

Premiers résultats

# Chronic Care Management au cabinet du médecin de famille

Rahel Sahli, Marc Jungi

Sanacare Gruppenpraxis Bern

Depuis 2013, Sanacare développe le *Chronic Care Management* et mise sur une équipe soignante interprofessionnelle centrée sur le patient, qui suit des parcours de soins basés sur les preuves et favorise l'autogestion du patient. Les expériences faites dans ce contexte ainsi que les premiers résultats du programme peuvent désormais faire l'objet d'une réflexion.

## Situation de départ

Les défis des médecins de premiers recours ne cessent d'augmenter: La hausse constante du nombre de patients toujours plus âgés souffrant maladies chroniques fait face à la pénurie progressive des ressources médicales. Les résultats de l'étude Workforce 2015 du Centre universitaire de médecine de premiers recours des deux Bâle [1], publiés dans ce journal, montrent que d'ici 10 ans, nous nous trouverons face à un déficit de soins de 60%, soit plus de 5000 médecins de premier recours à plein-temps. Les conséquences pour les patients sont toujours plus graves: Aujourd'hui déjà, ils ne bénéficient pas toujours des soins nécessaires. De plus, le contrôle insuffisant des maladies résulte en des dommages consécutifs avec augmentation de la morbidité, de la mortalité et des hospitalisations.

Différents groupes professionnels du domaine de la santé ainsi que les politiques discutent de possibles solutions et des conditions cadres qu'il convient de créer [2]. Grâce à la collaboration interprofessionnelle, les ressources doivent être mieux coordonnées afin d'atteindre des soins médicaux efficaces de grande qualité. Les conditions cadres réglementaires, sociétales et technologiques ne sont toutefois pas encore tout à fait mûres.

Le Chronic Care Management (CCM) – la prise en charge à long terme des patients malades chroniques – se base entre autre sur l'interprofessionnalité: l'interaction d'une équipe soignante proactive et centrée sur le patient (dans le contexte de la médecine de famille «médecin + assistant») avec un patient informé se veut plus couronnée de succès que les formes thérapeutiques utilisées jusqu'à ce jour. D'autres éléments centraux du

CCM sont l'autogestion, les aides décisionnelles conformes aux directives, les systèmes d'informations cliniques et des méthodes de travail structurées, comme dans le modèle chronic care de Wagner [3] (<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdmfg1.htm>).

Dans ce contexte, la Confédération a voté en 2016 le programme pour la promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé et a approuvé une révision de la Loi sur les professions de la santé. Toutefois, la nouvelle loi n'a attribué aucune compétence supplémentaire ni aux assistants médicaux ni aux soignants au niveau Master. Toutefois, les conditions cadres pour les assistants médicaux se sont améliorées au cours des dernières années: Désormais, une voie vers la formation postgraduée clinique reconnue au niveau de la Confédération leur est ouverte. Sous la responsabilité d'un médecin, le «Coordinateur en médecine ambulatoire (CMA) orientation clinique» prend en charge les personnes atteintes de maladies chroniques et participe activement à la promotion de l'autogestion du patient. Dans le traitement du diabète, l'autogestion est recommandée chez tous les patients afin d'améliorer l'issue clinique [4]. De plus, plusieurs articles de revue [5–7] et études ont analysé l'effet du concept global de CCM. Outre une qualité variable des études et articles, la nature ouverte des études avec absence de mise en aveugle complique l'évaluation des interventions. A l'exemple du diabète sucré de type 2, la plupart des études montrent une amélioration des paramètres étudiés ou des critères d'évaluation cliniques, ainsi qu'un potentiel de réduction des coûts. Cependant une revue actuelle montre également que la plupart des études menées en médecine de famille et portant sur le diabète ne reflètent pas l'évidence grandissante concernant le CCM [8].

Les conditions cadres pour la facturation de ce nouveau type de prestations d'assistantat médical ne sont malheureusement pas présentes dans le tarif Tarmed actuellement en vigueur. Dans le cadre de nos programmes, les assureurs-maladie que nous avons interrogés ont accepté aussi bien la position Tarmed 00.1430/00.1440 (Traitement et prise en charge ambulatoires non médicaux de patients oncologiques/diabétologiques/hématologiques) chez les patients diabétiques que certaines positions analogiques chez des patients avec d'autres diagnostics.

### Le CCM en cabinet de groupe: contexte de Sanacare

Sanacare, une organisation regroupant 13 cabinets de groupe au sein de neuf villes de Suisse alémanique et du Tessin, accompagne depuis 25 ans un collectif composé de patients *Managed Care* et de patients avec assurance conventionnelle (actuellement env. 110 000 patients). De nombreux patients ont vieilli avec Sanacare et souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques. En 2012, Sanacare a décidé d'ancrer l'interprofessionnalité et le CCM dans sa stratégie et a initié une étude pilote dans deux cabinets médicaux avec des programmes pour personnes souffrant de diabète sucré de type 2, d'hypertension artérielle, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'une combinaison de ces maladies. Aujourd'hui, au sein des 13 cabinets, les équipes interprofessionnelles encadrent env. 550 patients dans cinq programmes de CCM (tab. 1).

#### Intervention au niveau de l'équipe

Nos équipes de CCM sont chacune composées d'un médecin de famille et d'un coach – un assistant qui a accompli ou achevé la formation de CMA orientation clinique. Ensemble, ils prennent en charge les patients tout au long d'un parcours de soins basé sur les preuves. Les coaches prodiguent leurs propres conseils au cours de leur consultation et s'appuient sur les

checklistes ancrées dans le dossier médical électronique (avec valeurs limites et démarches à suivre en cas de dépassement), des scripts et des brochures. Les consultations sont documentées et transmises au médecin de famille par voie électronique. Ce dernier est toujours joignable pour les demandes de précision et reste le supérieur hiérarchique. La répartition des tâches est définie.

Tous nos médecins participent aux programmes de CCM. Chaque cabinet médical dispose actuellement d'un à trois coachs. En 2013, nous avons abordé la question de la formation postgraduée nécessaire et des critères d'aptitude des assistants médicaux dans *Primary Care* [9]. Les frais de formation postgraduée de CMA orientation clinique représentent un bon investissement qui permettra d'offrir des perspectives aux assistants compétents et motivés. D'après notre expérience, ces assistants ont tendance à persister auprès des cabinets médicaux.

#### Intervention au niveau du parcours de soins

Tous nos programmes de CCM répondent aux critères de qualité relatifs à l'évaluation des projets interprofessionnels [10] et se basent sur des directives nationales et internationales [4, 11]. Les décisions sont prises au sein de l'équipe soignante, conjointement avec le patient.

Le parcours de soins est divisé en cycles et décrit l'étendue et le moment précis de chaque investigation clinique, biochimique ou de spécialité, mais également le contenu de la formation et les traitements (fig. 1). Si un patient remplit les critères d'inclusion et se déclare consentant à participer au programme, le premier cycle commence par la détermination en commun des objectifs à atteindre lors de l'évaluation. Au cours du premier cycle, le patient a des contacts avec son équipe soignante toutes les 3 à 6 semaines, et une consultation médicale tous les 3 à 6 mois. Le premier cycle s'achève au bout d'1 an par l'évaluation commune des résultats atteints. Les principaux succès/échecs sont consignés, de nouveaux objectifs sont définis, et un plan thérapeutique individuel est établi pour le prochain cycle. Les cycles annuels récurrents qui suivent sont appelés cycles de répétition, un nombre plus ou moins important d'interactions avec l'équipe soignante étant planifiées en fonction des acquis de l'année précédente. La procédure à suivre dans une situation d'urgence est réglementée, et certains contenus sont approfondis en fonction des besoins – surtout suite à des dégradations de l'état/des exacerbations – au cours de modules *refresher*.

Les programmes introduits en 2013 se concentraient sur les personnes se trouvant dans un stade avancé d'une maladie ou bien présentant simultanément plusieurs affections chroniques (programmes standards).

**Tableau 1:** Mélange des programmes Sanacare. Nombre de patients inclus en 2015 avec différence par rapport à l'année précédente.

	Situation 2014	Entrées 2014 → 2015	Sorties 2014 → 2015	Situation 2015	Δ AP	
HTA	70	95	-10	155	85	121%
DS2	31	48	-1	78	47	152%
BPCO	7	6	-1	12	5	71%
HTA + BPCO	6	4	-1	9	3	
HTA + DS2	148	159	-11	296	148	100%
<b>CCM</b>	<b>262</b>			<b>550</b>	<b>288</b>	<b>110%</b>

Abréviations: HTA = hypertension artérielle; CCM = Chronic Care Management; BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive; DS2 = diabète sucré de type 2; ΔAP = différence par rapport à l'année précédente.

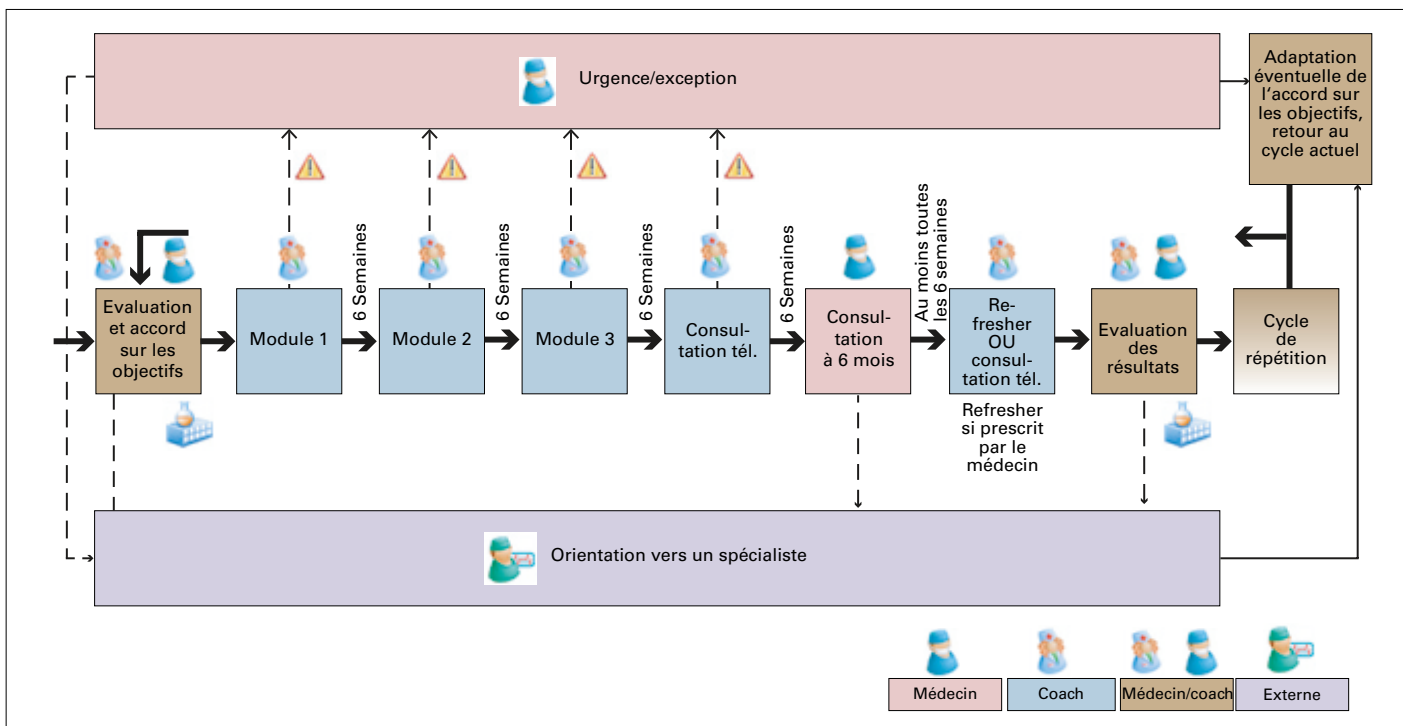


Figure 1: Un cycle thérapeutique dans le programme de CCM (modèle indépendant du diagnostic).

A l'heure, nous avons élargi l'offre de service aux personnes récemment tombées malades souffrant des mêmes affections afin d'amortir le poids du diagnostic et de faire participer les patients dès que possible à une plus grande autogestion (programmes de base).

### Données finales des programmes standards

A la fin de l'année 2015, nous accompagnions 550 patients dans cinq programmes standards (tab. 1). Le nombre de patients de loin le plus élevé a été inclus dans les programmes du diabète (diabète sucré, diabète sucré + hypertension artérielle), suivis du programme de l'hypertension. Rares étaient les patients qui ont été inclus dans les programmes BPCO. Fin 2015, 200 patients avait achevé le premier cycle (44 fin 2014).

Entre 2014 et 2015, nous avons enregistré 24 sorties (9% des patients). Les raisons de sortie étaient le manque de temps, le manque d'intérêt et une autre maladie grave supplémentaire (25% pour chaque), un déménagement ou un changement d'assurance (13%) et le décès de la personne (12%).

En raison des nombres de cas, la discussion qui suit se concentre sur les données finales du programme diabète/hypertension après 1 an, avec 100 cycles achevés: 42% des patients sont des femmes, 58% des hommes, leur âge moyen est de 70 ans. Les objectifs thérapeutiques individuels ont été atteints dans env. 70% des cas. La fidélité envers les procédures en ce qui concerne les consultations et les examens complémentaires (mesures de l'hémoglobine glyquée, contrôle ophtalmologique annuel, contrôle des pieds) était très grande, aucune consultation d'urgence n'a été nécessaire et les hospitalisations ne s'élevaient qu'à 5% des cas. Plus de la moitié des patients avaient été vaccinés contre la grippe, ce qui correspond à la couverture vaccinale des plus de 64 ans atteints de maladies chroniques (OFSP 2014).

Les données finales cliniques et biochimiques sont regroupées dans les tableaux 2 et 3:

- La perte de poids moyenne était de tout juste 2% du poids corporel initial;
- L'activité physique a pu être augmentée; à la fin du programme, 45% des participants étaient légèrement actifs (30 minutes < 3x/semaine), 35% actifs (30 minutes > 3x/semaine), le taux des inactifs avait chuté de 38 à 20%;

Tableau 2: Données cliniques finales du programme standard hypertension artérielle et diabète de type 2: IMC et activité physique (début du cycle et fin du cycle).

	100		
	Cycle 1 Début	Tous Sanacare Cycle 1 Fin	Cycle 1 Delta
IMC (en Ø)	31,5	30,9	-0,6
Poids (kg en Ø)	88,6	86,9	-1,7
Activité 3 (actif)	23%	35%	12%
Activité 2 (peu actif)	39%	45%	6%
Activité 2 (peu actif)	38%	20%	-18%

**Tableau 3:** Données cliniques finales du programme standard hypertension artérielle et diabète: statut lipidique, pression artérielle, hémoglobine glyquée (début du cycle et fin du cycle).

	100		
	Tous Sanacare		
	Cycle 1 Début	Cycle 1 Fin	Cycle 1 Delta
LDL (mmol/l en Ø)	2,7	2,9	0,2
LDL <3 mmol/l en %	63%	56%	-7%
LDL 3,00–3,49 mmol/l en %	15%	17%	2%
LDL 3,50–3,99 mmol/l en %	12%	15%	2%
LDL ≥4,00 mmol/l en %	10%	12%	2%
Pression artérielle systolique (en Ø)	142	137	-5
Pression artérielle diastolique (en Ø)	80	77	-3
Pression artérielle normale en %	47%	56%	9%
Pression artérielle degré 1 en %	34%	39%	5%
Pression artérielle degré 2 en %	17%	5%	-12%
Pression artérielle degré 3 en %	3%	0%	-3%
Hémoglobine glyquée (en %, en Ø)	7,1	6,8	-0,3
Hémoglobine glyquée <6,5 mmol/l en %	29%	34%	5%
Hémoglobine glyquée 6,5 à 7,49 mmol/l en %	45%	52%	7%
Hémoglobine glyquée 7,5 à 8,49 mmol/l en %	14%	10%	-3%
Hémoglobine glyquée ≥8,5 mmol/l en %	12%	3%	-9%

- Le taux moyen d'hémoglobine glyquée est passé de 7,1 à 6,8%, et chez 34% des patients à moins de 6,5%. A la fin du cycle, 5% de patients en plus étaient très bien contrôlés;
- Le taux moyen de cholestérol LDL est passé de 2,7 à 2,9 mmol/l, mais a été abaissé à moins de 3 mmol/l chez 56% des patients. A la fin du cycle, 7% de patients en moins étaient très bien contrôlés;
- La pression artérielle moyenne est passée de 142/80 mm Hg à 137/77 mm Hg; la pression artérielle cible (<140/90 mm Hg) était atteinte chez 56% des patients à la fin du cycle, soit 9% de patients en plus.

## Discussion et perspective

Nous avons réussi à intégrer avec succès au quotidien de nos cabinets de groupe une *chronic care approach* incluant les assistants médicaux pour trois maladies chroniques centrales. Nous pouvons ainsi confirmer la déclaration de l'étude suisse CARAT [12] selon laquelle des éléments de CCM peuvent être intégrés avec succès au sein des cabinets suisses de médecine de famille. Contrairement à l'étude CARAT, dans laquelle seule une petite partie des médecins contactés ont participé au projet, tous les médecins se sont impliqués dans nos cabinets de groupe, ce qui confirme l'aptitude à une utilisation quotidienne et la satisfaction thérapeu-

tique. La consultation médicale a été désengorgée, les domaines d'activité et les responsabilités du coach assistant ont été étendus. Nos patients apprécient la prise en charge structurée en équipe (analogue à l'étude CARAT), ce que confirment le taux élevé d'adhérence (91%) et la satisfaction des patients, alors qu'une revue systématique [13] décrit des taux d'interruption annuels de 4 à 57% en moyenne.

La *Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie* (SSED) a pondéré les principaux aspects de la prise en charge des groupes de patients atteints de diabète sucré en un score [14], recensant par ce biais aussi bien les processus pertinents (nombre de discussions spécifiques au diabète, conseils relatifs au mode de vie, examen des yeux, des reins et des pieds) que les résultats cliniques obtenus (hémoglobine glyquée, pression artérielle, lipides). Le score varie en fonction du stade de la maladie et de la répartition de l'âge du groupe de patients. A la différence d'un collectif de patients non sélectionné, nous avons procédé à une double sélection: sur la base des critères d'inclusion, des facteurs de risque cardiovasculaire et des maladies consécutives

**Tableau 4:** Données cliniques finales du programme standard hypertension artérielle et diabète: gestion de la maladie (points par critère [score SSED1-DS2]).

	106	
	Tous Sanacare 2015	
	Points	Atteint
1 Contrôles médicaux réguliers	10	100%
2a Mode de vie (conseils poids et activité physique)	5	95%
2b Mode de vie (conseils arrêt du tabagisme)	5	100%
3a Hémoglobine glyquée (≥9% chez ≤15%)	12	3%
3b Hémoglobine glyquée (<8% chez ≥60%)	8	92%
3c Hémoglobine glyquée (<7% chez ≥40%)	5	59%
4 Pression artérielle (≥140/≥90 mm Hg chez <35%)	0	43%
5a LDL (≥3,37 mmol/l chez <37%)	10	28%
5b LDL (<2,60 mmol/l chez ≥36%)	10	53%
6 Recherche de néphropathie (chez ≥80% des patients)	5	100%
7 Examen oculaire (chez ≥60% des patients)	10	92%
8 Examen des pieds (chez ≥80% des patients)	5	96%
<b>Score DS2 selon la SSED<sup>1</sup></b>	<b>85</b>	

<sup>1</sup> Selon la SSED (Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie), 75 à 100 points représentent une bonne gestion de la maladie.

s'avèrent présents chez de nombreux patients. A cette sélection plutôt négative s'oppose la sélection positive d'un collectif de patients plus motivés que la moyenne. Au total, nos programmes de CCM pour le diabète ont rempli sans problème les critères d'une bonne gestion de la maladie à 85% (tab. 4).

Une autre étude suisse [15] a analysé l'adhérence aux directives chez 40285 patients diabétiques de type 2 sous traitement conventionnel. Malgré une grande intensité thérapeutique, une application moins bonne des processus SSED a été observée: seuls 4,8% des patients ont subi tous les examens recommandés. La signification immédiate de l'adhérence aux directives est déjà mise en évidence durant les deux années qui ont suivi par la réduction du risque d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation atteint seulement 5% dans notre collectif de patients.

Après 1 an, la perte de poids moyenne était inférieure à la valeur ciblée d'au moins 5%, atteinte dans l'étude *Look AHEAD* [16], qui est à ce jour la plus grande étude interventionnelle portant sur le mode de vie des diabétiques. Ceci est quelque peu décevant dans la mesure où la perte de poids s'avère être la plus importante au cours de la première année de traitement, et elle est également prédictive de la perte de poids à long terme, sans tenir compte du fait que nos patients, avec leur bonne qualité de vie, présentent les conditions favorisant une perte de poids. Il se peut que l'augmentation de l'activité physique atteinte n'ait pas été suffisante, alors que dans l'étude *Look AHEAD*, l'objectif était d'atteindre une activité physique de >175 minutes/semaine et ce, avec une aide professionnelle. Les objectifs pourraient cependant être atteints plus facilement en utilisant des antidiabétiques n'ayant pas d'influence sur le poids ou réduisant celui-ci.

Le taux moyen d'hémoglobine glyquée était déjà proche de la fourchette cible lors de l'initiation du programme, et il a pu être encore davantage réduit. C'est un fait réjouissant dans la mesure où, en présence d'un bon taux initial d'hémoglobine glyquée, seule une faible baisse supplémentaire doit être obtenue [7]. En outre, les objectifs très stricts d'hémoglobine glyquée ne sont visés chez nos patients âgés et multimorbides que s'ils sont atteignables sans effets indésirables pertinents. En raison de prescriptions liées au programme, nous pouvons exclure que cette amélioration ait été

## Résumé

Au total, une approche chronic care structurée, d'équipe et incluant les coachs assistants nous a permis d'encore améliorer le contrôle métabolique diabétique déjà bon, ainsi que d'optimiser partiellement les co-facteurs de risque cardiovasculaire. Les programmes ont été appréciés par les patients et l'équipe et forment, avec les programmes de base, une excellente possibilité de prise en charge continue des personnes atteintes de maladies chroniques au fil de la vie.

atteinte grâce à un investissement disproportionné et des interventions supplémentaires.

A partir d'un taux moyen de cholestérol LDL déjà bon, une légère hausse est intervenue. En raison de l'absence de stratification entre la prévention primaire et secondaire, il n'est en fin de compte pas possible d'évaluer quelle proportion de patients ont atteint leur objectif de cholestérol LDL et combien ne l'ont pas atteint. En revanche, nous avons obtenu une très bonne baisse de la pression artérielle systolique et diastolique moyenne, même si 40% des patients n'ont pas atteint la pression artérielle cible de <140/90 mm Hg. Une grande étude portant sur la réduction des risques multifactoriels a montré des résultats semblables. Dans cette étude, 30 à 50% des patients n'ont pas atteint les objectifs en matière de glycémie, de pression artérielle et de lipides [17]. L'étude *CARAT* [12] a elle aussi obtenu une amélioration d'importance semblable des facteurs de risque cardiovasculaires, pas tout-à-fait optimale. Etant donné que le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire est décisif pour la réduction des complications macrovasculaires [18], nous allons renforcer nos efforts pour une intensification thérapeutique conséquente et surveiller le risque cardiovasculaire. L'intensification thérapeutique médicamenteuse fixée, réalisée par du personnel de l'équipe non médical, s'est avérée être un gain de qualité dans la prise en charge des diabétiques [7].

## Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

## Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch).

Correspondance:  
Dr med. Marc Jungi  
Allgemeine  
Innere Medizin FMH  
Sanacare Gruppenpraxis  
Bern  
Bubenberplatz 10  
3011 Bern  
[marc.jungi\[at\]sanacare.ch](mailto:marc.jungi[at]sanacare.ch)