

Mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique en 1^{re} ligne à Montréal

Séminaire Pôle HEC

Jacques Ricard, médecin-conseil

Équipe de soutien à la transformation Montréal et Montérégie
ministère de la Santé et des Services sociaux

Présentation

- Contexte du programme
- 1^{re} Évaluation : analyse de l'implantation du programme
- 2^e Évaluation : résultats chez les patients et les médecins
- Conclusion








Contexte du programme RCM



Portrait des maladies chroniques à Montréal



1 Montréalais sur 3 présente au moins une maladie chronique

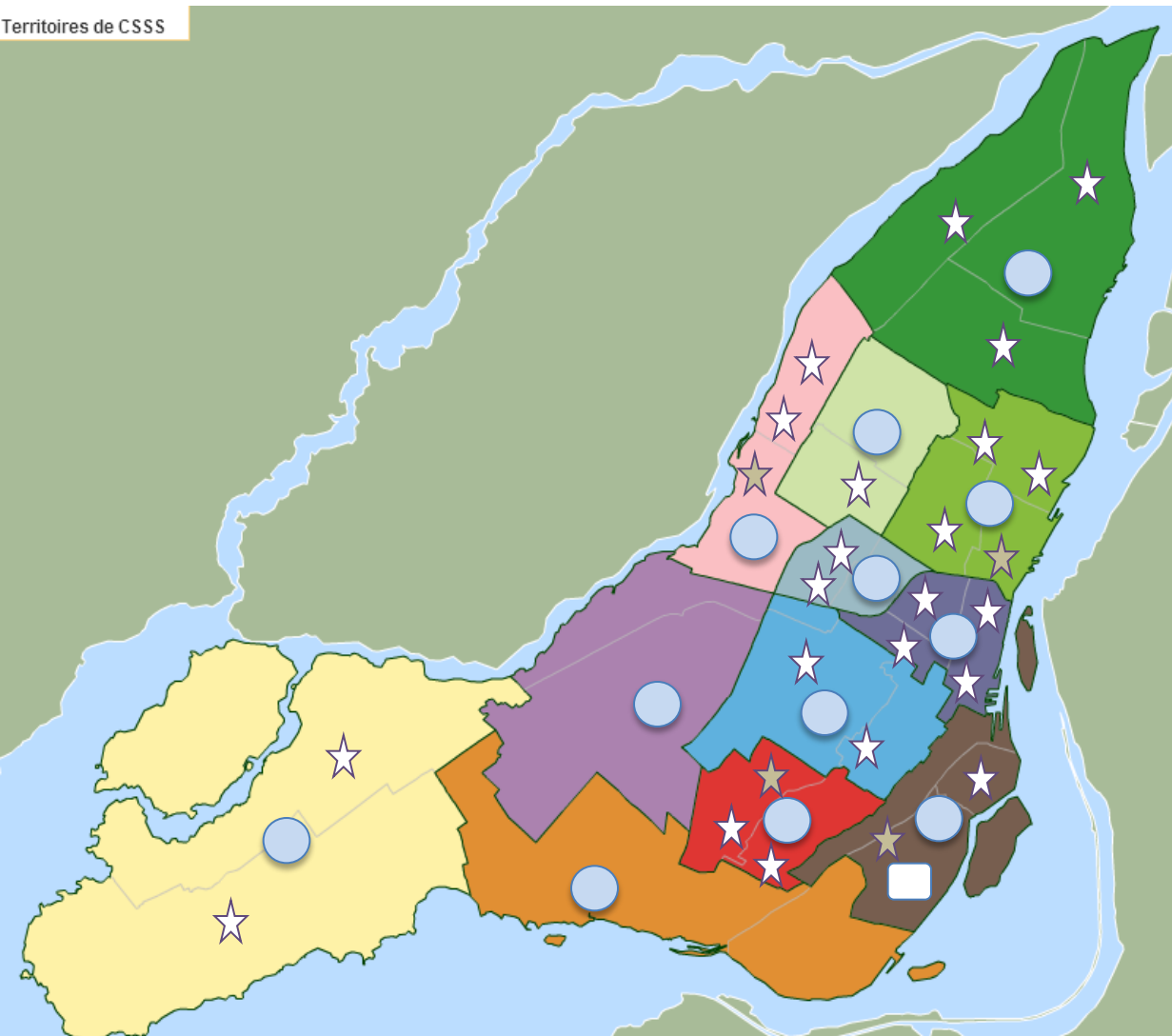
-  • Hypertension artérielle (20 ans et +) 20,1 % *
-  • Diabète (20 ans et +) 8,3 % *
-  • Asthme (12 ans et +) 6,9 % **
-  • Troubles de l'humeur (12 ans et +) 5,4 % **
-  • Maladies cardiaques (12 ans et +) 4,8 % **
-  • Maladies pulmonaires (35 ans et +) 4,6 % **
-  • Cancer (12 ans et +) 1,9 % **

* SISMAQQ : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, INSPQ 2010-2011

** ESOC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010

Contexte et état de situation (RCM)

Territoires de CSSS



Projet pilote diabète au CSSS Sud-Ouest – Verdun

- Prédiabète et diabète de type 2

Programme sur le risque cardiométabolique (RCM)

- Ajout de la clientèle hypertendue

● Reproduction du programme RCM dans tous les territoires montréalais. 5 CIUSSS

☆ GMF offrant le programme RCM (23) et 4 CRI

Le programme sur le risque cardiométabolique

En collaboration avec les CSSS, l'Agence de la santé de Montréal a mis en œuvre au printemps 2011 un programme intégré d'intervention interdisciplinaire, inspiré du *Chronic Care Model*, pour les patients atteints de prédiabète/diabète ou d'HTA.

Dans chaque CSSS, le programme prévoit :

- un **centre de formation** offrant aux patients, en complémentarité avec le suivi du médecin de 1^{re} ligne, des interventions orientées sur la connaissance, la motivation, l'autonomisation et la modification des habitudes de vie
- un **soutien aux médecins de 1^{re} ligne**
- l'**établissement de liens entre les partenaires** du réseau local
- la mise en place de **mécanismes de coordination des soins**, incluant l'utilisation du registre sur les maladies chroniques

Clientèle cible du programme

- ❑ Glycémie à jeun marginale et\ou intolérance au glucose
ou
- ❑ Diabète traité avec alimentation seulement, ou traité en monothérapie ou traité avec plus d'une médication et avec une HbA1c $\leq 8,0\%$
et/ou
- ❑ HTA traitée et maîtrisée ou TA en cabinet $\geq 140/90$ ($\geq 130/80$ si diabétique)
et
- ❑ Suivi par un médecin de famille

Séquence des interventions cliniques du programme

		Visite 1	Visite 2 1 mois	Visite 3 2 mois	Visite 4 3 mois	Visite 5 4 mois	Visite 6 6 mois	Visite 7 12 mois	Visite 8 15 mois	Visite 9 18 mois	Visite 10 24 mois
Rencontres individuelles	Nutritionniste	x			x		x	x		x	x
	Infirmière	x					Si HTA	x			x
Rencontres de groupe	Équipe inter-disciplinaire		x	x		x			x		
Évaluation des indicateurs	Habitudes de vie	x	x		x	x	x	x	x	x	x
	Tension artérielle (TA)	x					Si HTA	x			x
	Bilan sanguin (HbA1c,...)	x			x		x	x		x	x

L'implantation d'un programme de prévention et de gestion du risque cardiométabolique basé sur le *Chronic Care Model* à Montréal : degré d'implantation et facteurs explicatifs

Auteurs :

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

¹ Direction de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal

² Centre de recherche du CHUM

³ Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

⁴ Institut national de santé publique du Québec

⁵ Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

⁶ Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University

1^{re} évaluation : Analyse de l'implantation du programme

- Déterminer le degré d'implantation du programme dans chaque CSSS
- Documenter les facteurs qui expliquent le degré d'implantation :
 - l'environnement interne
 - le climat d'implantation (stratégies et incitatifs)
 - l'appropriation de l'intervention par les parties prenantes
 - l'environnement externe

Analyse de l'implantation

- Étude de cas longitudinale T0, T20 ms, T40 ms
- 6 territoires de CSSS
- Entrevues semi-dirigées avec responsables locaux et responsables régionaux T0, T20, T40
- Questionnaire complété par un gestionnaire de CSSS (6) pour la mesure du degré d'implantation T20 et T40

Résultats de l'analyse de l'implantation

- Facteur Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) :
 - Soutien financier aux CSSS
 - Coordination régionale
 - Reddition de comptes
 - Développement continu du contenu clinique
 - Offre de formation professionnelle
 - Registre informatisé sur les résultats

L'analyse de l'implantation

- Facteur CSSS :
 - Planification du programme
 - Opérationnalisation du programme
 - Ajout des ressources

Conformité du programme

- Après 4 ans :
 - L'implantation en 1^{re} ligne est réalisée
 - Une offre par des équipes interdisciplinaires selon le processus clinique prévu
 - Des mécanismes de coordination dans toutes les équipes
 - Un registre des maladies chroniques qui donne de l'information clinique
 - Des mécanismes de soutien à l'amélioration des pratiques dans tous les CSSS

L'analyse du degré d'implantation

- Plus grand :
 - Le processus clinique
 - L'amélioration des pratiques
 - L'influence externe de l'ASSSM
- Moins grand :
 - La promotion du programme (médecins de famille)
 - Les corridors de services et partenariats (ressources complémentaires)

Obstacles à l'implantation

- Environnement interne :
 - L'absence d'un historique de réseautage (partenariats, médecins)
 - L'abandon de mécanisme de coordination locale
- Environnement externe :
 - La disponibilité des ressources médicales
 - La présence de leaders variable
 - Le manque de leviers et d'incitatifs pour y participer

Obstacles à l'implantation

- La complexité du changement des pratiques professionnelles
- Les nouvelles approches (Chronic Care Model) :
 - L'entretien motivationnel
 - Le soutien à l'autogestion
 - Le contenu clinique prédéterminé
 - Les outils informatisés
- Les changements de personnel

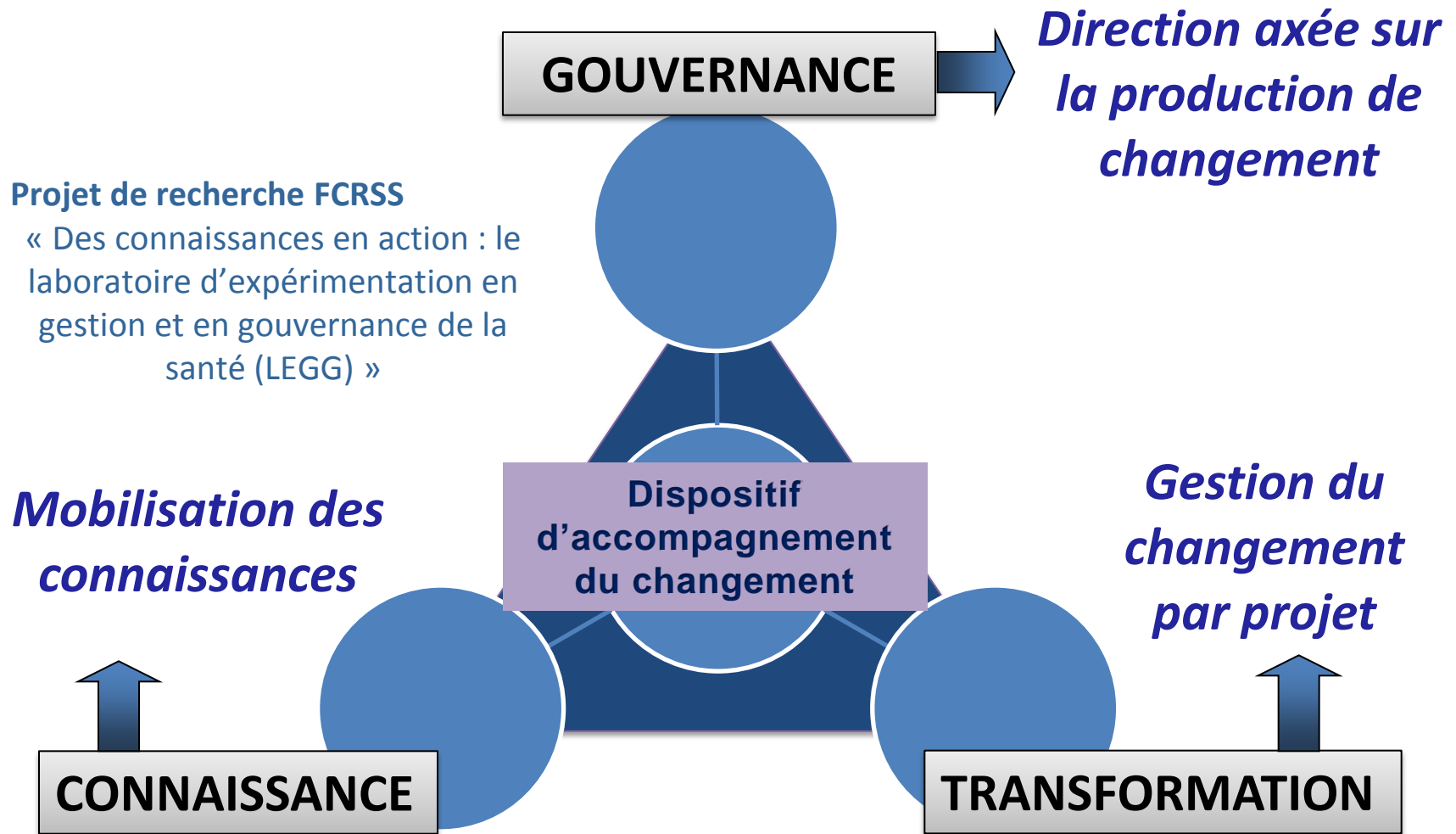
Analyse de l'implantation

- Changement de pratiques et apprentissage
 - Accompagnement et soutien continu : ampleur sous-estimée
 - Utilisation d'un registre : résistance à l'implantation (valeur rajoutée ?)
 - Climat d'apprentissage en continu
- Réseau intégré de services en 1^e ligne
 - Implantation du programme in situ et moins en réseau (moins investi dans la mobilisation des partenaires)

Conclusion

- Programme implanté prometteur
- Conformité du programme
 - Soutien et incitatifs à assurer l'harmonisation régionale du programme
 - Rôle central de l'apprentissage
 - Mieux intégrer le rôle potentiel de la communauté

Trois piliers pour soutenir la transformation en santé et services sociaux



Mise en œuvre du programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique en 1^{re} ligne à Montréal

Un coup d'œil sur les résultats de l'évaluation

**Maladies chroniques :
la première ligne
montréalaise en action !**

2 juin 2016

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal*



Direction régionale de santé publique

- Sylvie Provost MD MSc
- Raynald Pineault MD PhD
- Dominique Grimard MSc
- José Pérez MSc
- Michel Fournier MSc
- Yves Lévesque MD MScA
- Roxane Borgès Da Silva PhD
- Pierre Tousignant MD MSc

L'évaluation du programme : objectifs

- ❑ Documenter les effets du programme sur les patients et l'appréciation des médecins participants au regard du programme
- ❑ Établir la relation entre les effets observés chez les patients et le degré de mise en œuvre du programme

L'évaluation du programme : aspects métho

- ❑ Questionnaires auto-administrés aux patients à leur entrée dans le programme (T0), puis à 12 et 24 mois de suivi
- ❑ Données cliniques des patients (habitudes de vie, HbA1c, TA, IMC,...) extraites du registre informatisé sur les maladies chroniques
- ❑ Questionnaire postal aux médecins de 1^{re} ligne un an après l'inscription d'un premier patient au programme
- ❑ Analyse d'implantation (entrevues semi-dirigées, collecte de documents officiels et questionnaires aux gestionnaires et intervenants)
- ❑ Recrutement des patients de mars 2011 à août 2013 dans 6 des 12 CSSS
- ❑ Collecte des données de mars 2011 à septembre 2014

Analyse des données chez les patients

Caractéristiques des patients participant à l'évaluation

n = 1689 à T0	%
Femmes	55,3
≥ 65 ans	28,8
Français parlé à la maison	79,7
Diplôme universitaire	25,3
Diabète/prédiabète avec HTA	76,8
Diabète/prédiabète < 1 an	44,9*
HTA < 1 an	17,0*
Au moins une comorbidité (MCV, asthme/MPOC, arthrite/ arthrose, problème de santé mentale)	67,8
IMC ≥ 30	64,7
Suivis en GMF, CR, GMF-CR, CLSC ou UMF	73,6

Taux de participation à
l'évaluation : 60,1%

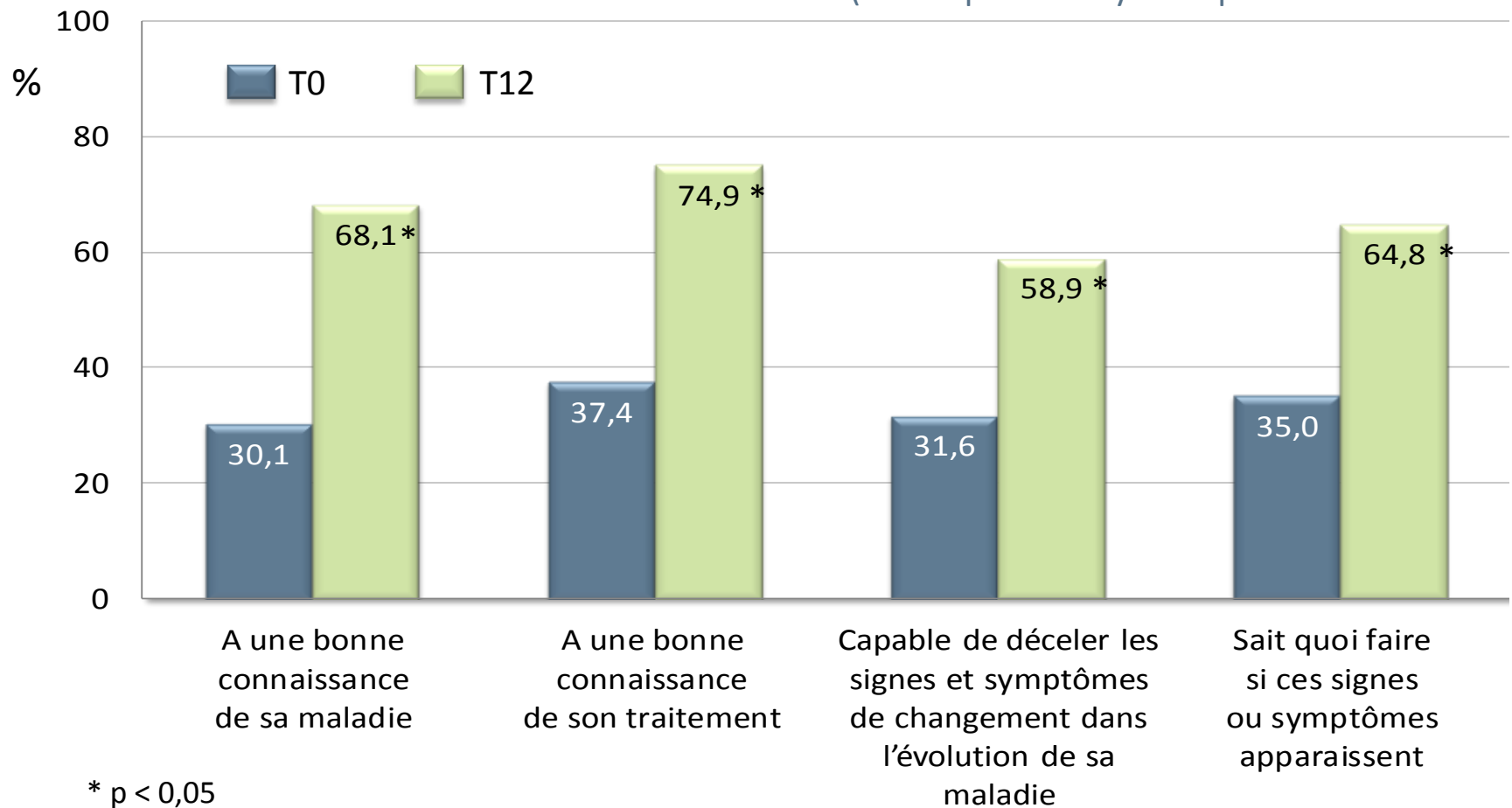
Pas de différence significative au regard de l'âge ou du sexe entre les patients participant à l'évaluation et les autres patients inscrits au programme

* > 35% de données manquantes pour ces variables

Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

Autogestion : connaissance de la maladie

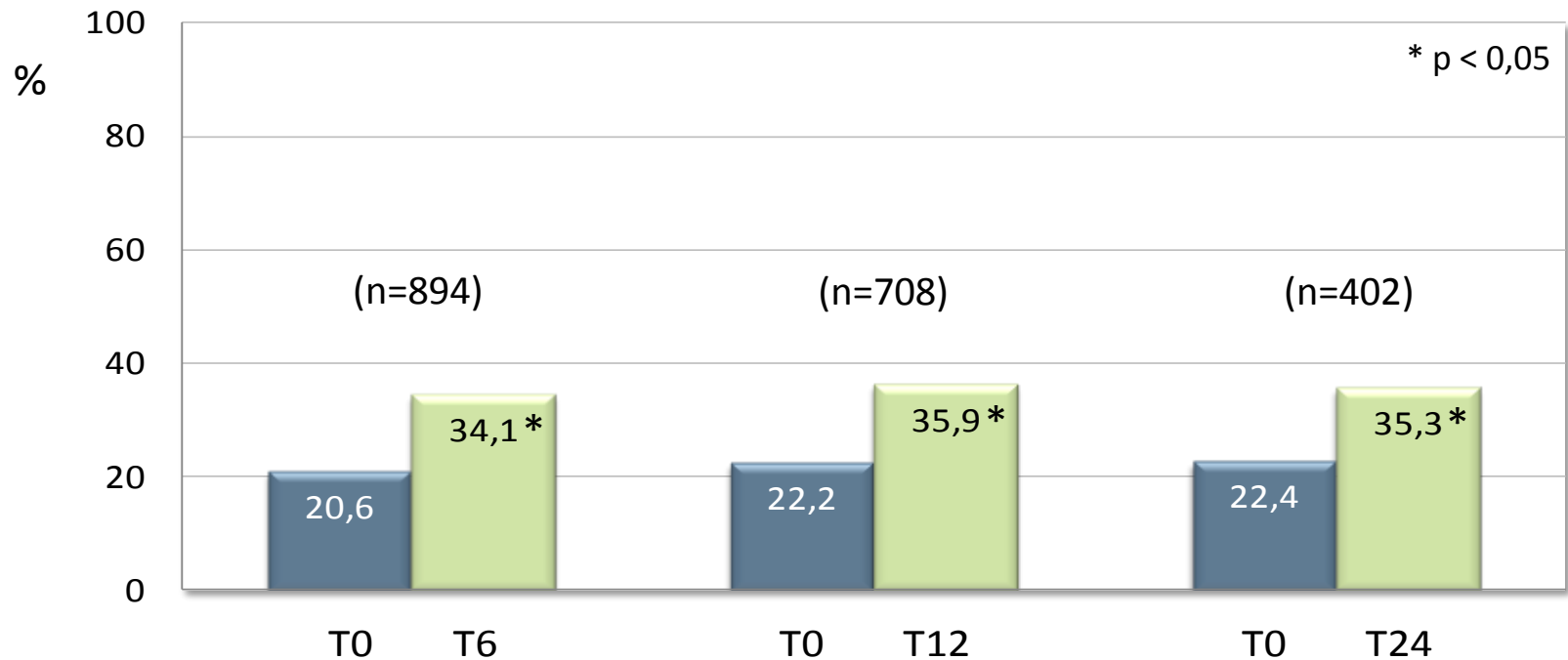
% des patients « beaucoup en accord » avec les énoncés
(n=444 patients ayant répondu à T0 et à T12)



Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

Habitudes de vie : répartition des glucides

% des patients avec une répartition équilibrée des glucides

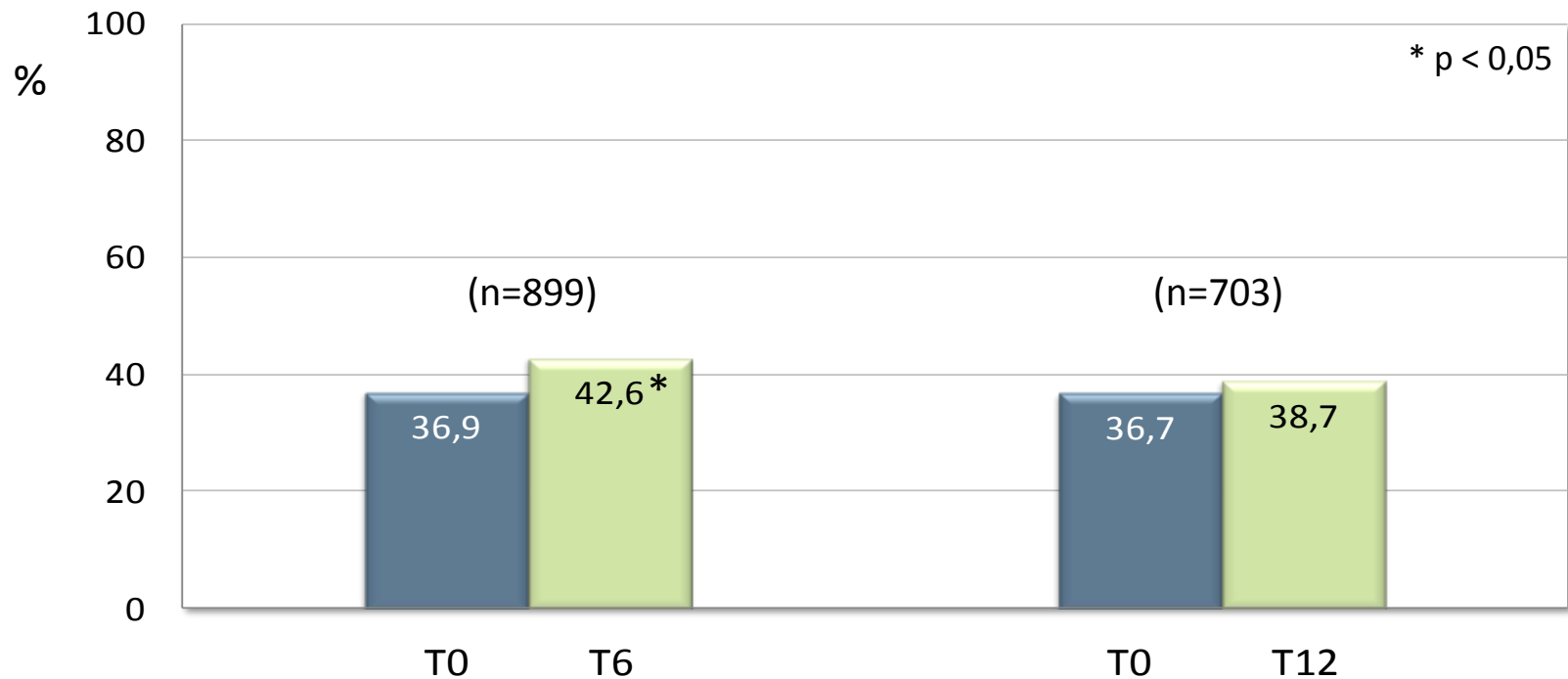


Évaluation par la nutritionniste de la répartition quotidienne des glucides alimentaires
(*Coup d'œil sur l'alimentation de la personne diabétique*, MSSS 2014)

Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

Habitudes de vie : niveau d'activité physique

% des patients avec un niveau d'activité physique $\geq 3/4$

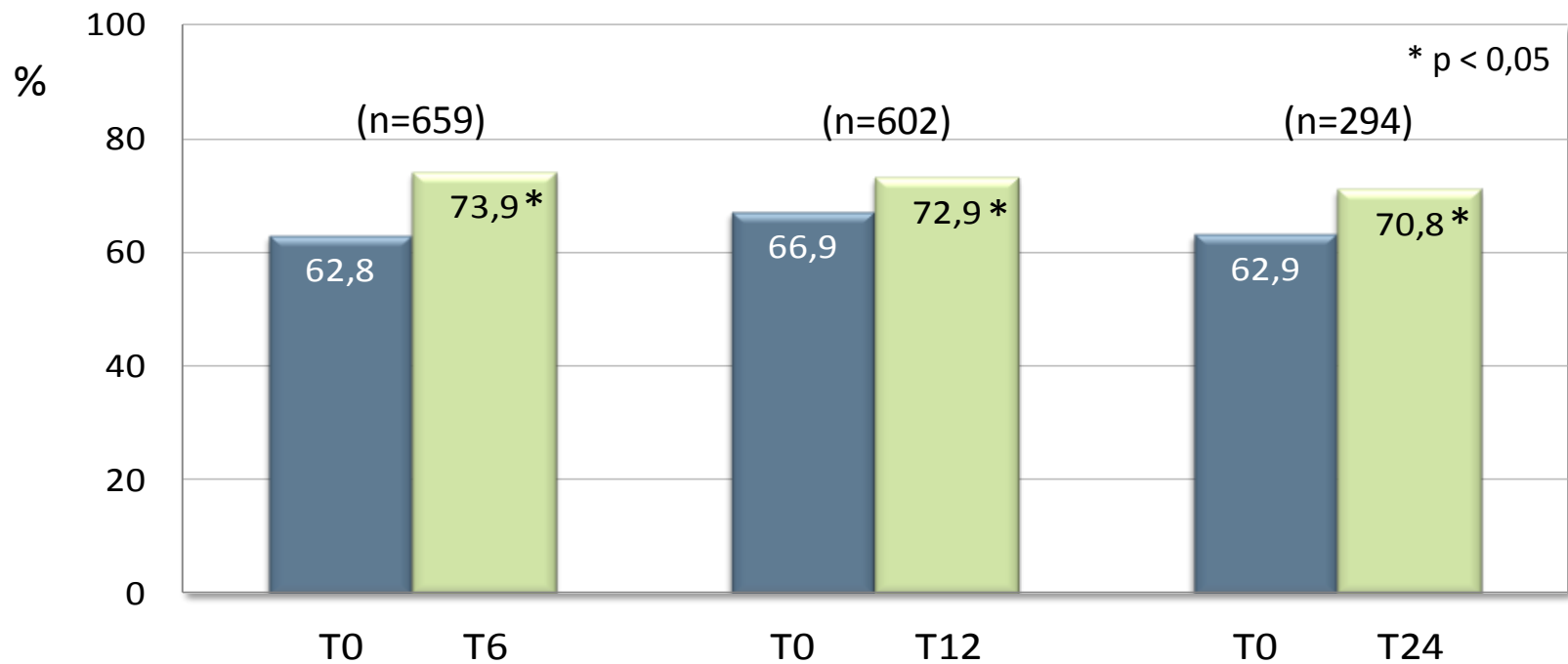


Questionnaire au patient sur le nombre de jours par semaine avec au moins 30 minutes d'activités physiques pondéré par l'intensité de ces activités physiques et rapporté sur une échelle de 4

Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

Contrôle des paramètres biologiques : HbA1c

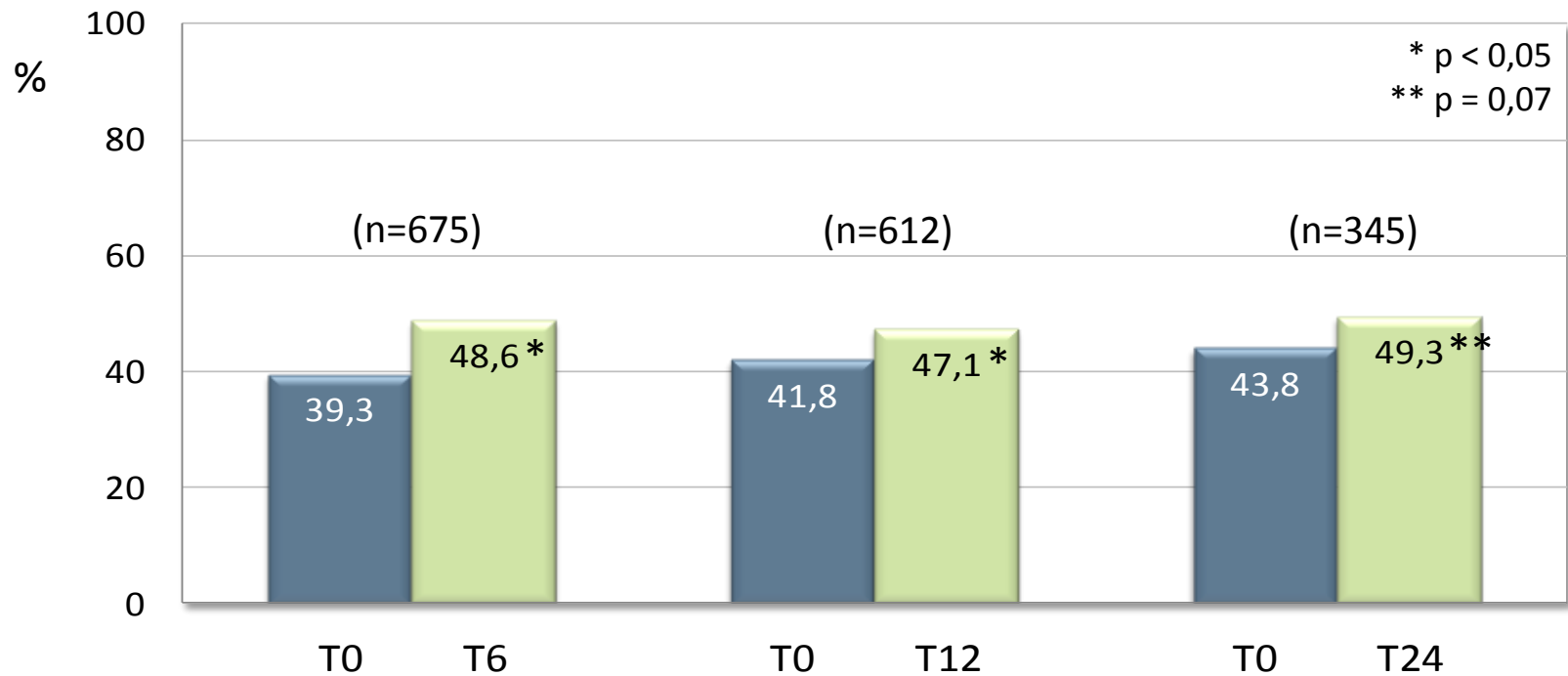
% des patients avec une HbA1c \leq 7%



Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

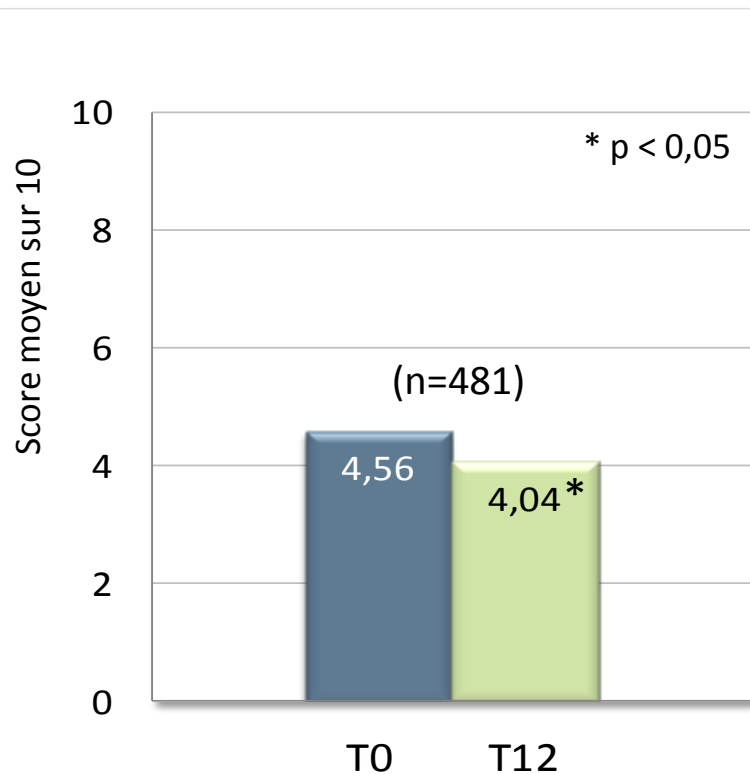
Contrôle des paramètres biologiques : TA

% des patients avec une TA < 140/90 (130/80 chez diab.)

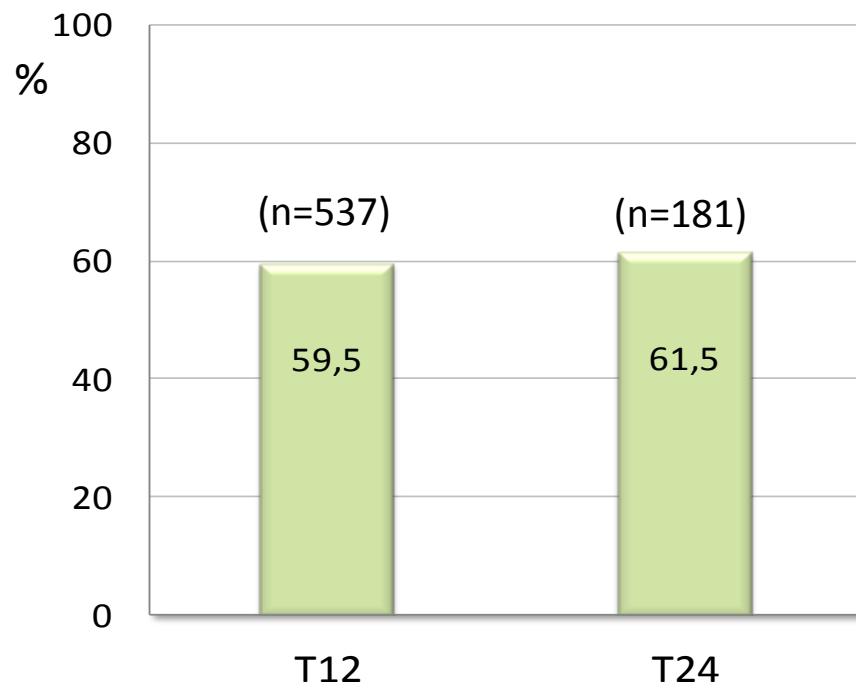


Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

Impact de la maladie sur la qualité de vie et perception de l'état de santé



Score moyen d'impact de la maladie sur la qualité de vie

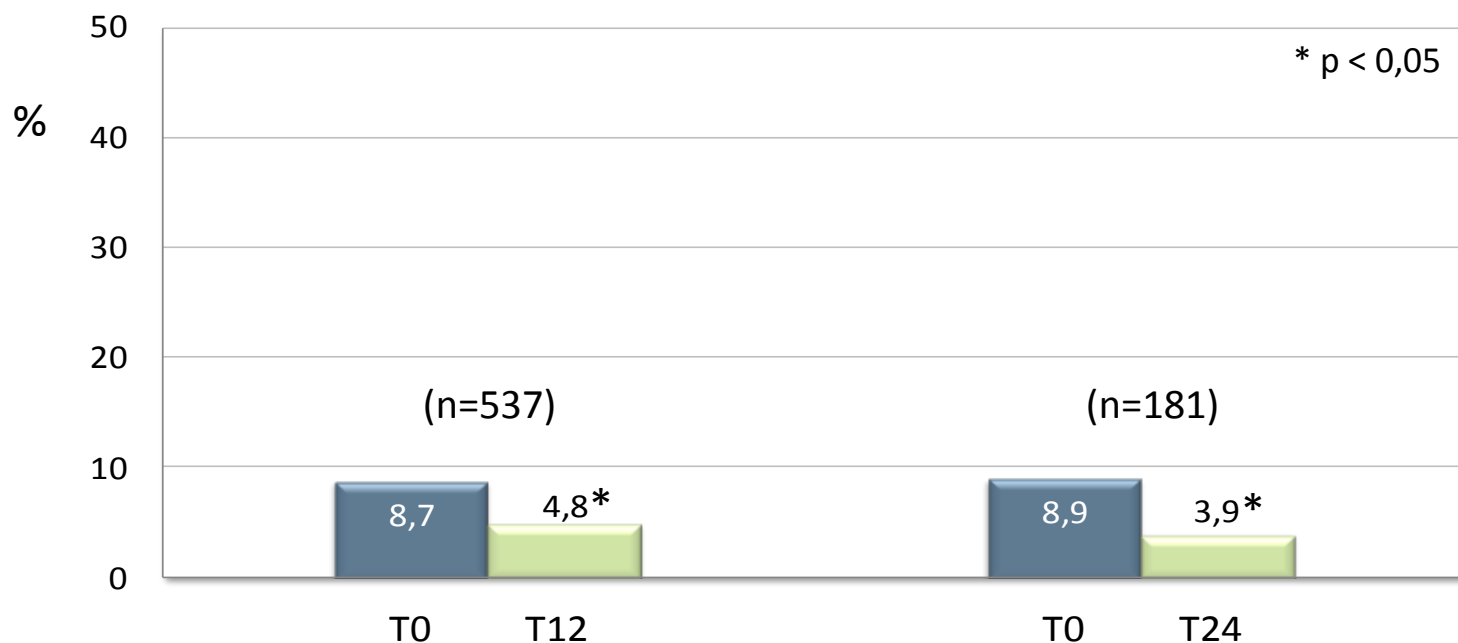


% des patients avec une amélioration de leur état de santé perçu par rapport à l'année précédente

Évolution de certains indicateurs en cours de suivi

Utilisation des services : visites à l'urgence

% des patients déclarant avoir effectué au moins une visite à l'urgence pour un problème lié à leur diabète ou à leur HTA au cours de la dernière année



Facteurs associés à l'amélioration des indicateurs

- ❑ Caractéristiques des patients les plus souvent associées à l'amélioration des indicateurs cliniques
 - Âge < 65 ans
 - Niveau de scolarité plus élevé
 - Absence de comorbidités
 - IMC inférieur à 30 à T0
 - Perception plus favorable de l'état de santé à T0

- ❑ Une plus grande exposition au programme et un meilleur respect du calendrier étaient associés à de meilleurs résultats pour les habitudes de vie (nutrition et activité physique), la TA et la perception de l'état de santé.

Facteurs associés à l'amélioration des indicateurs

- ❑ Nos résultats indiquent que les variations dans l'implantation du programme selon les milieux influencent relativement peu les résultats chez les patients.
- ❑ Toutefois, une coordination plus importante de l'équipe interdisciplinaire avec les médecins de 1^{re} ligne était associée à l'amélioration de certains indicateurs.

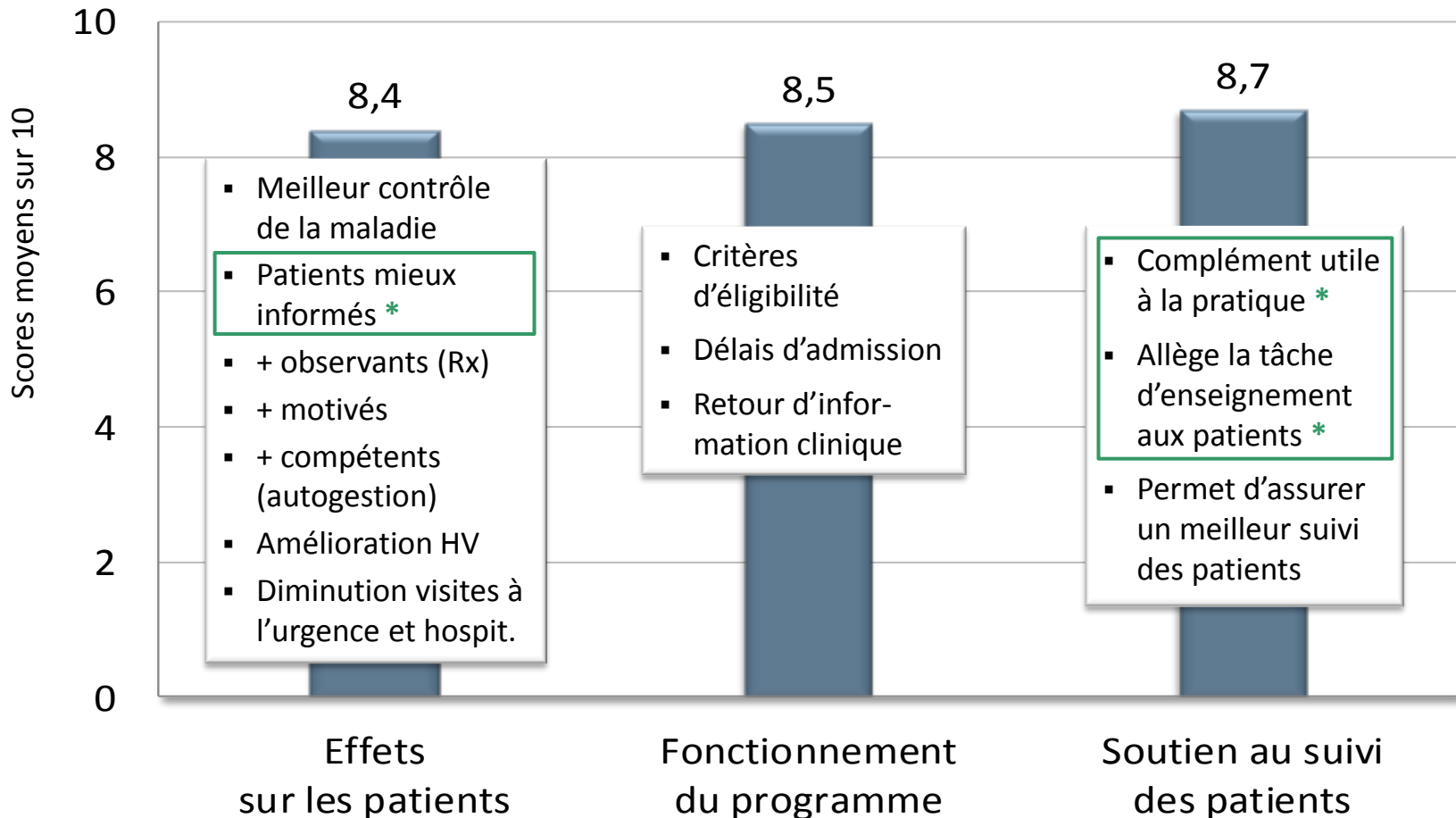
Analyse des données chez les médecins

Caractéristiques des médecins participants

- ❑ 381 omnipraticiens ont participé à l'évaluation (taux de réponse 51%)
- ❑ 51% étaient des femmes
- ❑ 41% avaient 30 ans ou plus d'expérience
- ❑ 85% consacraient plus de la moitié de leurs activités professionnelles en clinique de 1^{re} ligne
- ❑ 73% travaillaient en GMF, CR, GMF-CR, CLSC ou UMF

Pas de différence significative au regard du nombre d'années d'expérience et du type de clinique de 1^{re} ligne entre les MD répondants et les autres MD ayant des patients inscrits au programme

Appréciation du programme par les médecins de 1^{re} ligne participants



* Items cotés le plus favorablement

En résumé (octobre 2016)

Ce programme et l'utilisation du registre ont permis d'observer et de constater sur plus 17 732 usagers, dont 5 222 en GMF :

1. Amélioration des habitudes de vie
 - Alimentation, activité physique, tabagisme
2. Amélioration des données cliniques
 - Poids, tour de taille
 - Diabète, pression artérielle, lipides
3. Évolution constante et prise en charge soutenue par les nouveaux CIUSSS et en GMF
4. Amélioration de la performance constatée en GMF en regard des habitudes de vie et des données cliniques
5. Modification des habitudes de vie semble avoir un effet déterminant sur les facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire

Conclusion - Messages clé

- ❑ Le programme sur le risque cardiométabolique donne des résultats positifs chez les patients
- ❑ Les médecins participants apprécient le programme
- ❑ La suite ➡ augmenter la couverture du programme et favoriser le développement des partenariats pour permettre une meilleure intégration des services destinés aux patients
- ❑ Une plus grande coordination et intégration des services entre les équipes interdisciplinaires et les médecins de 1^{re} ligne semble se traduire par des effets bénéfiques chez les patients
 - À prendre en considération lors de la mise en œuvre de programmes de gestion des maladies chroniques en établissement
 - Une plus grande proximité des équipes interdisciplinaires avec les médecins de 1^{re} ligne (ex.: dans les nouveaux modèles d'organisation de 1^{re} ligne) fait partie des voies à privilégier

