

Mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiometabolique en 1^{re} ligne : le point de vue des médecins participants

Sylvie Provost MD MSc^{1,2,3}, Roxane Borgès Da Silva^{3,4}, Raynald Pineault MD PhD^{1,2,3,5}, Dominique Grimard MSc¹, José Pérez MSc^{1,2}, Pierre Tousignant MD MSc^{1,2,3,6}

¹Direction de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; ²Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; ³Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal; ⁴Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; ⁵Institut national de santé publique du Québec; ⁶Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University

Contexte et objectifs

Plusieurs études indiquent que les interventions basées sur le Chronic Care Model (CCM) améliorent les processus et résultats de soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques. En favorisant l'établissement de réseaux intégrés de services, l'implantation de telles interventions constitue un instrument de choix pour amorcer la création ou consolider les réseaux locaux de services (RLS).

L'objectif de l'étude était d'apprécier la participation des médecins à un programme de gestion des maladies chroniques en 1^{re} ligne inspiré du CCM et de documenter leur appréciation des effets du programme sur leurs patients, leur pratique et la collaboration au sein du réseau.

Le programme

En collaboration avec les CSSS, l'Agence de la santé de Montréal (ASSSM) a mis en œuvre au printemps 2011 un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiometabolique pour les patients atteints de prédiabète/diabète ou d'hypertension (HTA). Dans chaque CSSS, le programme prévoit :

- un centre d'enseignement offrant aux patients, en complémentarité avec le suivi du médecin de 1^{re} ligne, des interventions réalisées sur 2 ans par une équipe interdisciplinaire;
- un soutien aux médecins de 1^{re} ligne;
- l'établissement de liens entre les partenaires du réseau local et la mise en place de mécanismes de coordination des soins.

Six CSSS ont participé à cette évaluation.

Méthode

Questionnaire postal administré aux médecins de 1^{re} ligne un an après qu'ils aient inscrit un premier patient au programme.

Variables : caractéristiques personnelles et professionnelles; nombre de patients référés; appréciation des effets du programme sur les patients, la pratique médicale, les liens avec la 2^e ligne et la collaboration au sein du RLS. Construction de scores d'appréciation du programme à partir des items documentant ces aspects.

Analyses : régressions logistiques pour identifier les facteurs associés à la participation des médecins et à leur appréciation du programme.

Conclusion

Le programme sur le risque cardiometabolique mis en place à Montréal semble apprécié par les médecins qui y ont référé des patients, particulièrement au regard du soutien au suivi des patients et des effets sur les patients.

L'appréciation est plus importante chez les médecins exerçant principalement en clinique de 1^{re} ligne et ayant une pratique orientée vers la prise en charge des maladies chroniques.

Toutefois, le taux de référence demeure faible et l'évaluation par les médecins de l'impact du programme sur la collaboration et la coordination des soins indique que l'intégration des services destinés aux patients demeure à consolider.

Résultats

- 381 omnipraticiens ont participé à l'évaluation (taux de réponse de 51%).
- Ils ont référé en moyenne 13 patients au programme (médiane = 10) au cours de l'année précédente. Plus d'information sur le service offert (48%), plus de rétroaction sur les patients référés (42%) et l'élargissement des critères d'admission (34%) les inciteraient à référer davantage de patients.
- Les médecins considèrent que le programme est bénéfique pour leurs patients (score moyen 8,4/10), en termes d'amélioration des habitudes de vie, information, autogestion de la maladie et motivation à la contrôler (Tableau 2). Ils le considèrent aussi utile pour leur pratique en termes de soutien au suivi des patients (score 8,7/10).
- L'appréciation des médecins est moindre en ce qui concerne les activités de formation continue et outils cliniques (score 6,2/10), la collaboration avec les services de 2^e ligne (score 5,8/10) et au sein du RLS (score 6,3/10).
- Un plus grand nombre de patients vus chaque semaine en clinique de 1^{re} ligne, ainsi qu'une pratique orientée vers la prise en charge des maladies chroniques, sont associés au fait de référer plus de patients au programme et à une meilleure appréciation du programme (Tableau 3).

		%
Sexe	Femme	51,1
	Moins de 10 ans	16,3
	10 ans à 19 ans	15,5
	20 ans à 29 ans	26,8
Nombre d'années d'expérience	Plus de 30 ans	41,4
	< 50 %	15,0
	50 à 99 %	47,9
% des activités professionnelles en clinique de 1 ^{re} ligne	100%	37,1
	< 50	33,3
	50 à 99	37,2
Nombre de patients / sem. vus en clinique de 1 ^{re} ligne	100 ou +	29,5
	Moins de 20 %	30,5
	20 à 29 %	26,1
% patients diab./HTA dans une journée de RV en 1 ^{re} ligne	30 % ou plus	43,4
	26 % ou plus	29,2
% de consultations sans rendez-vous en clinique de 1 ^{re} ligne	1 à 25 %	51,8
	0 %	19,0
	Indice de prise en charge des maladies chroniques (Nutting) de 6,5/10 ou +	31,5
Type de clinique de 1 ^{re} ligne	Groupe ou solo	26,6
	GMF/CR ou CR	31,6
	GMF	28,9
	CLSC/UMF	12,9

Tableau 2 – Appréciation du programme (%)

	Très en accord	Partiellement en accord	En désaccord	Score (sur 10)	
La majorité des patients que vous avez référés au programme ...					
ont un meilleur contrôle de leur diabète ou leur HTA	37,5	57,7	4,8	Effets sur les patients 8,4	
sont plus observants au regard de leur médication	42,3	52,0	5,7		
sont mieux informés concernant leur maladie	74,9	23,6	1,5		
sont plus motivés à contrôler leur maladie	49,3	46,5	4,2		
ont amélioré leurs habitudes de vie	35,8	56,0	8,2		
sont plus compétents dans l'autogestion de leur maladie	44,1	49,2	6,7		
recourent moins souvent à l'urgence pour des conditions associées à leur diabète ou leur HTA	31,6	53,0	15,4		
sont moins souvent hospitalisés pour des conditions associées à leur diabète ou leur HTA	32,2	49,7	18,1		
La plupart de vos patients diabétiques ou HTA rencontrent les critères d'éligibilité du programme	51,4	39,3	9,3		Fonctionnement du programme 8,5
La majorité des patients diab. ou HTA que vous référez au programme sont vus dans un délai raisonnable	49,1	43,2	7,7		
Vous recevez un retour d'information clinique sur tous les patients que vous référez au programme					
52,4	31,0	16,6			
Le programme sur le risque cardiometabolique mis en place par le CSSS ...					
est un complément utile à votre pratique	60,4	32,7	6,9	Soutien au suivi des patients 8,7	
allège votre tâche d'enseignement auprès des patients	61,4	29,7	8,9		
vous permet d'assurer un meilleur suivi des patients	52,8	35,3	11,9		
vous a offert des activités de développement professionnel continu utiles pour votre pratique	17,1	32,9	50,0	Outils cliniques et activités de formation continue 6,2	
vous a offert des outils cliniques (ex.: résumés de lignes directrices, documents pour les patients) utiles à votre pratique	17,0	30,2	52,8		
vous a permis d'améliorer vos connaissances au regard de la prise en charge des patients diab. ou HTA	15,2	31,5	53,3		
vous a permis d'améliorer votre connaissance des ressources disponibles pour vos patients diab. ou HTA	27,6	41,6	30,8	Collaboration avec la 2 ^e ligne 5,8	
vous permet de référer plus facilement vos patients diabétiques ou hypertendus aux spécialistes	16,3	34,7	49,0		
vous assure un meilleur retour d'information clinique de la part des spécialistes consultés	13,7	31,9	54,4		
a permis d'établir des corridors de services avec la 2 ^e ligne pour d'autres types de patients (ex.: MPOC)	10,1	28,8	61,1	Collaboration au sein du RLS 6,3	
a augmenté les collaborations entre le CSSS, votre clinique et les autres ressources du territoire	18,1	48,0	33,9		
a suscité la création d'autres réseaux pour la gestion des maladies chroniques	11,5	36,0	52,5		
a consolidé le réseautage dans le territoire	13,5	39,2	47,3		

Tableau 3 – Facteurs associés à la référence et à l'appréciation du programme

Caractéristiques des médecins		Nb patients référés la 1 ^{re} année (10 ou + vs < 10)	Effet sur les patients (9/10 ou + vs < 9/10)	Fonctionnement du programme (9/10 ou + vs < 9/10)	Soutien au suivi des patients (10/10 vs < 10/10)	Outils cliniques et formation (7,5/10 ou + vs < 7,5/10)	Collaboration 2 ^e ligne (7,5/10 ou + vs < 7,5/10)	Collaboration RLS (7,5/10 ou + vs < 7,5/10)
		OR ajustés ¹	OR ajustés ^{1,2}	OR ajustés ^{1,2}	OR ajustés ^{1,2}	OR ajustés ^{1,2}	OR ajustés ^{1,2}	OR ajustés ^{1,2}
Sexe (réf.: H)	Femme	1,01	1,56	1,47	1,96*	0,91	0,78	0,95
	Nb patients / sem. vus en clinique 1 ^{re} ligne (réf.: < 50)	50 à 99	1,71**	2,13*	1,08	2,49*	1,70	2,10*
	100 ou +	1,96**	3,02*	0,86	2,65*	4,47*	3,63*	3,23*
% patients diab. ou HTA vus dans une journée sur RV en 1 ^{re} ligne (réf.: < 30%)	30% ou +	1,61**	1,96*	1,10	1,36	1,12	0,97	1,04
Indice (sur 10) de prise en charge des patients avec maladies chroniques (Nutting)		1,25*	1,29*	1,18	1,32*	1,66*	1,49*	1,53*

¹ Données ajustées pour le % des activités professionnelles en clinique 1^{re} ligne, pour le type de clinique et pour le % de consultations sans rendez-vous effectuées en clinique de 1^{re} ligne, ainsi que ² pour le nombre de patients suivis dans le cadre du programme * p < 0,05 ** p < 0,10