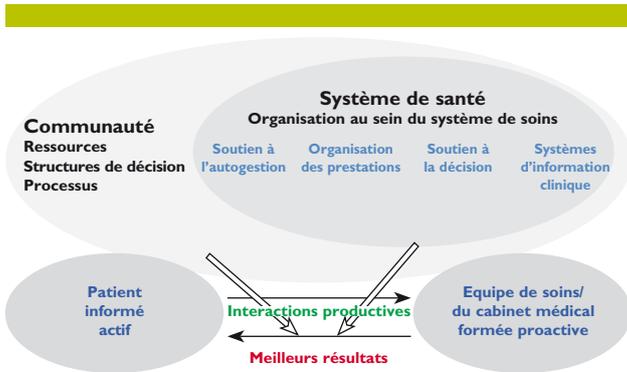


Figure 1. Modèle de soins aux malades chroniques
(Adaptée de réf.³).

du fonctionnement de l'équipe du cabinet permettent d'abaisser l'HbA1c en moyenne de 0,6%, comme le démontre un ensemble de 26 études.⁶ Les ajustements médicamenteux n'obtiennent de résultats comparables qu'à un coût bien plus élevé, et sont plus susceptibles d'entraîner des effets secondaires.

Aux Etats-Unis, au Pays-Bas et au Danemark, l'approche du CCM est largement répandue et fait partie intégrante du modèle du Patient Centered Medical Home (PCMH).^{7,8}

ÉLÉMENTS DU MODÈLE DE SOINS AUX MALADES CHRONIQUES

Les six éléments qui font partie du CCM sont les suivants:

1. Système de santé.
2. Autogestion des patients.
3. Informations de la médecine fondée sur les preuves, destinées à soutenir les décisions cliniques.
4. Processus de travail structurés.
5. Systèmes d'information clinique.
6. Communauté.

Système de santé

Le système de santé reflète la motivation à appliquer le CCM à l'ensemble de l'organisation. L'équipe comprend des responsables médicaux bien visibles faisant preuve d'un grand engagement. Ces derniers présentent des incitations basées sur la qualité des soins. Ils encouragent à appliquer des stratégies d'amélioration pour une mutation complète du système. Ils encouragent à améliorer les soins à partir de la gestion systématique des erreurs et des problèmes de qualité. Ils développent la coordination des soins au sein de l'organisation et entre les organisations.

Soutien à l'autogestion

Le contrôle de la maladie dépend dans une large mesure de l'autogestion efficace du patient.^{9,10} L'autogestion signifie la reconnaissance que le patient se situe au cœur de la gestion de sa propre maladie et qu'il faut l'encourager à endosser ce rôle. Cela signifie aussi qu'il faut utiliser des programmes d'informations et de connaissances de base, et qu'il est nécessaire de lui transmettre des stratégies permettant de mieux vivre avec sa maladie chronique. L'objectif est de renforcer le rôle du patient afin qu'il ac-

quière les compétences et l'attitude responsable nécessaires pour maîtriser sa maladie au quotidien sur les plans physique, émotionnel et social.^{11,12} Pour cela, l'équipe du cabinet médical travaille en collaboration étroite avec le patient afin d'élaborer des objectifs réalistes, contrôlés régulièrement. Une autogestion efficace diminue les complications et les symptômes; elle contribue ainsi à maintenir une meilleure qualité de vie.

Informations issues de la médecine fondée sur les preuves, destinées à soutenir les décisions cliniques

Les décisions cliniques sont soutenues par des directives basées sur les faits scientifiques, à l'intention des médecins et des patients. Afin d'obtenir une meilleure coopération entre les spécialistes des différentes disciplines médicales et les soignants, des protocoles doivent être élaborés qui décrivent les interfaces nécessaires selon la complexité du problème de santé et de la demande de soins.^{13,14}

Processus de travail structurés

La gestion efficace des maladies chroniques amène des modifications dans l'organisation pratique. Un bon partage du travail et des responsabilités au sein de l'équipe du cabinet médical est essentiel pour le bon déroulement au quotidien des soins aux patients. Les professionnels médicaux formés à cet effet pourront, entre autres, offrir des cours pédagogiques spécialement destinés aux patients ou des suivis réguliers sous forme de gestion par cas (*case management*).^{15,16}

Systèmes d'information clinique

Les systèmes d'information, en principe électroniques, doivent pouvoir fournir des données à l'équipe, directement utilisables sur le patient ainsi qu'une vue d'ensemble de son évolution à long terme. En outre, ces systèmes permettent de démontrer l'évolution de la qualité au sein de l'équipe du cabinet médical; ces informations peuvent servir de base de réflexion sur le propre travail du cabinet.^{17,18}

Par des incitations différenciées, le cabinet peut améliorer sa qualité.¹⁹

Communauté

Le cabinet médical s'insère dans la communauté qu'il entoure. Sa mise en réseau avec le système de soins et les ressources communales, par exemple les activités sportives ou les groupes d'entraide, font partie du CCM. Les offres de soins sur un plan plus large, telles que les campagnes de prévention sur des sujets spécifiques, vont également dans ce sens.

EST-CE QUE LE CCM AMÉLIORERA LA PRISE EN CHARGE DES MALADES CHRONIQUES?

De nombreuses études mettent bien en évidence l'amélioration des processus de soins et des résultats cliniques à travers la réalisation du CCM.²⁰⁻²² Il est à noter que la plupart de ces études ont été réalisées par des équipes de santé fortement structurées et centralisées (principalement type HMO aux Etats-Unis).



Il est donc important de se poser la question suivante : peut-on transférer le CCM dans le système de santé suisse ?

PEUT-ON TRANSFÉRER LE CCM DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE ?

La majorité des études démontrant l'utilité du CCM ont été réalisées dans des pays dont le système de santé diffère fortement de celui en vigueur en Suisse. Il reste donc à examiner quels sont les éléments que l'on peut mettre en œuvre en Suisse sans problème. Il semble évident que les milieux politiques doivent favoriser cette voie par des mesures incitatives. L'amélioration de la qualité des soins mérite clairement d'être mieux considérée. Malheureusement, les milieux politiques continuent de sous-estimer le potentiel caché dans l'organisation des soins. Leurs efforts mettent la priorité aux innovations médicamenteuses ou techniques. C'est pourquoi il est nécessaire de disposer d'une recherche autonome en médecine de famille afin d'examiner ces approches et leur mise en œuvre de manière rigoureuse. Ce point sera essentiel pour l'avenir de la médecine de famille : il s'agit bien de redéfinir son rôle et de mettre en lumière son importance pour une population de plus en plus âgée. Le médecin ou la relation de l'équipe médicale avec le patient sont des pièces centrales de la théorie du CCM : ce concept pourrait favoriser l'acceptation de cette nouvelle orientation en Suisse. Pour les patients atteints de maladies chroniques, le médecin de famille est, et reste, le spécialiste de la multimorbidité ; et l'équipe du cabinet médical est leur premier interlocuteur.²³

Les premières expériences réussies de mise en pratique quotidienne d'éléments isolés du CCM sont déjà présentes en Allemagne. Par exemple, on a pu prouver une amélioration significative de la fonctionnalité ainsi que de la réduction des douleurs chez des patients atteints de pathologies articulaires dégénératives suite à l'introduction d'un monitoring structuré et d'un suivi proactif selon le CCM. Une étude, parue récemment dans les *Annals of Internal Medicine*, montre qu'une approche similaire comprenant de nouvelles tâches pour l'assistante médicale a contribué à réduire l'ensemble des symptômes chez des patients atteints de dépression.^{24,25} L'encadré 1 décrit la forme que pourraient prendre les soins administrés à un diabétique selon le CCM. Cette vision n'est pas très éloignée d'une réalité envisageable. Il existe des approches de soins comparables dans de nombreux pays : les programmes de gestion de la maladie en Allemagne, la stimulation par des incitations financières en Grande-Bretagne (*Pay for performance*), le système de HMO «Kaiser permanente» aux Etats-Unis. Aux Pays-Bas, plus de 90% des cabinets médicaux n'utilisent plus de documents papier et travaillent exclusivement avec des dossiers médicaux électroniques et des lettres de rappel électroniques pour médecin et patient.

RECHERCHE SUR LE MODÈLE DE SOINS AUX MALADES CHRONIQUES À L'INSTITUT DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE ZÜRICH

Plusieurs études sur le thème du suivi des malades

Encadré 1. Vignette clinique : prise en charge «Chronic care model».

M. S. arrive au rendez-vous de suivi fixé lors de la séance précédente. Il ne présente pas de problème particulier. Tout d'abord il remet son passeport diabète à l'assistante médicale. Il a appris à gérer et à remplir son passeport diabète dans le groupe d'entraide (*peer group*), au moyen d'exercices pratiques. L'assistante médicale mesure sa tension artérielle, s'acquitte du contrôle de routine de ses jambes, qui inclut un test de sensibilité, tel qu'elle l'a appris dans sa formation spécifique. Tous les résultats sont enregistrés sur support électronique.

Les codes de couleurs signalent immédiatement si les valeurs sont pathologiques (feu rouge) ou si elles sont en ordre (feu vert). L'assistante médicale introduit les données dans le dossier médical électronique et imprime les courbes d'évolution de M. S., entre autres celles des valeurs HbA1C, afin de les transmettre au médecin pour la consultation et au patient pour sa documentation personnelle.

Lorsque le médecin ouvre le dossier du patient, un message de rappel apparaît automatiquement pour signaler que le contrôle du fond d'œil n'a pas encore été effectué. Le médecin voit tout de suite qu'à part le rendez-vous avec l'ophtalmologue et les valeurs de cholestérol, tous les paramètres sont en ordre car dans le dossier électronique tous les feux sont au vert. Le patient ne présente pas d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, son status de tabagisme est au vert également, donc il s'agit d'un non-fumeur.

Dans l'entretien, médecin et patient examinent les courbes d'évolution des paramètres ainsi que celles de la tension artérielle, mesurée avec régularité, et ils discutent de l'élévation répétée et légère du résultat d'analyse des LDL. A l'aide d'un outil électronique optimisé selon des critères didactiques, le médecin explique la signification des LDL au niveau du risque cardiovasculaire du patient et il peut montrer, à l'aide d'un graphique, la diminution potentielle de ce risque en cas d'abaissement du taux de LDL. Le patient reçoit un questionnaire pour noter le comportement alimentaire et un podomètre, afin de saisir l'ensemble de ses activités physiques effectives. Médecin et patient conviennent d'un prochain rendez-vous pour examiner les nouveaux résultats et pour fixer ensemble les objectifs d'exercice physique que M. S. considérera comme envisageables et réalisables. L'assistante médicale convient avec M. S. de deux rendez-vous, l'un chez l'ophtalmologue et l'autre chez une nutritionniste, chez qui il devra emporter le protocole d'alimentation. Elle remet au patient du matériel d'information sur le groupe sportif local pour diabétiques et malades coronariens et elle lui indique où il peut s'adresser.

chroniques sont en cours à l'Institut de médecine générale de Zurich.

Que ce soit pour accélérer les essais et les programmes d'amélioration de la qualité dans le sens du CCM, pour les comparer en différentes combinaisons, ou encore pour évaluer les études d'intervention, il est utile de posséder un instrument pratique dans sa langue maternelle. C'est pourquoi il a fallu traduire en allemand le questionnaire de l'Assessment of Chronic Illness Care (ACIC), l'adapter à la culture du pays et le valider. Prochainement, il sera disponible gratuitement sur le site de l'Institut : www.hausarztmedizin.uzh.ch.

Un outil analogue appelé PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) a déjà été validé en 2006 en Allemagne et il inclut la perspective du patient. Ces deux outils permettent de saisir les points de vue respectifs et de comparer



les résultats pour planifier l'évolution des soins vers le CCM. La validation en langue française est en cours. L'étude clinique CARAT (Chronic illness care for diabetes patients), en cours actuellement à l'Institut de médecine générale de Zurich, se focalise sur les diabétiques. Cette étude d'intervention randomisée en groupes compare une approche par équipe, comprenant des assistantes médicales spécialement formées en suivi des diabétiques, avec l'approche de routine. La formation dispensée aux assistantes médicales dure une semaine et elle est réalisée en collaboration avec la Fédération suisse des associations d'assistantes médicales. L'idée de base est d'appliquer, avec l'aide des assistantes médicales, certains éléments du CCM dans les soins de routine. Le protocole d'études est disponible sous www.trials.com. Cette étude a été soutenue par Menarini SA et par la commission «Recherches et réalisations en médecine appliquée» (RRMA), elle inclura 30 médecins de famille. En cas de succès, cette étude aura des conséquences étendues et il faudra discuter activement la rémunération de l'assistante médicale. Ce point représente toujours un des freins principaux à l'approche par équipe, si souvent demandée pourtant. Du côté du patient, il est étonnant de constater combien il accepte volontiers de voir passer une partie des soins dans les mains de l'assistante médicale.²⁶ Autre avantage, cette approche utilise les ressources à disposition et elle s'oppose, dans l'idée du *medical home*,⁷ à ce que de nouveaux fournisseurs proposent une nouvelle fragmentation des soins.

CONCLUSION

Les maladies chroniques sont au cœur des défis médicaux et économiques du XXI^e siècle. Le médecin de famille est prédestiné à endosser le rôle de «spécialiste» et de coordinateur pour les maladies chroniques et la multimorbidité. En Suisse, les médecins de famille devraient saisir la chance de se profiler comme l'instance centrale du suivi de ce type de patients en constant accroissement. Le CCM réunit les faits probants les plus récents sur la structuration des soins aux malades chroniques, afin de créer un modèle conceptuel. A cet effet, le CCM fournit le principe légitimé par les preuves scientifiques cliniques. Il faudra qu'une étude spécialisée et autonome examine quels éléments du CCM se laissent intégrer dans la routine des soins en Suisse, et quel est l'impact d'une orientation vers le CCM sur l'évolution et le pronostic des patients. ■

Implications pratiques

- La prise en charge des maladies chroniques est un défi pour la médecine de famille
- Une prise en charge efficace des maladies chroniques demande une excellente coordination et des modèles théoriques efficaces, comme le «Chronic care model»
- Le «Chronic care model» réunit les faits probants les plus récents

Bibliographie

- 1 World health organization. Chronic disease and health promotion. Geneva 2009 (10.7.2009); Available from www.who.int/chp/en.
- 2 * McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
- 3 ** Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74: 511-44.
- 4 ** Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
- 5 Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (database on the internet). *Cochrane database of systematic reviews* no1. 2002.
- 6 ** Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *JAMA* 2006;296:427-40.
- 7 ** Iglehart JK. No place like home: Testing a new model of care delivery. *The N Engl J Med* 2008;359:1200-2.
- 8 * Berenson RA, Hammons T, Gans DN, et al. A house is not a home keeping patients at the center of practice redesign. *Health Aff (Project Hope)* 2008;27: 1219-30.
- 9 Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* 2001;39: 1217-23.
- 10 * Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
- 11 Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ (Clinical research ed.)* 2000; 320:526-7.
- 12 ** Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288:2469-75.
- 13 Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39(Suppl. 2):1146-54.
- 14 Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:138-44.
- 15 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
- 16 Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *BMJ (Clinical research ed.)* 2001;323:948-9.
- 17 Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, et al. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: A literature review. *J Am Med Inform Assoc* 2007;14: 156-63.
- 18 Young AS, Chaney E, Shoai R, et al. Information technology to support improved care for chronic illness. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl. 3):425-30.
- 19 Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: Providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Project Hope)* 2004;23:127-41.
- 20 * Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Project Hope)* 2009;28:75-85.
- 21 * Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *BMJ (Clinical research ed.)* 2005;330:662-5.
- 22 * 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.
- 23 van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51: 367-75.
- 24 Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007;57:1390-7.
- 25 Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: A cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151:369-78.
- 26 ** Rosemann T, Joest K, Korner T, et al. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract* 2006;7:14.

* à lire

** à lire absolument