

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES. CONCEPTS, ÉVALUATIONS ET ENSEIGNEMENTS INTERNATIONAUX

Matthias Brunn et Karine Chevreul

S.F.S.P. | Santé Publique

**2013/1 - Vol. 25
pages 87 à 94**

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-87.htm>

Pour citer cet article :

Brunn Matthias et Chevreul Karine, « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, 2013/1 Vol. 25, p. 87-94.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux

Care for patients with chronic illness – concepts, assessment and foreign experiences

Matthias Brunn¹, Karine Chevreul²

➔ Résumé

Le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques représente un défi majeur pour les systèmes de santé en termes de morbidité, de mortalité, de qualité de la prise en charge et d'impact financier. Afin de répondre à ce défi, plusieurs concepts organisationnels pour une prise en charge structurée des maladies chroniques ont été développés. Nous avons mené une revue de la littérature afin d'identifier les concepts-clés, les résultats et les facteurs de succès potentiels des dispositifs mis en place.

Quatre concepts principaux, tous rattachés au concept plus large des soins intégrés, ont été identifiés : le *case management*, le *disease management*, le *chronic care model* et le *population management*. Les travaux d'évaluation disponibles indiquent que les résultats escomptés en termes de gains de santé et de réduction des coûts ne sont que partiellement atteints mais qu'il existe bien une amélioration de la prise en charge. Plusieurs facteurs nécessaires au succès des dispositifs mis en œuvre pour améliorer la prise en charge de maladies chroniques sont identifiés : l'intégration de l'éducation thérapeutique du patient, la mise en place d'un système de repérage des patients, le retour d'information vers les professionnels sur leurs pratiques, la performance des soins primaires et l'existence d'incitations financières adéquates.

Ainsi, une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques requiert un ensemble d'éléments interdépendants. Il faut cependant noter que les dispositifs mis en place n'induisent le plus souvent pas d'économies immédiates mais représentent un investissement pour l'avenir.

Mots-clés : Prise en charge de maladies chroniques ; Soins intégrés ; Case management ; Disease management ; Chronic care model ; Population management ; Évaluation.

➔ Summary

The growing number of people with chronic diseases is a major challenge for health care systems in terms of morbidity, mortality, quality of care and financial impact. A range of organizational concepts for structured chronic disease care have been developed to address this challenge. The purpose of this literature review is to identify the key concepts, results and success factors of recent initiatives in this area.

Four main concepts related to the broader notion of integrated care were identified: case management, disease management, the chronic care model and population management. The available evidence suggests that the expected results in terms of health gains and cost reductions have only been partially achieved, but that the quality of care has improved. The study identified several critical success factors for initiatives aimed at improving chronic care: the integration of patient education, the implementation of a patient identification system, provider feedback, primary care performance and financial incentives.

Improved care for patients with chronic illness requires a range of interdependent measures. However, it is important to note that initiatives in this area are not usually associated with short-term savings, but represent an investment for the future.

Keywords: Chronic disease management; Integrated care; Case management; Disease management; Chronic care model; Population management; Evaluation.

¹ Médecin – chargé de recherches – Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France (URC Eco IdF) – AP-HP – Hôtel-Dieu – 1, pl. du Parvis-Notre-Dame – F-75004 Paris.

² Médecin – directrice adjointe – URC Eco IdF.

Problématique

La prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques représente aujourd'hui un défi majeur pour les systèmes de santé, notamment occidentaux. En 2006, 29 % de la population de l'Union européenne âgée de 15 ans et plus déclarait souffrir depuis longtemps d'un problème de santé, et une personne sur quatre reçoit actuellement un traitement à long terme [1]. À l'origine de cette évolution se trouve la transition épidémiologique (recul des maladies infectieuses), qui va de pair avec la transition démographique (augmentation du taux de personnes âgées). À l'échelle mondiale, les maladies chroniques devraient être à l'origine de 69 % des décès en 2030, contre 59 % en 2002 [2].

Le fardeau économique associé est important. En France, près d'un Français sur sept (8,3 millions de personnes en 2008) bénéficie du dispositif des affections de longue durée (ALD) [3]. En 2007, les dépenses d'assurance maladie correspondantes s'élevaient à 56,4 milliards d'euros de remboursements de soins ainsi que 5,4 milliards d'euros d'indemnités journalières et de pensions d'invalidité [4]. Les ALD représentent ainsi 64 % des dépenses totales de l'Assurance maladie et 90 % de leur croissance annuelle [5].

La prise en charge de ces pathologies n'est pas toujours optimale d'un point de vue clinique et organisationnel, ce qui engendre une perte d'efficacité [6,7]. En 2009, Schoen a examiné et comparé, à partir d'une enquête téléphonique auprès des patients, les conditions de prise en charge de quelques maladies chroniques (hypertension artérielle, maladie coronarienne, diabète, arthrite, asthme, bronchite chronique, cancer, dépression) dans huit pays dont la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis [8]. Cette étude montre que tous ces pays doivent progresser, notamment en ce qui concerne l'articulation entre l'hôpital et la ville, et la coordination entre les professionnels de santé. En France, seul un tiers des patients diabétiques bénéficie d'une prise en charge répondant aux quatre éléments de suivi recommandés (contrôle de l'HbA1c et de l'hyperlipémie, examen annuel des pieds et des yeux), contre deux tiers au Royaume-Uni.

Afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des soins dispensés aux patients porteurs de maladies chroniques, un grand nombre de pays occidentaux a mis en œuvre des dispositifs de prise en charge structurée et coordonnée pour améliorer leur parcours de soins. Ces dispositifs sont rattachés à différents concepts organisationnels.

À l'heure où, en France, la question du déficit de l'Assurance maladie renvoie à la recherche d'un fonctionnement optimal du système de soins et ce en particulier pour ce qui concerne la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques [7, 9], nous présenterons les concepts organisationnels développés à l'étranger. Nous exposerons les résultats disponibles en matière d'efficacité, de réduction des coûts et d'efficacité des dispositifs mis en œuvre, et les éléments qui favorisent leur succès. Nos résultats sont issus d'une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise, complétée par des avis d'experts.

Les réponses au défi des maladies chroniques

Quatre concepts principaux, tous développés initialement aux États-Unis, ont été identifiés : le *case management*, le *disease management* (DM), le *chronic care model* (CCM) et le *population management*. Ils apparaissent tous dans un contexte plus général de développement des soins intégrés, auxquels ils peuvent tous être rattachés.

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins intégrés comme le contrôle par un même acteur du financement et de la production des soins, cette dernière fonction recouvrant la gestion et l'organisation de services participant au diagnostic, à la prise en charge et à la promotion de la santé [10]. Les soins intégrés pallient, entre autres, le manque de coordination entre les soins de ville et l'hôpital ou entre les secteurs sanitaire et médico-social [11]. L'objectif est de répondre à un système trop cloisonné par la multiplication des prestataires et une organisation trop axée sur la prise en charge de maladies aiguës afin de réduire les pertes de chance pour le patient et de ressources pour le système. L'amélioration du suivi des patients réduit ainsi la survenue des complications et évite les (ré)admissions à l'hôpital, diminuant le nombre de journées d'hospitalisation [12, 13].

Le *case management* est apparu au cours des années 1950. Il s'adresse à des personnes présentant des besoins complexes tels que des patients atteints de troubles mentaux ou des personnes âgées dépendantes [13]. Il introduit un nouveau profil professionnel, le *case manager*. Le plus souvent infirmier spécialisé, il coordonne notamment les interventions des différents prestataires de soins afin de mettre en place des projets thérapeutiques intensifs adaptés [12].

Les dispositifs émanant du DM développé dans les années 1980 se caractérisent par le ciblage de patients atteints

d'une maladie définie [14]. Souvent, ils s'appuient sur plusieurs des composantes suivantes : (I) une prise en charge structurée qui se base sur la coordination des soins de différentes spécialités médicales et paramédicales en fonction du stade clinique de la maladie, (II) des algorithmes décisionnels issus de recommandations de bonnes pratiques, (III) un système d'information permettant le suivi des patients inclus et (IV) l'éducation thérapeutique visant une meilleure participation du patient à sa prise en charge [12, 15]. Les dispositifs de DM sont hétérogènes et varient notamment en fonction du prestataire qui le dispense, de la maladie, de la population ciblée et du contexte local.

Le CCM, développé secondairement à partir des premières expériences pratiques de DM, propose un cadre empirique qui permet d'évaluer les initiatives déjà en place en s'appuyant sur un référentiel scientifique [16, 17]. En plus des quatre composantes décrites pour le DM, le CCM étudie le contexte du développement du dispositif. En interne, il décrit la nécessité d'une structure organisationnelle favorable, qui comprend notamment l'existence d'incitations à la qualité et un soutien ferme et continu de l'équipe de soins par le *senior management*. En externe, il souligne le besoin d'un environnement adapté dans lequel les ressources communautaires du système de soins sont suffisantes. Il s'agit par exemple de la présence de services de soins extérieurs au dispositif et nécessaires à la bonne prise en charge des patients, avec lesquels il existe une bonne communication.

Dernier concept développé en date dans les années 1990, le *population management* est une extension du DM à une population entière pour une pathologie donnée, par exemple tous les assurés d'une région porteurs de diabète [18]. En prenant une perspective globale, le but est d'évaluer la situation clinique de tous les patients atteints d'une maladie définie afin de proposer une intervention adaptée à chacun d'entre eux [19]. À l'aide d'un système d'information, les patients sont classés en groupes distincts, le plus souvent au nombre de trois, selon leur situation clinique et l'importance de leur besoin en soins (figure 1). Les patients classés en niveau 1 (à la base de la pyramide) ont un besoin de soins relativement faible : des actions d'éducation thérapeutique apportées par l'équipe de soins primaires suffisent à stabiliser leur état clinique. Les patients de niveau 2 présentent un risque plus élevé car leur état est instable ou pourrait se dégrader ; ils bénéficieraient d'un dispositif de DM classique. Enfin, le niveau 3 regroupe des individus avec des besoins très complexes, qui nécessitent en plus du dispositif de DM une gestion active par des *case managers* [12].

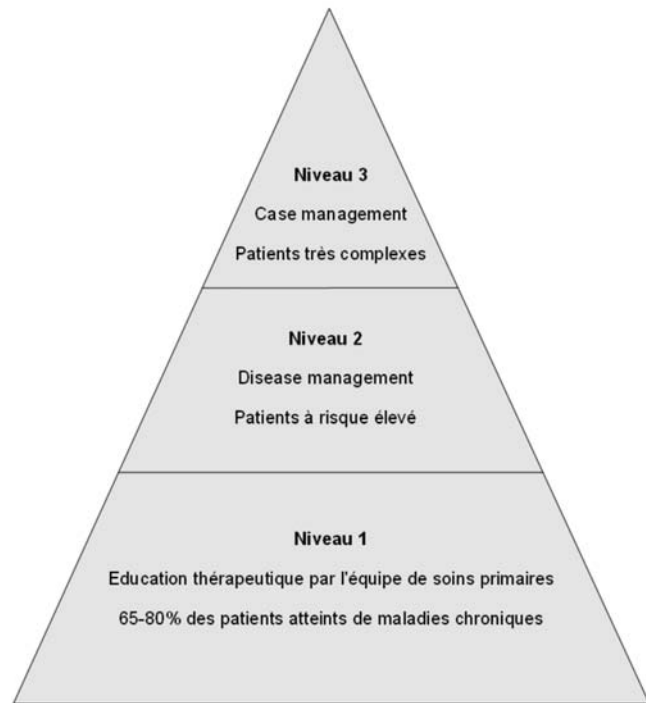


Figure 1 : Le modèle de *population management* : la pyramide de soins (modifiée d'après [12])

La question de l'évaluation

Lorsqu'on s'intéresse aux évaluations de dispositifs de DM ou de soins intégrés, on note un manque d'études rigoureuses. En effet, une revue de la littérature de 1990 à 2005 portant sur l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la cardiopathie coronarienne, la dépression, le diabète et l'insuffisance cardiaque [20] a identifié 317 études dont seulement trois évaluations de programmes de DM à grande échelle.

Les évaluations existantes sont non seulement peu nombreuses, mais il convient en outre d'interpréter leurs résultats avec prudence. En effet, la plupart des études proviennent du continent nord-américain, où l'organisation des systèmes de soins et la prise en charge financière diffèrent de celles des pays européens et où la situation épidémiologique des maladies comme le diabète est plus grave qu'en Europe en termes de décès précoce [12]. Or, l'appréciation d'un dispositif de prise en charge ne peut être dissociée de son contexte, raison pour laquelle le transfert d'enseignements peut être difficile [21].

Afin d'établir une masse critique de résultats pour l'Europe, un travail récent s'est intéressé de manière

systématique aux travaux d'évaluation d'expériences de prise en charge structurée des patients atteints de maladies chroniques. Les auteurs notent que la mise en œuvre des évaluations se heurte souvent à une réticence culturelle, associée à un manque de ressources humaines et financières, ce qui expliquerait qu'un grand nombre d'expériences ne soit pas évaluées scientifiquement [22]. De plus, ils remarquent qu'un biais de recrutement des patients dans ces projets, et une période d'observation souvent trop courte ont un impact important sur les résultats des évaluations conduites. Ainsi, l'impact positif d'une intervention peut être surestimé sans l'utilisation d'un groupe témoin qui est souvent absent et/ou sans l'utilisation de méthodes d'ajustement avancées.

De façon générale, les travaux d'évaluation disponibles indiquent que les résultats escomptés en termes de gains de santé et de réduction des coûts ne sont que partiellement atteints mais qu'il existe bien une amélioration de la prise en charge. Ainsi, Mattke *et al.* (2007) arrivent à cette conclusion et rapportent que les programmes de DM qu'ils ont étudiés améliorent la qualité de la prise en charge au niveau du processus [20]. De même, une méta-évaluation récente de 41 programmes de DM dédiés au diabète montre que les dispositifs étudiés mènent en moyenne à une réduction modérée mais significative du taux d'HbA1c, indicateur intermédiaire de résultats cliniques [23]. Des évaluations de taille limitée d'expériences de CCM portant également sur le diabète retrouvent également une amélioration des processus et du taux d'HbA1c [24, 25].

Quant aux coûts de la prise en charge médicale des patients, une analyse de 11 programmes de DM dans le cadre de Medicaid aux États-Unis ne montre une réduction des coûts que pour quatre d'entre eux [26]. De même, l'analyse de 15 programmes de DM dispensés par Medicare prouve qu'un seul d'entre eux mène à une réduction des hospitalisations sans qu'aucun des dispositifs ne mène à une réduction des coûts [27]. Une évaluation récente de 16 dispositifs pilotes de soins intégrés en Angleterre (dont six utilisaient le *case management*) ne retrouve pas d'impact significatif sur les coûts après un an de suivi. En effet, alors qu'une réduction significative du nombre moyen des hospitalisations planifiées et des consultations en ville est démontrée, il existe également une augmentation significative des hospitalisations d'urgence, attribuée à un meilleur suivi des patients les plus graves [28]. Ainsi, l'amélioration des processus de prise en charge explique l'absence d'économie générée. *Une meilleure prise en charge engendre dans l'immédiat des dépenses supplémentaires pour des bénéfices à moyen et long terme* [29], ce qui illustre le gain d'efficacité potentiel apporté par le développement d'une prise en

charge structurée et coordonnée des patients porteurs de maladies chroniques. Encore faut-il que les initiatives développées remplissent certains critères.

Facteurs de succès des initiatives développées pour une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques

La revue de la littérature dégage nettement certains éléments favorisant le succès des dispositifs de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Nous nous basons notamment sur des expériences aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne car ces trois pays ont développé un certain nombre d'expériences relatives aux concepts exposés. Des descriptifs détaillés des dispositifs mis en place dans ces pays étant disponibles par ailleurs [30, 31], ils ne seront pas décrits de façon détaillée mais serviront d'illustration.

On distingue deux groupes de facteurs de succès. Le premier regroupe des éléments structurels intrinsèques aux dispositifs développés pour améliorer la prise en charge. Le deuxième présente des caractéristiques contextuelles qui créent l'environnement nécessaire pour une meilleure efficacité des initiatives présentées.

Facteurs intrinsèques

L'éducation thérapeutique pour une auto-prise en charge par les patients

L'éducation thérapeutique est un élément indispensable intégré dans tous les concepts abordés [32]. Dans ce cas, les patients sont considérés comme des prestataires de soins et ont besoin de formation et de motivation pour mieux prendre en charge eux-mêmes leur maladie [33]. Ce constat, loin d'être anodin, implique un changement de paradigme et de culture professionnelle, dans le sens où le praticien cède ou délègue au patient une partie du savoir et de la responsabilité qui sont traditionnellement les siens.

L'apport positif de l'éducation thérapeutique est mis en évidence dans plusieurs méta-analyses qui soulignent toutefois que l'impact est susceptible de varier en fonction de la maladie concernée et du type d'intervention. Ainsi, les patients diabétiques bénéficiant d'une éducation à l'auto-prise en charge présentent une amélioration de leur glycémie et de leur qualité de vie [34] tandis qu'une

méta-analyse sur les patients atteints d'insuffisance cardiaque suggère une amélioration de la qualité de vie mais un effet moins concluant sur les résultats cliniques [35]. En effet, la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique peut prendre des formes distinctes. On trouve, par exemple en Allemagne, des ateliers thérapeutiques, dispensés par des assistantes médicales ayant obtenu une formation supplémentaire, qui sont le pilier principal des dispositifs de DM et qui montrent un impact positif sur la mortalité [22]. Aux Pays-Bas, les initiatives d'éducation thérapeutique pour les diabétiques utilisent les nouvelles technologies [36], via un site web interactif et multimédia. Le patient y est orienté par les professionnels de santé et accède à des cours sur sa maladie et sur son auto-prise en charge, ce qui a un impact positif sur ses connaissances théoriques (pathophysiologie) et pratiques (gestion du diabète) [37].

Le retour d'information vers les professionnels sur leurs pratiques

Si l'impact positif de référentiels de bonnes pratiques professionnelles semble être établi [38-40], le retour d'information est aussi important car il a le potentiel d'améliorer l'adhésion à ces recommandations [41]. Cette amélioration se traduit par un changement de comportement, principalement motivé par une incitation intellectuelle [42] : les professionnels peuvent confronter un comportement perçu (« je pense suivre les recommandations ») à un comportement réel (« il y a un écart entre mes performances et la norme ») ou se comparer entre eux [43]. Ainsi, dans les programmes de DM allemands, le retour d'information permet aux médecins de comparer leurs pratiques et leurs performances à la moyenne des médecins au niveau régional. Outre la synthèse sur la pratique professionnelle, le retour d'information comporte des rappels dont l'efficacité a été démontrée dans une revue de la littérature récente [44] et qui peuvent se référer, soit à une action à mener (« un contrôle de HbA1c est dû la semaine prochaine »), soit à une action omise (« un contrôle de HbA1c était dû la semaine dernière »).

Facteurs contextuels

Un système d'information permettant le repérage

Un système d'information couvrant l'ensemble de la population consommatrice de soins et renseignant sur les services consommés et/ou l'état clinique est indispensable

pour identifier des patients à risque éligibles aux programmes de prise en charge. En effet, les concepts comme le *population management* ou le DM reposent sur un tel système d'information qui est mis en œuvre de façon exemplaire par l'assureur et fournisseur de soins Kaiser Permanente aux États-Unis. Grâce à la centralisation des données de patients, Kaiser Permanente peut guider l'utilisation des services de soins, ce qui contribue à de très bons résultats en termes d'efficacité et d'efficience [31, 45]. *A contrario*, le système de santé allemand ne dispose d'aucun système de repérage, ce qui explique que la sélection par les médecins des patients inscrits dans les programmes de DM ne se fasse pas uniquement selon des critères cliniques objectifs mais également et parfois principalement selon des critères subjectifs tels que la motivation des patients ou leur niveau d'éducation [46]. Enfin, un système d'information n'est pas seulement le pré-requis du repérage des patients, mais aussi la condition *sine qua non* pour la mise en œuvre de certains programmes de télé-médecine. Par ailleurs, il constitue un facteur facilitant la mise en œuvre du retour d'information vers les professionnels décrit précédemment et peut être associé à une meilleure qualité des soins [47].

Les soins primaires

Les soins primaires détiennent un rôle central à double titre : ils fournissent le socle sur lequel de nouveaux dispositifs de prise en charge peuvent s'appuyer et ils contribuent *per se* à une meilleure prise en charge des maladies chroniques [8, 48]. En effet, tous les concepts abordés reposent essentiellement sur une modification de la prise en charge au niveau des soins primaires, niveau où la plupart des contacts entre le patient et le système sanitaire ont lieu.

En conséquence, ces initiatives sont susceptibles de mieux réussir lorsqu'elles s'appuient sur des soins primaires performants dont les principales caractéristiques sont bien établies : la facilité d'accès physique et économique aux soins, la diversité des soins proposés sur un même site (prévention, soins de santé mentale, soins obstétricaux communs et petite chirurgie), l'existence d'une formation spécialisée en médecine générale et d'un rôle de régulateur et d'orientation dans le système de soins assuré par les médecins généralistes : le *gatekeeping* [49, 50].

Les incitations financières

Les incitations financières sont un levier important pour accompagner la mise en œuvre de nouvelles approches de prise en charge. Elles sont utilisées dans tous les pays évoqués

et doivent être adaptées au système de soins du pays concerné et plus particulièrement au mode de rémunération prévalant [12, 51, 52]. On différencie ici deux situations. Dans la première, en Allemagne et aux États-Unis, la fragmentation de la prise en charge est favorisée par le libre choix du médecin et la prépondérance de la rémunération à l'acte. Dans la deuxième, en Angleterre, les soins primaires sont dispensés dans des cabinets de groupes multi-spécialités et la rémunération des médecins est historiquement basée sur la capitation (un forfait annuel par patient inscrit au cabinet), ce qui favorise la continuité des soins.

Dans le contexte des États-Unis et de l'Allemagne, les incitations financières telles que la provision d'un paiement complémentaire en fonction d'indicateurs de performance sont un outil particulièrement intéressant pour améliorer la continuité des soins [53]. Une méta-analyse rapporte un effet positif des incitations financières sur la qualité des soins aux États-Unis, cependant elle souligne le manque de preuves concluantes de leur effet sur un certain nombre d'éléments, notamment sur la durée idéale des incitations, la persistance de l'effet, le rapport coût-efficacité et les effets pervers possibles [54]. Il existe, par exemple, une sélection des patients moins sévères pour lesquels une amélioration des résultats est plus probable, ce qui représente une concentration de l'activité vers les fonctions rémunérantes [55].

En Angleterre, le *quality outcomes framework* introduit en 2004 en dehors des initiatives de soins intégrés est particulièrement intéressant sur ce plan. En fonction des résultats obtenus sur une liste de 146 indicateurs de structure, de processus et de résultats cliniques, les médecins perçoivent un paiement à la performance en plus de la capitation, qui peut augmenter leurs revenus de 25 % [33]. Les évaluations rapportent un effet bénéfique sélectif, certains indicateurs de qualité des soins s'améliorent mais d'autres non soumis à une incitation se dégradent, indiquant également une concentration de l'activité vers les fonctions rémunérantes. De plus, elles montrent un effet inverse sur la continuité de la prise en charge, qui se dégrade dans ce contexte [56, 57].

Enfin, en dehors des incitations auprès des médecins et des patients, les incitations peuvent s'appliquer également aux gestionnaires du système comme par exemple aux caisses d'assurance maladie en Allemagne qui sont en compétition entre elles. Ces dernières ont perçu une compensation dédiée pendant la phase d'introduction des programmes de DM, ce qui a largement contribué à la diffusion des programmes et à leur acceptation [58].

Ainsi, les incitations représentent un outil puissant pour accompagner les nouvelles approches présentées (elles ne représentent pas une innovation *per se*) mais nécessitent une évaluation continue de leur impact [59].

Discussion

Notre travail présente plusieurs limites. Il est issu d'une revue de la littérature, or ce type de travail comporte le risque que l'image donnée soit incorrecte car certains acteurs et leurs points de vue peuvent dominer la littérature scientifique à un moment donné surtout après la mise en œuvre d'un dispositif donné [60]. Toutefois, ce risque a été minimisé grâce à l'utilisation de sources variées, notamment les (méta)-analyses des revues médicales, les travaux de politique comparée et la littérature grise. Il faut également prendre en compte qu'il existe une certaine prédominance des données sur le diabète dans la littérature disponible. Cependant, rien ne permet de penser qu'une grande partie des enseignements issus du diabète ne soit pas transposable au contexte général des maladies chroniques.

Au vu des facteurs de succès présentés ci-dessus, il convient de préciser que c'est la présence de l'ensemble de ces facteurs qui rend la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques cohérente et performante [61, 62]. La Veterans Health Administration aux États-Unis, un système de soins public pour les anciens combattants, entièrement intégré et réputé pour la qualité et l'efficacité de la prise en charge, en est une bonne illustration. Elle présente tous les facteurs de succès avec la mise en œuvre de centres de soins ambulatoires et hospitaliers régionaux partageant un même budget, la mesure systématique de la performance, un système d'information complet et un dispositif de soutien à l'auto-prise en charge à distance [31, 47].

De même, la mise en œuvre d'un dispositif introduisant une mesure isolée sans prendre en compte le système de soins dans sa globalité montre une efficacité moindre et risque même d'augmenter le cloisonnement du système si les acteurs de soins primaires ne sont pas intégrés [33, 63]. Ainsi, l'introduction de *case managers* en Angleterre en 2003 n'a pas suffi à désengorger les hôpitaux en l'absence de création de lits d'aval et donc de changements majeurs au niveau du système de soins [64]. Enfin, au-delà de ces considérations et des concepts présentés, certains auteurs avancent qu'il est préférable d'investir dans des dispositifs permettant une prise en charge du patient dans son intégralité plutôt que de se limiter à une approche centrée sur une maladie donnée [12]. Et ce, d'autant plus qu'un système qui se concentre sur les maladies diagnostiquées est susceptible de négliger la prévention des autres facteurs de risque, dont l'efficacité et l'efficacité sont démontrées dans certaines maladies chroniques telles que les maladies coronariennes et l'obésité [65, 66].

En résumé, plus de vingt ans après l'émergence des derniers concepts organisationnels pour une prise en charge structurée des patients atteints de maladies chroniques, on constate une relative consolidation de ces concepts. Les enseignements des dispositifs s'y rattachant montrent que leur succès passe par un ensemble d'éléments interdépendants. Ces éléments sont désormais connus ; le défi pour un système de santé souhaitant les intégrer sera le pilotage et la coordination des différentes mesures y afférentes. Cependant, si ces mesures contribuent à la conception d'un système adapté à la transition épidémiologique et démographique tout en utilisant mieux les ressources disponibles, il faut noter qu'un tel investissement n'induit pas, le plus souvent, d'économies immédiates.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier le Pr Isabelle Durand-Zaleski et Nathanaël Charrier (URC Eco IdF) pour leur soutien.

Références

1. TNS Opinion & Social. La santé dans l'Union Européenne. Bruxelles : Commission Européenne ; 2007.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3:e442.
3. Païta M, Weill A. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Points de repère n° 27 ; 2009.
4. CNAMTS. Coût des ALD en 2007 [Internet]. Paris ; 2010 [Cited : 2010 mars 25]. 1 p. Available from: <<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/cout/cout-des-ald-en-2009.php>>.
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Étude sur les personnes en affection de longue durée : Quelles évolutions en 2007 ? Paris : CNAMTS, Point d'information ; 4 déc 2008.
6. Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique. *Prat Organ Soins*. 2010;41:237-45.
7. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Paris; HCAAM ; 2012.
8. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28:w1-16.
9. Lidsky V, Thiard P, Giorgi D, Le Brignonon M, Garrigue-Guyonnaud H, Thomas J, et al. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017. Paris : Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales ; 2012.
10. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21.
11. Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? London: The King's Fund; 2011.
12. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press. Maidenhead; 2008.
13. Kodner DL. All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*. 2009;13:6-15.
14. Schrijvers G. Disease management: a proposal for a new definition. *Int J Integr Care*. 2009;9:e06.
15. Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Intern Med*. 1996;124:832-7.
16. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:64-78.
17. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28:75-85.
18. Ketner L. Population management takes disease management to the next level. *Healthc Financ Manage*. 1999;53:36-9.
19. Grant RW, Hamrick HE, Sullivan CM, Dubey AK, Chueh HC, Cagliero E, et al. Impact of population management with direct physician feedback on care of patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26:2275-80.
20. Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? *Am J Manag Care*. 2007;13:670-6.
21. Strandberg-Larsen M, Schiøtz ML, Frølich A. Kaiser Permanente revisited – Can European health care systems learn? *Eurohealth*. 2008;13:24-6.
22. Nolte E, Conklin A, Adams J, Brunn M, Cadier B, Chevreul K, et al. Evaluating chronic disease management – recommendations for funders and users. Cambridge: RAND Corporation and DISMEVAL Consortium; 2012.
23. Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaud R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183:E115-127.
24. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Nelson CC, King DK, Crabtree BF, et al. Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. *Ann Fam Med*. 2007;5:14-20.
25. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*. 2006;29:811-7.
26. Greene SB, Reiter KL, Kilpatrick KE, Leatherman S, Somers SA, Hamblin A. Searching for a business case for quality in Medicaid managed care. *Health Care Manage Rev*. 2008;33:350-60.
27. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA*. 2009;301:603-18.
28. Ernst & Young, RAND Europe and the University of Cambridge. National evaluation of Department of Health's integrated care pilots. London: Department of Health; 2012.
29. Jourdain-Menninger D, Lecoq G, Morel A. Evaluation de la prise en charge du diabète. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2012.

30. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
31. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: The King's Fund; 2010.
32. Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Powell Davies G, et al. A Systematic Review of Chronic Disease Management. Sydney : Australian Primary Health Care Research Institute ; 2006.
33. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010;5:71-90.
34. Tshiananga JKT, Kocher S, Weber C, Erny-Albrecht K, Berndt K, Neeser K. The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: a meta-analysis. *Diabetes Educ*. 2012;38:108-23.
35. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2012;[Epub ahead of print].
36. Ramadas A, Quek KF, Chan CKY, Oldenburg B. Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of recent evidence. *Int J Med Inform*. 2011;80:389-405.
37. Heinrich E, de Nooijer J, Schaper NC, Schoonus-Spit MHG, Janssen MAJ, de Vries NK. Evaluation of the web-based Diabetes interactive education programme (DIEP) for patients with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*. 2012;86:172-8.
38. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993;342:1317-22.
39. Bahtsevani C, Udén G, Willman A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20:427-33.
40. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:385-92.
41. Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care. *N Engl J Med*. 2003;348:2218-27.
42. Chevreul K, Le Fur P, Sermet C. Systèmes d'information sur les pratiques médicales de ville: enseignements à partir de quelques expériences étrangères. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Questions d'économie de la santé n°85. 2004.
43. Frenzel JC, Kee SS, Ensor JE, Riedel BJ, Ruiz JR. Ongoing provision of individual clinician performance data improves practice behavior. *Anesth. Analg*. 2010;111:515-9.
44. Baron RC, Melillo S, Rimer BK, Coates RJ, Kerner J, Habarta N, et al. Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers: a systematic review of provider reminders. *Am J Prev Med*. 2010;38:110-7.
45. Light D, Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ*. 2004;328:763-5.
46. Graf C, Elkeles T, Kirschner W. Gibt es Selektionsbias im DMP Diabetes? *Z Allg Med*. 2009;85:74-81.
47. Congressional Budget Office. Quality Initiatives Undertaken by the Veterans Health Administration. Washington : The Congress of the United States ; 2009.
48. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
49. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38:831-65.
50. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010;11:81-81.
51. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:133-42.
52. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:247.
53. Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Busse R. Chronic disease management in Europe. *Eurohealth*. 2009;15:1-5.
54. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145(4):265-72.
55. Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*. 2003;38:535-52.
56. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med*. 2009;361:368-78.
57. Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM, Campbell S, Roland M, Salisbury C, et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*. 2011;342:d3590.
58. Blümel M, Busse R. Disease Management Programs – Time to evaluate. *Health Policy Monitor*. 2009.
59. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD008451.
60. Song F, Parekh S, Hooper L, Loke YK, Ryder J, Sutton AJ, et al. Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. *Health Technol Assess*. 2010;14:1-193.
61. Rothman A, Wagner E. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med*. 2003;138:256-61.
62. Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust*. 2008;188:565-68.
63. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington : National Academy Press; 2001.
64. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*. 2007;334:31.
65. Cawley J. The cost-effectiveness of programs to prevent or reduce obesity: the state of the literature and a future research agenda. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:611-4.
66. Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation*. 2008;118:576-85.