



## ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE SERVICES INTÉGRÉS POUR PATIENTS DIABÉTIQUES (SIDi)

Danielle Larouche, André-Pierre Contandriopoulos, Rosario Rodriguez, Denise Landry, Raynald Pineault, Margareth Santos Zanchetta Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal Montréal, Canada

Danielle Larouche  
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé  
Faculté de médecine  
Université de Montréal  
C.P. 6128 succ. Centre-ville  
Montréal (Qc), Canada H3C 3J7  
e-mail: danielle.larouche@umontreal.ca

### RESUME

Un projet de démonstration d'un modèle de soins intégrés a été mis sur pied pour les patients atteints de diabète type 2 dans la région de Montréal (SIDi) dans le but d'améliorer l'intégration des médecins de première ligne. Malgré les barrières cognitives et les problèmes dans l'utilisation du système d'information perçus par les médecins participants, on observe des améliorations de leur pratique liées à l'uniformisation de leur approche, un meilleur accès aux ressources et une meilleure formation des patients pour le contrôle de la maladie.

### RESUMO

Com o objetivo de melhorar a integração profissional de médicos de família, implantou-se na região de Montréal, um projeto demonstrativo de um modelo de cuidados integrais para clientes diabéticos do tipo 2 (SIDi). Os médicos participantes constataram algumas barreiras cognitivas e vivenciaram problemas na utilização do sistema de informação. Entretanto, relataram algumas melhoras na sua prática profissional devido à uniformização do modo de abordar o tratamento, ao acesso facilitado e rápido aos recursos disponíveis bem como à melhor formação dos clientes para o controle da doença.

### CONTEXTE

Le diabète représente un problème de santé publique incontournable étant donné sa prévalence, sa complexité, ses répercussions à court terme et long terme sur la santé des individus et enfin, les coûts considérables de son traitement et de ses conséquences morbides.

Le traitement du diabète demande l'établissement par le patient d'un équilibre, dans le temps, entre son style de vie et son traitement pharmacologique (1). Pour ce faire, le patient diabétique doit être appuyé par une équipe interdisciplinaire composée de plusieurs types de professionnels de la santé et d'autres intervenants concernés par cette problématique (1). En fait, le diabète est pris fréquemment comme exemple de besoin de partenariat entre le patient et les professionnels soignants (2). Plus spécifiquement, pour ce qui est de l'organisation des services aux patients diabétiques, l'Association canadienne du diabète fait les recommandations suivantes (1) : 1) Les soins du diabète devraient reposer sur une équipe soignante interdisciplinaire en diabète; 2) Comme membre essentiel de l'équipe, le médecin de première ligne, en collaboration avec les autres membres de l'équipe, doit : a) intégrer à sa pratique quotidienne les lignes directrices de la pratique clinique en vigueur sur le diabète b) coordonner et faciliter les soins de la personne diabétique et utiliser un système de rappel approprié à l'évaluation et au traitement du diabète et c) assurer une bonne communication entre tous les membres de l'équipe; et enfin 3) L'éducation initiale et continue de la personne diabétique devrait faire partie intégrante de la prise en charge du diabète et non simplement s'y ajouter.

L'interdisciplinarité, l'accent sur le médecin de famille et les soins de première ligne, l'adhérence aux lignes directrices, la communication, la coordination ainsi que l'éducation et l'empowerment du patient

sont les éléments essentiels de ces recommandations. Force est de constater que leur mise en application n'est pas chose facile dans le contexte actuel du système de soins québécois. Une des lacunes du système est la fragmentation dans l'offre de soins due à l'inexistence d'un système intégré, accessible à tous, de services santé de première ligne. En effet, les établissements socio-sanitaires au Québec se sont toujours caractérisés par une provision de services isolée, indépendante l'une de l'autre (3). Les interventions fournies dans un tel contexte de fragmentation ne permettent pas d'évaluer, de contrôler et de traiter adéquatement des personnes atteintes de maladies chroniques complexes telles que le diabète (4). Une autre caractéristique du système de soins québécois est l'existence de deux réseaux parallèles d'établissements de santé de première ligne, l'un constitué par les Centres locaux de services communautaires (CLSC), l'autre par les cliniques et polycliniques médicales. Les CLSC et les cliniques et polycliniques ont entretenu depuis leur création des relations plutôt difficiles (5), la collaboration et la coordination entre eux demeurant un souhait jamais réalisé.

C'est avec ce panorama comme toile de fond que le CLSC Côte-des-Neiges et ses partenaires ont amorcé un processus de réflexion autour de l'intégration des services médicaux. Des séances d'information, d'échange et de travail conjointes entre des médecins du CLSC et des médecins en pratique privée ont permis l'identification du diabète comme étant la problématique qui pourrait le mieux rassembler l'enthousiasme des acteurs du système autour du développement et de l'implantation d'un continuum de services.

Le but général du projet est donc de mettre au point un modèle de soins intégrés pour les patients atteints de diabète type 2 permettant le rapprochement entre les acteurs du système, en particulier les médecins en pratique privée. Il devrait favoriser l'amélioration de la qualité des soins offerts à cette clientèle. La dynamique générée serait ainsi le premier pas en vue d'une intégration de tous les services offerts à la population desservie dans le territoire.

### **Le système de services intégrés pour patients diabétiques du territoire de Côte-des-Neiges (SIDi)**

Le modèle SIDi est présenté à la Figure 1. Les principales unités d'opération du système sont : pour la première ligne, 7 cliniques privées et/ou cabinets ainsi que les unités de médecine familiale de deux hôpitaux et celle du CLSC; pour la deuxième ligne, les cliniques de diabète de deux hôpitaux. L'équipe soignante de base est composée du médecin de famille du patient et les membres de l'équipe du projet, soit une personne contact (infirmière), une diététiste, une infirmière en soin de pieds, une travailleuse sociale, un psychologue, un éducateur physique et un organisateur communautaire. Le lien entre le médecin de famille et la personne contact est privilégié (6),(7). Le médecin participant bénéficie aussi du support d'un médecin contact de l'équipe du projet. Le médecin de famille assure les liens avec les intervenants et les structures de deuxième ligne (spécialistes, laboratoire), autant en pratique hospitalière qu'en clinique privée.

La clientèle de SIDi est constituée de tous les patients souffrant d'un diabète de type 2 (contrôlé par diète seulement, par hypoglycémiant oraux ou par insuline) suivis par un médecin participant du territoire du CLSC. Les femmes présentant un diabète gestationnel, les personnes inscrites au programme de maintien à domicile, les personnes âgées faisant partie d'un autre projet d'intégration de services (SIPA) (3) ainsi que les enfants et adolescents sont exclus. Le recrutement des patients est fait par les médecins. Ce sont eux qui, chaque fois qu'ils rencontrent un patient diabétique, lui proposent de participer au SIDi et lui font signer le formulaire de consentement. Si le patient accepte, la personne contact du projet, informée par le médecin, communique avec lui afin de fixer un rendez-vous pour élaborer son plan individualisé de services. Ce plan de services est élaboré en utilisant le modèle des étapes de changement de comportement de Prochaska (8), (9), (10). Il comprend les services offerts dans la communauté et ceux dispensés par l'équipe du projet. Les services peuvent être offerts dans les bureaux des médecins ou au CLSC. Enfin, si la situation le requiert, la personne contact peut recommander au patient l'utilisation des services des cliniques de diabète participantes. Le suivi des références aux services spécialisés est assuré par l'utilisation d'une feuille de référence informatisée qui permet au médecin de famille de rester responsable de la prise en charge du patient.

Pour assurer la coordination des soins et l'accès aux informations cliniques nécessaires, un ordinateur a été installé dans chacune des 9 cliniques participantes. Le dossier client est informatisé sous forme de fiches : une fiche pour l'identification, le profil client, la médication, l'évaluation et le plan de services, le suivi clinique (flow sheet) et une fiche de référence pour consultation auprès d'un spécialiste. Le logiciel Lotus Notes sert de plate-forme informatique unique.

Le soutien éducatif que le projet dispense aux patients et à leur famille a pour but de faciliter l'autogestion de la maladie et d'aider les patients à participer au processus de prise de décisions

cliniques et administratives qui les affecte. L'éducation médicale continue constitue une des activités importantes de SIDI. Les médecins participants ont reçu un CD-ROM contenant les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète et sont invités à des conférences sur cette maladie. Cette dynamique vise à promouvoir le changement d'attitude des médecins face à la gestion de la maladie et à favoriser une meilleure adhésion aux normes établies par les sociétés reconnues. Dans le cadre de SIDI, l'équipe du projet a dressé un inventaire des ressources communautaires existantes sur le territoire pour les patients diabétiques. Le "guide ressource" est remis aux patients et aux médecins faisant partie de l'étude.

Enfin, un système de services intégrés étant par définition une entité en constant état d'apprentissage (11), il est prévu, dans le cadre d'un programme d'assurance de la qualité, que chaque médecin participant fasse un audit interne de ses dossiers.

### **L'évaluation du modèle système de services intégrés pour patients diabétiques**

L'équipe du projet a cette particularité d'être constituée à la fois d'une équipe de chercheurs responsables de l'intervention et d'une équipe de chercheurs responsables de l'évaluation qui décident ensemble des orientations générales du projet. L'aspect évaluation du projet comprend l'évaluation de l'implantation, dont nous présentons ici les résultats préliminaires et l'évaluation des effets, qui sera faite au cours de la prochaine année. La mise en place du modèle a débuté en janvier 2000 et la phase d'implantation durera jusqu'en décembre 2000.

L'objectif général de l'évaluation de l'implantation du modèle de services intégrés pour patients diabétiques est de comprendre le processus de collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle que la mise en place du modèle a amorcé. Plus spécifiquement, nous tentons de vérifier : 1) l'intérêt suscité par le projet dans les organisations participantes; 2) le degré de confiance, de consensus, la volonté de collaborer et la satisfaction dans les relations interprofessionnelles et inter organisationnelles; 3) le développement des procédures et des liens formels et 4) les changements dans la pratique médicale.

Nous faisons part ici de commentaires tirés de données préliminaires recueillies au cours des premiers mois d'implantation du modèle.

### **Stratégie et devis de recherche**

L'analyse de l'implantation d'une intervention est particulièrement appropriée à l'étude d'une intervention complexe, dont le milieu d'implantation exerce une influence sur les diverses composantes (12). La stratégie la plus fréquemment utilisée pour les analyses de l'implantation est l'étude de cas (13). Plus spécifiquement, le devis utilisé est celui d'une étude de cas unique à niveaux imbriqués d'analyse. Le choix de ce type de devis, malgré ses limites du point de vue de la validité externe, se justifie par la singularité de l'intervention (14). En utilisant plusieurs unités imbriquées d'analyse, nous nous intéressons à trois niveaux distincts d'explication du phénomène (15) : le niveau intra organisationnel, le niveau inter organisationnel et le niveau des acteurs du réseau. Au niveau intra organisationnel, nous voulons identifier les facteurs d'ajustements culturels et structurels à l'intérieur de chaque unité organisationnelle faisant partie du système intégré qui pourront expliquer le succès (ou l'échec) de l'intervention. Au niveau inter organisationnel, nous cherchons à identifier les facteurs qui facilitent ou empêchent le développement de liens entre les unités et de fait, la réalisation du modèle de services intégrés. Enfin, au chapitre des groupes d'acteurs, nous tentons de décrire et de comprendre leurs interactions au cours du processus de mise en place du modèle. Trois groupes d'acteurs sont identifiés : les patients diabétiques, les professionnels des équipes soignantes (dont le médecin traitant) et les gestionnaires des établissements faisant partie du système.

### **Sources des données**

Les données, tant qualitatives que quantitatives, proviennent de sources diverses (13), (14), (16). Elles incluent des entrevues, des observations, des analyses documentaires, des statistiques tirées du système d'information et des questionnaires d'enquête.

*Des entrevues semi-structurées individuelles* sont réalisées auprès des professionnels des équipes soignantes et des gestionnaires des établissements faisant partie de SIDI. Ces entrevues fournissent de l'information sur les perceptions et les opinions des acteurs à l'égard de la nouvelle modalité de production de services, les valeurs existantes, les stratégies adoptées, le processus de leadership

développé, le degré de satisfaction envers les structures mises en place (système d'information) et le travail en équipe multidisciplinaire.

*L'observation non-participante* sert à examiner comment se déroulent les réunions des équipes soignantes, les sessions de travail des différents comités du projet et les sessions de formation de groupe des patients. L'ensemble des commentaires tirés de ces observations est contenu dans un journal de bord qui permet de suivre l'évolution dans le temps du processus de conception et d'implantation du modèle.

*L'analyse documentaire* des textes tels que les procès-verbaux des réunions, les protocoles d'entente, les protocoles de services, les fiches du système d'information permet d'obtenir de l'information sur les liens formels et informels établis entre les partenaires du réseau, ainsi que sur des éléments du contexte pouvant avoir une influence sur le développement du projet.

Grâce au *système d'information* mis en place pour le projet, des données statistiques sur le flux de patients entre les établissements et le profil des services dispensés sont accessibles. Ces données statistiques permettent également d'obtenir de l'information sur les profils d'utilisation des services et de construire les indicateurs mesurant les résultats thérapeutiques de l'intervention.

Plusieurs types de *questionnaires* sont utilisés. Des échelles mesurant le degré d'intégration atteint grâce à l'intervention ainsi qu'une grille d'évaluation du travail en équipe multi professionnelle sont appliquées aux professionnels des équipes soignantes. Un autre instrument est utilisé auprès des professionnels afin de mesurer leurs perceptions de l'efficacité de l'orientation des services de première ligne du nouveau système. Un questionnaire s'adresse aux clients, afin de connaître leur expérience dans leurs relations avec les professionnels participant au projet. Ces deux derniers questionnaires permettent d'estimer l'étendue de l'orientation communautaire de la nouvelle modalité de services. Finalement, des échelles mesurant le niveau de connaissances, les attitudes, les comportements, la qualité des soins et la qualité de vie ainsi que le degré de satisfaction des patients diabétiques sont appliquées.

*Des cas traceurs*, au moins un pour chaque établissement ou unité participant, sont suivis tout au long du projet grâce au système d'information, afin de documenter des cas types de patients diabétiques faisant partie de SIDi.

## **Résultats préliminaires**

Ces commentaires préliminaires se rapportent aux informations contenues dans le journal de bord et à l'analyse de premier niveau du contenu des entretiens menés auprès de neuf médecins omnipraticiens. Les médecins rencontrés ont en moyenne 20 ans de pratique professionnelle au Québec et leur âge varie de 50 à 64 ans. Quant à la nature de leurs activités, les médecins rapportent principalement de la pratique solo, de la pratique de groupe et de l'enseignement. Tous ont récemment participé à des activités d'éducation médicale continue.

À l'heure actuelle, des éléments suffisamment précis et détaillés font défaut pour discuter de la dynamique des activités reliées au projet au sein des différents organismes participants. Quelques indications l'illustrent cependant, constitués par les récits de trois médecins travaillant au sein de deux de ces organismes, ainsi que par les d'observations se rapportant aux prestations de service à la clientèle. La présentation des résultats préliminaires est organisée selon les questions de recherche décrites précédemment.

### *L'intérêt suscité par le projet dans les organisations participantes*

Les questions de philosophie de soins et de perspective des rôles professionnels constituent des enjeux majeurs du projet depuis l'enquête initiale réalisée auprès de l'ensemble des médecins de la communauté. Pour eux, le partage des rôles et des responsabilités entre les médecins traitants et les autres services demeure le point central de leur intérêt au projet. Cet intérêt s'est toutefois faiblement manifesté, à ce jour à peine 13 % des médecins ayant répondu à cette enquête.

Les médecins participants ne se perçoivent pas comme les acteurs centraux (les pivots) du projet, soit du fait de leur perception de leur rôle professionnel, soit du fait d'une assimilation incorrecte de la nature du projet. En gros, l'intérêt que les médecins pratiquant en cabinet privé ont manifesté face au projet est basé, selon eux, sur la possibilité de profiter de l'offre de ressources nouvelles pour leurs patients. Les médecins qui pratiquent dans d'autres types de sites participants sont plus susceptibles d'être motivés

par un intérêt personnel, tant relatif au développement d'une nouvelle approche pour prodiguer les soins qu'au support qu'ils veulent apporter à la recherche médicale.

*Le degré de confiance, de consensus, la volonté de collaborer et la satisfaction dans les relations interprofessionnelles et inter organisationnelles*

La dynamique des relations interprofessionnelles et inter organisationnelles semble être au cœur de l'implantation du projet car ce point démontre sa faisabilité aux yeux des médecins participants.

*Les relations interpersonnelles* sont fortement valorisées par les médecins participants, lesquels les perçoivent comme étant à la base des relations interprofessionnelles et inter organisationnelles. Les médecins n'ont pas pu reconnaître les médecins contact, la vitesse de réponse et de circulation d'information entre les professionnels leur semble lente et problématique, certains acteurs ayant besoin de contacts fréquents. Les retours d'information sont aussi parfois décevants. Les outils développés pour soutenir la création de relations interprofessionnelles sont faiblement maîtrisés par tous les acteurs, soit par manque de connaissance, d'expertise ou d'intérêt pour l'informatique, soit par une disponibilité restreinte des ordinateurs dans les sites. Comme alternative, les médecins préfèrent l'utilisation du téléphone ou du télécopieur comme moyens d'accéder à leurs partenaires.

Présente au moment de l'engagement du médecin au projet, la volonté de collaborer a pu parfois être affectée par la qualité imparfaite des réponses reçues des autres acteurs. Dans ces cas, la satisfaction est fréquemment diminuée. Quelques médecins ont toutefois rapporté leur satisfaction quant aux relations établies avec l'infirmière du projet.

Certaines tendances peuvent être observées chez les acteurs des niveaux décisionnel et aviseur du projet quant aux *relations inter organisationnelles*. Ces relations ne sont pas encore consolidées et dépendent encore de l'organisation d'appartenance et du rôle de ces acteurs. Un fossé quant à la compréhension conceptuelle du projet persiste concernant le but du projet et la définition d'un système de soins intégrés. Les acteurs plus directement concernés par l'intervention insistent sur les modalités de prestation de services, les quelques acteurs jouant des rôles cliniques et académiques oscillent parfois entre la prestation de services et la définition des stratégies pour promouvoir l'intégration professionnelle du médecin. Finalement, les acteurs du milieu académique insistent sur la dynamique du processus vers l'intégration professionnelle du médecin. On ne retrouve pas ces préoccupations chez les médecins et les professionnels qui interviennent directement auprès des patients. Malgré ce constat, peu de discussions autour de ces questions ont lieu. Au sein même de l'équipe du projet, la dichotomie entre la pratique et l'académique semble donc toujours présente.

*Le développement des procédures et des liens formels*

Les liens avec les médecins de la communauté sont strictement fonctionnels car les médecins participants demeurent éloignés du processus décisionnel. Depuis les étapes initiales d'implantation du projet, seul un rôle de bénéficiaire d'une intervention leur a en effet été accordé, par opposition à un statut de partenaire qui contribuerait à élaborer sa propre intégration professionnelle.

L'existence de perspectives quasiment irréconciliables parmi certains acteurs au niveau plus central ont posé quelques obstacles au développement des liens de partenariat intellectuel entre eux. Les équipes se partagent le terrain, l'une vers l'intervention, l'autre vers l'évaluation.

Les médecins ont faiblement participé aux activités programmées pour leur intégration clinique non par manque d'intérêt, selon eux mais plutôt à cause de difficultés d'horaire. Ceux qui y ont toutefois pris part ont critiqué l'utilisation combinée de l'anglais et du français dans les sessions de formation au lieu de sessions parallèles dans chacune des langues, le manque de pertinence du modèle conceptuel sous-jacent à l'intervention dans leur pratique médicale ainsi que le manque de nouveauté apporté par le CD-ROM. En fait, les activités de l'éducation médicale continue ne semblent pas être perçues comme des facteurs facilitant le développement de liens formels entre les médecins et l'équipe du projet.

Une autre modalité ayant comme objectif la mise en place de liens formels entre les médecins de la communauté et le projet est le concept de personnes contact et du médecin contact, ces derniers complètement méconnus de la plupart des médecins traitants. L'infirmière est, quant elle, le principal contact direct du médecin avec le projet.

D'abord conçus comme outils favorisant l'établissement de liens entre les acteurs et entre les organisations, les outils informatiques se sont révélés être d'une utilité partielle étant donné leur complexité d'utilisation pour la majorité des médecins et de leur fonctionnalité insuffisante face aux exigences et besoins de suivi des patients. Il faut noter toutefois que l'implantation des outils informatiques était encore partielle au moment des entrevues.

### *Les changements dans la pratique médicale*

Les médecins qui considèrent que le projet a influencé leur pratique attribuent principalement ce fait à l'opportunité qu'il leur a donné de parfaire leurs connaissances sur le diabète et de développer une perspective plus globale de la maladie, au développement de méthodes de suivi plus proches des lignes directrices et à la révision des connaissances scientifiques. Les changements sont principalement liés à l'uniformisation de la pratique du médecin en cabinet, à l'accès facilité et rapide aux médecins spécialistes au même titre qu'à d'autres ressources auparavant seulement disponibles dans les hôpitaux ainsi qu'à la réduction de la durée des consultations de suivi au cause d'une meilleure formation des patients. Ces changements sont cependant encore très discrets.

Un effet inattendu du projet a été celui de provoquer un surcroît de travail aux médecins, ce surcroît de travail étant causé par le besoin d'effectuer la saisie des données cliniques dans le système d'information et d'un manque de support technique pour le faire. Un autre élément, celui-ci étant perçu comme un effet positif même s'il demande du temps, est que la vérification de dossier nécessaire à l'inclusion d'un patient dans le projet, permet au médecin de prendre conscience de l'évolution du cas et de son plan de soins.

### **Discussion**

Les informations très partielles dont nous disposons à l'heure actuelle ne nous permettent pas de nous prononcer sur l'ensemble des questions de recherche. Plusieurs informations déjà disponibles sont toutefois d'un grand intérêt non seulement pour l'évaluation du projet de démonstration pour une clientèle diabétique mais ont aussi des applications plus générales.

On peut d'abord souligner le grand intérêt que soulève le projet chez les décideurs. L'élaboration, l'implantation et l'évaluation de l'implantation du modèle ont en effet bénéficié d'une subvention des gouvernements fédéral et provincial et l'évaluation des effets reçoit des fonds d'un organisme subventionnaire fédéral. Tous les organismes préoccupés par le diabète dans le territoire du CLSC Côte-des-Neiges sont représentés et participent aux travaux du comité aviseur du projet. Enfin, on peut souligner la participation des médecins, des cliniques médicales et des unités de médecine familiale du territoire. Les médecins partagent les objectifs et reconnaissent la pertinence de la mise en place de ce genre système pour apporter certaines solutions à leurs problèmes de pratique en cabinet.

Les informations colligées jusqu'à maintenant donnent des indications de plusieurs aspects positifs du projet. Les médecins ont confiance en l'expertise de l'équipe du projet et reconnaissent que les difficultés qu'ils soulèvent dans les entrevues sont inhérentes à la phase d'expérimentation. Ils tiennent à ce que le gouvernement soit sensible à la contribution de ce genre de projet pour faciliter l'adaptation de leur pratique et améliorer les soins prodigués aux patients souffrant d'une maladie chronique. Ils voudraient toutefois être assurés que le projet pourra véritablement s'implanter dans le contexte clinique et ne pas demeurer un projet purement académique.

Plusieurs difficultés importantes restent cependant à surmonter pour pouvoir espérer que l'application d'un tel modèle améliore l'organisation des soins de première ligne. Premièrement, la difficulté qu'éprouvent les membres de l'équipe de développer conjointement une vision commune de l'intervention crée de la confusion et ne permet pas d'optimiser les travaux des comités, chacun parlant son langage propre. Deuxièmement, la capacité du projet de faciliter le développement de liens interprofessionnels et inter organisationnels par l'intégration des médecins de première ligne reste à démontrer. Finalement, la lourdeur du processus d'évaluation initiale des patients limite la capacité des professionnels de faire face à une augmentation éventuelle du volume de patients.

Plusieurs activités de l'évaluation restent à compléter. D'une part, l'exploration de la dynamique dans chaque site, de même que les entrevues auprès des professionnels et le suivi des cas traceurs restent à faire. D'autre part, maintenant que l'implantation de modèle s'achève, nous amorcerons l'étape de l'évaluation des effets de l'intervention.

En conclusion, le projet SIDI s'inscrit dans une volonté de développement d'un système intégré de soins de première ligne. Pour créer un tel système intégré de soins de première ligne pour l'ensemble des clientèles, les résultats de cette expérience devront, non pas être reproduits pour d'autres pathologies mais plutôt s'étendre à celles-ci, afin d'éviter la fragmentation et ainsi, améliorer la capacité des médecins de répondre efficacement aux besoins de toute leur clientèle.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Meltzer S, Leiter L, Daneman D, et al. Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *Canadian Medical Association Journal* 1998 (Octobre 20); 159 (Suppl. 8): S1-S31.
2. Macpherson A, Prince J. *Care of the Patient with Endocrine or Metabolic Conditions*. Montreal, Québec: McGill University Health Centre, 1997.
3. Bergman DB, Béland F, Lebel P, et al. Care for Canada's Frail Elderly Population: Fragmentation or Integration? *Canadian Medical Association Journal* 1997 (October 15); 157 (8): 1116-1121.
4. Hiss RG. Barriers to Care in Non-insulin Dependant Diabetes Mellitus. The Michigan Experience. *Annals of Internal Medicine* 1996 (January 1); 124 (1-2): 146-148.
5. Lemieux V, Labrie P. Le système gouvernementique des CLSC. *Recherches Sociographiques* 1979 (Mai-Août); 20 (2): 149-171.
6. White M, Gundrum G, Shearer S, Simmons WJ. A Role for Case Managers in the Physician Office. *Journal of Case Management* 1994 (Summer); 3 (2): 62-68.
7. Stott NCH. Personal Care and Teamwork: Implications for the General Practice-Based Primary Health Care Team. *Journal of Interprofessional Care* 1995; 9 (2): 95-99.
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical Therapy: Towards a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1982; 19 (3): 276-288.
9. Prochaska JO. String and Weak Principles for Progressing From Precontemplation to Action on the Basis of Twelve Problem Behaviors. *Health Psychology* 1994; 12 (1): 47-51.
10. Edwards L, Jones H, Belton A. The Canadian Experience in the Development of a Continuing Education Program for Diabetes Based on the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Diabetes Spectrum* 1999; 12 (3): 156-164.
11. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking Health Care in America*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc., Publishers. 1996.
12. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes. *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*. 1993; 33 (1): 12-17.
13. Yin RK. Discovering the Future of the Case Study Method in Evaluation Research. *Evaluation Practice* 1994b; 15 (3): 283-290.
14. Yin RK. *Case Study Research. Design and Methods*. (2nd edition) Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc., 1994a.
15. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Preparar un proyecto de investigación*. Barcelona, España: S.G. Editores, 1991.
16. Yin RK. The Case Method as a Tool for Doing Evaluation. *Current Sociology* 1992; 40 (1): 119-138.