

Nouvelles des Congrès

par le Dr Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettet

Journée de la Qualité

Bruxelles, samedi 05 mars 2011

Cette troisième édition de la Journée de la Qualité était l'occasion de connaître les initiatives qualité tant au nord qu'au sud du pays. Cette journée organisée par Domus Medica et la SSMG, avec le soutien de l'INAMI, poursuivait plusieurs objectifs, à savoir de donner le goût de la démarche qualité aux praticiens, de discuter les projets présentés, les améliorer ou encore les poursuivre et les étendre. Voici quelques extraits sélectionnés de cette journée.

Qualité des soins aux diabétiques de type 2

Le diabète de type 2 et sa prise en charge coûtent 5,8% du budget de l'INAMI. Malgré la participation des médecins de l'équipe à 4 formations en diabétologie, aucun effet qualitatif sur le suivi des patients n'a pu être observé. Partant de ce triste constat et du fait d'une évolution rapide du nombre de leurs patients diabétiques, (3,2% de leurs patients en 2004 à 6,2% en 2010), cette équipe de généralistes installés à Genk a décidé d'une série d'interventions afin d'en améliorer le suivi, tout en espérant de ce fait en améliorer les paramètres d'équilibre. Prenant exemple sur les méthodes de Toyota, l'idée de départ est que chaque ouvrier/médecin est responsable de la qualité de ses prestations et de l'amélioration de celles-ci.

Ces généralistes ont listé leurs patients diabétiques d'abord avec leur logiciel puis manuellement car presque 25% des diabétiques échappaient à une simple requête dans le logiciel médical labellisé utilisé. Ensuite, la liste des paramètres utiles de suivi a été établie grâce aux RBP. Les guidelines de suivi ont ensuite été intégrées

au logiciel médical afin que chaque ouverture du dossier d'un patient diabétique permette au médecin d'identifier les tâches de suivi restant encore à réaliser. Finalement, les médecins de l'équipe ont, tous, été sensibilisés à leur rôle dans un meilleur suivi de leurs patients diabétiques.

Le rappel intégré au logiciel demandait une mesure du BMI, de la tension artérielle de l'hémoglobine glyquée tous les 6 mois. Les autres paramètres étaient exigés une fois par an (créatinémie, cholestérolémie, microalbuminurie, ECG de repos, fond d'œil, examen des pieds...). Heureusement, tous ces efforts ont été couronnés de succès. Le suivi des patients a été amélioré (plus de patients ont été contrôlés pour plus de paramètres) mais, en plus, les valeurs des paramètres se sont améliorées (meilleures TA, meilleures cholestérolémies...).

Les leçons de cette expérience sont que le contrôle de qualité doit faire partie du travail du généraliste. Toutefois, pour y arriver, les logiciels médicaux doivent être améliorés afin d'être plus qualitatifs dans l'encodage, afin d'intégrer des rappels en fonction des guidelines et afin de générer rapidement des rapports de qualité.

D'après l'exposé du Dr H. DEWITTE, médecin généraliste à Genk.

Nouveau modèle en médecine générale

L'EBM fournit également des données validées pour une meilleure gestion des systèmes de santé. Et dans ce domaine, le système belge peut faire beaucoup mieux tout en dépensant moins. Ainsi le modèle de Bellagio constitue la référence pour des soins continus, accessibles, orientés vers la population et coordonnés au niveau des soins primaires. Le modèle de Bellagio concentre les efforts des équipes de santé dans la prise en charge globale des indi-

vidus et des populations, plutôt, que dans la prise en charge des pathologies. Ce modèle nécessite diverses adaptations mais l'orateur présente les expériences allemandes, suisses et françaises afin de démontrer la capacité actuelle de nos systèmes à intégrer ce modèle. Les adaptations principales sont un paiement mixte (à la capitation et à la performance via des indicateurs), des équipes de soins pluridisciplinaires (médecins généralistes et paramédicaux), des guidelines clairs et acceptés par la profession et un management professionnel afin de libérer les médecins de cette tâche spécifique. Les médecins généralistes adoptant ce modèle de travail pourraient ainsi, selon les expériences voisines, gagner plus en soignant mieux pour une économie finale importante au bénéfice de la sécurité sociale.

D'après l'exposé du Dr S. BRAGA, médecin généraliste à Bullange.

Rappel aux diabétiques de consulter leur MG

Le diabète de type 2 est une affection chronique dont le suivi est majoritairement assuré par la première ligne. Pour améliorer le suivi de leurs patients diabétiques, ces généralistes de Leuven leur ont envoyé chaque trimestre des invitations à se présenter en consultation pour le suivi de leur diabète. Ces invitations étaient réalisées par courrier et/ou par téléphone. Certaines tâches prévues dans le suivi des diabétiques ont été déléguées à l'infirmière de l'équipe (mesures de poids, taille et BMI, tension artérielle, prise de sang). Dix paramètres ont été suivis avant la mise en place du système d'invitations et un an après cette mise en place. Globalement, le système permet de bien améliorer le suivi des paramètres qui passe de 60% en 2009 à 85% en 2010.

Cela veut dire que le suivi des patients est meilleur et plus complet, cela ne veut pas dire que la valeur des paramètres soit améliorée. Les patients ont apprécié l'invitation qui leur était adressée. Ce système a permis une meilleure organisation du travail de chacun dans le suivi des patients diabétiques. Par contre, ce système génère un travail supplémentaire pour le secrétariat et l'équipe de soins. Lors de la discussion entre l'oratrice et le public, certains ont exprimé l'opinion que ce n'est pas aux médecins à inviter les patients à effectuer leur suivi médical. Pour certains, c'est au patient, une fois informé du suivi nécessaire, à se prendre en charge et à assurer son suivi. Pour d'autres, c'est aux autorités à effectuer ce travail de rappel comme les centres de dépistage l'effectuent pour le mammotest ou le dépistage du cancer colorectal.

D'après l'exposé du D^r N. AGHDOUI, médecin généraliste à Leuven.

Communication du risque environnemental

Pour les problématiques environnementales, il n'existe pas de réponse validée. Il faut éviter les communications discordantes qui sont source d'incompréhension et de méfiance. La communication entre professionnels de santé, experts et autorités doit prévaloir avant tout. Le projet

SCALE financé par l'Union Européenne a mis en évidence le besoin d'outils de communication polyvalents en matière de risques environnementaux.

GERICO (GEstion du RIisque et COmmunication) est un outil belge, développé en open source, potentiellement utile pour échanger, communiquer et s'informer sur une problématique environnementale avérée ou non. La volonté initiale des concepteurs était de construire un outil multidisciplinaire pour dégager des solutions aux problèmes de santé liés à l'environnement. GERICO permet de collecter l'avis des intervenants impliqués dans un problème environnemental (MG, autorités, patients, population, experts) afin de dégager un consensus ou, dans le cas contraire, d'expliquer pourquoi le consensus n'est pas possible. Cet outil est potentiellement important et utile en cas de problème puisque chaque MG est tenu, par la loi du 22/08/2002 sur les droits du patient, de communiquer à propos des risques avec ses patients et les autorités.

D'après l'exposé du D^r J. PAULUIS, médecin généraliste à Villers-la-Ville.

Outils de présentation des procédures réalisées en MG

Le département recherche et développement des mutualités chrétiennes a présenté un outil informatique. En cours de

développement, il pourrait être mis à disposition des prestataires dans un futur proche. Cette interface permet d'extraire assez facilement des données de prestations issues de la base de données des seules mutualités chrétiennes. Une sélection initiale de filtres permet de limiter utilement sa recherche ou de réaliser des comparaisons. Ces filtres s'appliquent sur les années de prestations (2006 à 2008 actuellement), sur la zone géographique (pays, provinces, cercles ou communes), sur le type de prestations (consultations, visites, actes techniques, DMG...), sur les médecins (agrés ou pas, accrédités ou pas, seuil de pratique...) et sur la patientèle (âge, sexe, statut OMNIO ou pas, ayant eu recours au tiers payant...).

Le but de ce module est de favoriser les échanges entre la mutuelle et les prestataires ainsi que d'aider au travail de réflexion en GLEM. Ce module pourrait encore être amélioré et étendu aux prescriptions de certains médicaments, aux prescriptions de kinésithérapie...

Le système localise les médecins sur base de leur adresse de correspondance officielle. Cet outil n'est pas disponible en ligne actuellement mais il peut être présenté par ses concepteurs en GLEM et Dodécagroupes dès à présent.

NDLR: cet outil pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses aux praticiens.

D'après l'exposé du D^r J. BOLY, médecin conseil aux mutualités chrétiennes à Bruxelles.

Euthérapie a le plaisir de vous annoncer le lancement du **COVERSYL PLUS 10 mg/2,5 mg** à partir du 1^{er} mai 2011. **COVERSYL PLUS 10 mg/2,5 mg** est l'association de Coversyl 10 mg (perindopril 10 mg) et Fludex 2,5 mg (indapamide 2,5 mg). **COVERSYL PLUS 10 mg/2,5 mg** (60 et 90 cp) complète la gamme Coversyl actuelle qui se compose de Coversyl 5 mg (30 et 90 cp), Coversyl 10 mg (60 et 90 cp) et Coversyl Plus 5 mg/2,5 mg (30 et 90cp).