

Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick

Unité des soins de santé primaires
Division des services de traitement des dépendances,
de santé mentale et de soins de santé primaires
Ministère de la Santé

Soyez engagé

Notre santé, notre avenir

Table des matières

SOMMAIRE	2
SECTION 1 : CONTEXTE.....	3
Que sont les maladies chroniques?	3
SECTION 2 : OÙ EN SOMMES-NOUS?.....	4
Principaux facteurs de risque.....	4
Tirer des leçons des statistiques	5
Quelle est l'ampleur du problème?	8
Apprendre des Canadiens souffrant de maladies chroniques.....	10
SECTION 3 : OÙ VOULONS-NOUS ALLER?	11
Un mandat provincial	11
Faire face aux conditions chroniques	11
SECTION 4 : COMMENT NOUS RENDRONS-NOUS LÀ?	13
Modèle de soins aux malades chroniques.....	13
CONCLUSION	20

FIGURES

Figure 1 : Facteurs de risque chez les Néo-Brunswickois et les Canadiens	4
Figure 2 : Distribution en pourcentage des principales causes de décès.....	5
Figure 3 : Principales causes de décès au Nouveau-Brunswick (taux comparatif de mortalité).....	6
Figure 4 : Années potentielles de vie perdue au Nouveau-Brunswick, 2006	6
Figure 5 : Causes de décès prématurés	7
Figure 6 : Mortalité et TCM par 100 000 habitants par sexe.....	7
Figure 7 : Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois.....	9
Figure 8 : Coûts des soins de santé liés aux maladies chroniques.....	9
Figure 9 : Modèle élargi de soins aux malades chroniques.....	14

Sommaire

L'objectif de ce document est de présenter brièvement pourquoi il est nécessaire d'adopter une stratégie sur la gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick et d'expliquer le contexte. Les maladies chroniques, qui comprennent les maladies persistantes, sont les inducteurs de coûts les plus importants pour le système de santé. En général, ces maladies ne peuvent être prévenues par des vaccins ou guéries grâce à des médicaments. Elles ne disparaissent pas d'elles-mêmes. Plusieurs maladies chroniques se développent lentement, au fil du temps, en raison de comportements dommageables pour la santé. La gestion des maladies et des conditions chroniques représente un défi de taille pour le système de santé et des changements sont nécessaires pour mieux gérer ces problèmes de santé complexes.

En 2007, le Conseil en matière de qualité de la santé a publié un rapport sur les caractéristiques et la prévalence de la santé et des soins de santé utilisés par les Canadiens aux prises avec des maladies chroniques sélectionnées¹. Un tiers des Canadiens a signalé avoir eu un diagnostic d'au moins une des sept conditions physique ou mentale chroniques visées par l'étude. Nos efforts visant à créer un système de santé durable doivent cibler les défis créés par cette prévalence croissante. Il existe des preuves solides que si les maladies chroniques créent un fardeau économique et social grave, il y a amplement d'occasions de réduire et de gérer ce fardeau. Le *Plan provincial de la santé 2008-2012* réitère ce besoin et cet engagement envers une meilleure gestion des problèmes de santé à long terme.

{le système de santé} doit subir une transformation qui permet de mettre l'accent sur les résultats, l'efficacité opérationnelle, l'excellence clinique et la durabilité à long terme².

La Robert Wood Johnson Foundation a parrainé les travaux du Dr E. Wagner aux États-Unis, dont le but était d'élaborer un cadre de services axés sur les soins cliniques pour appuyer les soins aux personnes ayant des maladies chroniques. Ces travaux ont mené à l'élaboration du Modèle de soins aux malades chroniques (MSMC), qui intègre de multiples composantes afin d'améliorer la gestion des patients souffrant de maladies chroniques. Le modèle a fait l'objet de nombreuses études depuis 2000. La base de données Cochrane a effectué une méta-analyse de ces études. De plus, le Rand Group a reçu le mandat d'analyser l'efficacité du modèle. Depuis 1999-2000, plus de 15 études distinctes regroupant quatre sites et plus de 4 000 patients ont été effectuées et analysées. Voici un aperçu des conclusions de ces études :

- les organisations ont été en mesure de s'améliorer, apportant en moyenne 48 modifications dans 5,8 des six aspects du MSMC;
- les patients souffrant de diabète ont vu diminuer grandement leurs risques de maladies cardiovasculaires;
- les patients pilotes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive connaissaient mieux leur condition et, lorsqu'ils suivaient la thérapie recommandée, comptaient 35 pour cent de moins de jours d'hospitalisation;
- les patients pilotes souffrant d'asthme et de diabète étaient plus susceptibles d'obtenir la thérapie appropriée.

Le modèle de soins aux malades chroniques élargi est un cadre systémique de prévention et de gestion des maladies chroniques qui servira de guide pour la transformation du système de soins de santé. Ce modèle dresse la liste des principaux éléments qui fonctionnent ensemble; il crée l'environnement social pour la prestation de soins de santé. Le système de soins de santé est décrit dans le contexte de la collectivité élargie et on précise que la collectivité joue un rôle important dans la façon dont les services de santé sont offerts. L'influence de la collectivité découle de la politique publique, de l'environnement de soutien et de l'engagement public. Les principales composantes du système de soins de santé sont la conception du système de prestation de soins, le système d'information, l'autogestion des patients et le soutien à la prise de décisions. Ce modèle sert de plan directeur qui guide les efforts, les activités et les améliorations de la prestation de soins de santé primaires à tous les Néo-Brunswickois souffrant de maladies chroniques.

Section 1 : Contexte

Que sont les maladies chroniques?

Les maladies chroniques englobent les maladies qui persistent. En général, elles ne peuvent être prévenues par des vaccins ni soignées par des médicaments. Elles ne disparaissent jamais. Plusieurs maladies chroniques se développent lentement au fil du temps en raison de comportements nuisibles pour la santé.

Les maladies chroniques sont habituellement accompagnées de facteurs de risque préexistants, de débuts vagues, de longues périodes de latence, d'affliction prolongée et sont plus tard associées à des déficiences ou à des handicaps fonctionnels. Les maladies chroniques englobent les troubles physiques et mentaux et sont parmi les problèmes de santé les plus fréquents et les plus coûteux affligeant les Canadiens. Plusieurs maladies chroniques sont contrôlables. Certaines maladies chroniques sont d'origine infectieuse et présentent un risque additionnel grave pour la santé publique en raison de leur communicabilité, par exemple le VIH/SIDA³.

Les conditions chroniques partagent certains aspects fondamentaux : elles exigent un certain niveau de gestion des soins de santé au fil du temps. De plus, les conditions chroniques :

- augmentent de par le monde et représentent 45,9 pour cent des maladies dominantes mondiales⁴. Aucun pays n'est à l'abri de ces maladies;
- mettent gravement en péril l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé actuels et mettent au défi notre capacité à organiser des systèmes permettant de répondre à la demande accrue;
- ont des répercussions économiques et sociales importantes et menacent les ressources en soins de santé de tous les pays.

En raison du pourcentage important de la population qui est soit à risque de développer une maladie chronique ou qui en a déjà une, on reconnaît de plus en plus qu'il faut élaborer des stratégies basées sur la population et axées sur les patients. Les maladies chroniques sont gérées le plus efficacement par un continuum de services de santé, qui va de la prévention primaire au traitement tertiaire des maladies. Les stratégies basées sur la population portent sur les déterminants sociaux de la santé et sur les choix comportementaux ayant mené à l'apparition des maladies chroniques. Les approches relatives au traitement des patients comprennent la création d'un programme d'éducation sur la santé, l'accès aux équipes de soins de santé, des systèmes de prestation de soins alternatifs, la gestion des cas, des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, etc. Il existe plusieurs éléments prouvant qu'un ensemble commun de facteurs de risque joue un rôle de précurseur des maladies chroniques.

Section 2 : Où en sommes-nous?

Principaux facteurs de risque

Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2002⁵ intitulé *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, les facteurs de risque jouent un rôle clé dans le développement des maladies chroniques. L'atténuation de ces facteurs chez la population en général et chez les patients peut avoir des répercussions importantes sur la prévalence et l'incidence des maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires relativement rapidement. Les principaux facteurs de risque, relevés par l'OMS sont :

- Le tabagisme
- La consommation d'alcool
- L'hypertension artérielle
- L'inactivité physique
- Un taux élevé de cholestérol
- L'obésité
- Une consommation insuffisante de fruits et de légumes

Le tableau suivant présente l'incidence des risques communs et évitables au Nouveau-Brunswick et les compare au risque dans le reste du Canada :

Mode de vie/risque pour la santé	N.-B.	Canada
Tabagisme ⁶	21,2	19,2
Obésité (IMC >30) % ⁷	20	14,9
Inactivité physique % ⁸	52,1	46,9
Consommation d'alcool % ⁹	73,8	79,3
Consommation insuffisante de fruits et de légumes % ¹⁰	33	38,3
Hypertension artérielle % ¹¹	19,8	15,9
Taux de cholestérol élevé ¹²	s/o	17

Ces risques sont évitables. L'hypertension artérielle, le taux de cholestérol élevé, l'obésité et l'inactivité physique sont étroitement reliés à la diète et à l'activité. Des stratégies simples, comme consommer moins de sel et de gras saturés et plus de légumes et de fruits et cesser de fumer, sont des moyens éprouvés permettant de prévenir les maladies chroniques ou de limiter la progression de la morbidité connexe.

Tirer des leçons des statistiques

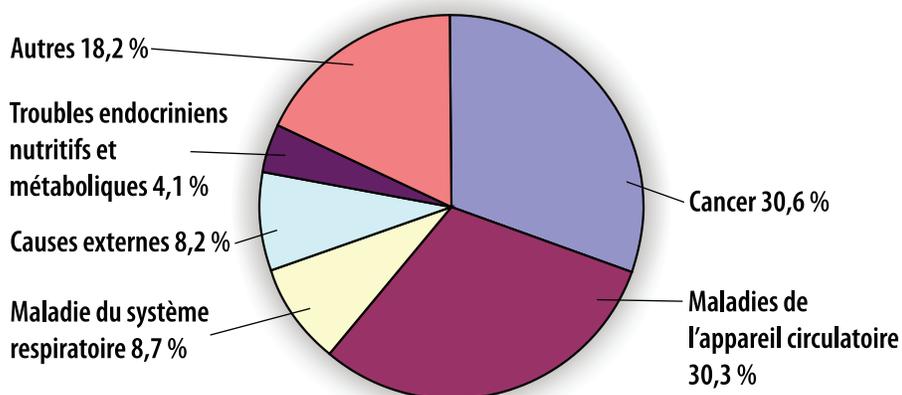
Les indicateurs de mortalité communs ainsi que les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournissent des renseignements utiles sur les répercussions des maladies chroniques. Les tableaux suivants portent sur les causes de mortalité au Nouveau-Brunswick et mettent l'accent sur le fardeau imposé par les maladies chroniques.

Les tableaux ci-dessous présentent les « principales causes de mortalité au Nouveau-Brunswick en pourcentage », les « taux comparatifs de mortalité »¹³, les « années potentielles de vie perdues »¹⁴, et les « décès prématurés ». Le cancer et les maladies du système circulatoire sont les deux principales causes de mortalité et sont responsables de plus de la moitié de la mortalité attribuée. Ces deux conditions sont considérées comme des conditions chroniques. Ces statistiques et les recherches laissent croire que si les Néo-Brunswickois et le système de santé luttent contre le fardeau des maladies chroniques, il y a de nombreuses possibilités d'améliorer la situation.

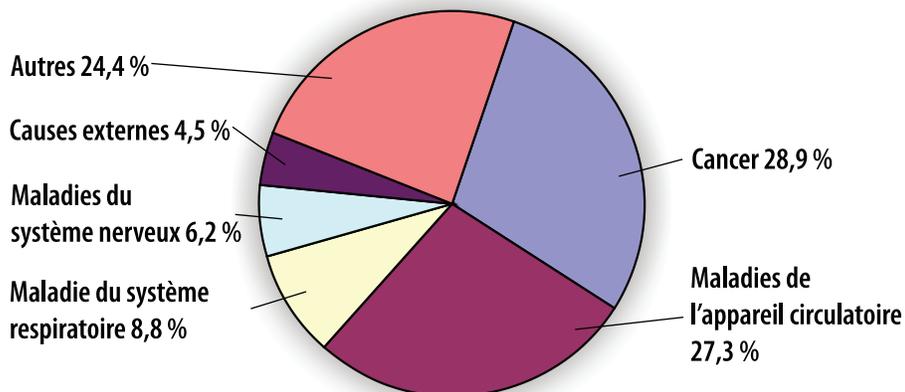
Le cancer est la principale cause de décès, d'années potentielles de vie perdues et de décès prématurés. Le pourcentage de Néo-Brunswickois qui meurent de cancer est plus élevé que celui de la population canadienne en général.

Figure 2 : Distribution en pourcentage des principales causes de décès

HOMMES – Distribution en pourcentage des principales causes de décès au Nouveau-Brunswick : 2006 (Données préliminaires : BMHC, 2009)



FEMMES – Distribution en pourcentage des principales causes de décès au Nouveau-Brunswick : 2006 (Données préliminaires : BMHC, 2009)



Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef, données préliminaires, Service d'épidémiologie, ministère de la Santé, 2006 (1\13\09)

Figure 3 : Principales causes de décès au Nouveau-Brunswick (TCM par 100 000 habitants)

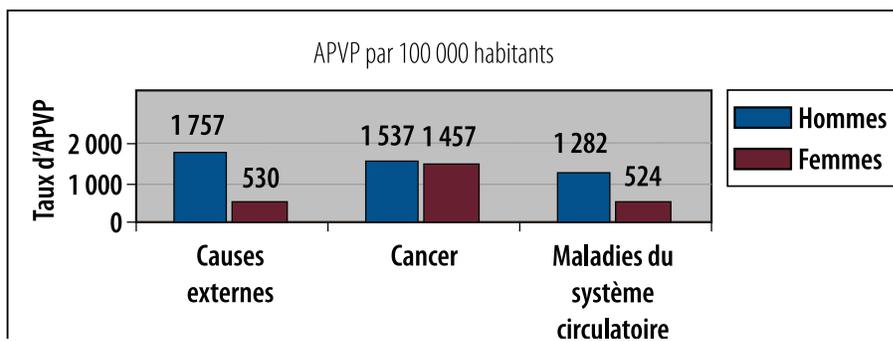
Principales causes de décès au Nouveau-Brunswick 2006 et au Canada 2004 (taux comparatif de mortalité {TCM} par 100 000 habitants.

Hommes	N.-B.	Canada
Cancer	206,0	212
Maladies de l'appareil circulatoire	203,2	
Causes externes	60,0	
Maladies du système respiratoire	59,7	
Troubles endocriniens, nutritifs métaboliques	27,3	
Toutes les causes	679,3	710

Femmes	N.-B. 2006	Canada 2004
Cancer	146,0	147,0
Maladies de l'appareil circulatoire	129,2	
Maladies du système respiratoire	39,9	
Maladies du système nerveux	29,4	
Causes externes	27,3	
Toutes les causes	485,1	465,6

Données préliminaires, Bureau du médecin hygiéniste en chef, 2009-13-01

Figure 4 : Années potentielles de vie perdue (APVP) : principales causes au Nouveau-Brunswick (2006)



Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef (données préliminaires 2009-13-01) Service d'épidémiologie, ministère de la Santé.

Figure 5 : Causes de décès prématurés, Décès prématurés (moins de 65 ans) – Causes au Nouveau-Brunswick : 2006

Cause	Hommes n = 771		Femmes n = 441	
	Rang	%	Rang	%
Cancer	1	29,1	1	45,7
Maladies du système circulatoire	2	24,3	2	14,8
Causes externes	3	22,7	3	11,9
Maladies du système nerveux	7	3,1	4	5
Troubles endocriniens	5	3,9	5	4,6
Maladies du système respiratoire	6	3,2	6	4,4

Source : Bureau du médecin hygiéniste en chef (données préliminaires) 1/13/2009

Figure 6 : Mortalité et TCM par 100 000 habitants par sexe

HOMMES	Décès/année	%	N.-B.	TCM	
					CAN 2004
Poumons	316	33,3	76,5		60,6
Prostate	100	10,5	24,7		23,3
Colorectal	105	11,1	25,5		26,8
Tous les cancers	950	100	229,2		211,7

FEMMES	Décès/année	%	N.-B.	TCM	
					CAN 2004
Poumons	206	25,2	39,7		36,1
Sein	123	15,1	22,2		23,1
Colorectal	92	11,3	15,5		17,3
Tous les cancers	817	100	148,4		147,1

Source des données : Registre des cancers, Réseau Cancer Nouveau-Brunswick, 2006, ministère de la Santé

Le cancer a coûté très cher aux Néo-Brunswickois, mais le cancer est lié aux facteurs de risque fondamentaux. Si le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent et la principale cause de décès, entre 80 et 90 pour cent des cas sont attribuables au tabagisme. Ces cas étaient presque entièrement évitables. Dans une étude qui fait date, les chercheurs du World Cancer Research Fund (WCRF)¹⁵ et de l'American Institute for Cancer Research (AICR) ont estimé qu'environ un tiers des cas seraient éliminés si huit recommandations simples concernant la diète et l'exercice étaient suivies :

1. Rester aussi mince que possible dans la gamme normale de poids corporel.
2. Être actif physiquement chaque jour.
3. Limiter la consommation d'aliments riches en énergie et de boissons sucrées.
4. Manger principalement des aliments d'origine végétale.
5. Limiter la consommation de viande rouge et éviter les viandes transformées.
6. Limiter la consommation d'alcool.
7. Limiter la consommation de sel.
8. Chercher à combler les besoins nutritifs avec le régime uniquement.

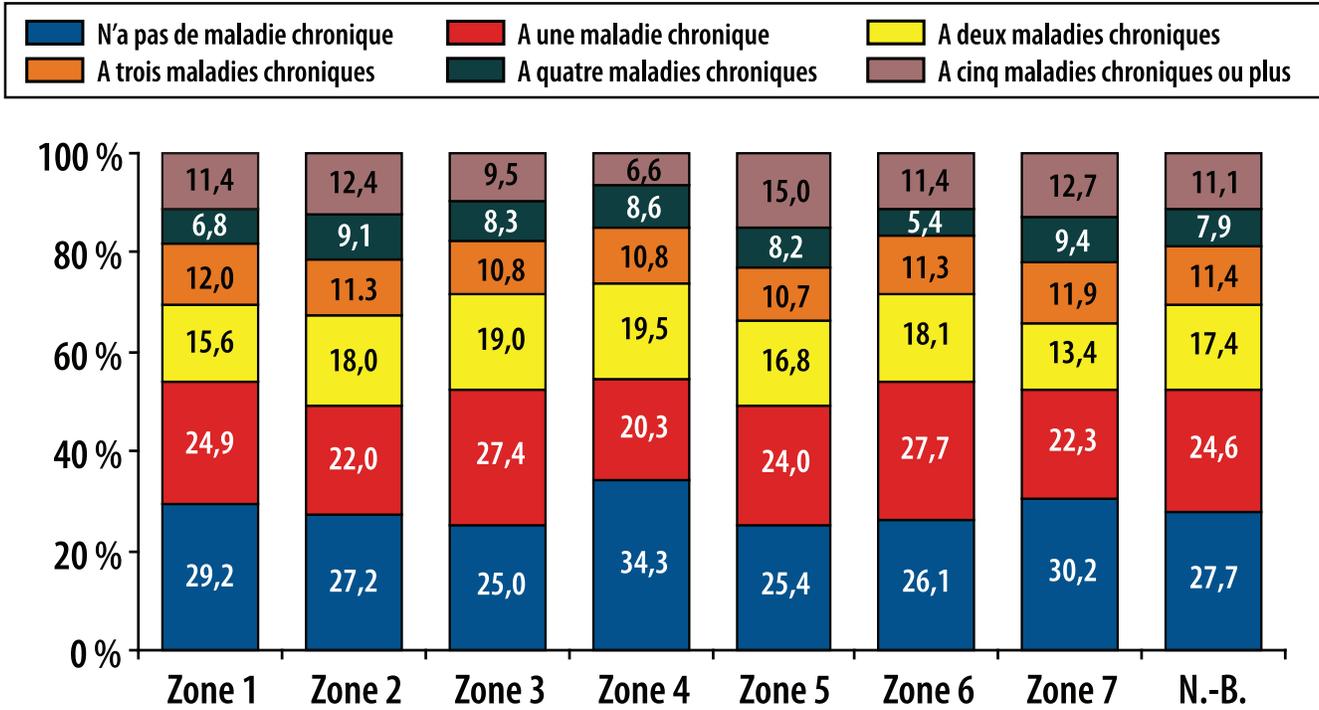
Les maladies cardiovasculaires (maladies de l'appareil circulatoire) sont la deuxième principale cause de décès. Le tableau sur les causes de décès en pourcentage montre qu'environ un tiers des Néo-Brunswickois meurent de maladies cardiovasculaires. Le tableau sur le taux comparatif de mortalité montre que plus de Néo-Brunswickois meurent de maladies cardiovasculaires que la moyenne canadienne. Le tableau sur les années potentielles de vie perdues montre que trop de Néo-Brunswickois meurent trop tôt de maladies cardiovasculaires. Pourtant, environ 75 pour cent des maladies cardiovasculaires sont attribuables à des facteurs de risque simples : taux de cholestérol élevé, hypertension artérielle, faible consommation de fruits et de légumes, style de vie inactif et tabagisme. La mortalité associée aux maladies chroniques montre bien les coûts pour la personne, la famille et la société.

Quelle est l'ampleur du problème?

Si le taux de mortalité reflète le fardeau final des maladies chroniques, les données de l'ESCC sont utiles pour comprendre l'ampleur du problème. L'ESCC est une enquête nationale continue visant à déterminer l'état de santé et les préoccupations par des autoévaluations faites au téléphone et en personne. Au Nouveau-Brunswick, 58 pour cent des jeunes de 12 à 17 ans ont indiqué souffrir d'une maladie chronique, les allergies, l'asthme et les problèmes de dos étant les plus communes. Ce taux grimpe en flèche chez les adultes de 18 ans ou plus, où 74 pour cent souffrent d'une maladie chronique, l'arthrite, l'hypertension artérielle et l'asthme étant les plus communes.

Le graphique ci-dessous montre la répartition de la prévalence des maladies chroniques chez les particuliers par zone.

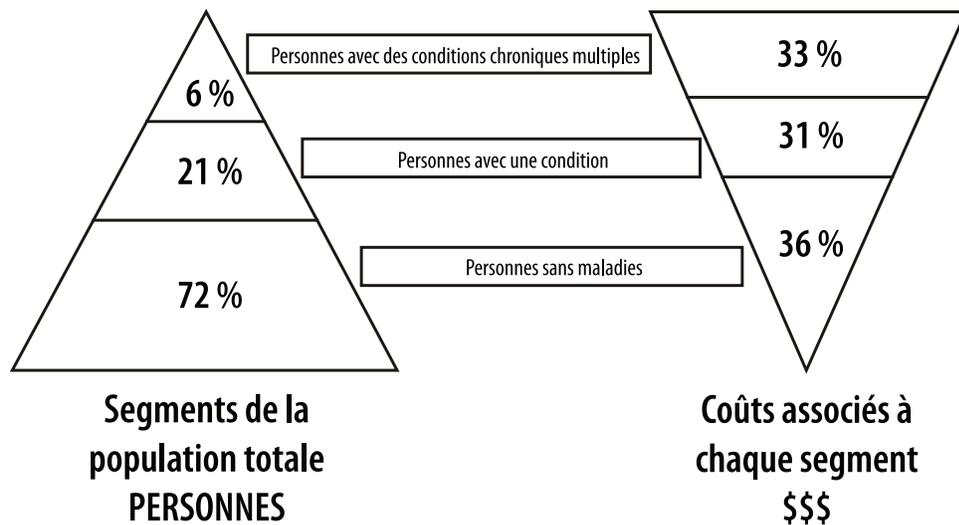
Figure 7 : Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois



Source : Statistique Canada, ESCC, Cycle 3.1 2005

Kaiser Permanente est un grand organisme de gestion des soins aux États-Unis. L'organisation a mené une enquête sur les inducteurs de coûts dans les services de soins de santé et a examiné les modèles d'utilisation de leur clientèle composée de 8,4 millions de patients. Deux tiers de toutes les ressources en santé étaient utilisées par des personnes ayant des maladies chroniques. Le consensus est que ce profil représente une tendance commune en matière d'utilisation de ressources en santé.

Figure 8 : Coûts des soins de santé liés aux maladies chroniques



Source : Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

La prévalence accrue des maladies chroniques dans la population, jumelée au pourcentage élevé de personnes avec de multiples conditions chroniques comorbides, rend encore plus urgente l'élaboration de meilleures approches de gestion des maladies chroniques. L'utilisation du système de santé est étroitement liée à la présence de maladies chroniques. Les personnes ayant plus d'une condition chronique utilisent considérablement plus de ressources en santé. Nos efforts de création de systèmes de soins de santé durables doivent cibler les défis causés par la prévalence croissante des conditions chroniques et comprendre des stratégies axées sur des interventions primaires, secondaires et tertiaires.

Apprendre des Canadiens souffrant de maladies chroniques

En 2007, le Conseil canadien de la santé a publié une série de rapports sur les conditions de santé chroniques¹⁶. Les Canadiens souffrant de maladies chroniques sont responsables de 51 pour cent des visites à un omnipraticien, de 55 pour cent des visites à un spécialiste, de 67 pour cent des consultations en soins infirmiers et de 72 pour cent des nuits d'hospitalisation. Les Canadiens signalent que même s'ils avaient généralement accès à des médecins, ils avaient souvent de la difficulté à obtenir des rendez-vous en temps opportun. Par conséquent, on se fie beaucoup aux urgences des hôpitaux pour obtenir des soins primaires. Les répondants n'avaient pas accès à une équipe de soins de santé, même si l'importance d'une telle équipe pour des soins optimaux est bien documentée. Le gouvernement du Canada dépense beaucoup en soins de santé, mais près de 10 pour cent des patients interrogés ont rapporté ne pas avoir rempli une prescription ou avoir omis de prendre des médicaments en raison des coûts. Si on investit beaucoup pour s'assurer que les patients auront accès à un médecin, cela ne se traduit pas nécessairement par une augmentation de la qualité des soins de santé.

Il y a plusieurs initiatives en cours qui portent sur les équipes interdisciplinaires de prestation de soins de santé, comme l'initiative des Équipes Santé familiales (ESF) en Ontario, Groupe Health à Sault. Ste Marie, et le Chinook Primary Care Network en Alberta. Ces projets visent à combler plusieurs lacunes cernées par les patients canadiens. En général, les équipes offrent des heures prolongées de service ainsi qu'un accès après les heures de travail pour mieux répondre aux besoins des patients de façon opportune. L'équipe met aussi l'accent sur une meilleure gestion des maladies chroniques, sur la prévention des maladies et sur la promotion de la santé, en collaboration avec d'autres organisations communautaires¹⁷. Les résultats mentionnés englobent une amélioration de l'utilisation des meilleures pratiques quant à la gestion des maladies chroniques résultant d'une diminution des admissions à l'hôpital et des visites à l'urgence, un meilleur suivi et un meilleur contrôle du diabète et une amélioration du dépistage du cancer colorectal et du sein¹⁸.

Section 3 : Où voulons-nous aller?

Un mandat provincial

Le Pacte pour le changement et le Plan provincial de la santé 2008-2012 appuient le développement d'une stratégie provinciale de soins chroniques qui portera sur les maladies comme les troubles de l'humeur, le diabète, l'arthrite et le VIH/SIDA. Une telle stratégie devrait être suffisamment détaillée pour s'appliquer à toutes les maladies chroniques tout en portant sur les déterminants sociaux de la santé sous-jacents et sur les disparités en matière de santé qui sont des précurseurs communs pour les maladies chroniques.

Faire face aux conditions chroniques

La nécessité de transformer les services de santé découle d'impératifs fiscaux, moraux et en matière de ressources. Les citoyens du Nouveau-Brunswick ont affirmé clairement la nécessité d'améliorer l'accès opportun aux services de santé et à une équipe élargie de fournisseurs. On s'intéresse de plus en plus aux moyens de rester en santé. Le manque de fournisseurs compétents augmente, ce qui met en évidence la nécessité d'offrir les soins d'une façon différente. La recherche démontre clairement que bien souvent, les soins ne sont pas axés sur les pratiques exemplaires fondées sur des preuves. Les contribuables du Nouveau-Brunswick veulent être assurés que leurs impôts leur permettent d'obtenir les meilleurs soins possible. En sachant où nous voulons aller, nous connaissons les coordonnées nécessaires pour réorganiser les services de santé.

Changer les mentalités qui existent dans le domaine des soins de santé primaires : passer de l'approche visant à « trouver le problème et à le régler » à une approche visant à « prévenir le problème, à le trouver et à le gérer ».

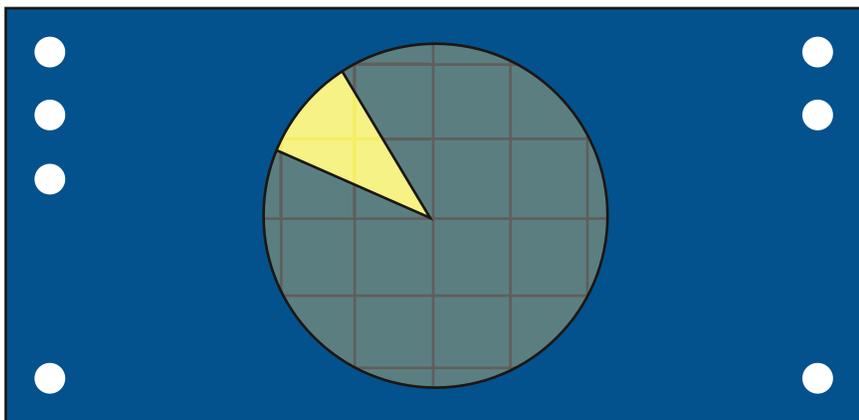
Si le fardeau mondial en matière de maladie penche vers les maladies chroniques, les soins sont toujours axés sur les symptômes aigus et émergents, ce qui n'est pas la meilleure approche pour la gestion des maladies chroniques.

Le syndrome RADAR

Le patient apparaît

Le patient est traité

Le patient repart, puis disparaît de l'écran radar



« Dans la plupart des cas, le patient apparaît, est traité par la méthode «trouver et régler», repart, puis disparaît rapidement de l'écran radar »¹⁹.

Le système doit passer à l'approche « prévenir, trouver et gérer » afin d'appuyer les processus de soins.

Changer le rôle de l'information : les données, qui avaient un rôle passif, jouent un rôle actif et orientent les soins au niveau des patients et de la population.

Des réseaux d'information fiables doivent être créés pour offrir des données essentielles aux populations et aux patients afin d'assurer une attribution des ressources et une prestation de services efficaces et efficientes. À titre d'exemple, les systèmes de santé n'appuient pas le soutien exhaustif et planifié des patients avec des maladies chroniques afin d'assurer les meilleurs résultats possible^{20,21,22,23}. Les systèmes de soins de santé ont été créés pour répondre aux besoins de soins aigus. Les décideurs doivent avoir des renseignements sur les types de problèmes de santé et sur la répartition des services de santé pour relever les défis et déterminer si les mesures prises sont efficaces. Les fournisseurs doivent avoir accès à des renseignements électroniques pour accéder à des renseignements médicaux fiables et pour améliorer les communications avec les patients, entre autres pour faire des rappels, etc. Les patients doivent avoir des renseignements sur leur santé pour pouvoir mieux se soigner eux-mêmes.

Changer le rôle du patient : le patient gestionnaire de sa propre santé

L'attitude des Néo-Brunswickois envers leur santé et leur bien-être est en train de changer d'un vague sentiment de responsabilité à une responsabilité explicite pour la gestion de leur santé et de leur bien-être et de recherche du soutien du système de santé au besoin. Ils deviennent les chefs de leur propre équipe de santé personnelle.

Cette transformation exigera un déplacement de la balance de pouvoirs dans la structure sociale de la relation sur la santé. Les patients devront également être éduqués et le système de santé doit leur fournir des renseignements uniformes et complets pour leur permettre de gérer eux-mêmes leur santé. Parfois, même en ayant les bons renseignements et le soutien adéquat, certains patients ont de la difficulté à trouver la motivation nécessaire pour changer leur mode de vie^{24,25,26}.

Changer le rôle des collectivités : les faire participer comme des partenaires dans la santé et le mieux-être des citoyens

Les soins de santé ne permettent pas d'utiliser les programmes communautaires existants de façon optimale. Cela représente un problème de taille dans les cas où il y a peu de ressources et où les services de soins primaires ne parviennent pas à combler les besoins en santé. Les liens avec des organisations communautaires comme des groupes de consommateurs et des organisations non gouvernementales sont particulièrement utiles pour les patients et les familles, puisqu'ils leur donnent accès à des groupes de soutien mutuel, à des organismes de bienfaisance, etc. Il est également important que tous les ordres de gouvernement et les ministères s'assurent que notre environnement est soutenu et protégé par des politiques publiques saines.

Mettre l'accent sur le bien-être plutôt que sur la maladie : on ne fait pas suffisamment de prévention

Les maladies chroniques sont en grande partie évitables. Nous devons élaborer des stratégies de santé publique efficace axées à la fois sur la santé et sur le bien-être. Cela comprend l'élaboration de politiques qui découragent les comportements malsains et qui font des comportements sains le choix le plus facile. Par exemple, des mesures comme celles touchant la publicité destinée aux enfants et les aliments malsains, l'étiquetage nutritionnel, les lignes directrices sur l'utilisation des gras saturés, le sel ajouté, etc., dans les aliments préparés pourraient jouer un rôle clé pour changer les habitudes alimentaires d'une population. Toutes les interactions entre les fournisseurs de soins et les patients doivent servir de moyens d'informer les patients sur les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies. Un exemple courant est l'intervention en matière de tabagisme « demander et conseiller » favorisée par le milieu médical. Lorsqu'on leur donne des renseignements sur la façon de faire les bons choix, les patients et leurs familles peuvent agir pour améliorer leur propre santé. Avec l'aide du personnel des services de santé, les patients peuvent adopter des comportements qui préviendront l'apparition des maladies chroniques ou qui retarderont les complications. Ils doivent toutefois avoir les connaissances, la motivation et les compétences pour le faire. Les stratégies de gestion des changements doivent faire appel à des facilitateurs professionnels et profanes qui sont formés en matière de responsabilisation des patients et des modèles de changement de comportement qui comprennent les stratégies de résolution de problèmes. Afin de prévenir et de réduire les complications liées aux maladies chroniques, la prévention et la promotion de la santé doivent être intégrées à chaque situation de prestation de soins de santé²⁷.

Section 4 : Comment nous rendrons-nous là?

Modèle de soins aux malades chroniques

Le modèle de soins aux malades chroniques a été élaboré aux États-Unis par le Dr E. Wagner grâce à un financement de la Robert Wood Johnson Foundation. Le but était d'élaborer un cadre de services cliniques efficace pour soutenir les soins offerts aux personnes souffrant de maladies chroniques. Le modèle de soins aux malades chroniques intègre de multiples composantes afin d'améliorer la gestion des patients avec des maladies chroniques et sert de plan pour orienter le renouvellement des systèmes de soins de santé. Les efforts passés visant à réorganiser la gestion des maladies chroniques étaient axés sur une seule intervention ou initiative. Cette série de « solutions ponctuelles » reflétait le modèle « trouver et régler » du système de santé traditionnel. Ces solutions ont rarement été couronnées de succès et n'engendrent pas toujours des résultats soutenus. Les approches qui ont connu le plus de succès intégraient plusieurs stratégies.

Une méta-analyse des programmes ayant connu du succès et des autres a mené à l'élaboration du modèle de soins aux malades chroniques. Depuis 2000, le modèle a fait l'objet de nombreuses études. La base de donnée Cochrane a effectué une méta-analyse de ces études. De plus, le Rand Group a reçu le mandat d'analyser l'efficacité du modèle. Depuis 1999-2000, plus de 15 études distinctes regroupant quatre sites et plus de 4 000 patients ont été effectuées et analysées. Voici un aperçu des conclusions de ces études :

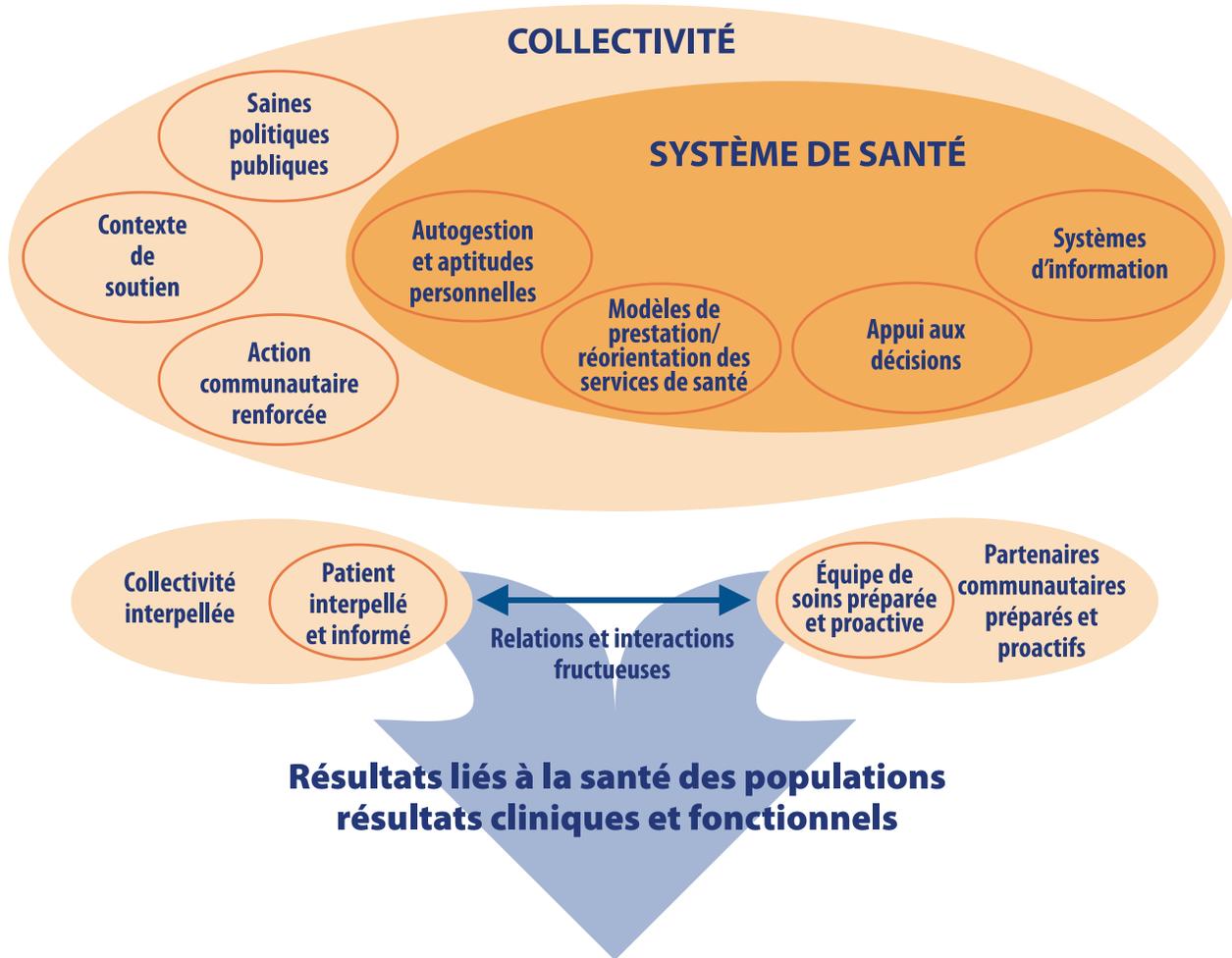
- les organisations ont été en mesure de s'améliorer, apportant en moyenne 48 modifications dans 5,8 des six aspects du MSMC;
- les patients souffrant de diabète ont vu diminuer grandement leurs risques de maladies cardiovasculaires;
- les patients pilotes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive connaissaient mieux leur condition et, lorsqu'ils suivaient la thérapie recommandée, comptaient 35 pour cent de moins de jours d'hospitalisation;
- les patients pilotes souffrant d'asthme et de diabète étaient plus susceptibles d'obtenir la thérapie appropriée.

Le Institute for Health Care Improvement fait la promotion de ce modèle qui comprend divers outils d'amélioration de la qualité²⁸. Il y a un site Web consacré au modèle de soins aux malades chroniques²⁹. Ce modèle intègre les composantes élémentaires nécessaires pour améliorer les soins de santé d'un point de vue systémique : la collectivité, les organisations de santé, les cabinets et les patients. Ce modèle peut s'appliquer à des maladies chroniques précises et offre un cadre commun pour les stratégies d'amélioration des soins. Il reconnaît que les maladies chroniques partagent des caractéristiques communes. Pour cette raison, il est possible d'élaborer des programmes efficaces qui appuieront l'amélioration de la qualité pour plusieurs maladies chroniques, sans nécessairement être axés sur une maladie en particulier. Il peut également orienter la création de programmes axés sur des maladies en particulier favorisant ainsi la mise en place d'infrastructures clés qui toucheront plusieurs maladies chroniques et qui permettront de regrouper les investissements et d'éliminer l'isolement des ressources. Le modèle prévoit un engagement ferme envers le patient.

« Si la gestion des maladies chroniques reconnaît que son rôle est d'améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes, elle aura atteint son but... Mais si son seul but est de permettre au système de santé d'économiser de l'argent, elle aura échoué. Mais si elle combine les connaissances, l'énergie et les intérêts des particuliers avec l'expertise et la compréhension des professionnels de la santé et les ressources et la puissance des systèmes de santé, elle sera imbattable. » [traduction] (H. Cayton, (2004) Présentation de conférence From ideas to action: improving chronic disease management, Londres, le 18 mai 2004)³⁰

Ce modèle a été adapté plus tard pour mettre l'accent sur la collectivité et sur les défis liés aux déterminants sociaux de la santé. Cela a permis de mettre en évidence l'importance des politiques publiques en santé et de l'environnement général pour le soutien de la santé et du bien-être. Le modèle élargi de soins chroniques suivant a été adopté à grande échelle dans le contexte canadien. Une description complète des composantes du modèle est présentée plus loin.³¹

Figure 9 : Modèle élargi de soins aux malades chroniques



Créé par : Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts et Dariana Ravanadale (2002) Adapté de Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E. Curry, S., Solberg, L. (2001). Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), et l'Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être Canada et l'Association canadienne de la santé publique, (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Les descriptions suivantes sont tirées du site web de l'IHI et ont été adaptées au contexte du Nouveau-Brunswick.
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Changes/>

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
<p>Système de santé : organisation des soins de santé.</p> <p>Les programmes de gestion des maladies chroniques pourraient être plus efficaces si le système en général (organisation) qui fournit les soins est orienté et dirigé de façon à mettre l'accent sur les soins aux malades chroniques.</p> <p>Les systèmes de santé peuvent créer un environnement dans lequel les efforts concertés visant à améliorer les soins offerts aux personnes ayant des maladies chroniques seront fructueux. Tous les paliers de l'organisation appuient les soins de grande qualité. Il y a des stratégies d'amélioration efficaces axées sur un changement exhaustif du système. Cela comprend le traitement transparent et systématique des erreurs et des problèmes de qualité. Des ententes sont en place pour faciliter la coordination des soins au sein des organisations et entre celles-ci.</p> <p>Dans le MESMC, les principaux éléments du système de santé sont vus comme existant dans un système fluide où il y a un flot d'idées, de ressources et de personnes entre la collectivité et le système de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Leadership organisationnel général dans les soins aux malades chroniques• Objectifs organisationnels en matière de soins aux malades chroniques• Stratégie d'amélioration des soins aux malades chroniques• Mesures incitatives et règlements concernant les soins aux malades chroniques• Participation des dirigeants supérieurs	<p>Les soins aux malades chroniques sont intégrés à la stratégie régionale de planification à long terme. Des ressources y sont consacrées et des responsabilités sont établies. Il y a un processus continu d'établissement d'objectifs, de mesures et d'évaluations. On a adopté des mesures incitatives et des règlements afin de motiver et d'habiliter les fournisseurs de service à soutenir l'atteinte des objectifs. La participation des dirigeants supérieurs est visible.</p>

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
<p>1. Autogestion/aptitudes personnelles</p> <p>Un soutien efficace à l'autogestion peut aider les patients et leurs familles à relever les défis liés à la vie avec une maladie chronique et au traitement connexe et réduire les complications et les symptômes.</p> <p>Une autogestion efficace ne consiste pas à dire aux patients quoi faire. Les patients sont responsables de choisir leurs soins, et doivent se sentir responsables de leur propre santé. Il faut utiliser des stratégies efficaces de soutien à l'autogestion qui comprennent des évaluations, l'établissement d'objectifs et la planification de mesures, la résolution des problèmes et le suivi. Il faut organiser les ressources internes et communautaires afin d'offrir aux patients un soutien continu en matière d'autogestion. Les patients développent leurs aptitudes personnelles pour maintenir leur santé et leur bien-être.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation et documentation des besoins et des activités d'autogestion Activités de soutien de l'autogestion (information, cours) Écouter les préoccupations des patients et de leurs familles (soutien par des pairs, groupes) Interventions efficaces en matière de changement de comportement et de soutien des pairs. 	<p>L'autogestion est évaluée régulièrement et consignée sur un formulaire lié à un plan de traitement. Les éducateurs des patients sont formés en matière d'habilitation des patients et de stratégies de changement de comportement et voient la plupart des patients souffrant de maladies chroniques. Le soutien par les pairs et par des groupes sont des stratégies utilisées.</p> <p>Cela comprend également la façon dont les renseignements sont fournis aux patients, leur confort et aisance dans le système de soins de santé, etc. Des numéros de téléphone importants, comme celui de Télé-Soins, doivent être affichés à plusieurs endroits afin que les patients n'aient pas à les chercher. On utilise les expériences des clients pour dresser la liste des services et des outils qui sont utiles, afin de mieux comprendre le patient en tant que client.</p>
<p>2. Modèle de prestation/réorientation des services de santé</p> <p>Selon les données recueillies, la gestion efficace des maladies chroniques exige plus que l'ajout d'intervention au système actuel axé sur les soins actifs. Elle peut exiger des modifications à l'organisation de pratique qui auront des répercussions sur la prestation des soins.</p> <p>Pour donner des soins aux patients, il faut non seulement déterminer quels soins sont requis, mais également clarifier les rôles et les tâches pour s'assurer que le patient obtient les soins; s'assurer que tous les cliniciens qui soignent un patient ont accès à des renseignements centralisés et à jour sur la condition du patient et faire un suivi dans le cadre d'une procédure normalisée. La gestion des cas cliniques est nécessaire pour les patients complexes. Les soins sont adaptés à la culture et offrent une diversité de services cliniques et curatifs dans un mandat élargi et holistique où la santé et non la maladie est au cœur des services de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pratiquer le fonctionnement en équipe (réunions d'équipe, définition des rôles et responsabilités) Pratiquer le leadership d'équipe (nommer un chef d'équipe) Système de rendez-vous pour prévoir les rendez-vous et les suivis Suivi Visites prévues pour les soins aux malades chroniques Continuité des soins (coordination entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes) 	<p>Des équipes sont créées et se réunissent régulièrement. Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et appuient l'éducation du patient en matière d'autogestion, les suivis, l'attribution des ressources, la coordination, etc. Il y a un chef d'équipe qui doit rendre des comptes. Lorsque cela est possible, les soins offerts par divers fournisseurs sont coordonnés pendant une seule rencontre. Des stratégies de suivi sont adaptées à la situation du patient. Il y a une évaluation continue, un suivi et des interventions préventives. Les soins sont activement coordonnés entre les fournisseurs de soins primaires, les spécialistes et les partenaires communautaires.</p>

Initiatives du Nouveau-Brunswick :

Mes choix, Ma santé : module de six séances sur l'établissement des objectifs, la planification des actions et la gestion des principaux défis liés aux maladies chroniques

My Care Anywhere, projet pilote de portail pour les patients souffrant de maladies chroniques

Activités élargies de Télé-Soins

Accès amélioré aux ressources pour les patients et leurs familles qui vivent avec l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF)

Initiatives du Nouveau-Brunswick :

Des équipes d'omnipraticiens dans des établissements de soins primaires

Centres de santé communautaires additionnels ou améliorés

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
<p>3. Appui aux décisions</p> <p>Des programmes efficaces de gestion des maladies chroniques veillent à ce que les fournisseurs ont accès aux renseignements basés sur les preuves nécessaires pour offrir des soins aux patients. Cela comprend les lignes directrices ou les protocoles sur la pratique fondée sur les preuves, les consultations en spécialité, l'éducation des fournisseurs et l'activation des patients pour sensibiliser les équipes de fournisseurs aux thérapies efficaces.</p> <p>Les décisions sur le traitement doivent être fondées sur des lignes directrices explicites et éprouvées soutenues par des résultats de recherche. Les organisations de santé intègrent de façon créative les lignes directrices éprouvées et explicites dans la pratique quotidienne des fournisseurs de soins primaires de façon accessible et conviviale. Les lignes directrices et les renseignements sont partagés avec les patients pour favoriser leur participation. Les fournisseurs sont mis à jour à l'aide d'approches éducatives éprouvées. Les spécialistes sont intégrés et offrent du soutien et leur expertise au besoin. Cela comprend les professionnels de la promotion de la santé qui aident les omnipraticiens en ce qui concerne les pratiques exemplaires communautaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lignes directrices fondées sur des preuves • Participation des spécialistes à l'amélioration des soins primaires • Éducation des fournisseurs en matière de soins aux malades chroniques • Faire connaître les lignes directrices aux patients 	<p>Soutien à la méthadone pour les dépendances aux opiacés.</p> <p>Développement du centre hospitalier de Restigouche afin d'améliorer les soins aux personnes ayant des troubles mentaux.</p> <p>Amélioration du programme mobile d'intervention en cas de crise</p> <p>Évaluation et planification des services provinciaux pour les jeunes (Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, centre Pierre Caissie)</p> <p>Prestation intégrée des services (Connexions déconnexion)</p> <p>Les lignes directrices fondées sur les preuves sont présentées et réitérées dans le cadre de l'éducation des fournisseurs et dans les stratégies de changement des comportements. Les spécialistes offrent le soutien à la prestation des soins primaires. Les patients reçoivent également du matériel détaillé sur l'atteinte des objectifs des lignes directrices.</p> <p>Initiatives du Nouveau-Brunswick :</p> <p>DM2 - projet de recherche sur l'utilisation des outils de soutien aux décisions et l'accès rapide aux cliniques spécialisées</p> <p>Dossier médical électronique (DME) Purkinje dans les centres de santé communautaires : utilisation élargie pour inclure les modèles cliniques des pratiques exemplaires.</p>

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
<p>4. Système d'information clinique</p> <p>Des renseignements utiles et en temps opportun sur les patients et les populations de patients avec des conditions chroniques sont une caractéristique critique de programmes efficaces, particulièrement ceux qui adoptent une approche fondée sur la population.</p> <p>Un registre – un système d'information qui peut suivre les patients individuels ainsi que les populations de patients – est une nécessité pour gérer des maladies chroniques ou offrir des soins préventifs. Cela permet de faire des rappels en temps opportun, de repérer les populations cibles et de faciliter la planification des soins individuels. Des mécanismes de surveillance continue des maladies et des traitements ainsi que des comportements des populations en matière de santé sont en place pour permettre d'améliorer continuellement la qualité. Cette surveillance tire avantage des systèmes d'information des systèmes de soins de santé traditionnels ainsi que des systèmes communautaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registre (liste des patients avec des conditions précises) • Rappels aux fournisseurs • Rétroactions pour l'équipe • Renseignements sur les sous-groupes de patients exigeant des services • Plans de traitement des patients (plans de soins en collaboration) 	<p>Il y a des registres en place, liés aux lignes directrices, qui envoient des rappels et des messages sur les services requis. Cela comprend des rappels destinés à l'équipe pour le respect des lignes directrices durant les visites des patients. L'équipe reçoit des rétroactions sur son rendement et sur les profils de la population de patients par l'intermédiaire du chef d'équipe. Les plans de traitement des patients sont établis et comprennent des objectifs d'autogestion et sont utilisés activement dans le traitement.</p> <p>Initiatives du Nouveau-Brunswick :</p> <p>Mise en œuvre du programme Un patient un dossier (UPUD). Discussions en cours sur le dossier médical électronique (DME)</p> <p>Mise en œuvre du portail pour les patients (My Care Anywhere).</p>
<p>Collectivité</p> <p>Les liens entre le système de prestation de soins (ou les pratiques médicales) et les ressources communautaires jouent un rôle important dans la gestion des maladies chroniques.</p> <p>Afin d'améliorer la santé de la population, les organisations de soins de santé créent des partenariats et des alliances solides avec les programmes provinciaux, les agences locales, les organisations confessionnelles, les entreprises et les clubs. Des partenariats sont établis avec les organisations communautaires afin d'appuyer et de développer des interventions qui combleront les lacunes en matière de service. On encourage les patients à participer aux programmes communautaires. On favorise les changements de politique afin d'améliorer les soins aux patients.</p>		<p>Il y a une coordination active entre le système de santé, les organismes de services communautaires et les patients. Cela comprend les politiques officielles et les structures de soutien. Le plan de santé des RRS doit reconnaître les activités visant les principales maladies chroniques, y attribuer des ressources et les surveiller.</p> <p>Initiatives du Nouveau-Brunswick :</p> <p>Réunions périodiques avec les organisations non gouvernementales et les principaux groupes d'intervenants</p> <p>Établissement de comités consultatifs communautaires dans les centres de santé communautaires.</p> <p>Intégration des organisations non gouvernementales pour l'élaboration et l'élargissement de la formation en leadership et du recrutement du programme Mes choix, ma santé.</p>
<p>1. Adopter de saines politiques publiques</p> <p>Afin d'appuyer l'élaboration de politiques gouvernementales et de lois qui réduisent les inégalités sociales et les écarts en matière de santé. Le développement de politique devrait permettre de faire des choix sains les choix les plus faciles à faire pour les particuliers, les entreprises, les organisations et le gouvernement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats avec les organisations communautaires 	<p>Élaboration et mise en œuvre de politiques visant à améliorer la santé comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Règlements sur le tabagisme • Sentiers pédestres • Restriction de l'accès à l'alcool, comme dans le cas des « heures de l'apéro » à coût réduit <p>Initiatives du Nouveau-Brunswick :</p> <p>Élaboration de lois sur le tabagisme.</p>

Description des principaux éléments	Composante structurelle/critère	Exemple
<p>2. Créer des contextes de soutien</p> <p>Ce point permet de résoudre activement les inégalités en matière de santé liées au logement, à l'emploi, etc., ainsi que d'élaborer un environnement social sécuritaire en ce qui concerne les routes, le transport en commun, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les activités nationales, provinciales et municipales de planification ciblent activement une vie communautaire stimulante, valorisante et agréable. Lien entre les patients et les ressources extérieures 	<p>Changement aux lois sur les jeunes conducteurs afin d'augmenter le temps requis pour obtenir un permis sans restriction</p> <p>Garder les personnes handicapées ou âgées dans leur résidence le plus longtemps possible, créer des systèmes de transport en commun abordables et accessibles et des emplois dans des entreprises novatrices</p> <p>Soutien des groupes de soutien par les pairs, comme les centres d'activité pour les personnes souffrant de troubles mentaux.</p>
<p>3. Actions communautaires renforcées</p> <p>Cela permet d'engager activement les membres de la collectivité dans l'établissement des priorités et l'atteinte des objectifs répondant aux besoins de la population. Les fournisseurs de soins de santé peuvent jouer un rôle actif en tant que défenseurs, particulièrement dans le cas des populations désavantagées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plans de santé régionaux reflétant la coordination des soins aux malades chroniques 	<p>Initiatives du Nouveau-Brunswick :</p> <p>Adoption de menus sains dans les cafétérias scolaires</p> <p>Modifications aux soins de longue durée</p> <p>Campagnes de sensibilisation (jeu compulsif, dépendances, marketing social, prévention du suicide)</p> <p>Logement sécuritaire et abordable Élaboration de groupes de soutien communautaires qui aident les personnes vivant avec des maladies chroniques et soutien de ces groupes.</p> <p>Initiatives du Nouveau-Brunswick :</p> <p>Création d'un groupe de travail provincial sur le diabète qui donne des conseils sur la stratégie en matière de diabète</p> <p>Engagement des jeunes</p> <p>Initiatives sur les consommateurs et les familles (centres d'activité, renforcement des familles)</p>
<p>Intégration des éléments du modèle de soins aux malades chroniques</p> <p>Des systèmes de soins efficaces intègrent et combinent tous les éléments du Modèle de soins aux malades chroniques, et lient les objectifs d'autogestion des patients aux systèmes d'information et aux registres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître les lignes directrices aux patients Systèmes d'information et registres Programmes communautaires (fournissent des rétroactions au système sur les progrès des patients) Planification organisationnelle des soins aux malades chroniques (données sur l'utilisation aux fins de planification) Rendez-vous de routine pour les suivis, les évaluations et la planification des objectifs (gestionnaire de cas) Partage avec les patients des lignes directrices sur les soins aux malades chroniques 	<p>Du matériel spécialisé a été préparé pour les patients et décrit leur rôle en matière de respect des lignes directrices. Le système d'information surveille les résultats et les objectifs du plan de soins détaillé. Des rappels sont générés pour les fournisseurs et les patients au sujet des suivis, etc. Les partenaires communautaires informent régulièrement l'équipe sur les améliorations visant à mieux combler les besoins des patients et sur les autres possibilités. Des ressources et des processus sont prévus pour assurer la gestion du changement, le suivi et la coordination.</p>

Le modèle élargi de soins aux malades chroniques, à la fois robuste et fiable, permettra d'orienter la stratégie sur les maladies chroniques du Nouveau-Brunswick. Il met l'accent sur les meilleurs soins possible qui sont à la fois atteignables et durables et est fondé sur les éléments de preuve et le contexte quotidien et des soins de santé primaires. Cette approche systémique relie les services de santé et les communautés et permet aux intervenants de déterminer comment ils contribueront à améliorer les services et les résultats. Il permet aux régies régionales de la santé, aux fournisseurs de soins primaires, aux patients, aux organisations non gouvernementales et au gouvernement de travailler ensemble, de développer des ressources en collaboration et d'améliorer l'infrastructure existante. Il permet de déterminer où les investissements en infrastructure seront le plus utile pour atteindre notre vision à long terme d'un système de santé durable et de première classe pour un Nouveau-Brunswick autosuffisant.

Cela démontre bien la souplesse et la sensibilité du modèle qui peut s'adapter à l'environnement physique, social et politique et établir des liens entre le paysage changeant des services de santé et la santé des patients et des collectivités.

Conclusion

Le développement d'une stratégie de gestion des maladies chroniques permettant de renouveler et de revitaliser les services de santé du Nouveau-Brunswick et d'appuyer l'excellence est lié à l'adoption et à la mise en œuvre du modèle élargi de soins des malades chroniques. Nous devons tirer avantage des leçons apprises et reconnaître le chevauchement des facteurs de risque et la communauté des interventions. Le modèle élargi de soins aux malades chroniques et le processus connexe de gestion du changement ont généré des avantages stratégiques importants dans d'autres régions du Canada. Ce modèle est conforme aux principes directeurs proposés par les principaux intervenants et est appuyé par des recherches exhaustives. Ce modèle offre un cadre organisationnel à partir duquel nous pourrions établir des partenariats et améliorer les soins aux malades chroniques du Nouveau-Brunswick.

Ce cadre est le point de départ pour une vision commune. D'autres travaux seront entrepris, en collaboration avec les intervenants, pour déterminer et recommander un plan d'action fondé sur ce qui existe déjà dans le système, sur les pratiques exemplaires et sur le modèle présenté dans ce document. Certaines composantes de ce plan d'action pourront être mises en œuvre avec les ressources existantes, mais d'autres exigeront des améliorations et des investissements dans le système (p. ex. système d'information, outil d'appui aux décisions pour les fournisseurs. Formation des fournisseurs et des patients et autres). Ce modèle sert de plan pour orienter l'attribution des ressources, permettre aux décideurs d'élaborer des plans d'action contenant des jalons et des résultats anticipés afin d'améliorer continuellement la qualité.

Notes en fin d'ouvrage

- 1 Notes de fin de document Ces données sont les données rapportées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 3.1) où les personnes ont mentionné avoir reçu un diagnostic pour une ou plusieurs des sept conditions chroniques visées : arthrite, cancer, hypertension artérielle chronique, troubles de l'humeur, maladies cardiovasculaires, diabète, MPOC. <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/outcomes2/Outcomes2PopulationPatternsFINAL.pdf>
- 2 Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Le plan de santé provincial 2008-2012, avril 2008, p. 4.
- 3 http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/chronic-disease_f.html
- 4 WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2008. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html>
- 5 WHO (2008) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html>
- 6 Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007. http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-fra.php
- 7 <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> p.39
- 8 <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> p.36
- 9 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Enquête sur les toxicomanies au Canada, (2004). <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004804-2004.pdf>
- 10 Communication personnelle, Marlien McKay DWCS (Statistique Canada, ESCC 3.1 Fichier des sous-échantillons 2006).
- 11 Statistique Canada, ESCC, Cycle 4.1, 2007.
- 12 OMS Maladies chroniques. <http://www.who.int/infobase/reportviewer.aspx?rptcode=ALL&uncode=124&dm=24&surveycode=100152a1>
- 13 TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ (TCM) Les taux de mortalité ont été normalisés en fonction de la distribution en âge de la population du Canada en 1991. Comme l'incidence ou la mortalité augmente avec l'âge, le taux comparatif permet de comparer plus efficacement des populations avec des distributions différentes des groupes d'âge.
- 14 Années potentielles de vie perdue (APVP) Dernière mise à jour : le 24 janvier 2008. Définition : Un indicateur de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) qui attribue une pondération plus grande aux décès qui surviennent à un plus jeune âge qu'à ceux qui surviennent à un âge plus avancé. Cette pondération est calculée en soustrayant l'âge du décès à 75, en divisant le total des années potentielles de vie perdue par le total de la population de moins de 75 ans. Le résultat est présenté comme « les années perdues par 1000 personnes ». NOTA : Les « anciennes » méthodes calculent les années de vie perdues en soustrayant l'âge du décès de 70 ans. En mettant l'accent sur la perte de vie à un plus jeune âge, les APVP mettent en évidence la nécessité de tenir compte des causes des décès prématurés – cancer, accidents et maladies cardiovasculaires – afin d'améliorer l'état de santé de la population. Les APVP varient selon différentes caractéristiques comme le sexe, les conditions socioéconomiques et le lieu de résidence. http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/concept/thesaurus/thesaurus_P.html#PYLL
- 15 Cancer Prevention Policy Report (2007). http://www.wcrf-uk.org/research/cp_policy_report.php
- 16 Conseil canadien de la santé, L'importance de renouveler les soins de santé : apprendre de l'expérience de Canadiens souffrant de maladies chroniques, Toronto, 2007. www.healthcouncil-canada.ca
- 17 http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_mn.html
- 18 Group Health Centre, <http://www.ghc.on.ca/programs/content.html?slD=30> Dr R. Wedell, (septembre 2008). Communication personnelle
- 19 Travaux de conférence From Ideas to Action, Improving Chronic Disease Management, (le 18 mai 2004) Sommaire du discours du Dr Rafael Bengoa, Director for Management of Chronic Diseases for WHO. http://www.natpact.nhs.uk/eventmanager/uploads/cdm_event__rafael_bengoa1.ppt#265, diapositive 10.
- 20 Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century, Washington, DC: National Academy Press, 2001.

- 21 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al., « Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries », Health Affairs, novembre 2005; [publication électronique antérieure à la publication imprimée].
<http://www.ihl.org/IHL/Topics/ChronicConditions/AllConditions/Literature/TakingthepulseofhealthcaresystemsExperiencesofpatientswithhealthproblemsinsixcountries.htm>
- 22 Leatherman S., D. Berwick, D. Iles, et al., « The business case for quality: Case studies and an analysis », Health Affairs, 2003, vol. 22, no 2, p. 17-30.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=12674405&query_hl=3&itool=pubmed_docsum
- 23 Welcome to the National Event:
http://www.natpact.nhs.uk/eventmanager/uploads/cdm_event__rafael_bengoa1.ppt#256,1
- 24 Christian, A.H., T. Mills, S.L. Simpson, L. Mosca, « Quality of Cardiovascular Disease Preventive Care and Physician/Practice Characteristics », J Gen Intern Med., janv. 20 (2006); [publication électronique antérieure à la publication imprimée].
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=16426280&query_hl=6&itool=pubmed_docsum
- 25 Ducharme A., O. Doyon, M. White, J.L. Rouleau, J.M. Brophy, « Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial », CMAJ, (2005) 5 juil., vol. 173(1), p. 53-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=15997043&query_hl=20&itool=pubmed_DocSum
- 26 Young W., G. Rewa, S.G. Goodman, S.B. Jaglal, L. Cash, C. Lefkowitz, P.C. Coyte, « Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial », ACPJ Club, juillet-août (2004), vol.141(1), p. 4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=14581307&query_hl=20&itool=pubmed_DocSum
- 27 Pham H.H., D. Schrag, J.L. Hargraves, P.B. Bach, « Delivery of preventive services to older adults by primary care physicians », JAMA. 27 juillet (2005), vol. 294(4), p. 473-81
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=Abstract&list_uids=16046654&query_hl=4&itool=pubmed_DocSum
- 28 <http://www.ihl.org/ihl>
- 29 <http://www.improvingchroniccare.org/change/index.html>
- 30 http://www.dh.gov.uk/NewsHome/ConferenceAndEventReports/ConferenceReportsConferenceReportsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4082916&chk=M/ukGs
- 31 Les composantes structurelles et les critères sont tirés de l'outil intitulé ACIC (Assessment of Chronic Illness Care ou évaluation des soins de santé chronique) du site web sur l'amélioration des soins de santé des malades chroniques fondé sur le modèle Wagner de soins des malades chroniques <http://www.improvingchroniccare.org/tools/acic.html>