

Nouvelles des Congrès

par le Dr Thierry Van der Schueren • Médecin généraliste • 5640 Mettet

Congrès des GLEM et de la Qualité

Bruxelles, 19 avril 2008

Pourquoi un congrès sur la qualité ?

Cette première édition du Congrès des GLEM et de la qualité poursuivait plusieurs objectifs. Elle doit permettre aux membres de GLEM et aux pratiques de médecine générale, qu'elles soient solo ou de groupe, de partager leurs réalisations en matière d'amélioration de la pratique. De plus, cette rencontre ambitionne de donner le goût de la démarche qualité aux participants. Enfin, cette première édition était l'occasion de présenter un projet européen d'amélioration de la pratique, l'European Practice Assessment (EPA).

Outil européen d'évaluation des pratiques : EPA

L'European Practice Assessment est un outil standardisé et validé pour évaluer, voire comparer des pratiques de médecine générale sur base d'indicateurs mesurables. Déjà largement utilisé en Suisse et en Allemagne, cet outil permet de détecter les points forts d'une organisation et surtout de donner des pistes d'amélioration pour corriger les faiblesses repérées.

Cet outil a été développé en Suisse à partir de 2003 en raison d'une crise de confiance des patients vis-à-vis de la médecine générale. Cet instrument a donc été créé pour démontrer la qualité de la médecine de première ligne sur base d'indicateurs de qualité réellement pertinents. Ces indicateurs sont donc des éléments de « performance » mesurables pour lesquels il existe des preuves. Il ne s'agit pas de mesurer la performance clinique des médecins mais plutôt leur organisation et leur gestion quotidienne du travail médical. L'EPA évalue la pratique qui le souhaite dans

5 domaines : la qualité et la sécurité, l'information et sa transmission, les finances, l'infrastructure, les patients et le personnel. Il comporte 105 indicateurs internationaux mais il est possible d'ajouter des indicateurs nationaux ou régionaux particuliers. Une évaluation par l'EPA permet de montrer les points forts et les points faibles de chaque organisation, de les comparer avec d'autres et de dégager des pistes d'amélioration là où la pratique souhaite porter ses efforts. Rien n'est contraint dans la démarche, tout est volontaire.

D'après l'exposé du Dr Beat KÜNZI, médecin généraliste en Suisse.

Calendrier d'éducation à la santé

En 2006, les membres de la maison médicale de Wilbeaumont ont édité un calendrier 2007 destiné à leurs patients.

Ce calendrier présente, sur un ton humoristique et à l'aide de nombreux dessins, 12 thèmes (1 par mois) de santé ou de prévention. Sans aucune publicité, il aborde par exemple la dépression, la coupe correcte des ongles de pieds, l'alimentation, les soins dentaires, les aides possibles pour rester à domicile...

Destiné à être affiché dans les pièces de vie de la maison, il doit permettre à chacun d'être informé sur ces petits aspects de santé tellement importants.

Le but avoué est d'accroître l'information et l'autonomie des patients.

Les messages peuvent être choisis et adaptés en fonction des besoins locaux.

D'après l'exposé du Dr Marc BOUNTON, médecin généraliste à Roux.

Que veulent réellement nos patients ?

De plus en plus de patients paraissent irrités quand la salle d'attente est remplie et leur temps d'attente allongé.

Partant de ce constat, les trois généralistes de cette jeune pratique de groupe ont réalisé une enquête de satisfaction auprès des patients.

Un questionnaire abordant les différents points de l'organisation du cabinet, de l'accueil au téléphone et au cabinet a été conçu, testé et distribué à cinq patients, tous les jours durant un mois.

Les résultats ont permis de rassurer l'équipe. L'organisation actuelle est jugée très satisfaisante et peu de changements ont dû être envisagés.

De plus nombreuses plages de consultations sur rendez-vous sont souhaitées par les patients, et ce même en journée. La présence d'un stagiaire ou d'un assistant n'est pas appréciée par plus de 10% des patients !

La conclusion générale de cette enquête est qu'après évaluation, les solutions pour améliorer la satisfaction des patients tout en respectant le rythme des médecins sont apparues plus clairement et furent plus simples qu'attendu.

D'après l'exposé du Dr Thierry VAN DER SCHUEREN, médecin généraliste à Mettet.

Population défavorisée : qui es-tu ?

Lors d'une réunion d'équipe, les membres de la maison médicale de Barvaux ont évoqué leurs difficultés avec les patients précarisés. Ils avaient l'impression d'être débordés, d'en avoir trop ! Mais au fait, combien en soignent-ils ?

Comment définir un patient précarisé, sachant que les codes mutuels (101 et

111) n'ont pas permis de le repérer adéquatement? Finalement une définition a pu être découverte dans les notes d'un colloque UCL de 1997 à propos des milieux défavorisés.

Un patient précarisé est un patient qui présente au moins deux fragilités de manière durable. Les fragilités sont soit au niveau des revenus (minimex ou moins), soit au niveau du logement (insalubre, caravane...), soit au niveau de l'instruction (primaire ou moins), soit au niveau de l'emploi (précaire ou absent), soit au niveau des liens familiaux et sociaux (absents ou très faibles), soit encore au niveau de la santé (antécédents de toxicomanie, de psychiatrie, de viol, gros problèmes de santé niés, pas en ordre de mutuelle...).

D'après cette définition, 20 % des patients de la maison médicale appartiennent au groupe précarisé et un quart de ceux-ci vivent dans une grande misère.

Sur base de cette analyse, et plutôt que de vouloir tout faire, la maison médicale a engagé une assistante sociale supplémentaire et cherché à améliorer les collaborations avec la commune et les associations locales au profit de cette population précarisée.

D'après l'exposé du Dr Jean LAPERCHE, médecin généraliste à Barvaux.

Aménagement du DMI pour un meilleur suivi

Comment améliorer le dossier médical informatique (DMI) afin de faciliter et d'améliorer le suivi des patients diabétiques? Ce projet a été réalisé dans le cadre d'un travail de fin d'étude. Il est éclairant à plusieurs niveaux. D'abord par les difficultés rencontrées là où l'on ne les attendait pas.

Ainsi l'encodage correct par les médecins du diagnostic «diabète» dans le dossier informatique était insuffisant. Il n'a donc pas été possible de retrouver tous les patients diabétiques à partir d'une simple requête sur ce diagnostic. Une seconde requête, à partir des traitements chroniques, sur les médicaments hypoglycémisants a permis de retrouver un plus grand nombre de patients diabétiques mais pas encore la totalité! Le premier apprentissage de ce travail est donc la grande insuffisance des praticiens dans l'usage correct des logiciels et de l'encodage.

Après un travail important pour retrouver tous les patients diabétiques (DMI et dossiers sur papier), un encodage correct dans

le DMI a été réalisé. Ensuite un écran de saisie rassemblant tous les paramètres utiles au suivi du patient diabétique a été créé (passport du diabète électronique) ainsi qu'une série de lettres pré-établies, destinées aux différents acteurs intervenant dans le suivi des diabétiques. Ces lettres reprennent les paramètres relatifs au diabète du patient sélectionné. Ces efforts d'aménagement qui pourraient être intégrés au départ par les concepteurs de logiciels, permettent un meilleur repérage et un meilleur suivi des patients diabétiques. L'outil a également permis à tous les médecins de comprendre l'importance du bon usage d'un DMI et particulièrement de l'utilité du codage des termes. Ce système d'écran récapitulatif pourrait également être appliqué à d'autres pathologies chroniques telles que HTA, santé mentale, BPCO...

D'après l'exposé du Dr Bianca RIXEN, médecin généraliste à Herstal.

Le futur de la qualité en Belgique

Quel est le futur de la qualité en médecine générale en Belgique? Le Pr Pestiaux nous apporte sa vision d'avenir au travers d'une revue de la littérature, de son expérience de l'utilisation d'EPA (voir second paragraphe) et de son expérience personnelle de généraliste et de responsable de centre universitaire.

La Belgique présente des caractéristiques propres telles une grande proportion de pratiques solos (sans aucune aide administrative), l'absence de définition du rôle de chaque acteur de santé et des logiciels médicaux labellisés de qualité.

Pour lui, une médecine générale de qualité en Belgique passera par les 8 actions suivantes:

- le développement du dossier médical global et si possible sa généralisation.
- la poursuite des efforts pour accorder une aide administrative aux généralistes (Impulséo II ne pouvant être qu'une première étape à ce niveau).
- l'amélioration des facilités informatiques (transferts de demandes aux mutuelles, paiements des tiers-payants...)
- le développement des réseaux informatiques de santé.
- le développement de systèmes de collecte de données sécurisés.
- l'instauration d'incitants financiers à l'installation mais aussi au maintien de la pratique en médecine générale.
- la poursuite du développement des cercles

de médecine générale et de leur rôle.

- la promotion et l'analyse de la qualité mais uniquement au niveau de la pratique (pas au niveau de la performance clinique).

D'après l'exposé du Pr Dominique PESTIAUX, médecin généraliste responsable du CAMG de l'UCL.

Pharmacovigilance active: il faut en faire davantage!

La pharmacovigilance est la science et les activités relatives à la détection, à l'évaluation, à la compréhension et à la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments. L'efficacité de la pharmacovigilance est tributaire du système de déclaration des effets indésirables constatés ou suspectés. Actuellement, le Centre Belge de Pharmacovigilance (CBPH) reçoit nettement trop peu de déclarations de la part des médecins et des pharmaciens. En comparant les résultats belges à ceux d'autres pays européens, ce constat est largement confirmé.

Les causes de cette sous-notification sont connues: manque de formation à la pharmacovigilance, peur de déclarer lorsque la relation causale n'est pas certaine, peur d'engager sa responsabilité, manque de temps et crainte d'un surcroît de travail, manque d'intérêt à déclarer des effets secondaires connus.

Le CBPH met actuellement en place un projet de pharmacovigilance active afin d'améliorer la situation belge. Au cours d'une première phase pilote, 200 médecins et pharmaciens s'engagent à notifier tous les effets indésirables avérés ou suspectés qu'ils rencontreront en étant particulièrement vigilants pour les groupes sensibles (enfants, femmes enceintes ou allaitantes, personnes âgées...).

La confidentialité des notifications est garantie. Une formation à la pharmacovigilance et des feedbacks sont prévus, ainsi qu'un système de notification on-line. Ce projet vise une meilleure connaissance des risques liés à l'usage des médicaments et sera donc bénéfique pour la santé publique et ses acteurs.

Les volontaires peuvent se faire connaître dès à présent auprès du CBPH!

D'après l'exposé du Dr P. GILBERT, médecin à l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé.