



Conférence ministérielle européenne  
de l'OMS sur les systèmes de santé :  
« SYSTÈMES DE SANTÉ,  
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ »  
Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE

# Comment mettre en oeuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ?

Debbie Singh



Mots Clés:

CHRONIC DISEASE -  
prevention and control

DISEASE MANAGEMENT

DELIVERY OF HEALTH CARE -  
organization and  
administration

HEALTH POLICY

EUROPE

La présente synthèse, rédigée pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, est l'une des premières d'une nouvelle série qui sera destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs de systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en œuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

---

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications  
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

---

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

## Table des matières

	Page
Messages clés	
Résumé	
Synthèse	
Position du problème	1
Qu'est-ce qu'une maladie chronique ?	1
Qu'est-ce que la prise en charge des maladies chroniques ?	4
Approches possibles	6
Mettre en œuvre le changement	14
Conclusions	19
Références	20
Annexe.	
Stratégies ciblant les principaux facteurs de succès	

## Auteur

**Debbie Singh**, Health Services Management Centre, University of Birmingham, Royaume-Uni

## Publié par

le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

## Rédacteur

Govin Permanand

## Rédacteurs adjoints

Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

## Assistants de rédaction

Kate Willows  
Jonathan North

L'auteur et les éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

ISSN 1998-4065

## Messages clés

- Les maladies chroniques touchent tous les pays et l'augmentation de leur prévalence est largement attribuable à l'évolution de la démographie, à l'allongement de l'espérance de vie, au changement des modes de vie, à l'amélioration de la prise en charge et du traitement des maladies et à une meilleure compréhension des facteurs à l'origine de la mauvaise santé et de la maladie.
- Dans la Région européenne de l'OMS, 86 % des décès sont imputables à des maladies chroniques. Et comme entre 50 et 80 % des dépenses de santé dans le monde sont liées à ces dernières, les systèmes de santé ne peuvent se permettre de continuer à prendre en charge des maladies chroniques de plus en plus nombreuses en conservant leurs pratiques actuelles.
- La prise en charge des maladies chroniques est une approche systématique visant à coordonner les interventions en soins de santé aux différents niveaux (individuel, organisationnel, local et national), et des données factuelles fiables montrent que cette coordination entre les différents contextes et prestataires de soins est plus efficace que des interventions isolées ou non coordonnées.
- Plusieurs approches sont possibles, mais on peut, schématiquement, distinguer trois modalités : les interventions au niveau de l'individu, au niveau des systèmes de prestation de santé et à l'échelle du système. Les interventions dans les États membres de la Région européenne visent généralement des maladies particulières plutôt que leurs déterminants et sont souvent insuffisamment coordonnées.
- Des formules telles que le classement des personnes en fonction de leur risque, les équipes multidisciplinaires et l'aide à l'auto-prise en charge offrent des perspectives, mais à condition qu'il y ait des politiques, des structures et des incitations financières et autres encourageant les individus à travailler ensemble.
- Il n'y a pas d'approche idéale pour la prise en charge des maladies chroniques. Les données factuelles dans le monde entier montrent que, pour réussir, les décideurs devraient miser sur les éléments suivants :
  - un leadership fort et une vision au niveau national, régional ou organisationnel ;
  - la collecte résolue d'informations et le partage des données entre toutes les parties prenantes ;

- la fourniture de soins en fonction des besoins des individus et la capacité d'identifier les personnes ayant des niveaux de besoins différents ;
  - le ciblage des principaux facteurs de risque, comprenant des initiatives de prévention générale ;
  - l'aide à l'auto-administration des soins et à l'autonomisation des personnes atteintes de maladies chroniques ;
  - la participation de nombreuses parties prenantes telles que les particuliers, le secteur bénévole et communautaire, les cliniciens, l'industrie privée et les services publics.
-

## Résumé

### Position du problème

Avec les progrès de la médecine, les changements des modes de vie et l'évolution démographique, plus nombreux sont ceux qui vivent plus longtemps, souvent avec des maladies chroniques qui ne peuvent actuellement être guéries. Il faut se réjouir des progrès en matière de soins qui permettent d'augmenter la longévité, mais les systèmes de santé ne peuvent faire face à l'incidence et au coût croissants des maladies chroniques. Dans les pays à revenus faible, intermédiaire et élevé, 50 à 80 % du budget de santé est consacré à ces maladies. Si l'on n'agit pas, ce pourcentage continuera d'augmenter – les facteurs de risque comme l'usage de tabac, la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique demeurent très répandus.

Les maladies chroniques sont à l'origine de 86 % des décès dans les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Les pays ont mis en place des interventions pour réduire leur impact social, sanitaire et financier. Toutefois, lorsqu'elles sont menées isolément, ces interventions risquent de n'avoir qu'un effet limité à long terme, en raison notamment de la nécessité de s'attaquer aux inégalités en santé et des problèmes que pose la transposition des initiatives dans les divers contextes de la Région.

La prise en charge des maladies chroniques est une approche systématique visant à coordonner les interventions en soins de santé et les communications au niveau individuel, organisationnel, régional ou national. Les données factuelles montrent que des approches coordonnées sont plus efficaces que des interventions isolées ou non coordonnées, mais il est difficile de dire quelles sont les meilleures stratégies pour coordonner les interventions entre différents prestataires, régions et systèmes financiers.

### Approches possibles

Plusieurs approches peuvent être adoptées pour coordonner la prise en charge des maladies chroniques. Elles mettent l'accent, respectivement, sur :

- le niveau de l'individu ;
- le système de prestation de santé ou certaines de ses composantes ;
- une approche à l'échelle de tout le système, ou approche axée sur la santé de la population.

Les initiatives axées sur l'individu, comme celles qui s'appuient sur une théorie psychologique ou comportementale ou la simple gestion des cas, peuvent procurer des gains à court terme sur le plan clinique et sont capables de cibler

les personnes qui sont actuellement les plus touchées. Toutefois, lorsque la politique a une orientation individualiste, il est difficile d'intégrer la prévention et le traitement dans des systèmes de financement et des contextes différents.

Les approches fondées sur les systèmes de prestation, comme le modèle de soins chroniques mis au point aux États-Unis, font appel à des systèmes d'information, prévoient de nouveaux rôles pour le personnel, proposent un modèle d'organisation des soins et l'éducation à l'auto-prise en charge pour identifier et cibler les composantes importantes des soins. Les données factuelles montrent que ces programmes peuvent réduire un usage potentiellement superflu des services de santé et améliorer les résultats en matière de santé, mais leur mise en œuvre peut consommer beaucoup de ressources ; or leur efficacité varie selon les ressources, la motivation et les incitations.

Les approches à l'échelle du système s'inspirent de celles du système de prestation, mais sont davantage axées sur la politique, les structures et les ressources communautaires nécessaires pour réaliser le changement à long terme. L'accent est souvent mis avec force sur la prévention et la promotion de la santé, et le but est d'agir au niveau des programmes de prestation, des contextes et des prestataires de soins. Peu d'évaluations satisfaisantes ont été faites de cette approche, mais l'OMS et la « Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte » appuient une approche préventive transversale.

Ces approches ne s'excluent pas mutuellement et peuvent être utilisées simultanément pour créer une stratégie adaptée aux particularités de contextes différents.

### **Mise en œuvre du changement**

De nombreuses approches différentes visant à coordonner la prise en charge des maladies chroniques ont été mises en œuvre. On peut les classer en fonction du lieu de contrôle (État, organisme professionnel ou entité commerciale), du niveau d'intégration (contextes et prestataires de soins uniques par opposition à multiples), du mode de financement (public, privé, paiement partiel), de la méthode (régulation, stratification des risques, gestion des cas, aide à la décision et soutien à l'auto-prise en charge) et du public cible (ensemble de la population, usagers des services, professionnels, institutions, gouvernement).

Il n'y a pas d'approche idéale qui pourrait convenir ou pourrait être mise en œuvre avec succès dans la totalité des 53 États membres de la Région européenne. Notre synthèse descriptive des travaux de recherche indique que pour fonctionner efficacement dans différents contextes il faut un leadership

fort au niveau national, régional ou organisationnel ; la collecte résolue d'informations et le partage des données entre toutes les parties prenantes ; la fourniture de soins en fonction des besoins des individus et la capacité d'identifier les personnes ayant des niveaux de besoins différents ; le ciblage des principaux facteurs de risque, comprenant des initiatives de prévention générale ; l'aide à l'auto-administration des soins ; et la participation de nombreuses parties prenantes comprenant les particuliers, le secteur bénévole et communautaire, l'industrie privée et les services publics.

Le plus important est peut-être le fait que les données factuelles indiquent que la prise en charge des maladies chroniques ne pourra se faire couramment dans des contextes différents que si toutes les parties prenantes sont incitées à s'occuper de prévention et de traitement. Nous disposons de données fiables sur les solutions permettant de lutter contre les maladies chroniques et de les limiter – quelle que soit la dimension du pays. Le défi pour les décideurs est donc d'assurer l'application optimale de ces solutions dans leur contexte. Pour cela, ils doivent identifier les principales parties prenantes, déterminer ce qui les inciterait à pratiquer une prévention générale et des soins coordonnés, puis mettre en place des systèmes qui fournissent ces incitations..

---



## Synthèse

### Position du problème

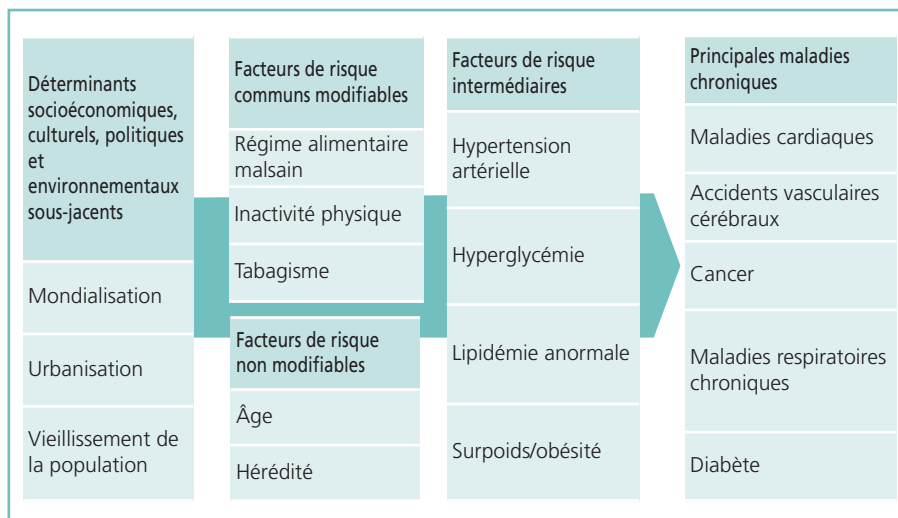
Avec les progrès des soins de santé et des technologies, les individus vivent plus longtemps et survivent parfois à des maladies qui auparavant étaient fatales. Ces progrès, conjugués au changement des modes de vie, ont entraîné une forte incidence des maladies chroniques. Environ 86 % des décès dans la Région européenne sont dus à des maladies chroniques, qui absorbent environ les trois-quarts des budgets de santé (1). La prise en charge des maladies chroniques est une priorité importante pour tout pays qui souhaite améliorer la qualité de vie et réduire la charge qui pèse sur les systèmes de santé.

On dispose de nombreuses données factuelles sur ce qui contribue à réduire le fardeau des maladies chroniques, mais on en sait moins sur les politiques nécessaires pour que ces interventions soient mises en place systématiquement et maintenues dans différents contextes (2). Chaque pays et chaque région ont des besoins différents, de sorte qu'aucune approche ne sera pertinente ou appropriée à elle seule pour tous les systèmes et tous les contextes. S'appuyant sur une synthèse descriptive des travaux de recherche, et considérant les solutions et services qui ont été mis à l'essai dans différents contextes, la présente synthèse résume les principales conclusions concernant la manière dont les programmes de prise en charge des maladies chroniques peuvent être mis en œuvre dans différents contextes, organisations et arrangements de financement. La mise en relief des composantes des stratégies de lutte contre les maladies chroniques qui donnent les meilleurs résultats vise à résumer les principaux points de manière que les décideurs puissent examiner dans quelle mesure ces facteurs entrent en jeu dans leur pays ou s'ils pourraient être pris en compte et comment.

### Qu'est-ce qu'une maladie chronique ?

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques sont « des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement » (3), alors que pour les Centers for Disease Prevention and Control des États-Unis « les affections qui ne sont pas guéries une fois acquises sont considérées comme chroniques. De plus, d'autres affections doivent avoir été présentes pendant trois mois ou davantage pour être considérées comme chroniques » (4). Les maladies chroniques les plus courantes dans la Région européenne sont les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires, le diabète et les problèmes de santé mentale (1). Le cancer est considéré ici comme une maladie chronique car l'OMS le prend en compte dans ses prévisions et dans ses calculs économiques. Il est admis toutefois que le cancer a un mécanisme de progression organique différent et que certaines possibilités d'action ne sont peut-être pas pertinentes.

Figure 1. Principales causes de maladies chroniques (OMS)



Source : *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (1).

Les études de laboratoire, les études cliniques et les études dans la population indiquent que la majorité des maladies chroniques ont pour cause un petit ensemble de facteurs de risque : alimentation malsaine et apport calorique élevé, sédentarité et tabagisme. La quantité d'alcool absorbé, les polluants de l'environnement, l'âge et des facteurs héréditaires jouent également un rôle. Ces facteurs de risque sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes et dans toutes les régions (5).

Les maladies chroniques constituent l'un des plus grands défis auxquels se trouvent confrontés les systèmes de santé. De nombreux malades chroniques survivent très longtemps mais ont besoin de soins continus. Des facteurs de risque tel que l'obésité, le tabagisme et le manque d'exercice sont répandus, de sorte que faute d'interventions importantes et soutenues des pouvoirs publics les taux de maladies chroniques continueront d'augmenter. Ces maladies touchent les riches et les pauvres, les jeunes et les vieux, les femmes et les hommes. Elles n'épargnent aucun pays, et 80 % des décès qui leur sont dus surviennent dans les pays à revenus faible et intermédiaire. À l'échelle mondiale, elles touchent maintenant plus d'individus que les maladies infectieuses et sont responsables de la majeure partie de la charge de morbidité en Europe (tableau 1). Les maladies cardiaques ou les accidents vasculaires

**Tableau 1. Charge de morbidité et décès résultant de maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS, par cause (2005)**

Groupe de causes	Charge de morbidité		Décès	
	AVCI <sup>a</sup> (en milliers)	Proportion de toutes les causes (%)	Nombre (en milliers)	Proportion de toutes les causes (%)
<b>Certaines maladies non transmissibles</b>				
Maladies cardiovasculaires	34 421	23	5 067	52
Troubles neuropsychiatriques	29 370	20	264	3
Cancer (néoplasmes malins)	17 025	11	1 855	19
Maladies digestives	7 117	5	391	4
Maladies respiratoires	6 835	5	420	4
Maladies des organes des sens	6 339	4	0	0
Maladies musculosquelettiques	5 745	4	26	0
Diabète sucré	2 319	2	153	2
Troubles stomatologiques	1 018	1	0	2
<b>Ensemble des maladies non transmissibles</b>	<b>115 339</b>	<b>77</b>	<b>8 210</b>	<b>86</b>
<b>Ensemble des causes</b>	<b>150 322</b>	<b>100</b>	<b>9 564</b>	<b>100</b>

<sup>a</sup> AVCI : années de vie corrigées du facteur invalidité.

Source : *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (1).

cérébraux sont les principales causes de décès dans les 53 États membres de la Région européenne.

Les pays ne peuvent se permettre de maintenir le statu quo. Les dépenses, pour les services de santé, sont trop élevées et la perte de productivité entraîne des coûts économiques considérables (6). Par exemple, on estime qu'en Fédération de Russie, au cours des dix prochaines années, les pertes totales de revenu (perte de bien-être) dues aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires

cérébraux et au diabète s'élèveront à quelque 300 milliards de dollars internationaux.<sup>1</sup>

Les maladies chroniques ont des coûts et des effets importants, mais il est possible de réduire leur incidence ou de prévenir leur apparition jusqu'à une date beaucoup plus tardive dans la vie. Les changements à opérer ne sont pas nécessairement coûteux et les moyens de prévention et de lutte, pour la plupart d'entre elles, sont déjà bien connus. Ils comprennent des interventions qui ciblent les individus ou les familles (par exemple distribution de brochures d'information, soutien téléphonique proactif), des initiatives axées sur les professionnels de santé (outils d'aide à la décision, formation à de nouveaux rôles, équipes multidisciplinaires), des changements organisationnels (éducation sur le lieu de travail, travail intersectoriel), et des stratégies visant les populations -publicité pour la promotion de la santé, identification des individus à différents niveaux de risque- (7). Au lieu de se concentrer sur certaines interventions uniquement, la prise en charge des maladies chroniques consiste à coordonner les soins et à faire en sorte que les individus obtiennent le soutien dont ils ont besoin au moment voulu. Les données factuelles disponibles montrent que des soins planifiés proactifs peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques (8-10).

### **Qu'est-ce que la prise en charge des maladies chroniques ?**

Le triangle de soins de Kaiser Permanente a été largement utilisé pour conceptualiser les soins aux malades chroniques à trois niveaux principaux (soutenus par une prévention et une promotion de la santé dans l'ensemble de la population) :

- aide à l'auto-prise en charge pour les personnes atteintes d'une maladie chronique qui sont à faible risque de complications et d'hospitalisation ;
- prise en charge de la maladie pour les personnes qui ont besoin d'un suivi régulier et sont à haut risque ;
- prise en charge des cas pour les personnes ayant des besoins complexes et utilisant massivement les soins secondaires non planifiés.

Aux fins de la présente synthèse, la prise en charge des maladies est définie comme étant la coordination des soins à tous les niveaux.

---

<sup>1</sup> Le dollar international est une monnaie hypothétique utilisée pour traduire et comparer les coûts entre pays utilisant comme référence commune le dollar des États-Unis (USD). Un dollar international a le même pouvoir d'achat qu'un USD. C'est aussi ce que l'on appelle la parité de pouvoir d'achat (1).

**Tableau 2. Politiques, programmes et dispositions législatives concernant les maladies non transmissibles dans 38 pays européens ayant répondu à une enquête de l'OMS, 2005-2006**

Thème	Politique nationale de santé	Programme national spécifique	Loi, règlement, décret ministériel
Prévention des maladies non transmissibles et lutte contre ces maladies	28	28	–
Lutte contre le tabagisme	28	25	37
Nutrition et alimentation	24	20	35
Activité physique	19	17	13
Lutte contre l'abus d'alcool	19	17	28
Hypertension	15	16	–
Diabète	20	29	–
Maladies cardiaques	20	20	–
Accidents vasculaires cérébraux	17	14	–
Cancer	23	23	–
Maladies respiratoires chroniques	13	10	–
Autres maladies chroniques	10	10	–

Source : *Améliorer la santé : Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte* (13).

Les programmes de prise en charge des maladies organisent les soins en programmes multidisciplinaires comportant de nombreuses composantes, appliquant une approche proactive qui met l'accent sur tout le cours d'une maladie chronique (11). La prise en charge des maladies chroniques comprend la coordination des interventions médicales, pharmaceutiques ou sociales destinées à améliorer l'état de santé des personnes et la rentabilité. Elle reconnaît qu'une approche systématique est un moyen optimal et rentable de fournir des soins de santé (12).

## Approches possibles

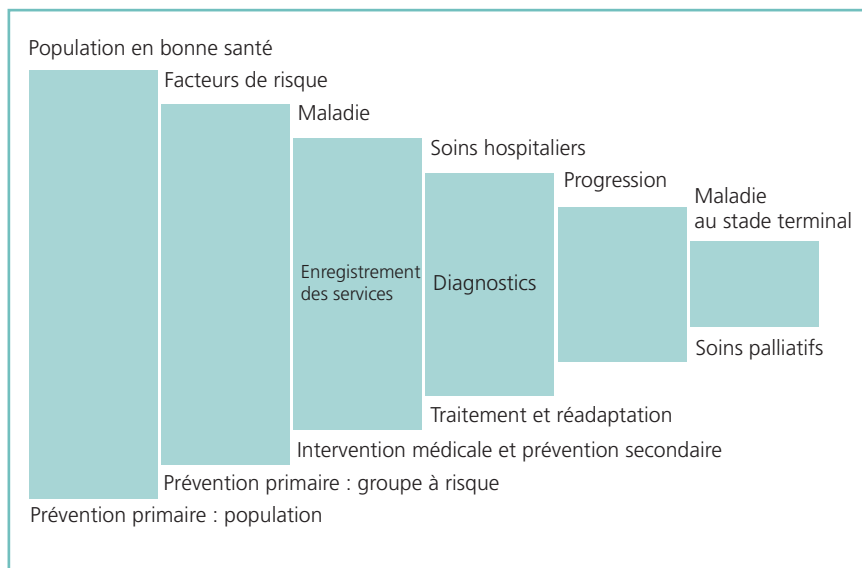
Au cours des dix dernières années, les pays d'Europe ont élaboré des mesures et adopté des lois pour mieux prévenir et combattre les maladies chroniques et leurs facteurs de risque (tableau 2). Mais nombre de ces initiatives ciblent des maladies particulières telles que le diabète, les maladies cardiaques et le cancer, et non des déterminants comme l'excès de poids et le manque d'activité physique.

Afin de coordonner la prise en charge des maladies chroniques entre les différents contextes et fournisseurs, diverses approches sont possibles. Elles peuvent se situer :

- au niveau des individus ;
- au niveau des systèmes de prestations de services de santé ou de certaines de leurs composantes ;
- à l'échelle du système ou de la santé de la population.

Ces approches ne s'excluent pas mutuellement et sont présentées ici comme un simple cadre d'aide à la réflexion sur la mise en œuvre et les ressources locales.

**Figure 2. L'approche du parcours de vie**



Source : adapté d'après Suñol et al. (16).

### *Initiatives au niveau de l'individu*

Les interventions au niveau de l'individu mettent l'accent sur la coordination des soins pour les usagers des services de santé ou les familles. Elles comprennent des approches s'appuyant sur une théorie psychologique ou comportementale, certaines formes de gestion des cas et des modèles des étapes du changement. La place manque ici pour examiner ces initiatives, mais un exemple illustrera certains de leurs thèmes clés.

Le modèle (transthéorique) des étapes du changement de comportement, conçu au départ pour lutter contre le tabagisme et l'assuétude aux drogues et à l'alcool, a été appliqué à d'autres comportements de santé (14). Dans ce modèle, le changement s'effectue selon un processus en cinq étapes : pré-contemplation, contemplation, décision, action et maintien. Les personnes aux différents stades de ce processus peuvent bénéficier de différentes interventions. Les démarches de ce type sont parfois associées à une politique du parcours de vie qui suit les soins aux malades chroniques, depuis la population générale, jusqu'aux malades au stade terminal, en passant par les personnes atteintes d'une ou de plusieurs maladies au long cours à la suite d'une exposition à des facteurs de risque (fig. 2). Cette approche donne à penser qu'il est nécessaire d'avoir différents schémas de prévention, de soins de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs aux divers stades de la progression de la maladie (15).

Il est difficile de dire si ces modèles individualistes sont efficaces (17). Certaines études indiquent qu'ils peuvent contribuer à modifier des comportements tels que les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice (18), mais on dispose de peu de données factuelles montrant que ces cadres aboutissent systématiquement à de réels changements dans des domaines tels que les changements de modes de vie multiples, la mammographie, l'adhésion au traitement, ou la diminution de l'usage du tabac et de l'alcool (19). Mais cela tient peut être au fait que les interventions sont trop brèves, mal ciblées ou qu'elles n'évaluent pas correctement le stade de changement des participants.

Ces formules sont parfois appliquées par des groupes pharmaceutiques ou bien à la suite d'initiatives sur le lieu de travail ou ailleurs, et les exemples abondent aux États-Unis. Elles ont cependant fait aussi des adeptes en Europe, notamment dans des partenariats entre le secteur public et le secteur privé (encadré 1). Par exemple, en Italie, un groupe pharmaceutique a coopéré avec les services de santé pour mettre en place un service de gestion proactive des soins dirigé par des infirmières, inspiré par le modèle des étapes du changement. Utilisant un outil d'aide à la décision reposant sur Internet, des infirmières spécialement formées aident les personnes en les motivant et en leur envoyant des rappels régulièrement, jouent un rôle d'orientation vers d'autres ressources et coordonnent les soins destinés aux patients individuels dans les

### Encadré 1. Une approche fondée sur le modèle des étapes du changement

Un partenariat public-privé entre le gouvernement régional des Pouilles et un organisme du secteur privé a appliqué une approche en équipe, avec des infirmières (gestionnaires de soins), un médecin et des spécialistes travaillant ensemble comme partenaires avec 1 153 usagers des services. Trente infirmières étaient employées par le service local de santé et travaillaient dans des cabinets médicaux, étaient en contact direct avec les usagers des services et appliquaient un modèle des étapes du changement personnalisé pour la prise en charge des maladies. Les médecins recevaient des incitations financières pour atteindre les objectifs en matière de recrutement et d'évaluation et les indicateurs de résultats cliniques.

Une évaluation fondée sur des observations avant et après l'essai pendant une période de 18 mois a donné les résultats ci-après : meilleure adhésion aux régimes médicamenteux ; amélioration de l'état de santé général signalée par 66 % des participants ; amélioration des capacités fonctionnelles chez 59 % ; et amélioration de la relation avec le médecin traitant chez 60 % des participants.

Ce modèle de gestion des soins a été adapté des États-Unis (où il reposait au départ sur un soutien par téléphone) et a montré que plusieurs facteurs jouaient un rôle déterminant lorsque l'on importait certaines pratiques dans de nouvelles régions. Le succès de leur mise en œuvre était résumé par les « 3 P » : payeurs, praticiens et participants (22).

cabinets des médecins généralistes (20) (encadré 1). Des revues systématiques d'interventions similaires dans le monde entier permettent de penser qu'un soutien personnalisé proactif, souvent par téléphone, peut améliorer l'état de santé à court terme, mais ses effets sur l'utilisation des services sont moins certains (21). Cela dit, la gestion des soins par téléphone ciblant les individus n'est peut-être pas possible dans certains pays, car sa mise en œuvre peut-être onéreuse et suppose une infrastructure technologique. Il peut aussi y avoir des inégalités entre ceux qui ont les moyens d'avoir des téléphones et des différences dans l'acceptation culturelle de l'usage du téléphone.

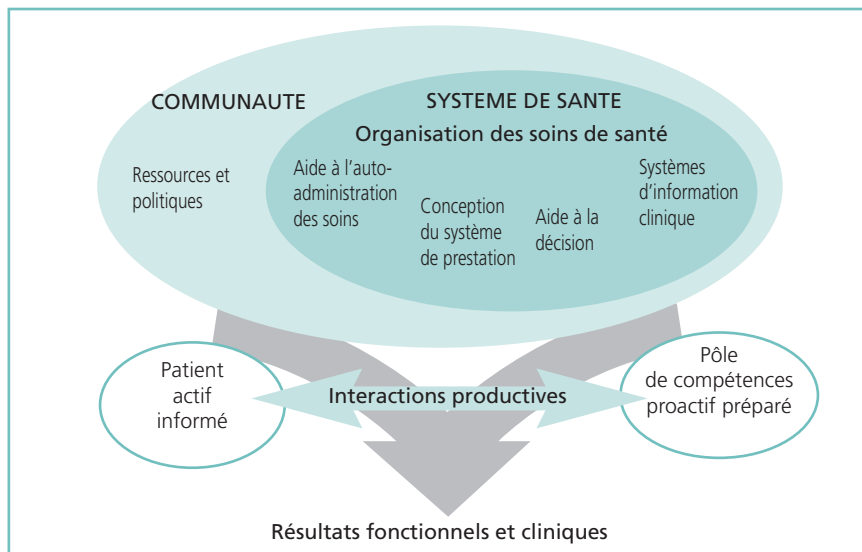
Les politiques de prise en charge des maladies axées sur l'individu peuvent être motivantes pour les familles mais des études montrent qu'elles ont peu de chances d'être rentables ou durables à l'échelle d'un pays ou d'une région. En général, elles n'ont pas de perspective stratégique et sont incapables de bénéficier des avantages liés à l'organisation des soins, simultanément, pour des individus plus nombreux (23). Les programmes qui ciblent les besoins individuels sont importants, mais peuvent être plus efficaces lorsqu'ils sont intégrés dans une approche systémique de la prise en charge des maladies.

#### *Initiatives au niveau de la prestation de services*

Les interventions au niveau du système de prestation mettent l'accent sur la coordination de la prise en charge des maladies chroniques par diverses composantes de la prestation de services. Un des modèles les plus répandus est



Figure 3. Le modèle de soins chroniques



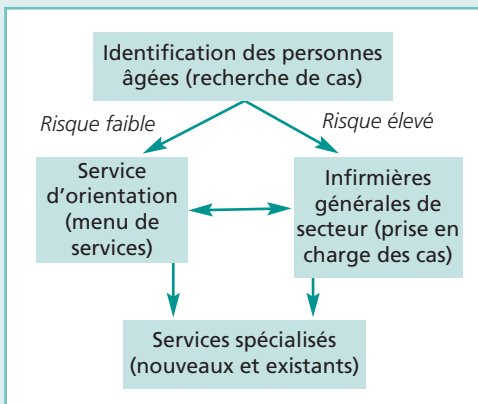
le modèle de soins chroniques mis au point aux États-Unis, qui s'articule autour de six domaines d'action concertée pour la prise en charge des maladies chroniques : l'organisation de l'offre et de la prestation de soins, l'organisation d'ensemble du système de prestations, des ressources et des politiques communautaires, le soutien à l'auto-prise en charge, des systèmes d'aide à la décision et des systèmes d'information clinique (24) (fig. 3). L'Allemagne, l'Angleterre, le Danemark, l'Écosse, la France, l'Irlande, l'Italie, le Pays de Galles et la Suède ont adopté des politiques fondées dans une certaine mesure sur ce modèle axé sur la prestation de services (25). Ces pays ont des approches très différentes, mais toutes ont en commun la priorité accordée à la gestion des maladies au niveau de la prestation de services.

Les approches axées sur le système de prestations ont été expérimentées au niveau national ainsi que par des groupes localisés ou régionaux agissant dans le cadre d'un programme de prestations ou contexte donné (encadré 2). En Allemagne, par exemple, des médecins opposés au départ à un cadre de soins pour les malades chroniques ont mis l'accent sur des recommandations reposant sur des informations factuelles et le partage de données, mais ils mettent maintenant en œuvre des programmes ciblant des maladies particulières (26). Une législation a été introduite pour inciter les prestataires de soins à trouver des moyens de coordonner les soins aux personnes atteintes de pathologies au long cours et de nouveaux mécanismes d'ajustement au risque sont actuellement expérimentés (27).

## Encadré 2. Exemple d'expérimentation de nouvelles approches de la prestation de services

Certaines régions d'Angleterre (Royaume-Uni) expérimentent des méthodes innovantes de prestation de services pour les personnes âgées atteintes de pathologies de longue durée. Une autorité locale (conseil) a dirigé un partenariat entre les services sanitaires et sociaux et les services communautaires et bénévoles, avec financement et fourniture conjoints. L'objectif est d'intégrer les soins préventifs spécialisés dans un ensemble cohérent pour aider les personnes âgées à demeurer chez elles et à rester indépendantes. Les principales caractéristiques sont l'identification proactive des usagers des services, des services spécialisés pour les personnes à haut risque d'hospitalisation, et l'orientation vers d'autres services de celles qui ont des niveaux de besoins inférieurs.

Les personnes âgées susceptibles de bénéficier d'un soutien supplémentaire ont été identifiées grâce à des outils de recherche des cas et à un aiguillage par des professionnels de santé. Celles qui étaient considérées comme présentant un risque élevé d'hospitalisation ont été dirigées vers des infirmières spécialisées et d'autres services, et celles qui présentaient un moindre risque étaient évaluées par un service d'orientation géré par le secteur bénévole. Des services spécialisés de prévention, comme la prévention des chutes, l'évaluation des premiers stades de la démence, des équipes de travailleurs sociaux dans les hôpitaux, des équipes de gestion des médicaments et des équipes d'auxiliaires médicaux pour les hospitalisations évitables ont également été mises en place (voir figure).



Ce modèle comprend les aspects innovants ci-après :

- intégration (collaboration des services de santé et des services sociaux, administration des finances par le conseil) ;
- substitution des compétences (recours au secteur bénévole pour s'orienter) ;
- substitution du lieu de soins (services à domicile et dans la collectivité) ;
- répartition des usagers des services entre groupes à haut et faible risque ;
- nouveaux types de prestation de services (orienteurs, et pharmaciens faisant des visites à domicile).

Vingt-neuf programmes pilotes similaires ont été menés dans toute l'Angleterre avec un financement de l'administration centrale aux différents prestataires auxquels il a été demandé de travailler en consortium. Les effets sur les indicateurs cliniques, les perceptions du personnel et l'utilisation des services (y compris les taux d'hospitalisation) ont été surveillés. Les premières conclusions de l'évaluation montrent que les régions qui ont mis en œuvre des approches préventives intégrées de la prise en charge des maladies ont enregistré moins d'admissions à l'hôpital que les autres.

Les principaux obstacles à ce programme intégré ont été la détermination et l'application des outils appropriés d'identification des patients et de stratification des risques. Les systèmes de données n'ont pas permis un partage des données sanitaires et sociales entre les différentes organisations, et il n'a pas été possible d'obtenir une liste de toutes les personnes de plus de 65 ans dans la population dont on pouvait stratifier le risque d'hospitalisation au moyen d'algorithmes. Les services ont élaboré des critères individuels de hiérarchisation des priorités et d'inclusion, de sorte que la mise en œuvre de ce programme n'a pas été aussi intégrée que prévu.

Aux Pays-Bas, le gouvernement met en œuvre certaines composantes du modèle de soins chroniques depuis au moins dix ans (avant que le modèle ait été formellement conceptualisé). Le Transmural Care Programme vise à combler l'écart entre les soins hospitaliers et les soins de proximité (approche intermédiaire de soins), mais certains travaux de recherche donnent à penser que cette approche n'est pas assez générale pour avoir un impact à long terme (28).

L'efficacité des approches axées sur le système de prestation a été amplement évaluée, bien que de nombreuses études et revues se soient concentrées sur l'examen de composantes particulières plutôt que sur le modèle dans son ensemble. Les études, qui consistaient pour la plupart en observations, ont signalé une amélioration au niveau des processus, des résultats et des coûts dans les organisations qui avaient adopté de nouvelles politiques axées sur le système de prestation (29,30), mais elles ne disent pas si ce modèle est plus efficace que d'autres approches ou s'il manque quelque chose.

D'après certaines données factuelles (31-33), les interventions au niveau de la prestation de services peuvent améliorer la qualité des soins pour les personnes atteintes d'affections de longue durée, mais celles dont on dispose pour les résultats cliniques ne sont pas concluantes (34). Selon certaines études (35,36), ces interventions permettent d'améliorer les résultats cliniques, de réduire le risque d'hospitalisation et d'abaisser les coûts. Une revue (24) a constaté que pour des affections au long cours telles que l'insuffisance cardiaque globale, l'asthme et le diabète, les interventions au niveau de la prestation de services étaient associées à une baisse des coûts des soins ou à une moindre utilisation des services de santé. Mais il est aussi des avis différents quant à leur effet sur les résultats cliniques ou sur l'utilisation des ressources de soins de santé (37,38). Même les politiques et interventions les plus efficaces fondées sur cette approche tendent à avoir des effets modestes (39).

Plusieurs revues ont étudié les composantes les plus efficaces des mesures prises au niveau de la prestation de services. Une méta-analyse (40) a constaté qu'aucune composante du modèle de soins chroniques ne permettait à elle seule d'améliorer l'état de santé, mais que des changements dans l'organisation du système de prestation amélioraient sensiblement les processus et les résultats, de même que le soutien à l'auto-prise en charge. D'un autre côté, la RAND Corporation a procédé à une évaluation formelle du modèle de soins chroniques avec plus de 40 organisations aux États-Unis. Les évaluateurs ont constaté que cette approche pouvait conduire à de meilleurs processus et résultats en matière de soins, en termes de résultats cliniques, de satisfaction et de coûts (41). Quatre composantes du modèle avaient une forte probabilité d'être associées à un changement durable : l'organisation des pôles de compétences, une prise de décision en collaboration avec les malades au long cours, l'encouragement de la participation des prestataires aux efforts

d'amélioration, et des méthodes plus générales d'éducation des patients. Toutes mettaient l'accent sur la communication, l'implication et l'engagement – aspects fondamentaux des approches axées sur la santé de la population ou à l'échelle du système. De telles conclusions sont importantes, car elles essaient d'analyser exactement les composantes du cadre d'action qui peuvent procurer le plus d'avantages, et de déterminer si l'ensemble du modèle est nécessaire ou seulement certaines de ses composantes.

Les données factuelles dont on dispose sur ces cadres consistent principalement en observations et ne peuvent être utilisées pour inférer les causes. Il y a des essais et des revues de composantes particulières, telles que l'éducation des patients ou l'auto-prise en charge, mais peu d'études de qualité ont évalué l'impact de l'approche globale au niveau de la prestation de services. Les quelques études qui portent sur ce domaine ont généralement relativement peu de participants, sont parrainées par l'industrie ou n'analysent pas l'utilisation et les coûts des ressources de soins de santé (42,43). La plupart des données proviennent des États-Unis, mais des études récentes effectuées en Europe confirment cette tendance (25).

### *Initiatives à l'échelle du système*

Les politiques de prise en charge des maladies chroniques à l'échelle du système s'inspirent des méthodes du système de la prestation de services, mais insistent davantage sur la politique, les structures et les ressources communautaires nécessaires pour mettre en œuvre le changement à long terme. L'accent est souvent mis avec force sur la prévention et sur la promotion de la santé, l'objectif étant d'intervenir au niveau de différents programmes de prestations, contextes et prestataires de soins. La ratification de la « Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte » (13) donne à penser que les approches transsectorielles et systémiques sont appuyées en principe. À l'exception du programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI), cette approche a donné lieu à peu d'évaluations satisfaisantes (encadré 3). Il semble que les pays aspirent peut-être à des approches à l'échelle du système, mais actuellement ils interviennent pour la plupart au niveau de la prestation de services (23,25).

Le cadre des soins novateurs de l'OMS pour les affections chroniques, qui met l'accent sur la communauté et les politiques propres à améliorer les soins aux malades chroniques plutôt que sur les soins primaires comme le fait le modèle de soins chroniques (fig. 4), est également une approche à l'échelle du système. Il estime important de cibler la prise en charge des maladies au micro niveau (individu et famille), au niveau intermédiaire (organisation des soins de santé et communautés), et au macro niveau (politique).

**Encadré 3. Vers la mise en œuvre d'une initiative à l'échelle du système**

Le réseau CINDI comprend plus de 30 pays en Europe, plus le Canada. Il vise à fournir un mécanisme intégré pour examiner les activités susceptibles de prévenir et de maîtriser les facteurs de risque et de s'attaquer à leurs déterminants sociaux et environnementaux. Le principe est qu'une action intégrée aux niveaux local, national et régional contre les facteurs de risque communs peut réduire les pathologies au long cours et améliorer l'état de santé général de la population. Le programme applique une approche quaternaire. Elle cible quatre maladies au long cours (maladies cardiovasculaires, cancer, pneumopathies obstructives chroniques et diabète), examine l'impact de quatre facteurs liés au mode de vie, quatre déterminants sociaux, et applique quatre grandes stratégies pour promouvoir le changement, reliées à un certain nombre d'approches intégrées.

CINDI estime que les éléments clés ci-après doivent être appuyés aux niveaux régional, national et international :

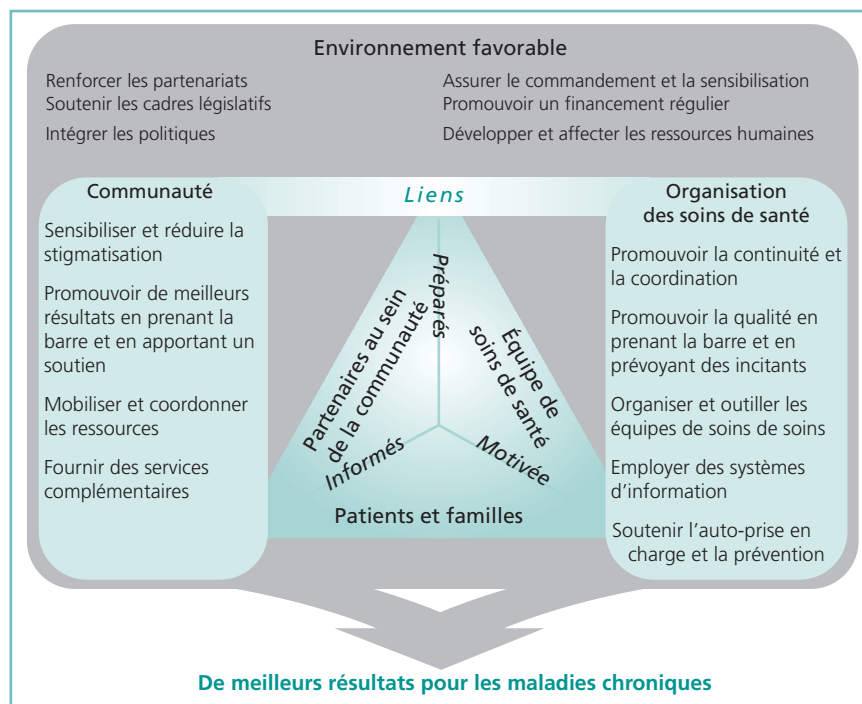
- surveillance pour repérer les tendances des affections à long terme et leurs déterminants ;
- prévention des maladies et promotion de la santé pour réduire la morbidité, la mortalité et l'incapacité prématurées ;
- innovations en soins de santé et gestion efficace adaptée aux situations locales.

Le Canada, le Danemark et la France commencent à mettre en œuvre certains aspects de cette approche (44), mais on ne dispose pas encore de données factuelles sur l'efficacité ni de comparaisons avec d'autres cadres d'action. Elle est présentée ici comme un menu que les décideurs pourront utiliser pour examiner comment structurer une approche locale intégrée de la prise en charge des maladies par les différents prestataires. La plupart des pays n'auront pas les ressources nécessaires pour cibler tous les domaines dans l'immédiat. Ils devraient commencer par les activités les plus faciles à mener dans le contexte actuel, mais il est important de mettre l'accent sur les déterminants des maladies chroniques qui peuvent être extérieurs au secteur de la santé.

*Source : A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision (44).*

Une autre approche à l'échelle du système est celle de l'Ecological or Public Health Model for chronic conditions, dont le principe est que pour agir sur le fardeau des maladies chroniques, il faut des interventions en termes de : politiques à l'échelle de la population, activités communautaires, et services de santé. Elle englobe le continuum allant de la prévention aux soins. Elle met l'accent sur les déterminants de la santé ainsi que sur les facteurs sociaux, culturels et économiques qui peuvent influencer sur la qualité et la quantité des soins. Les politiques fondées sur une perspective écologique insistent sur l'interaction et l'interdépendance des facteurs qui entrent en jeu à tous les niveaux de santé, y compris les interactions des individus avec leur environnement physique et socioculturel. Il est tenu compte des inégalités de santé et de leurs causes (46).

Figure 4. Le cadre des soins novateurs pour les maladies chroniques



Source : *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action* (45).

Les évaluations des initiatives individuelles utilisant ce modèle ont constaté des avantages pour les patients et la prestation de services (47-49). Elles indiquent aussi que le leadership, l'épidémiologie et la surveillance, les partenariats, les plans du gouvernement, les interventions ciblées, l'évaluation, et la bonne gestion des programmes sont autant d'éléments indispensables pour mettre en œuvre une prise en charge des maladies chroniques dans tous les programmes de soins (50).

### Mettre en œuvre le changement

Rien ne permet de penser qu'une approche de la prise en charge des maladies chroniques est nécessairement supérieure aux autres. Les composantes des différents programmes varient selon les besoins, les budgets, et les inégalités en santé au niveau local. La clé du succès semble être l'élaboration en commun de solutions pour faire face aux besoins locaux et une mise en œuvre systématique avec un suivi régulier automatique (51). La tendance actuelle est de considérer

que les initiatives stratégiques à l'échelle du système peuvent durer plus longtemps que les approches axées sur l'individu (13).

On dispose toutefois de données factuelles fiables sur les solutions efficaces et rentables. La question est de savoir comment les mettre en œuvre de manière globale et intégrée. En réponse, on peut citer les exemples suivants.

- Un plan de prestation ou un prestataire unique peut se voir confier la responsabilité et un financement approprié de la coordination de toutes les activités de prise en charge de la maladie pour toute personne donnée même si d'autres intervenants jouent un rôle dans la prestation de services. Il peut s'agir d'une approche réglementaire non interventionniste, comme dans le cas des organisations de gestion de la santé ou des assureurs privés aux États-Unis, ou d'une stratégie plus générale du gouvernement, comme dans le cas du National Health Service britannique qui comprend des organismes multiples travaillant tous dans le cadre d'un plan national d'assurance santé.
- La maladie peut être prise en charge avec des normes minimales fixées par l'État pour les différents plans de prestations et prestataires. C'est une approche réglementaire plus interventionniste, dont on trouve des exemples dans certaines parties de l'Allemagne, de la France, de l'Italie et des Pays-Bas.
- Un marché peut être créé pour des crédits de prise en charge des maladies sur lequel les plans de prestations et prestataires peuvent acheter ou vendre des crédits pour la fourniture de soins. C'est une approche marchande, courante aux États-Unis.
- La prise en charge de la maladie peut mettre l'accent sur l'éducation à l'auto-administration des soins, les dossiers et systèmes de santé électroniques auxquels les patients peuvent accéder pour mieux identifier les interventions spécifiques qui leur seraient applicables et les prestataires qui offrent ces services. De tels systèmes ont été expérimentés dans certaines parties de la Scandinavie.

Les données factuelles sur les avantages, les effets nocifs et les coûts relatifs de ces différentes approches de la mise en œuvre font défaut. On a toutefois des raisons de penser que les priorités fondamentales, dans chacune de ces typologies, sont similaires et concernent tous les pays, quels que soient leur dimension ou leur stade de développement (25). Indépendamment des options envisagées, les principaux points sont les suivants :

- la prévention et la promotion de la santé sont des composantes fondamentales de la prise en charge des maladies .

- il est essentiel de cibler les personnes appropriées (exemple par la stratification des risques)
- lors de la mise en œuvre de programmes de prise en charge des maladies par les différents prestataires, il est important d'avoir des informations et des approches cohérentes. Les technologies de l'information, les dossiers tenus par les patients et les outils d'aide à la décision peuvent y contribuer, mais il faut les considérer comme des outils dans le cadre du processus et non mettre l'accent sur eux pour encourager et maintenir la prise en charge des maladies ;
- des équipes multidisciplinaires et un engagement clinique sont indispensables. La valorisation des personnels est cruciale, y compris dans les secteurs public et privé, les services sanitaires et sociaux, les groupes bénévoles et communautaires et les usagers des services et leurs familles ;
- les usagers des services sont un sujet de préoccupation dans tous les contextes où la prise en charge des maladies peut être mise en œuvre, et il est donc indispensable de motiver les patients à l'auto-administration des soins.

L'annexe présente un certain nombre d'initiatives susceptibles d'appréhender chacun de ces facteurs clés du succès.

Étant donné la diversité des modalités de gouvernance, des arrangements professionnels et financiers dans les États membres de la Région européenne, il y a peu de chances que des hypothèses de mise en œuvre future soient instructives. En revanche, il peut être utile que les décideurs disposent d'une liste des thèmes fondamentaux à prendre en considération lorsqu'ils veulent intervenir à grande échelle. L'encadré 4 donne une liste de contrôle à cet égard. Comme les changements, en matière de prise en charge des maladies chroniques, ne se feront pas sans transition, la recherche indique que les pays qui privilégient les domaines plus immédiats qui sont indiqués dans l'encadré 4 sont ceux qui sont susceptibles de réaliser les changements les plus importants et les plus durables (52).

Pour exiger de tous les cliniciens, hôpitaux, groupes des services sociaux et autres prestataires de mettre en œuvre un programme de prise en charge intégrée des maladies chroniques, il faudra des stimulants et un cadre d'action solide. Des modifications d'ordre juridique seront peut-être nécessaires. Dans de nombreux pays il est peu probable que les organisations coopéreront efficacement s'il n'y a pas de leadership fort et une certaine réorganisation des structures et du financement des soins. Cela exigera peut-être des budgets partagés entre organisations, des récompenses financières pour faire diminuer l'utilisation des services de soins de santé, des primes pour la réalisation des



#### Encadré 4. Mesures pour mettre en œuvre la prise en charge des maladies chroniques

##### Immédiates

- Sensibiliser le public, les professionnels et les responsables politiques à l'importance de la prise en charge des maladies chroniques.
- Orienter la politique en adoptant un point de vue de santé publique qui examine les déterminants des maladies chroniques et cible les facteurs de risque.
- Instaurer des incitations à coopérer transcendant les frontières institutionnelles ou supprimer la concurrence entre les soins de santé primaires, l'hôpital, les services sociaux et le secteur bénévole.
- Orienter davantage les services de santé vers la promotion de la santé et insister sur l'alimentation saine, l'arrêt du tabac et l'exercice.
- Se servir de l'éducation et du financement comme leviers pour accroître les possibilités de promotion de la santé et de prévention de la maladie.
- Reconnaître que les patients et leurs familles font partie intégrante de l'équipe de soins et veiller à utiliser pleinement les patients comme une ressource grâce au soutien à l'auto-prise en charge, l'auto-surveillance, et aux possibilités de bénévolat.
- Créer des réseaux et des cheminements de services qui transcendent les cloisonnements en matière de santé, de prise en charge sociale et les séparations sectorielles.
- Veiller à mettre en place des systèmes adéquats pour le partage des informations entre les prestataires.
- Veiller à ce qu'il y ait des outils disponibles pour identifier les personnes ayant des niveaux de besoins différents et cibler les services en conséquence.
- Fournir des services de proximité.

##### Moyen terme

- Mettre en œuvre des cadres nationaux de services pour s'attaquer aux causes des maladies chroniques et cibler des maladies particulières.
- Envisager d'utiliser la fiscalité, les subventions et des accords commerciaux pour influencer sur les prix des aliments sains, du tabac, de l'alcool et des équipements pour l'exercice physique.
- Envisager de modifier l'environnement bâti pour encourager l'activité physique.
- Utiliser des indicateurs de performance du système de santé et des outils d'assurance de la qualité pour mesurer la qualité des services fournis et en rendre compte publiquement.
- Envisager des modalités de prestation de services reposant sur des données factuelles telles que la gestion de cas intensive ou des équipes multidisciplinaires.
- Envisager des leviers sociaux et culturels pour aider à promouvoir une alimentation et des comportements sains.
- Utiliser des incitations financières, par exemple relier la rémunération professionnelle à l'amélioration de la performance clinique.

- Concevoir les services de manière à accroître l'équité, l'accessibilité économique et l'accès aux services pour les groupes vulnérables.
- Veiller à ce que les usagers des services et les aidants soient représentés dans les groupes chargés de la planification, de la prestation et de la surveillance des services.

Long terme

- Offrir des outils d'aide à la décision pour permettre aux professionnels de mettre en œuvre les recommandations de bonne pratique.
- Faire de l'industrie un partenaire clé dans la prise en charge des maladies chroniques.
- Donner des responsabilités aux ressources communautaires telles que les groupes bénévoles et confessionnels.
- Allouer des ressources au sein du système sanitaire et social en fonction de la charge de morbidité.
- Améliorer les compétences et les effectifs du personnel formé spécialement à la prise en charge des maladies chroniques à tous les niveaux.
- Mettre l'accent sur la formation des professionnels de santé aux soins préventifs et palliatifs aussi bien qu'au traitement.

objectifs en matière de soins ou des opportunités de participer à des services innovants, par exemple ; les pays devront tester quelles initiatives prises pour encourager les organisations à travailler ensemble pour soutenir la prise en charge des maladies chroniques sont les plus efficaces dans leur contexte.

Le changement aura des incidences financières importantes. Mais le maintien du statu quo aura des incidences encore plus marquées. Il faut des crédits pour la restructuration, les incitations, la formation du personnel et le suivi des progrès. Les prestataires auront besoin de multiples compétences : compétences cliniques, compétences en matière d'évaluation, compétences interpersonnelles, s'étendant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Il faudra peut-être un travail interdisciplinaire et les personnels devront développer leurs compétences en matière d'analyse des données et de suivi.

Les systèmes de santé ne se prêtent pas toujours facilement au changement, ce qui complique la tâche des responsables politiques. Il est essentiel que toutes les parties intéressées prennent conscience de la gravité du problème et de la nécessité de changements importants (51).

## Conclusions

La présente synthèse a exposé certains des facteurs clés que les responsables politiques devraient peut-être prendre en considération lorsqu'ils envisagent des programmes de prise en charge des maladies chroniques s'étendant à différents cadres. Les pays ne peuvent se permettre de maintenir le statu quo, pour des raisons de coûts de la santé ou de productivité économique.

La prise en charge des maladies chroniques peut sauver des vies et économiser des ressources. Mais les données disponibles montrent que les modèles individualistes ou les modèles reposant sur la prestation de services adoptés par de nombreux pays européens ne sont peut-être pas aussi efficaces que les approches à l'échelle du système qui ciblent la santé de la population. L'examen des déterminants plus généraux de la santé et l'adoption d'une approche préventive proactive exigent un investissement initial et une vision à long terme. En s'attaquant aux facteurs de risque, on n'obtiendra peut-être pas des changements immédiats, mais si l'on veut réduire l'apparition des maladies chroniques et gérer leurs manifestations, il est indispensable de se situer dans une perspective à long terme.

Les responsables politiques veulent des messages inspirant l'action, mais il n'y a pas de solution idéale pour la prise en charge des maladies chroniques dans différents contextes. Ce qui est clair, c'est que les stratégies qui mettent l'accent uniquement sur le changement des modalités de la prestation de services n'auront pas l'impact à long terme recherché. Il faut des approches plus systématiques s'attaquant aux causes. Cela suppose :

- un leadership fort au niveau national, régional ou organisationnel ;
- une collecte résolue d'informations et le partage des données ;
- la fourniture de soins en fonction des besoins des individus et la capacité d'identifier les personnes ayant des niveaux de besoins différents ;
- le ciblage des principaux facteurs de risque, comprenant des initiatives de prévention générale ;
- l'aide à l'auto-prise en charge et la responsabilisation des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- la participation de nombreuses parties prenantes telles que les particuliers, le secteur bénévole et communautaire, l'industrie privée et les services publics.

## Références

1. *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/fr/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html), consulté le 25 mai 2008).
2. Singh D. *Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions*. Birmingham, University of Birmingham, 2005.
3. Maladies chroniques [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/fr/index.html](http://www.who.int/topics/chronic_disease/fr/index.html), consulté le 25 mai 2008).
4. National Center for Health Statistics definitions: health condition [web site]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2008 (<http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>, consulté le 15 mai 2008).
5. Rabin BA, Boehmer TK, Brownson RC. Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:53–61.
6. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance, 2006.
7. Göhler A et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2006; 12:554–567.
8. Krause DS. Economic effectiveness of disease management programs: a meta-analysis. *Disease Management*, 2005, 8:114–134.
9. Ouwens M et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal of Quality in Health Care*, 2005, 17:141–146.
10. Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 2006, 27:596–612.
11. DMAA definition of disease management [web site]. Washington, DC, Disease Management Association of America, 2008 ([http://www.dmaa.org/dm\\_definition.asp](http://www.dmaa.org/dm_definition.asp), consulté le 15 mai 2008).
12. *Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS. The need for coordinated management programmes. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance*. London, Royal College of General Practitioners, 2004.
13. *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/features/2006/featurencd06/TopPage?language=French>, consulté le 25 mai 2008).
14. Evers KE et al. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychology*, 2006, 25:521–529.
15. Homer J et al. The CDC's diabetes systems modeling project: developing a new tool for chronic disease prevention and control. *22nd International Conference of the System Dynamics Society, 25–29 July 2004, Oxford, United Kingdom*. Albany, NY, System Dynamics Society, 2004 ([http://www.systemdynamics.org/conferences/2004/SDS\\_2004/PAPERS/254HOMER.pdf](http://www.systemdynamics.org/conferences/2004/SDS_2004/PAPERS/254HOMER.pdf), consulté le 15 mai 2008).
16. Suñol R et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión [Vers l'intégration des soins de santé : proposition de modèle fondé sur les données factuelles et le système de gestion]. *Medicina Clínica*, 1999, 112(suppl 1):97–105.
17. Werch CE, DiClemente CC. A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 1994, 9:37–46.
18. Jackson R, Asimakopoulou K, Scammell A. Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Diet*, 2007, 20:27–36.
19. Riemsma RP et al. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 2002, 6:1–235.
20. Aquilino A et al. Transforming the local health care environment in southern Italy: a team based initiative to manage CVD patients using a decision support tool. *ISQua's 24th International Conference, Boston, MA, 30 September – 3 October 2007* ([www.isqua.org/isquaPages/Conferences/Boston/slides/WEDNESDAY\\_7C8A/MORNING\\_1143/14\\_271%20ABS.pdf](http://www.isqua.org/isquaPages/Conferences/Boston/slides/WEDNESDAY_7C8A/MORNING_1143/14_271%20ABS.pdf), consulté le 15 mai 2008).
21. Barlow J et al. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2007, 13:172–179.
22. Azarmina P et al. *Transferring disease management: critical success factors*. Tadworth, Pfizer Health Solutions (in press).
23. Singh D. *Population health: an essential component of chronic care?* Dublin, Health Services Executive, 2007.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909–1914.

25. Knai C, Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions – experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
26. Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 2004, 23:56–67.
27. Guterman S. US and German case studies in chronic care management: an overview. *Health Care Financing Review*, 2005, 27:1–8.
28. Temmink D et al. Rheumatology out-patient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 45:280–286.
29. Von Korff MJ et al. Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127:1097–1102.
30. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996, 74:511–544.
31. Chin MH et al. Improving diabetes care in midwest community health centers with the health disparities collaborative. *Diabetes Care*, 2004, 27:2–8.
32. McAlister FA et al. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:378–384.
33. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001, 20:64–78.
34. Sperl-Hillen JM et al. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Joint Committee Journal of Quality and Safety*, 2004, 30:303–309.
35. Vargas RB et al. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *Journal of General Internal Medicine*, 2007, 22:215–222.
36. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7(3):56–66.
37. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Annals of Family Medicine*, 2006, 4:310–316.
38. Philbin EF et al. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. *American Journal of Medicine*, 2000, 109:443–449.
39. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. *Les programmes de prise en charge de maladies sont-ils un moyen efficace d'améliorer la qualité des soins aux personnes atteintes d'affections chroniques ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (Rapport du Réseau des bases factuelles de santé ; [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/DMP/20030820\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/DMP/20030820_1?language=French), consultée le 25 mai 2008).
40. Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*, 2005, 11:478–488.
41. Pearson ML et al. Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Services Research*, 2005, 40:978–996.
42. Walsh MN et al. Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *American Journal of Managed Care*, 2002, 8:937–946.
43. Feifer C et al. System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Top Health Information and Management*, 2001, 22:65–72.
44. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHLUX/sum/20041125\\_24](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHLUX/sum/20041125_24), consultée le 25 mai 2008).
45. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccereport/en/index.html>, consulté le 25 mai 2008).
46. Schwartz MB, Brownell KD. Actions necessary to prevent childhood obesity: creating the climate for change. *Journal of Law and Medical Ethics*, 2007, 35:78–89.
47. Gemson DH et al. A public health model for cardiovascular risk reduction. Impact of cholesterol screening with brief non-physician counseling. *Archives of Internal Medicine*, 1990, 150:985–989.
48. Gritz ER et al. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychology*, 1992, 11:280–289.
49. Stewart AL et al. Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 1997, 19:353–361.
50. *Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action*. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
51. Ham C et al. *Getting the basics right*. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2007.
52. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, 2007, 370:1939–1946.

## Annexe. Stratégies ciblant les principaux facteurs de succès

Composantes	Caractère probant des données factuelles disponibles	Applicabilité
<b>Promotion de la santé et aide à l'auto-administration des soins</b>		
Messages préventifs	L'information à elle seule ne suffit pas (1,2) Les campagnes médiatiques doivent être complétées dans d'autres messages (3) L'éducation à l'école peut donner des résultats Des éducateurs non professionnels peuvent être utiles (4) Possibilité d'utiliser Internet, la vidéo, le téléphone et d'autres technologies (5-7)	<b>Élevée</b> Peuvent être mis en œuvre dans tous les contextes La politique doit être généralisée Ne pas cibler seulement la santé Nécessité de travailler en partenariat Exigent une vision à long terme
Éducation à l'auto-administration des soins	Preuves concrètes que la responsabilisation des patients a d'importants avantages (8) L'éducation collective peut améliorer l'état de santé à court terme (9)	<b>Élevée</b> Peut être mise en œuvre dans tous les contextes La participation a des coûts (10) Doit être acceptée par les professionnels Largement appliquée en Europe
Auto-surveillance	L'auto-surveillance de la tension artérielle et du glucose peut améliorer l'état de santé clinique (11,12) Données factuelles limitées quant à l'effet sur l'utilisation des services	<b>Faible</b> Exige technologie et infrastructure
Dossier tenu par les patients	Preuves insuffisantes d'un avantage (13,14)	<b>Faible</b> Difficile à mettre en place et à maintenir
Télé-soins	Un soutien téléphonique proactif peut améliorer l'état de santé (15) Données factuelles satisfaisantes pour les messages vocaux, les alarmes et autres systèmes de surveillance (16,17)	<b>Faible</b> Supposent technologie et infrastructure
<b>Systèmes d'information et bon ciblage des individus pour l'intervention</b>		
Parcours de soins et recommandations reposant sur des données factuelles	Efficacité limitée lorsqu'ils sont utilisés seuls (18,19) Des recommandations ont plus de chances d'être efficaces si elles tiennent compte des circonstances locales, sont liées explicitement aux données factuelles, sont diffusées par une intervention éducative et utilisent des rappels pour chaque patient (20)	<b>Moyenne</b> Faciles à développer dans tous les contextes Plus difficile de surveiller la mise en œuvre Stratégies d'éducation nécessaires (21) Des sanctions et des incitations peuvent être nécessaires

Composantes	Caractère probant des données factuelles disponibles	Applicabilité
Outils d'aide à la décision	Peuvent améliorer la cohérence (22) Peuvent améliorer la prescription et l'état de santé (23)	<b>Moyenne</b> Nombreux types disponibles Peuvent être adaptés à tous les budgets, par exemple Internet, papier, systèmes informatiques des généralistes (24) Stratégies d'éducation nécessaires
Registres des maladies	Importants pour identifier et trouver les individus (25) Efficaces lorsqu'ils sont utilisés comme rappels pour les patients et les cliniciens (26)	<b>Elevée</b> Exigent la mise en place et l'entretien d'une infrastructure de communication Coût relativement faible Peuvent fonctionner de façon satisfaisante dans les pays à revenus faible et intermédiaire (27)
Modèles de stratification des risques	Données satisfaisantes concernant le ciblage des personnes à haut risque (28,29) Importants également pour cibler les personnes à faible risque pour différents niveaux de soins également	<b>Elevée</b> Exigent une infrastructure pour la collecte et l'analyse systématiques des informations Certains outils de stratification des risques n'ont aucune validité limitée Danger de cibler seulement les personnes à haut risque Des outils de dépistage peuvent faire en sorte que les services qui coûtent chers sont ciblés le plus efficacement (30)
<b>Engagement clinique multidisciplinaire</b>		
Soins à un individu partagés par médecins de soins primaires et secondaires	Preuves limitées d'un effet (31-33)	<b>Faible</b> Peuvent améliorer les processus mais pas les résultats À envisager comme élément de changements plus importants du système uniquement
Soins primaires et secondaires combinés (parcours de soins intégrés)	Preuves satisfaisantes d'un effet aux États-Unis (34)	<b>Moyenne</b> Fonctionnent lorsque des incitations financières sont présentes Exigent des modifications des infrastructures
Spécialistes travaillant avec des généralistes dans les soins primaires	Preuves mitigées de l'efficacité (35) Confier les soins à la communauté n'entraîne pas nécessairement une baisse de l'utilisation des services (36)	<b>Faible</b> Fonctionne lorsqu'il y a des incitations financières

Composantes	Caractère probant des données factuelles disponibles	Applicabilité
Équipes multidisciplinaires et emploi d'infirmières à la place de médecins	Preuves mitigées d'un effet (37) Peuvent améliorer la communication professionnelle mais n'avoir qu'un effet limité sur l'état de santé (38) Peuvent avoir des avantages à court terme (39) Peuvent réduire l'utilisation des services (40,41)	<b>Moyenne</b> Peuvent améliorer les processus mais pas l'état de santé à long terme Peuvent être onéreuses à mettre en œuvre Peuvent être rentables si elles servent à transférer des compétences ou des rôles
Offre de services dans la communauté	Quelques preuves d'un effet (42) Susceptible de réduire l'utilisation des services (43)	<b>Élevée</b> Peut être utilisée dans de nombreux contextes sans modifications majeures des infrastructures Ne coûte pas cher
Formation des professionnels	Une formation continue fondée sur l'évaluation des besoins peut modifier le comportement (44,45) Des sessions interactives qui permettent la pratique des compétences sont très efficaces (46) Peut réduire l'utilisation des services de santé (47,48) Des conférences et une formation hors format papier ont peu d'impact (49) Les avantages d'une formation multidisciplinaire sont incertains (50)	<b>Moyenne</b> Peut être adaptée à tout budget Méthodes collectives, individuelles, par téléphone, sur papier et en ligne possibles Exige d'être adoptée par les professionnels Peut être coûteuse car elle doit être continue pour avoir un effet optimal
Audit et rétroaction	Quelques données factuelles attestant l'amélioration des processus et de l'état de santé (51-53)	<b>Faible</b> Possibilité de mise en œuvre dans n'importe quel contexte Nécessité d'un organe de surveillance

#### Références

- Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51–62.
- Gibson PG et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (2):CD001005.
- Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (1):CD000389.
- Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19:11–20.
- Schaffer SD, Tian L. Promoting adherence: effects of theory-based asthma education. *Clinical Nursing Research*, 2004, 13: 69–89.
- Savage I, Goodyer L. Providing information on metered dose inhaler technique: is multimedia as effective as print? *Family Practitioner*, 2003, 20:552–557.



7. Krishna S et al. Clinical trials of interactive computerized patient education: implications for family practice. *Journal of Family Practice*, 1997, 45:25–33.
8. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: a systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:1265–1268.
9. Barlow JH et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counselling*, 2002, 48:177–187.
10. Appleby J, Harrison A, Devlin N. *What is the real cost of more patient choice?* London, King's Fund, 2003.
11. Guerci B et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes Metabolism*, 2003, 29:587–594.
12. Cappuccio FP et al. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*, 2004, 329:145.
13. Currell R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (3):CD002099.
14. Banet GA, Felchli MA. The potential utility of a shared medical record in a first-time stroke population. *Journal of Vascular Nursing*, 1997, 15:29–33.
15. Benatar D et al. Outcomes of chronic heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:347–352.
16. Piette JD. Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *American Journal of Managed Care*, 2000, 6:817–827.
17. Montori VM et al. Telecare for patients with type 1 diabetes and inadequate glycaemic control: a randomized controlled trial and meta-analysis. *Diabetes Care*, 2004, 27:1088–1094.
18. Sulch D et al. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 2000, 31:1929–1934.
19. Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4):CD002924.
20. *Implementing clinical practice guidelines*. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1994.
21. Hunt SA et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 2005, 46:1–82.
22. Feifer C et al. System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Top Health Information and Management*, 2001, 22:65–72.
23. McCowan C et al. Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support software to improve the management of asthma. *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 2001, 26:191–201.
24. Meigs JB et al. A controlled trial of web-based diabetes disease management: the MGH diabetes primary care improvement project. *Diabetes Care*, 2003, 26:750–757.
25. Stroebe RJ et al. A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. *Joint Committee Journal of Quality Improvement*, 2002, 28:441–450.
26. Renders CM et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (1):CD001481.
27. Gohdes D et al. Improving diabetes care in the primary health setting: the Indian Health Service experience. *Annals of Internal Medicine*, 1996, 124(1 Pt 2):149–152.
28. Stanley E, ed. *Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?* London, King's Fund, 2004.
29. Stuck AE et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 1993, 342:1032–1036.
30. Mukamel D et al. The effect of accurate patient screening on the cost–effectiveness of case management programs. *Gerontologist*, 1997, 37:777–784.

31. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, (3):CD004910.
32. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal*, 1998, 317:390–396.
33. Griffin S, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD000541.
34. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7(3):56–66.
35. Gruen RL et al. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD003798.
36. Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD003318.
37. Cole MG. The impact of geriatric post-discharge services on mental state. *Age and Ageing*, 2001, 30:415–418.
38. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2002, 52:934–939.
39. Vliet Vlieland TP, Hazes JM. Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1997, 27:110–122.
40. Ahmed A. Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. *Journal of the American Geriatric Society*, 2002, 50:1590–1593.
41. McAlister FA et al. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 323:957–962.
42. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19:401–411.
43. Leveille SG et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatric Society*, 1998, 46:1191–1198.
44. Robertson MK, Umble KE, Cervero RM. Impact studies in continuing education for health professions: update. *Journal of Continuing Education of Health Professionals*, 2003, 23:146–156.
45. Weingarten SR et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*, 2002, 325:925–932.
46. Davis D et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:867–874.
47. *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (<http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>, consulté le 15 mai 2008).
48. Rossiter LF et al. The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. *Inquiry*, 2000, 37:188–202.
49. Davis DA et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:700–705.
50. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, consulté le 15 mai 2008).
51. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD000259.
52. Johnston G et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*, 2000, 9:23–36.
53. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*, 1991, 303:398–402.

Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhague Ø,  
Danemark  
Tél. : +45 39 17 17 17  
Fax : +45 39 17 18 18  
Courriel : [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

La présente publication fait partie de la série de synthèses élaborées conjointement par le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux responsables politiques en quête de communications inspirant l'action, cette série de synthèses aborde des questions du type : y a-t-il un problème et pourquoi ; que sait-on des conséquences probables liées à l'adoption de stratégies spécifiques en vue d'appréhender le problème et comment, en prenant dûment en compte les considérations relatives à la mise en œuvre des politiques, ces stratégies peuvent-elles être combinées pour constituer des options politiques réalisables.

Cette série, qui développe les rapports de synthèse du Réseau et les synthèses de l'Observatoire, se fonde sur un examen et une évaluation rigoureux des bases factuelles disponibles grâce à la recherche, ainsi que sur une appréciation de leur pertinence dans les contextes européens. Ces synthèses n'ont pas pour objectif de proposer des modèles idéaux ou de préconiser des approches mais visent, par la synthèse de bases factuelles essentielles et leur interprétation en termes de pertinence au regard de la politique, à communiquer des messages à propos des choix de politique éventuels.

Le **Réseau des bases factuelles** en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue une source fiable d'informations factuelles à l'adresse des responsables politiques des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il fournit en temps opportun des réponses à des questions politiques dans le domaine de la santé publique, des soins de santé et des systèmes de santé, et ce sous forme de rapports fondés sur des bases factuelles, de synthèses, de résumés ou de notes, et propose sur son site Web un accès facile à des bases factuelles et à des informations en provenance d'un certain nombre de sites Web, de bases de données et de documents (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à la faveur d'une analyse approfondie et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il rassemble un large éventail de décideurs politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances de la réforme des systèmes de santé, et ce en exploitant l'expérience acquise dans toute l'Europe pour faire la lumière sur les questions de politique. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web (<http://www.euro.who.int/observatory>).