

# Le réseau diabète des Marolles, une recherche-action ?

*Bénédicte Hanot,  
coordinatrice à la  
maison médicale  
des Marolles.*

## La problématique de départ

Dès 1999, les médecins expriment leur insatisfaction quant à la prise en charge des patients diabétiques, déplorant le peu de compliance de ces patients ; ces médecins souhaitent qu'une action d'éducation à la santé se déroule par la mise en place d'un groupe de patients diabétiques, parallèlement aux consultations, avec l'appui de la responsable de l'éducation à la santé. Après discussion, l'équipe décide de mettre une priorité sur le diabète : cette pathologie touche une bonne partie de la population, les médecins se sentent relativement impuissants. En outre, l'éducation à la santé relative au diabète touche à l'hygiène de vie et pourrait avoir une portée pour l'ensemble des patients (diabétiques ou non).

## Le dispositif de la recherche-action

**Mots clés :**  
*recherche-action,  
maison médicale,  
soins de santé  
primaires*

La maison médicale dispose d'une responsable de l'éducation à la santé, qui travaille à temps plein pour développer ce type d'approche, en interaction avec les (nombreuses) associations qui existent dans le quartier des Marolles. Elle prend au départ le leadership

Dans cet article et les suivants consacrés à la recherche sur le diabète, vous trouverez un certain nombre de termes techniques.

**Glycémie :** taux de sucre (ou glucose) dans le sang. Un taux de sucre supérieur à 110 milligrammes par 100 millilitres de sang d'une personne à jeun indique un « pré-diabète » ou un diabète.

**Hémoglobine glycosylée, hémoglobine glyquée, hémoglobine HBA<sub>1c</sub> :** ces termes sont synonymes et expriment la quantité de sucre déposée sur l'hémoglobine du sang. Ce paramètre donne une idée du contenu moyen du sang en glucose durant les trois derniers mois. (la glycémie n'indique que le taux de sucre au moment précis du prélèvement de sang).

du projet, auquel participent les médecins et d'autres membres de l'équipe.

Le projet avance par étapes progressives, sans que celles-ci aient été prédéterminées, et il est toujours en cours ; son évolution continue l'a amené aujourd'hui vers la constitution d'un réseau réunissant onze associations, ce qui n'était pas prévu au départ. Pour la mise en place et le fonctionnement de ce réseau, l'équipe a engagé en cours de route une diététicienne et une coordinatrice. La responsable de l'éducation à la santé, la coordinatrice, ainsi que quatre associations, assurent le pilotage du projet depuis 2004.

Un chercheur de la Fédération des maisons médicales a accompagné ce projet à diverses étapes de son déroulement.

## Les différentes phases du projet

Chaque phase est organisée autour d'une nouvelle question de recherche issue du bilan de la phase précédente.

Préalablement, en mars 2001, un dépistage est réalisé avec deux autres associations ; ce dépistage est couplé avec deux animations diététiques.

La première phase (de janvier 2001 à avril 2003) se centre autour de la question suivante : « comment amener les patients à adopter des modes de vie sains, et donc à changer leurs comportements ? ».

L'équipe dispose à ce moment de ressources supplémentaires : une diététicienne qui réalise un mémoire sur les pratiques alimentaires des familles maghrébines, et une stagiaire infirmière en santé communautaire qui réalise un mémoire sur l'éducation du patient diabétique. La demande initiale des médecins est négociée en réunion d'équipe, et il s'ensuit la création d'un groupe de travail : deux médecins, la responsable de l'éducation à la santé et la stagiaire-chercheuse.

Ce groupe élabore le cadre hypothétique du



projet sur base d'une revue de la littérature, d'entretiens individuels avec les médecins (sur base d'un questionnaire) et en groupe de travail. Suite à ce travail, l'équipe s'engage collectivement dans le projet et répartit les rôles : elle décide de travailler ensemble sur la sensibilisation, la responsabilisation du suivi du traitement et de l'hygiène de vie, ainsi que sur la prévention des complications, à travers la formation d'un groupe de patients. Une analyse des différentes actions menées par la maison médicale est réalisée, sur base des critères de qualité ; ceci permet de définir des objectifs et un schéma d'actions possibles. Un groupe de patients est constitué et quatre rencontres sont organisées en 2002, portant sur différents thèmes :

- représentations du diabète (par photo langage) : il en ressort que les problèmes essentiels sont, pour ces patients, l'alimentation, la fatigue, le malaise psychique ;
- un échange sur l'alimentation saine ;
- une promenade : mettant en évidence l'effet de l'exercice physique sur la glycémie (prises de glycémie) avant/après ;
- les recommandations à suivre pendant les vacances.

Ces rencontres permettent d'approfondir la connaissance de ce que vivent les patients. Elles intègrent chaque fois une verbalisation du groupe sur son vécu, une prise de notes et une observation ; trois intervenants sont présents chaque fois.

De ces animations naissent des groupes « cuisine » plus réguliers pour les femmes, en partenariat avec une association qui dispose de l'infrastructure adéquate, et en y intégrant une diététicienne quand c'est possible ; un groupe « marche » pour tous, également en partenariat ; une animation sur les complications du diabète.

L'analyse de cette phase d'action montre que :

- la participation au groupe signale un besoin de parler très important pour les patients ;
- l'information des patients sur les différents éléments de la pathologie a progressé ;
- la participation est plus régulière à la fin, mais

il est difficile de gérer un groupe multiculturel ;

- la transdisciplinarité fonctionne dans le groupe de travail, mais moins bien dans l'équipe ;
- il faut affiner l'analyse des besoins auprès des patients (chez tous, de manière individuelle), et travailler sur la prise en charge médicale du diabète ; un état des lieux de la prise en charge du patient diabétique par les soignants est nécessaire, mais ceci ne relève pas du groupe de patients ; cet état des lieux est remis à plus tard.

Trois autres animations seront réalisées en 2003.

Ces deux années ont permis l'émergence :

- de nouvelles connaissances sur la signification de l'alimentation dans la culture maghrébine, la difficulté d'être « à cheval » entre deux cultures, les freins existant à l'adoption de changements alimentaires : oubli du diabète pendant la période du ramadan, difficulté de cuisiner plusieurs menus pour la famille, habitude de préparer deux repas chauds par jour, obligation de cuisiner de façon traditionnelle (importance de l'aspect social, de l'image extérieure) ;
- de nouvelles orientations stratégiques : le lancement d'un groupe cuisine doit passer par une phase non-diététique. Il faut d'abord constituer le groupe, l'organiser sur base du plaisir d'être ensemble, de partager des recettes – la question du changement vient par la suite. Il s'avère aussi essentiel de partir des traditions et d'y proposer des adaptations progressives ; et d'entrer réellement dans le monde du patient, sa réalité, ses désirs ;
- des outils : schémas d'animation prêts à l'emploi, nouveaux outils pédagogiques.

Des pistes de réorganisation émergent de cette réflexion : travailler la dynamique de groupe, faire une enquête auprès des patients pour une meilleure prise en charge de tous les patients ; développer le travail en réseau.

Lors de la deuxième phase (mai à septembre 2003), la question de départ s'élargit, pour

## Le réseau diabète des Marolles, une recherche-action ?

devenir : « comment développer une prise en charge globale du patient diabétique en maison médicale ? ».

Le cadre problématique s'affine, incluant les aspects curatifs (consultation médicale), les états émotionnels liés aux phases d'acceptation de la maladie. A partir des critères de qualité, de nouveaux objectifs sont définis : mieux connaître les besoins du patient (y compris ceux qui ne viennent pas aux animations), approfondir l'éducation à la santé ; améliorer le suivi médical et la pluridisciplinarité ; lancer des actions autres que le groupe (rendez-vous spécifiques pour diabétiques, visites à domicile, etc.) ; agir sur l'environnement.

L'action se réoriente vers la création de liens avec d'autres disciplines : conférences-débats avec les spécialistes de l'Association belge du diabète et de l'hôpital Saint-Pierre, rencontre des infirmières de soins à domicile du quartier travaillant avec la maison médicale.

Parallèlement, la maison médicale récolte des données sur les besoins éducatifs des patients (cette récolte fera l'objet du mémoire d'une autre stagiaire infirmière en santé communautaire) et elle réfléchit aussi à l'amélioration du suivi et du dossier médical. Des réunions entre médecins ont été organisées, ainsi que la rencontre de personnes ressources, à la maison médicale Santé plurielle, à la Fédération des maisons médicales, à la Société scientifique de médecine générale.

Lors de la troisième phase (janvier à avril 2004), la maison médicale crée un réseau communautaire.

La maison médicale saisit l'opportunité d'un appel à projets lancé par la Commission communautaire française en novembre 2003, elle élabore un dossier destiné à lancer un réseau, qui est accepté. Onze associations deviennent partenaires du projet, une coordinatrice et une diététicienne sont engagées. Pour consolider le partenariat, un processus de travail rigoureux est organisé : d'une part un groupe de pilotage travaille de manière approfondie (quatre associations et les deux personnes engagées par la maison médicale), d'autre part des séances plénières sont organisées avec

l'ensemble des associations. Après un recueil des besoins identifiés par les partenaires, des animations de groupes, des réunions à thème sont mises en place ; par ailleurs des consultations diététiques sont proposées aux patients.

---

### Recherche, action, recherche-action... ?

Les responsables de ce projet à la maison médicale n'avaient pas vraiment, au départ, prévu de faire une recherche-action : ils sont plutôt partis d'une demande des médecins de l'équipe, déjà formulée sous forme de projet (organiser un groupe de patients diabétiques pour faire de l'éducation à la santé). Mais ils ont questionné cette demande initiale, ils en ont analysé la pertinence, démarche facilitée par la formation de la responsable en éducation à la santé, et par les exigences posées aux mémoires des stagiaires.

Le colloque leur a donné l'occasion de se replonger dans ce qui définit la recherche-action, et de « relire » leur projet à la lumière de cet éclairage : ont-ils « vraiment » fait une recherche-action ? Dans quelle mesure leur démarche répond-elle à la méthodologie de la recherche-action, quelles en sont les failles ?

A la réflexion, ils pensent ne pas avoir toujours parfaitement suivi une démarche de recherche-action, dont les caractéristiques leur paraissent riches à plusieurs égards :

- Les intervenants se mettant dans une position de non-savoir, la question implique de construire un cadre théorique solide ; il s'agit aussi de préciser l'objet du travail, de définir des indicateurs d'évaluation dès le départ, ce qui facilite l'évaluation ;
- La question implique de trouver une réponse et doit aboutir à de nouvelles connaissances ;
- Cette position engage la transmission : il ne s'agit pas de clôturer la réflexion quand le projet a été réalisé et évalué ;
- La question relie les actions et les acteurs à un point central, un fil conducteur ; on repense ce que l'on fait en fonction de cette question ; il y a une remise en question perpétuelle, à la recherche de cohérence et de pertinence ;



- Puisque la question est centrée sur le patient (même si l'on doit réfléchir à la communication entre les professionnels) on peut la renvoyer vers eux, en tant que partenaires : les intervenants ont besoin d'eux, de leurs savoirs.

Tout ce processus permet de dégager des constats, de produire de nouvelles connaissances qui continuellement réorientent l'action.

Dans ce projet, la maison médicale a avancé par étapes, de question en question, en se centrant toujours sur les patients. Dans l'ensemble, les responsables du projet y retrouvent bien la dynamique de la recherche-action. En effet :

- Il repose sur des phases successives de recherche, d'action, d'évaluation permettant des réorientations continues ;
- La recherche de données fait appel à plusieurs méthodes, s'appuie sur les intervenants et les partenaires, reconnaît la valeur de différents savoirs, et est dans certains cas couplée à l'action ;
- Les moments de recherche et d'action sont en grande partie intégrés : les animations par exemple permettent de mieux connaître les besoins, les habitudes, les croyances et les modes de vie des patients ;
- Il y a un réel partenariat ;
- Des écrits sont produits, assurant la mémoire du projet et facilitant à la fois sa structuration et sa diffusion : deux « carnets de bord – assurance de qualité », l'un sur la formation des groupes de patients, l'autre sur la prise en charge globale du patient diabétique ; un mémoire réalisé par enquête auprès des femmes maghrébines sur leurs pratiques alimentaires ; un dossier sur la mise en réseau ; des rapports d'activités annuels ;
- Des outils d'action sont créés, utilisables et adaptables par d'autres (schémas d'animation, outils pédagogiques) ainsi que des outils d'analyse (questionnaires sur les besoins des patients, grilles conceptuelles sur la santé et les phases de la maladie...).

Les failles qu'ils reconnaissent sont les suivantes : le manque de grilles d'évaluation pour les animations, la non-intégration explicite des patients en tant que chercheurs, la faiblesse de certains outils de récolte d'informations.

L'évaluation est à développer pour l'avenir : il

s'agira d'établir dans quelle mesure la mise en réseau permet une meilleure autonomie du patient, une meilleure prise en charge, une meilleure qualité de vie.

Ce projet aboutit à plusieurs constats : tout d'abord, il s'est appuyé sur des ressources existantes et a pu en mobiliser d'autres par la suite. L'atout de départ est la présence dans l'équipe d'une permanente responsable de et formée en éducation à la santé (ce qui indique l'importance donnée à cet aspect par la maison médicale) ; par la suite, des stagiaires ont pu être mobilisés pour renforcer certains aspects du projet ; enfin, le subside de la Commission communautaire française a permis d'engager des personnes supplémentaires nécessaires pour l'évolution en réseau. Par ailleurs, le tissu associatif des Marolles est riche et depuis longtemps en lien avec la maison médicale. L'ensemble de ces ressources a permis de développer de manière approfondie les aspects conceptuels et méthodologiques ainsi que l'action.

Une des difficultés pointées par l'équipe de pilotage, c'est que l'actualité vient parfois entraver la ligne de conduite prévue : elle vient « hacher le temps » et peut mettre en péril la cohérence du projet en incitant à prendre d'autres directions – ce qui peut aussi enrichir le projet : il faut rester ouvert aux opportunités, cela fait avancer... Il arrive que le besoin d'action soit plus fort ; la lenteur de la recherche décourage, l'action débute parfois alors que la recherche n'est pas terminée. Les choses se font par tâtonnements, pas toujours dans un ordre logique – mais une action maladroite peut relancer la recherche... importance de l'alliance entre souplesse et rigueur !

Mettre les choses par écrit, faire des synthèses, des bilans en équipe, permet de visualiser ce que l'on a laissé en plan, oublié, ce qui doit être repris ; il arrive aussi que cela permette de réaliser plus clairement que le projet se déroule de manière cohérente, à travers ses tâtonnements.

Les patients qui ne viennent pas, qui ne viennent qu'une fois questionnent la pertinence du projet ; il faut aller à leur rencontre pour percevoir leurs souhaits, comprendre ce qui ne les accroche pas.

Il y a différents temps dans ce type de projet : celui de la récolte des informations, de la recherche, de l'écriture, de l'analyse, du lancement des opérations, de la participation et des changements de comportements des patients, lesquels n'ont pas le même rythme que les professionnels ; il y a le temps de l'évaluation, de la formation, de la rencontre de personnes ressources ; il y a le temps des professionnels, différent pour chacun : certains sont plus dans l'action, d'autres plus dans l'écriture, la conceptualisation, etc... mais chacun dépend des autres.

Il y a les points d'orgue, les temps d'arrêt, indispensables mais que l'on ne s'autorise pas facilement... Bref, le temps est un maître mot dans la recherche-action... il faut avant tout, laisser au projet le temps de « prendre », de s'enraciner – laisser le temps au temps, tout en avançant. ●

La maison médicale des Marolles fonctionne à l'acte. Elle se situe dans un quartier défavorisé à Bruxelles qui réunit plusieurs nationalités. Elle existe depuis 1986. Composition de l'équipe en 2004 : cinq médecins, un assistant en médecine générale, deux kinésithérapeutes, une accueillante, une accueillante-secrétaire, une éducatrice pour la santé, une psychologue (engagée dans le cadre du projet « toile de jeux »), une diététicienne et une coordinatrice du réseau (engagées dans le cadre du réseau santé diabète)... Nombre (approximatif) de patients. : 5.000.



# Etat du projet diabète de la maison médicale de Forest

## La problématique de départ

En 2000, l'équipe se fixe l'objectif d'améliorer le suivi des patients diabétiques, afin de diminuer la fréquence et l'importance des complications à long terme.

Dans un premier temps, améliorer le suivi signifiait qu'au moins la moitié des patients :

- serait vu en consultation au minimum quatre fois par an pour son diabète ;
- aurait un contrôle du marqueur de contrôle glycémique (HbA<sub>1c</sub>) quatre fois par an ;
- subirait un examen des pieds plus d'une fois par an.

## La démarche de la recherche-action

Dans une première phase, les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs ont été les suivants :

- Sensibiliser les médecins généralistes et les infirmières au problème du diabète par des réunions et un contact avec une diététicienne venue de l'hôpital d'Erasmus ;
- Informer les patients diabétiques de l'existence de ce projet par l'intermédiaire d'un article dans le journal Info-Santé et d'un courrier adressé à chaque patient diabétique de type II ;
- Créer un outil de suivi (« feuille verte ») dans le dossier du patient rappelant les périodicités des contrôles et les normes à atteindre. Cette feuille a fait l'objet d'un remaniement en 2001 ;
- Organiser un dépistage par prélèvement, à jeun, d'une goutte de sang sur tigelette. Ce dépistage a été organisé une semaine en novembre 2002 et une semaine en février 2003.

L'évaluation de cette première étape (sur base de l'analyse de vingt-sept dossiers pris aléatoirement) a montré que :

- Les contrôles conseillés n'ont pas été faits aux fréquences recommandées, même pour

les items prioritaires ;

- Une attention plus grande a été portée à l'examen des pieds, au contrôle du poids et à la mesure du marqueur de contrôle glycémique (HbA<sub>1c</sub>) ;
- Au niveau qualitatif, beaucoup de patients gardaient des résultats anormaux tant sur le plan de l'examen physique que sur les paramètres biologiques, ce qui les exposait donc aux complications graves du diabète.

De plus, le dépistage tout-venant s'est soldé par un échec. La première semaine étant fixée pendant le ramadan, ce facteur a été considéré comme fortement influençant mais la deuxième semaine ne s'est pas révélée plus efficace.

Cette première étape et son évaluation ont été partagées entre membres du personnel soignant en mai 2003. Durant cette réunion, les kinésithérapeutes se sont montrés très intéressés par le projet et désireux d'y participer.

Mais, dans l'ensemble, ces résultats décevants ont amené les initiateurs du projet à se reposer des questions sur « la gestion du diabète au sein de la maison médicale, son caractère exigeant et l'importance de l'adhésion des soignants et des patients au projet ».

Cette question est à l'initiative de la re-dynamisation du projet sur base de l'identification de problèmes prioritaires.

### ● Identification des problèmes rencontrés dans cette première phase

1. L'implication et la motivation des soignants. Le projet ne semble pas intégré par tous les membres de l'équipe et ce, pour divers motifs :

- Les textes ne sont pas connus ni accessibles aisément ;
- Les consignes manquent de clarté ;
- La multiplicité des outils est un frein à leur utilisation : feuille verte, feuille de relevé, dossier santé informatisé et passeport diabète ;
- L'investissement en terme de « temps » est grand.

*Joëlle Hansoul,  
infirmière à la  
maison médicale  
à Forest.*

**Mots clés :**  
recherche-action,  
maison médicale,  
soins de santé  
primaires



Le caractère chronique de la pathologie et le manque de résultats visibles à court terme est source de découragement et de démotivation.

2. La pluridisciplinarité : les objectifs ne sont pas définis ni partagés par tous les secteurs. Les rôles respectifs ne sont pas clairs. Comment les kinésithérapeutes pourraient-ils participer au projet ? Qu'est-ce que le médecin pourrait déléguer à l'infirmière ?

3. La prise en compte du rôle et de l'importance du patient et de son vécu dans la gestion de sa maladie: le diabète est une maladie chronique exigeante qui implique tous les aspects de la personne et touche son mode de vie. Il existe des différences culturelles importantes à considérer. Les priorités du patient ne sont pas toujours celle du soignant.

Ces points entraînent des difficultés de communication avec le patient, des difficultés dans l'établissement de projets communs. Le soignant tient-il suffisamment compte du vécu personnel du patient ?

#### ● Nouvelles priorités

L'identification de ces problèmes nous a amenés à établir quatre priorités :

- Amélioration des compétences biomédicales et pédagogiques des soignants.
- Développement du travail pluridisciplinaire, du partage des compétences et des responsabilités.
- Amélioration de l'efficacité par une simplification des outils et l'élaboration de sous-projets réalisables à court terme.
- Augmentation de la participation des patients, développement du concept de transdisciplinarité.

#### ● Actions réalisées

Pour rencontrer ces priorités, plusieurs actions ont été planifiées :

- Réunion pluridisciplinaire organisée sous forme d'un *brainstorming* visant la mise en évidence des représentations du diabète et de sa prise en charge dans l'équipe ;
- Encodage de tous les patients diabétiques de type II dans le dossier santé informatisé

- durant la période de juillet à fin septembre ;
- Envoi d'un courrier à tous les patients diabétiques pour les informer de l'existence du passeport diabète et les encourager à en faire la demande ;
- Création d'un groupe de patients diabétiques. Cette rencontre a permis de mettre en évidence leurs propres représentations de la maladie et de sa gestion quotidienne. Elle a permis d'évaluer leurs connaissances et de créer une « solidarité » entre patients atteints d'une même pathologie par un échange d'expériences personnelles.
- Formation continue :
  - Deux médecins suivent une formation centrée sur « l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type II ».
  - Une infirmière suit une formation d'« infirmière relais en diabétologie ».

#### ● Critères d'évaluation

Toute évaluation d'une recherche-action implique les acteurs et se fait en continu. Il ne s'agit pas d'évaluer le projet une fois celui-ci finalisé mais d'organiser de petites évaluations à court terme, permettant des réorientations éventuelles.

Quatre niveaux d'évaluation ont été mis en évidence :

**1. L'identification des patients diabétiques**  
Sachant que nous avons actuellement une population de cent cinquante quatre patients diabétiques, nous pouvons dire que cette population est sous-estimée. En effet, si on se réfère au chiffre de 5 % de diabétiques dans une population globale, nous n'atteignons que la moitié. L'évaluation portera sur la progression des patients dépistés par mesure des glycémies et du marqueur de contrôle glycémique (HbA<sub>1c</sub>). Pour les patients connus, il s'agit de rester attentifs à mesurer régulièrement la glycémie et le marqueur de contrôle glycémique (HbA<sub>1c</sub>).

#### **2. L'implication des soignants**

De manière objective, on peut mesurer cette implication par la qualité des notes et la régularité du remplissage du dossier santé informatisé et/ou de la feuille verte et du passeport diabète. De manière subjective, une réunion peut être organisée, permettant à chaque soignant de s'exprimer par rapport au projet. Le fait de se



rencontrer en équipe peut également être un facteur de re-dynamisation, de re-motivation.

### 3. La pluridisciplinarité

Elle peut être évaluée à travers l'implication des différents secteurs et le partage des compétences : quels transferts de compétence ont eu lieu ? Comment cela se passe-t-il ?

### 4. Le « versant » patient

Au niveau subjectif, du vécu de la maladie, un outil a été proposé. Nous devons encore l'analyser, le tester, l'adapter à notre population, etc. ●

La maison médicale à Forest, qui fonctionne au forfait, s'étend sur deux sites : quartier Saint-Denis et quartier Saint-Antoine. L'équipe se compose de onze médecins, trois infirmières, quatre kinésithérapeutes, deux assistantes sociales, un psychologue, six accueillantes, six personnes s'occupant de la gestion et de l'administration. La population inscrite est d'environ 6.300 patients dont cent cinquante quatre diabétiques de type II.



# Le recueil systématique de données informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

**Emmanuelle Berquin**, médecin généraliste à la maison médicale Antenne Tournesol, **Marc Vanmeerbeek**, médecin généraliste à la maison médicale de Tilleur.

## La problématique de départ

L'introduction du dossier de santé informatisé dans notre pays est progressive, mais lente. Le travail d'encodage, la résistance aux codifications, le coût du matériel sont parmi les freins probables. Face à cela, les motivations doivent se nourrir de satisfactions sous peine de voir un outil fantastique cantonné dans la partie administrative du métier.

Le recueil systématique des données de consultation constitue au fil du temps une base de données originale qui ne demande qu'à être exploitée. Son utilisation à des fins épidémiologiques est tout à fait possible et se pratique en dehors de nos frontières, mais dans les études belges de grande envergure les données recueillies dans les dossiers électroniques étaient de piètre qualité.

Il est vrai que des utilisateurs contraints ont un moindre intérêt à collecter des données exhaustives, ce qui entache la qualité et la représentativité des données ainsi recueillies.

La population diabétique, par son grand nombre et par le suivi attentif qu'elle demande au long cours, constitue un bon exemple de ce qui peut être extrait de ces données.

Au départ, nous avons projeté de faire une analyse de la population diabétique dans les deux maisons médicales ; cependant, le niveau relativement bas d'encodage ne nous a pas permis de tirer des conclusions valables. Nous avons alors décidé de nous pencher sur l'évaluation de la qualité du recueil des données collectées en maison médicale auprès d'utilisateurs réguliers et anciens de dossiers électroniques.

Une méta-analyse a montré que « l'utilisation d'un système informatisé en médecine générale qui permettait de programmer des examens, de relancer des patients négligents, de les inciter à consulter en cas de mauvais résultats, avait tendance à favoriser la prise en charge. Les valeurs

*d'hémoglobine glyquée étaient plus basses et le nombre de perdus de vue était significativement plus bas. Le taux de mortalité n'était pas différent de celui mesuré lorsque la prise en charge était hospitalière ».*

## Le dispositif de la recherche-action

Cette recherche-action menée dans deux équipes se base sur le cycle d'assurance de qualité. Les chercheurs (un médecin de chaque équipe) ont une expertise particulière en ce qui concerne le dossier santé informatisé ; ils sont aussi acteurs puisqu'ils font partie des maisons médicales étudiées. Ils mènent un échange avec leur équipe à partir de l'analyse des résultats, afin d'envisager avec elles les améliorations à apporter dans les processus de recueil de données.

## Méthodes

### ● Conditions du recueil de données

Deux équipes pluridisciplinaires de soins primaires ont fait l'objet d'une analyse des données contenues dans leurs dossiers électroniques : le centre de santé de Tilleur (Liège) et la maison médicale Antenne Tournesol à Jette (Bruxelles). Toutes deux regroupent au moins des médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmières et sont financées au forfait ; la population desservie, inscrite contractuellement, y est donc connue à l'unité près.

A Tilleur, la mesure a été effectuée sans action particulière de sensibilisation préalable des membres de l'équipe ; les résultats reflètent la qualité réelle des données recueillies en routine. A Jette au contraire, l'équipe était sensibilisée au recueil et dans l'attente des résultats de l'ana-

**Mots clés :**  
recherche-action,  
maison médicale,  
soins de santé  
primaires



lyse. Ceci peut avoir influencé positivement la quantité et la qualité des données notées au dossier.

Le logiciel de dossier de santé informatisé utilisé y est identique : il s'agit de PRICARE, version 3.2.23. Ce logiciel structure les rencontres avec les patients selon les recommandations de la commission belge EMDMI (*Electronisch medisch dossier médical électronique*) en contacts et épisodes (ou éléments de soins) et procédures ; chaque contact avec le patient encodé dans le dossier de santé électronique doit être relié à au moins un épisode. Toutefois, la gestion purement comptable permet la création de « contacts » hors de la partie dossier de santé du logiciel, et donc non reliés à un épisode. Le logiciel propose un stockage structuré de paramètres biologiques (notamment lipides et glycémie) et dispose d'un échancier. Les épisodes sont codés selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-1).

### ● Mesures

La population diabétique identifiée a été classée selon le type de diabète (1 ou 2). La structure d'âge a été établie pour chaque catégorie de diabétiques, et comparée à la structure d'âge de la patientèle des deux équipes et de la population de la région où ces équipes sont implantées.

La prévalence du diabète a été mesurée pour chaque équipe et pour chaque type de diabète. La prévalence du diabète en Belgique est inconnue vu l'absence de données épidémiologiques, elle varie selon les sources de 2,3 % à 5,5 % (Association belge du diabète).

La co-morbidité a été mesurée pour les épisodes suivants : hypertension artérielle, avec ou sans répercussion sur un organe-cible, obésité, tabagisme, hypercholestérolémie.

Les complications ont été évaluées à travers les épisodes de protéinurie, rétinopathie et neuro-pathie.

La qualité du suivi a été évaluée à travers le

nombre de contacts des patients les douze derniers mois avec les trois secteurs professionnels principaux (médecins, kinésithérapeutes, infirmières) : nombre total de contacts et nombre de contacts spécifiques au diabète. La diététicienne n'utilisant pas le dossier informatisé, aucune donnée n'est disponible pour ce type de contact. Pour cet aspect, sont aussi relevées les mesures de glycémie et d'hémoglobine glyquée notées au dossier électronique dans la dernière année.

La programmation des échéances de prévention est évaluée grâce au nombre d'échéances de renvoi chez l'ophtalmologue pour examen du fond d'œil et de vaccination annuelle contre la grippe. La version du logiciel de dossier de santé ne permet pas d'identifier facilement d'autres échéances spécifiques de prévention comme l'examen des pieds.

Les données ont été comparées à celles de l'étude *Amélioration de la qualité en médecine générale sur base d'enregistrements de données de consultation : diabète de type 2 et hypertension artérielle*.

## Résultats

### ● Structure de population : pyramide d'âge et rapport de masculinité\*

Les deux équipes desservent une population plus jeune que leur moyenne régionale, mais ceci est nettement plus marqué à Jette, où, de plus, la population est nettement féminine.

|                    | 65 ans et plus | rapport de masculinité |
|--------------------|----------------|------------------------|
| <b>Tilleur</b>     | 12,48 %        | 91,87                  |
| Région wallonne    | 16,76 %        | 94,18 <sup>1</sup>     |
| <b>Jette</b>       | 6,42 %         | 72,80                  |
| Région bruxelloise | 15,85 %        | 92,49 <sup>2</sup>     |

\* *Le rapport de masculinité (« sex ratio ») se définit par le rapport, exprimé généralement en pourcentage, entre l'effectif de la population masculine et celui de la population féminine.*

(1) 90,76 dans la commune à la même époque.  
Source : Chiffres-clés 2002. Aperçu statistique de la commune de Saint-Nicolas.  
Distribué par l'échevinat de la Culture, de la Santé et de la Maison de la petite enfance.

(2) Source : INS, statistiques démographiques.  
<http://www.statbel.fgov.be/figures/figures/fr.asp>.

Le recueil systématique de données informatisé  
comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

● **Prévalence du diabète**

Dans les deux maisons médicales étudiées, la prévalence se situe dans les ordres de grandeur d'autres études, elle est nettement plus élevée à Tilleur qu'à Jette.

|             | Diabète 1 | Diabète 2 | Total       |
|-------------|-----------|-----------|-------------|
| Tilleur     | 0,53 %    | 4,40 %    | 4,93 %      |
| Jette       | 0,51 %    | 2,53 %    | 3,04 %      |
| En Belgique |           |           | 2,3 à 5,5 % |

● **Risques associés**

Pourcentage d'hypertendus, d'obèses et de fumeurs parmi les diabétiques et dans la population inscrite à la maison médicale

|                                  |                    | Diabète 1 | Diabète 2 | Popul. active |
|----------------------------------|--------------------|-----------|-----------|---------------|
| Hypertension artérielle          | Tilleur            | 25 %      | 50,75 %   | 11,92 %       |
|                                  | Jette              | 33 %      | 47 %      | 7,95 %        |
| Episode Obésité                  | Tilleur            | 0 %       | 9,70 %    | 1,90 %        |
|                                  | Jette              | 33 %      | 40 %      | 7,95 %        |
| Obésité (BMI > 30)               | Tilleur            |           | 15,67 %   |               |
|                                  | Jette              |           | 40 %      |               |
|                                  | Etude IPH (BMI>27) |           | 66 %      |               |
| Episode Tabagisme                | Tilleur            | 6,25 %    | 7,46 %    | 3,42 %        |
|                                  | Jette              | 0 %       | 7 %       | 12,1 %        |
| Tabagisme (n° de cigarettes > 0) | Jette              | 0 %       | 27 %      | 14,72 %       |
|                                  | Etude IPH          |           |           | 14,5 %        |
| Episode Hypercholestérolémie     | Tilleur            | 12,50 %   | 14,93 %   |               |
|                                  | Jette              | 0 %       | 53 %      |               |
| Cholestérol total >190           | Jette              | 33 %      | 47 %      |               |

Dans chaque équipe, ces pourcentages peuvent être partiellement cumulatifs.

● **Complications**

Pourcentage d'épisodes de protéinurie, de rétinopathie, de neuropathie encodés parmi les diabétiques :

**Diabète 1 Diabète 2**

|              |           |        |        |
|--------------|-----------|--------|--------|
| Protéinurie  | Tilleur   | 0 %    | 0 %    |
|              | Jette     | 0 %    | 27 %   |
|              | Etude IPH |        | 12,3 % |
| Rétinopathie | Tilleur   | 6,25 % | 4,48 % |
|              | Jette     | 0 %    | 7 %    |
|              | Etude IPH |        | 8,7 %  |
| Neuropathie  | Tilleur   | 6,25 % | 0 %    |
|              | Jette     | 0 %    | 7 %    |
|              | Etude IPH |        | 12,8 % |

● **Qualité du suivi**

• **Contacts avec l'équipe**

Dans les deux maisons médicales, les contacts avec les médecins tournent autour de dix par an et par personne. A Tilleur six personnes n'ont pas vu le médecin une seule fois dans l'année. Les contacts avec les autres professionnels sont très variables et dépendent des autres pathologies présentées par les patients. A Tilleur, vingt-six contacts ont été enregistrés chez la diététicienne.

• **Contacts spécifiques pour le diabète**

Nous avons recherché le nombre de contacts annuels comprenant le diabète comme appréciation.

|         | Diabète 1 | Diabète 2 |
|---------|-----------|-----------|
| Tilleur | 1,06      | 1,94      |
| Jette   | 5,25      | 5         |

• **Échéances prévues dans le dossier et exécutées**

Pourcentage de patients pour lesquels une échéance « Fond d'œil » et « Vaccin contre la grippe » est présente dans l'échéancier, et a été exécutée en 2003 :

|                                 |           | Diabète 1 | Diabète 2 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Echéance Fond d'œil présente    | Tilleur   | 25 %      | 7,46 %    |
|                                 | Jette     | 100 %     | 93 %      |
| Echéance Vaccin grippe présente | Tilleur   | 25 %      | 14,92 %   |
|                                 | Jette     | 100 %     | 93 %      |
| Echéance Fond d'œil exécutée    | Tilleur   | 6,25 %    | 0,2 %     |
|                                 | Jette     | 67 %      | 27 %      |
|                                 | Etude IPH |           | 8,5 %     |
| Echéance Vaccin grippe exécutée | Tilleur   | 25 %      | 14,17 %   |
|                                 | Jette     | 100 %     | 73 %      |
|                                 | Etude IPH |           | 82,7 %    |



• **Glycémie à jeun et hémoglobine glyquée**

Pourcentage de patients pour lesquels :

- la dernière glycémie à jeun encodée dans les paramètres date de moins d'un an ;
- la moyenne des glycémies à jeun est inférieure à 150 ;
- la dernière hémoglobine glyquée est inférieure à 7,5 % .

et moyenne des dernières hémoglobines glyquées de l'ensemble des patients :

l'épisode et par les paramètres donnent les mêmes résultats à Jette.

Les résultats sont semblables en ce qui concerne le tabagisme (nombre supérieur de patients retrouvés par le nombre positif de cigarettes dans les paramètres que par l'encodage de l'épisode tabagisme) et l'hypercholestérolémie (nombre supérieur de patients retrouvés par le taux de cholestérol supérieur à 190 dans les paramètres que par l'encodage de l'épisode

|   |                  | Diabète 1 | Diabète 2 |
|---|------------------|-----------|-----------|
| Dernière glycémie < 1 an                    | Tilleur          | 31,25 %   | 17,91 %   |
|   | Jette            | 100 %     | 100 %     |
|   | <i>Etude IPH</i> |           | 36,3 %    |
| Moyenne glycémies < 150                     | Tilleur          | 18,75 %   | 9,70 %    |
|   | Jette            | 0 %       | 53 %      |
| Dernière hémoglobine glyquée < 7,5 %        | Tilleur          | 6,25 %    | 9,70 %    |
|   | Jette            | 67 %      | 53 %      |
| Moyenne des dernières hémoglobines glyquées | Tilleur          | 8,18      | 7,08      |
|   | Jette            | 9,47      | 7,80      |

## Discussion

Bien que représentant des petites populations, et donc non statistiquement significatifs, les chiffres tirés des encodages ont amené des constatations intéressantes. Rappelons que l'objectif était d'estimer la qualité du recueil de données et non de faire une analyse épidémiologique. Il est évident que si nous pouvions obtenir des données couvrant de plus larges populations, par exemple l'ensemble des patients des maisons médicales, nous pourrions en tirer des renseignements très utiles.

Le diabète est probablement bien dépisté dans les deux maisons médicales, la prévalence étant comparable à celles obtenues dans les études épidémiologiques. Le taux plus bas à Jette peut s'expliquer par la relative jeunesse de sa population.

L'hypertension est également bien encodée dans les dossiers informatisés.

L'épisode d'obésité est peu encodé à Tilleur, mais on parvient à se faire une idée de sa prévalence en recherchant dans les paramètres les *body mass index* supérieurs à trente (surcharge pondérale). Les résultats par recherche de

d'hypercholestérolémie).

Le récapitulatif témoigne généralement d'un meilleur encodage à Jette qu'à Tilleur. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela : une équipe plus petite, plus jeune et plus récemment constituée ; une politique d'encodage systématique de toutes les pathologies chroniques ; une sensibilisation préalable à l'étude sur le diabète ; une population de plus petite taille.

Le relevé des complications du diabète et la recherche des contacts spécifiques pour le diabète montrent également un sous-encodage à Tilleur, probablement pour les mêmes raisons. L'utilisation systématique de l'échéancier a prouvé son efficacité. L'exécution des différentes échéances dépend bien sûr de la compliance des patients, et il est plus facile d'obtenir une prise de sang ou un vaccin qu'une visite chez l'ophtalmologue.

De nouveau, l'encodage des glycémies et des hémoglobines glyquées est plus intensif à Jette ; cependant, un fait intéressant est que la moyenne des hémoglobines glyquées est nettement plus basse à Tilleur. Une longue tradition de prise en charge et d'éducation des patients semble avoir ici fait ses preuves.

Chacune des équipes a donc à apprendre de l'autre : l'une en matière d'encodage, l'autre

Le recueil systématique de données informatisé  
comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique

en matière de traitement et d'éducation des patients. Diverses études ont montré que le recueil de données est meilleur si les prestataires disposent d'un feedback local et ressentent l'utilité directe de leurs efforts d'encodage. Il faut donc intensifier l'analyse des données de santé en continu et son retour aux équipes participantes.

Par ailleurs, une recherche doit être mise en œuvre par les concepteurs du logiciel médical afin d'améliorer les automatismes et éviter de fastidieux doubles encodages.

situées en Communauté française de Belgique aurait une pertinence certaine pour décrire l'état de santé de populations précarisées ou marginalisées.

La qualité des soins et la satisfaction du thérapeute peuvent se conjuguer harmonieusement. Le secteur des soins primaires peut y trouver une valorisation et de nouveaux outils de promotion de la santé.

La bibliographie est disponible sur simple demande. ●

---

## Conclusion

La systématisation du recueil par voie électronique lors des consultations fournit au praticien une excellente vue sur l'histoire et l'évolution dans le temps de son malade. L'informatique permet des filtrages et des vues multiples sur le dossier qui facilitent l'appréhension globale de la maladie et du patient. Ceci doit être le premier stimulant à l'utilisation du dossier de santé électronique.

L'utilisation locale des données produites pour passer du niveau de soin individuel à un niveau collectif sur une patientèle peut en être un second. A l'inverse, une sous-utilisation des données produites peut provoquer une diminution de la motivation, voire une méfiance vis-à-vis des outils de recueil. Une culture épidémiologique de base chez les professionnels appelés à participer à un recueil de données est probablement nécessaire, ce qui suppose un minimum de formation.

En raison de la diversité des populations prises en charge selon les centres, il est nécessaire d'interpréter la valeur épidémiologique des résultats mesurés en fonction de la structure de la patientèle. Par contre, l'agrégation des résultats de plusieurs centres au sein d'une même région peut devenir représentative d'une population particulière. Un institut de recueil de données au sein des maisons médicales

Cette recherche-action porte sur l'utilisation du dossier informatisé par deux maisons médicales financées au forfait : Le centre de santé de Tilleur, créé il y a vingt-sept ans, et l'Antenne Tournesol (Jette), qui existe depuis trois ans. La patientèle s'élève à plus de 3.000 personnes à Tilleur, moins de 600 à l'Antenne Tournesol.



# Evaluation de l'attitude thérapeutique du médecin généraliste dans la bronchite aiguë

Cette recherche-action est en cours. Son responsable a été invité à présenter sa méthodologie et les changements souhaités. Les résultats ne sont pas encore évalués.

---

## La question de départ

Un médecin travaillant à la maison médicale de Forest dans le cadre de sa formation (diplôme d'études spécialisées) en médecine générale a observé que les connaissances acquises lors de ses études, notamment en ce qui concerne les recommandations thérapeutiques, les consensus proposés par les experts, ne sont pas toujours appliqués par les soignants, même pour les pathologies les plus banales.

Elle s'est questionnée sur les raisons de cette attitude en se focalisant sur une pathologie déjà bien documentée : la bronchite aiguë chez les patients de plus de deux ans ne souffrant pas de bronchite chronique.

L'objectif de ce travail est, in fine, d'améliorer les pratiques, de les rendre plus conformes aux recommandations ; mais ceci ne sera pas évalué, les impératifs du travail de fin d'études imposant un délai trop court.

---

## La procédure de la recherche-action

Le chercheur est également acteur puisqu'il fait partie (temporairement) de l'équipe et a continué à y exercer ses tâches courantes. Les médecins savent ce qui est en cours et ont accepté de questionner leurs pratiques. Les patients ont également été mis au courant (on est donc très loin d'une recherche en double aveugle randomisée...).

Le chercheur-acteur n'a pas rappelé aux différents médecins participant à l'étude les recommandations de bonnes pratiques en ce qui concerne les antibiotiques (qui sont d'ailleurs

bien connues) ; ceci afin qu'ils restent dans les conditions les plus neutres possibles, sans être influencé par la re-précision des consensus.

L'aspect « action » de ce travail est le fait de confronter les médecins prescripteurs à leurs attitudes thérapeutiques, à partir d'une analyse objective de celles-ci ; et d'identifier avec eux ce qui les empêche de suivre les *guidelines*. Le postulat est que cet échange participera à une amélioration des pratiques.

---

## Les étapes du projet

### ● L'identification des patients

Une étude de la littérature médicale concernant la bronchite aiguë a permis d'établir des critères diagnostiques définissant les patients à inclure dans la recherche.

L'identification précise des patients concernés permet d'évaluer l'attitude médicale en ce qui concerne l'antibiothérapie, les traitements adjuvants (aérosols, mucolytiques) ainsi que la prescription de kinésithérapie respiratoire dans la bronchite aiguë. Elle permet également de re-contacter les patients concernés afin de faire une petite étude cas-témoins permettant d'évaluer l'évolution clinique de leur maladie.

### ● Le processus de récolte de l'information

La recherche s'adresse surtout au secteur médecins de la maison médicale de Forest (onze médecins) ; il aurait été intéressant d'inclure le secteur kinésithérapeutique mais la recherche ne s'y prêtait pas bien. Cependant, les résultats auront certainement un intérêt pour ce secteur. Cette étude se déroule pendant la phase épidémiologique annuelle des infections respiratoires et concerne les patients atteints de bronchite aiguë, situation tout à fait courante en médecine générale et pouvant toucher une grande partie de la population de la maison médicale.

*Laura Verschuren, infirmière à la maison médicale à Forest.*

**Mots clés :**  
recherche-action,  
médecine générale



## Evaluation de l'attitude thérapeutique du médecin généraliste dans la bronchite aiguë

Le recueil de données est fait par le prescripteur à l'aide d'une grille d'auto-évaluation. Ceci devrait permettre d'interpréter correctement les attitudes thérapeutiques, et de donner aux médecins des pistes pour les aider à avoir des attitudes correspondant plus aux recommandations. Ce processus de récolte d'informations permet par ailleurs au médecin de se questionner sur son attitude, de manière à la fois « objective » et « subjective ».

L'évaluation de l'évolution clinique du patient se fait grâce à un questionnaire présenté au patient par le chercheur. Cette partie de l'étude, plus considérée comme une étude cas-témoins, est la plus laborieuse et sera sans doute la moins significative vu la difficulté d'entrer en contact avec les patients.

**● La stratégie de changement**

Elle n'a pas encore été mise en place, puisque le stade actuel est d'analyser les données.

Ce qui est prévu, c'est de présenter et discuter ces données avec les médecins, en proposant des solutions alternatives ; rappelons que l'on postule que cet échange participera à une amélioration des pratiques.

Néanmoins, il s'est avéré que l'attitude des médecins, du simple fait de la recherche en cours, s'est déjà modifiée : une recherche-action peut donc, de par l'implication des acteurs eux-mêmes, produire un changement dès le début, même si celui-ci est difficilement quantifiable. A moyen terme, les éventuels changements seraient difficilement quantifiables de manière significative. Ils pourraient être approchés par un questionnement adressé aux médecins quant à leur perception, quelques mois après la présentation des observations : ont-ils remarqué un changement dans leur attitude thérapeutique ?

**● Les effets souhaités**

Au-delà de la modification des attitudes thérapeutiques dans le cas de la bronchite

chronique, pathologie très simple, cette recherche-action vise à faciliter le questionnement et l'amélioration d'autres attitudes thérapeutiques dans des problèmes plus ou moins compliqués, pour lesquels il existe des consensus qui sont plus ou moins suivis dans la pratique. ●



# Modifier la pratique de la maison médicale face au taux de recours aux urgences ? Quand la recherche permet de ne rien changer...

## La question de départ

L'équipe a constaté que le budget d'attestations de remboursement en 2001 (pour environ cinq cents patients inscrits à ce moment) était supérieur à cinq mille euros, ceci étant essentiellement lié à un recours aux services d'urgence\*.

A partir de ce constat, elle s'est demandé :

- pourquoi les patients se rendent aux urgences ;
- si ce recours peut paraître adéquat ;
- s'il est lié à la pratique de la maison médicale.

## Méthodologie

Un chapitre du recueil d'information a été fait pour la patientèle de l'année 2002 : 700 à 900 patients inscrits dont 23 % de VIPO. L'âge moyen est de vingt-sept ans. Le niveau de scolarisation et d'alphabétisation est inconnu. Il y a eu plus ou moins quatre mille contacts médicaux en 2002.

Ce recueil d'information a porté sur les rapports d'urgence (motifs-diagnostic-traitement-sortie salle U). Ceux-ci sont envoyés systématiquement par un hôpital (Notre-Dame), et souvent

par le centre hospitalier régional. Leur analyse devait permettre de répondre à deux questions :

- quels sont les motifs de consultation en urgence ?
- ces motifs sont-ils justifiés du point de vue du patient ?

Tous les rapports d'urgence disponibles ont été recueillis et encodés en Classification internationale des soins de santé primaires (CISP) pour les critères suivants : motifs de contact et appréciations (c'est-à-dire diagnostic) réalisées par les médecins urgentistes. A partir de ces données, nous avons analysé si le recours aux urgences était adéquat, du point de vue du patient.

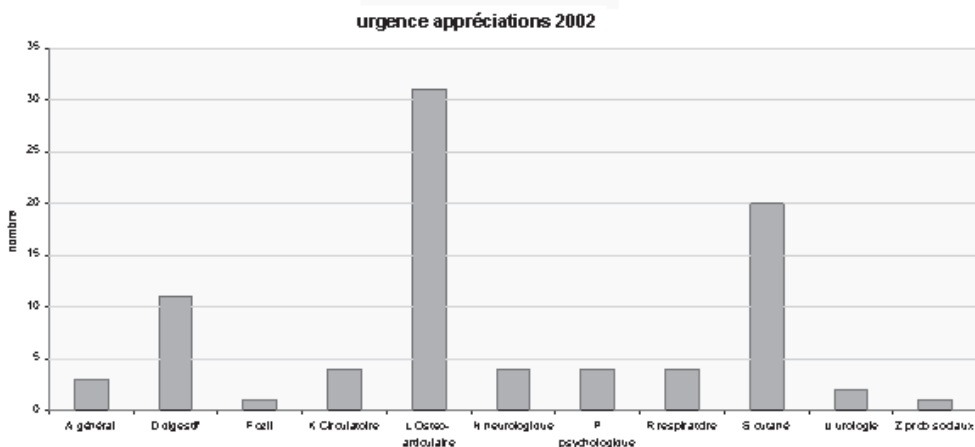
## Résultats de l'analyse

Nonante rapports ont été enregistrés. Ils concernaient 48 % de femmes et 52 % d'hommes. La répartition par âge n'a pas été étudiée, ni la répartition des recours aux urgences selon le mois.

La répartition des jours de contact aux urgences s'avère homogène. La répartition par appréciation montre une prédominance des problèmes ostéo-articulaires.

**Michel de Jonghe**, médecin généraliste à la maison médicale La Venelle.

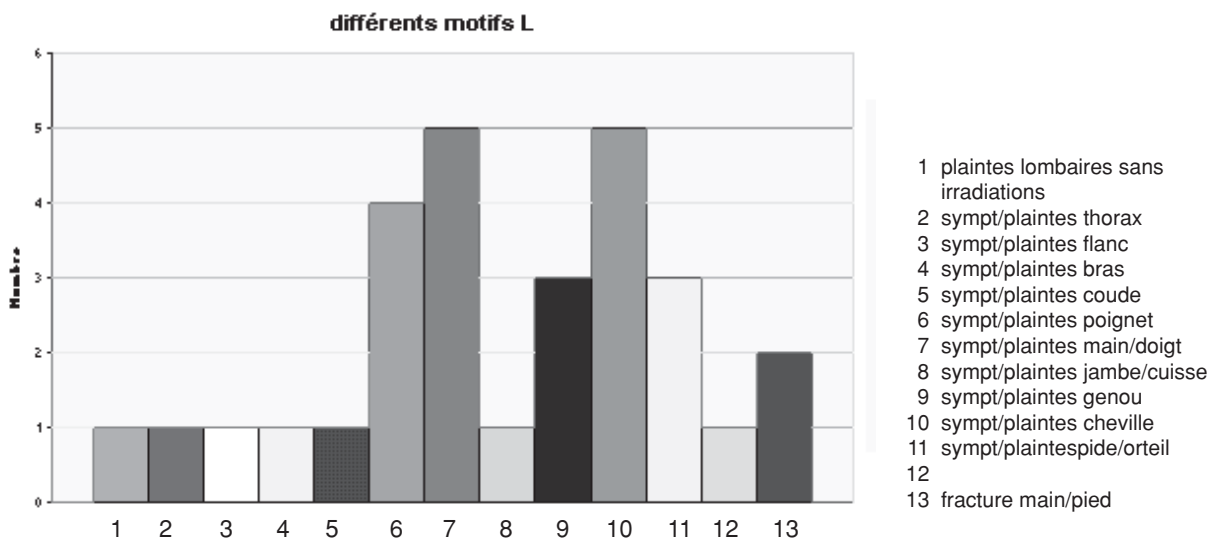
\* : Dans le système au forfait, ce n'est pas la mutuelle mais la maison médicale qui rembourse les consultations des patients inscrits lorsqu'ils se rendent chez un autre généraliste, par exemple dans un service d'urgence.



**Mots clés :**  
recherche-action,  
médecine générale

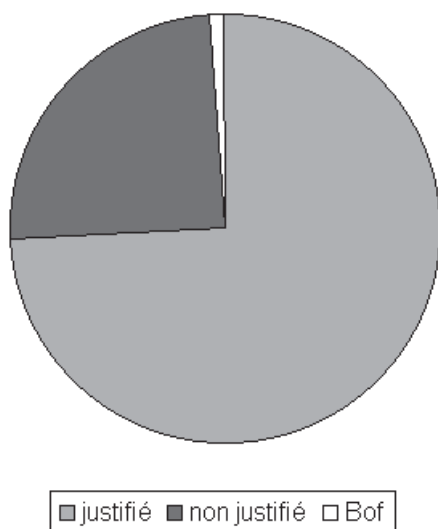
**Modifier la pratique de la maison médicale face au taux de recours aux urgences ?  
Quand la recherche permet de ne rien changer...**

Les motifs en rapport avec le système locomoteur sont variés :



Dans la catégorie A (motifs généraux), les motifs les plus fréquents sont les suivants : faiblesse, fatigue - détérioration de l'état général ; ensuite viennent : autres symptômes : accidents, traumatismes.

Les motifs de recours aux urgences sont apparus comme justifiés dans la grande majorité des cas :



**Impact de l'analyse**

Les résultats de cette première analyse n'ont pas débouché sur un changement dans la pratique de la maison médicale. En effet,

- beaucoup de contacts ont paru justifiés (33 % des recours justifiés sont des contacts initiés par les soignants de la maison médicale) ;
- la maison médicale recourt facilement aux urgences pour les traumatismes.

Toutefois, l'équipe a décidé de continuer à analyser le problème, selon les mêmes méthodes d'évaluation.

En 2003 (patientèle : 900 à 1200 patients), quatre vingt sept rapports ont été encodés. Le rapport homme/femme est le même qu'en 2002. Il n'y a, pas plus qu'en 2002, de différence dans la répartition du recours aux urgences selon les jours. Cette fois encore, l'équipe a été surprise du taux élevé de recours justifiés aux services d'urgence. Elle n'a donc pas entrepris de modifier sa pratique.



Elle va toutefois continuer à analyser le problème, mais :

- en étudiant la répartition des âges ;
- en comparant de manière objective les motifs de contact et les appréciations avec sa pratique quotidienne ;
- en tentant d'objectiver les différences au niveau des procédures. ●

Cette maison médicale est située à Tournai et existe depuis 2001. Elle a une pratique urbaine et est entourée de quatre hôpitaux. L'équipe comprend deux secrétaires-accueillantes, un kinésithérapeute, une infirmière, une assistante sociale, deux médecins généralistes. En 2003, il y avait 900 à 1.200 patients inscrits.

# Notre prise en charge de l'hypertension artérielle

**Francoise Dutrieux et Emmanuelle Berquin,**  
médecins généralistes à la maison médicale Antenne Tournesol.

Pendant la période d'étude, la maison médicale occupait deux sites géographiquement très proches, appelés maison médicale Essegheem et Antenne Tournesol. La maison médicale Essegheem existe depuis une vingtaine d'années.

L'équipe soignante des deux sites comprend sept médecins généralistes à temps plein dont deux hommes et cinq femmes. Les médecins, kinésithérapeutes et infirmières de l'équipe travaillent au forfait. A l'exception de quelques-uns, les patients sont inscrits à la maison médicale. Au moment de l'étude, il y a 4530 patients inscrits dont l'âge moyen est de 31,5 ans, 49 % de la patientèle a plus de trente ans.

## Mots clés :

recherche-action, assurance de qualité, médecine générale

*En Belgique, environ 15 % des adultes de plus de trente ans sont à haut risque cardiovasculaire (25 % des hommes et 5 % des femmes). La prise en charge de l'hypertension artérielle entre donc dans une approche globale du risque cardiovasculaire qui doit être évalué pour chaque patient de trente à septante-cinq ans : le dépistage du risque cardiovasculaire évalue sept facteurs de risque (FR) qui ont la tension artérielle (TA), l'âge, le tabagisme, la présence d'une cholestérolémie perturbée, la présence d'un diabète de type 2, l'existence d'événements cardiovasculaires ischémiques personnels et d'un événement cardiovasculaire précoce dans la famille proche. Pour la prise en charge du risque cardiovasculaire, il existe un algorithme qui se déroule en trois étapes : le dépistage du risque cardiovasculaire, son évaluation et la prise en charge selon le niveau de risque. La stratégie est explicitée dans une autre présentation faite lors du colloque, voir texte p 100.*

## La problématique de départ

L'équipe a souhaité se pencher sur un problème de santé en appliquant la démarche d'assurance de qualité. La priorité retenue parmi tous les problèmes identifiés a été l'hypertension. Plusieurs raisons ont guidé ce choix : l'hypertension est une pathologie :

- à haute prévalence dans la population générale : 12,2 % chez les personnes âgées de quarante-cinq à soixante-quatre ans, 20,4 % entre soixante-cinq et septante-quatre ans ;
- grave : l'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires, qui restent la première cause de mortalité des adultes dans les pays industrialisés.
- bien connue, largement étudiée depuis de nombreuses années. Les recommandations concernant sa prise en charge évoluent régulièrement en fonction des résultats de nouvelles études publiées qui affinent les connaissances dans ce domaine.
- vulnérable : l'hypertension artérielle est facile à diagnostiquer, des traitements efficaces existent et son contrôle réduit significativement les risques d'accidents cérébrovasculaires et de troubles cardiaques ischémiques, diminuant ainsi la mortalité et la morbidité liée à l'hypertension artérielle.
- insuffisamment prise en charge : de manière générale en Belgique, le nombre d'hypertendus non diagnostiqués est élevé, près de la moitié des hypertendus ne sont pas du tout traités et environ la moitié des hypertendus traités le sont insuffisamment. A la maison médicale, plusieurs médecins ont également l'impression que la qualité de la prise en charge au niveau diagnostique, mise au point, traitement et objectifs thérapeutiques, n'est pas optimale.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle au sein de la maison médicale prend corps dans ce souci de qualité et d'amélioration. Le médecin généraliste occupe une position centrale pour le diagnostic, la mise au point, le traitement et le suivi de



l'hypertension artérielle, d'autant que 80 à 90 % des Belges consultent leur médecin généraliste au moins une fois par an.

## Dispositif et méthodologie de la recherche-action

Un jeune médecin de l'équipe, impressionné par la qualité du travail réalisé au sein du « groupe prévention » de la maison médicale a désiré approfondir la méthode de travail de ce groupe, particulièrement intéressante puisqu'elle met à jour les multiples aspects d'un problème de santé. Ce médecin s'est formé à la méthode d'assurance de qualité (via les séminaires « prévention et assurance de qualité »), et a rejoint le groupe prévention qui utilise le carnet de bord : assurance de qualité. Cet outil a apporté au projet une méthode de travail rigoureuse et applicable ; il s'avère une base solide pour la création de tout autre projet futur sur un problème de santé.

L'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle à la maison médicale a été effectuée par une étude rétrospective basée sur l'analyse de dossiers de patients hypertendus. Pour sélectionner les dossiers à étudier, chaque médecin a identifié tous les patients hypertendus vus en consultation ou en visite à domicile en notant leur nom et leur numéro de dossier durant deux semaines. L'échantillon se compose de nonante-quatre patients.

Les dossiers de ces patients ont été analysés en fonction de critères établis sur base de recommandations récentes<sup>1</sup>. Ces critères concernent la qualité du diagnostic, des éléments de l'anamnèse et de l'examen physique, des examens complémentaires demandés, la tenue du dossier, le traitement et l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Les données sont recueillies par le groupe prévention de la maison médicale, la totalité de ce travail est réalisé en parallèle à l'activité curative.

Le dossier santé informatisé (logiciel Pricare) installé en cours de route est encore sous-utilisé.

Les médecins travaillent donc principalement avec le dossier papier. L'Antenne Tournesol a été créée en octobre 2000. L'outil informatique est instauré et utilisé dès la création. L'équipe travaille en même temps avec les dossiers papiers et informatiques en essayant d'être systématique et d'adopter une méthode de travail commune.

## Les étapes de la recherche-action

### ● La recherche bibliographique

Elle est basée essentiellement sur la consultation de MEDLine, de Cochrane Library et d'autres sites internet comme le site français de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et celui de la Société scientifique de médecine générale (SSMG).

### ● La réflexion sur les critères de qualité proposés dans le carnet de bord assurance de qualité

Cette réflexion permet d'éclairer les différentes facettes du problème et favorise l'analyse de la situation de départ dans ses différents aspects.

- L'efficacité théorique : obtenir une tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg chez 100 % des patients en raison du lien causal entre l'hypertension artérielle et les accidents cardiovasculaires.
- L'efficacité, (rapport entre l'efficacité et le coût du programme) est faible dans le cas présent : le programme a demandé beaucoup de temps, d'énergie et d'investissement. Mais à long terme, la procédure mise en place pour la prise en charge de l'hypertension artérielle peut devenir automatique et rapide, ne demandant plus d'investissement particulier de la part du soignant. En outre, ce programme aura des retombées positives dans d'autres domaines, notamment par une meilleure utilisation des dossiers et leur informatisation. En regard du bénéfice global

(1) Les critères d'analyse de qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle sont issus de recommandations publiées par différents groupes de travail sur l'hypertension artérielle, notamment le 6<sup>ème</sup> rapport du Joint National Committee (JNC VI), le rapport de l'ANAES, les recommandations canadiennes de 2000 et 2001.



## Notre prise en charge de l'hypertension artérielle

que peut apporter ce projet, son coût est donc acceptable.

- La globalité est ici essentielle puisque du point de vue physiologique et organique, le niveau tensionnel n'est qu'une des composantes du risque cardiovasculaire. La stratégie de prise en charge de l'hypertension artérielle nécessite donc une approche globale. La compliance du patient au dépistage, à la mise au point et au traitement dépend de facteurs sociaux, familiaux, culturels, économiques et psychologiques. Le médecin généraliste occupe une position de choix pour apprécier le patient dans son contexte global. Ceci lui permet d'orienter son attitude et son discours en fonction des réalités de vie du patient pour optimiser les bénéfices de son intervention et en connaître les limites.
- La continuité implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles au moment où les dispensateurs de soins sont appelés à soigner l'individu (en première ligne ou au niveau spécialisé). L'amélioration de l'utilisation des dossiers papiers et informatiques devrait optimiser la disponibilité de l'information et accroître la qualité de prise en charge de l'hypertension artérielle.
- L'intégration des soins de santé (coexistence d'activités curatives, préventives, d'éducation à la santé et de revalidation) va de soi dans la prise en charge de l'hypertension artérielle dont le diagnostic, la mise au point, le suivi et le traitement constituent un acte préventif du risque cardiovasculaire et curatif de l'hypertension artérielle. Par ailleurs, le dépistage clinique de l'hypertension artérielle et du risque cardiovasculaire global est un épisode de soin préventif secondaire qui peut être réalisé quel que soit le motif de consultation chez le médecin généraliste de tout patient de trente à septante ans.
- L'acceptabilité est essentielle. La prise en charge de l'hypertension artérielle nécessite souvent une modification du style de vie et la prise journalière de médicaments, ce qui peut être difficile à appliquer et à accepter pour le patient. La difficulté est d'autant plus grande que l'hypertension artérielle est en général non ressentie. Le suivi idéal nécessite une consultation tous les trois à six mois chez le médecin et des examens sanguin et urinaire une fois par an.
- L'équité implique la distribution des services en fonction des besoins, ce qui exclut l'égalité de moyens. Les médecins généralistes doivent être particulièrement attentifs aux personnes qui consultent rarement, et profiter de la consultation, quel qu'en soit le motif, pour dépister ou faire le point sur le suivi de l'hypertension artérielle.
- La participation active du patient est indispensable à la prise en charge adéquate d'un problème de santé chronique dont les répercussions peuvent être majeures dans la vie d'une personne. Celle-ci peut alors devenir acteur face à la maladie. Le médecin joue un rôle non négligeable dans l'espace qu'il octroie à la participation du patient. Une information accessible et une sensibilisation à la problématique et aux conséquences de l'hypertension artérielle permettent d'associer le patient à la décision thérapeutique. Cette participation active du patient améliore l'acceptabilité, la compliance, les résultats escomptés du traitement et son bien-être.
- L'échelonnement est le fait qu'une action soit réalisée par la personne qui le fera de la manière la plus efficiente et la plus proche des gens ; pour la plupart des patients, le médecin généraliste est la personne du milieu médical la plus proche, qui les connaît le mieux et celle qu'ils rencontrent le plus fréquemment. Dans le cadre du présent projet, le médecin généraliste se trouve en première position pour aborder le problème de l'hypertension artérielle avec les patients.
- La systématisation est prépondérante dans ce type de programme : il s'agit d'atteindre tous les patients concernés, d'inclure tous les aspects de la prise en charge de l'hypertension artérielle et d'assurer la pérennité de l'action. Divers outils, dont les dossiers papier et informatiques et plus particulièrement l'échéancier, facilitent cette tâche et son maintien au fil du temps.
- La pluridisciplinarité et le travail en équipe permettent la confrontation, les échanges, le non-isolement. En l'occurrence, il s'agit surtout d'intégrer le travail des médecins et des infirmières, ce qui nécessite l'engagement personnel de chacun. Les médecins ont une



place importante dans la prise en charge de l'hypertension artérielle, les infirmières occupent un rôle prépondérant à la maison médicale en matière de prévention et d'assurance de qualité. Pour que le message apporté au patient soit cohérent, il est important que le projet soit compris et porté par l'équipe même si tous n'y participent pas activement.

● **Analyse de la situation**

Nous présentons ci-dessous les différents éléments de la qualité de la prise en charge, en indiquant d'une part les recommandations, d'autre part les résultats observés dans l'analyse des dossiers. Il faut tout d'abord souligner qu'aucune procédure systématique et commune aux différents médecins n'est établie au préalable.

• **qualité du diagnostic**

Recommandation : cette qualité est évaluée par les chiffres tensionnels, le nombre de mesures de tension artérielle et le délai avant le diagnostic. Généralement, un délai de six mois est recommandé entre la première mesure de tension artérielle au-dessus des valeurs normales et le diagnostic. Au cours de cette période, le nombre idéal de mesures de tension artérielle s'élève à trois ou quatre.

>> *Observation : malgré la conscience professionnelle de chacun, le diagnostic d'hypertension artérielle est souvent posé trop rapidement sur base d'un nombre de mesures insuffisant. 55 % des diagnostics sont posés dans le premier mois et 62 % sur base de une à deux mesures. Un laps de temps correct de diagnostic est retrouvé chez 17 % des patients, un nombre de mesures suffisant pour 20 % des patients.*

• **Anamnèse, examen clinique et examens complémentaires.**

Recommandations : il s'agit d'évaluer le risque cardiovasculaire global des patients et l'atteinte éventuelle d'organes cibles de l'hypertension artérielle. La recherche active d'atteinte d'organes cibles susceptibles de modifier le pronostic ou le traitement concerne principalement l'hypertrophie ventriculaire gauche, l'angor, les antécédents d'infarctus ou de revascularisation coronaire, les accidents vasculaires

cérébraux, les accidents ischémiques transitoires, la néphropathie, l'artériopathie périphérique et éventuellement la rétinopathie. Les facteurs de risque sont déterminés à l'anamnèse par la recherche d'antécédents familiaux et de tabagisme ; à l'examen clinique par la mesure de la tension artérielle et le calcul du *Body mass index* ; et à l'examen sanguin par le dosage du glucose, du cholestérol total et HDL (lipoprotéine de haute densité). L'atteinte d'organes cibles de l'hypertension artérielle est recherchée par l'examen d'urine comprenant une recherche de protéinurie et un sédiment, à l'examen sanguin par le dosage de la créatinine et du potassium et à l'électrocardiogramme (ECG).

>> *Observation : les tableaux 1 et 2 indiquent ce qui est noté dans les dossiers*

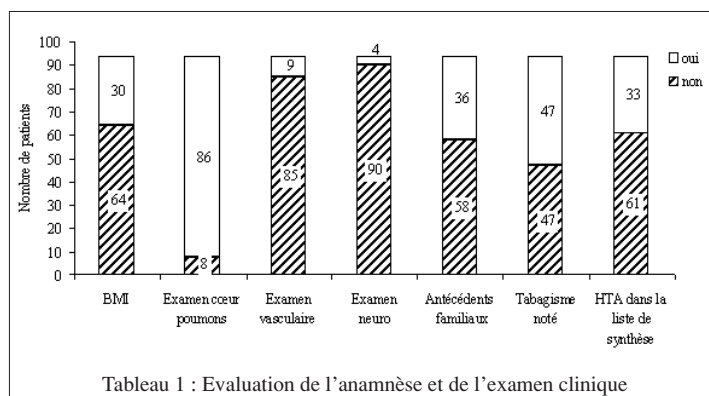


Tableau 1 : Evaluation de l'anamnèse et de l'examen clinique

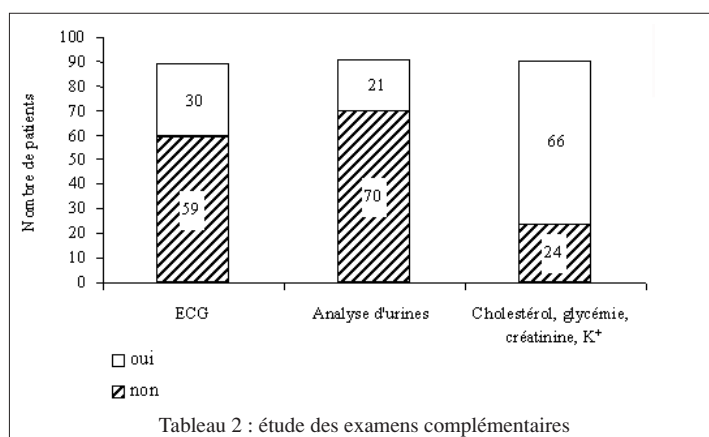


Tableau 2 : étude des examens complémentaires

• **la tenue du dossier** est évaluée en examinant si l'hypertension artérielle est reprise dans la liste de synthèse et si le traitement est clairement mentionné.

>> *Observation : l'épisode hypertension artérielle se trouve dans la liste de synthèse*

## Notre prise en charge de l'hypertension artérielle

de trente-trois dossiers sur les nonante-quatre de l'étude et le traitement est clairement noté dans soixante-deux dossiers.

Ces résultats sont basés uniquement sur les données écrites retrouvées dans les dossiers.

Un examen réalisé mais non mentionné est considéré comme inexistant. La tenue du dossier influence donc l'ensemble des résultats de la recherche. L'analyse d'éléments spécifiques de la tenue du dossier met à jour certaines lacunes. Une meilleure tenue du dossier pourrait modifier certains résultats obtenus dans l'étude.

#### • le traitement non médicamenteux

Recommandation : ce traitement, conseillé à tous les patients hypertendus, consiste à adopter un mode de vie visant à réduire l'excès de poids, stopper la consommation de tabac, limiter l'ingestion d'alcool, l'apport en sel, en lipides alimentaires saturés et en cholestérol, introduire ou maintenir une activité physique et apprendre à gérer le stress.

>> Observation : L'analyse des dossiers montre que les mesures hygiéno-diététiques sont mentionnées dans les traitements de trente-six patients.

#### • le traitement médicamenteux

Recommandation : Les bêtabloquants et les diurétiques-thiazide constituent le premier choix ; de nombreuses études convaincantes démontrent leur effet favorable sur la morbidité cardiovasculaire et sur la mortalité. Certains patients présentent toutefois des contre-indications à l'administration de ces classes thérapeutiques ou des indications spécifiques pour d'autres classes de médicaments dont il faut tenir compte pour le choix du traitement.

>> Observation : quatre-vingt six patients ont un traitement antihypertenseur médicamenteux. Les recommandations sont globalement bien appliquées dans ce domaine. Les diurétiques et les bêtabloquants occupent une place majeure (leurs taux sont respectivement de 44 % et 36 %). 45 % des patients ont un autre traitement justifié par les indications spécifiques et 12 % non justifié par ces indications. Suivant la nécessité thérapeutique, les patients reçoivent un ou

plusieurs médicaments hypotenseurs. 67 % des patients ont un seul traitement antihypertenseur. Les associations thérapeutiques sont également bien menées.

#### • les objectifs thérapeutiques à atteindre

Recommandation : obtenir des chiffres tensionnels en dessous de 140/90 mmHg. Selon le sixième rapport du JNC\*, en cas de diabète ou d'insuffisance rénale ou cardiaque, ces chiffres doivent se situer sous 130/85 mmHg et sous 125/75 mmHg en présence d'insuffisance rénale avec protéinurie de plus de 1 g/24h.

>> Observation : les objectifs thérapeutiques sont atteints chez 48 % des patients. On constate par ailleurs que, d'après les dossiers, seuls trois patients ont refusé l'une des étapes de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

En conclusion, certains aspects de la qualité du diagnostic et de la mise au point sont correctement assurés (l'examen cardio-pulmonaire, la recherche du tabagisme, du diabète, d'une dyslipidémie et de la fonction rénale à l'examen sanguin). D'autres aspects, comprenant le nombre de mesures de tension artérielle et le délai avant le diagnostic, l'anamnèse sur les antécédents familiaux, le calcul du *Body mass index* et l'analyse d'urine, sont moins bien réalisés et doivent bénéficier d'une attention toute particulière. En ce qui concerne le traitement, le volet non médicamenteux est mentionné chez plus d'un tiers des patients ; les traitements médicamenteux prescrits correspondent aux recommandations publiées récemment. Au vu de la littérature, l'objectif tensionnel est atteint chez 50 % des patients hypertendus ; nous retrouvons des valeurs similaires dans votre étude.

#### ● Analyse des obstacles à la prise en charge optimale de l'hypertension artérielle

La discussion des résultats avec l'équipe a montré que les causes de la prise en charge infra-optimale de l'hypertension artérielle proviennent en partie du corps médical et paramédical. Les obstacles relevés sont : le type de consultation assez court à la maison médicale (rendez-vous d'une durée de quinze minutes), le manque de motivation des thérapeutes, l'évolution per-

\* : Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.



manente des recommandations sur l'hypertension artérielle et le manque de consensus interne à la maison médicale, l'équipe n'ayant pas encore élaboré une pratique commune.

Le refus de patients (au nombre de trois) n'apparaît pas comme un obstacle majeur ; mais ce nombre est probablement sous-estimé car le patient n'exprime pas toujours son refus et le médecin ne le note pas systématiquement dans le dossier. La compliance du patient peut également être difficile à évaluer par le médecin traitant. Certaines études estiment un taux de non-adhésion au traitement médicamenteux antihypertenseur de 40 à 50 %. L'attitude du patient n'est donc pas à négliger dans ce domaine.

### ● Les pistes de changement

- les objectifs finaux ont été déterminés comme suit :
  - harmoniser la pratique des thérapeutes de la maison médicale en matière d'hypertension artérielle ;
  - atteindre une prise en charge optimale pour 90 % des patients hypertendus de la maison médicale, deux ans après l'instauration du programme, comprenant :
    - \* la réalisation, chez 90 % des patients, de l'anamnèse sur le tabagisme et les antécédents familiaux, le calcul du *Body mass index*, l'examen clinique cardiaque et pulmonaire, les examens sanguins et urinaires, et l'électrocardiogramme : ceci pour faire la mise au point du risque cardiovasculaire et de l'atteinte des organes cibles de l'hypertension artérielle ;
    - \* le suivi qui comprend au minimum le calcul du *Body mass index* et un contrôle tensionnel tous les trois à six mois des patients pour lesquels l'objectif tensionnel est atteint et des examens de sang et d'urine une fois par an ;
    - \* l'obtention chez 90 % des patients d'une tension artérielle en dessous de 140/90 mmHg dans le cadre d'une hypertension artérielle non compliquée, en dessous de 130/85 mmHg en cas de diabète ou d'insuffisance cardiaque ou rénale et en

dessous de 125/75 mmHg en présence d'une protéinurie de plus de 1 g/24h.

- pour atteindre ces objectifs finaux, des objectifs intermédiaires ont été définis :
  - obtenir l'adhésion active des patients et des soignants au projet ;
  - améliorer l'utilisation des dossiers papier ;
  - améliorer l'informatisation du dossier santé : dans un premier temps il s'agit d'encoder (uniquement pour les patients hypertendus), l'échéancier, les épisodes, les contacts, les valeurs de tension artérielle, le *Body mass index* et le tabagisme ;
  - obtenir un taux intermédiaire de prise en charge optimale (à un an) de 70 %.

### ● La planification du changement

Planifier le changement consiste à définir les activités à mettre en place ainsi que les outils à utiliser, et à attribuer les tâches aux différents intervenants du projet. La réflexion en équipe a abouti à :

- La création d'une feuille de suivi à placer dans le dossier papier de chaque patient hypertendu. Ce résumé (une page) des principaux éléments du suivi de l'hypertension artérielle offre au médecin un outil de systématisation de sa démarche, rapide à utiliser et d'emblée efficient.
- La création d'une fiche de conseils diététiques et d'hygiène de vie adaptés à l'hypertension artérielle, à remettre par les médecins aux patients hypertendus.
- Une meilleure utilisation du dossier santé informatisé (DSI) : un listing a été établi, reprenant les personnes de plus de trente ans inscrites à la maison médicale. Chaque médecin a mentionné les patients hypertendus qu'il connaît. L'assistante médecin et les infirmières se sont proposées pour créer les échéances de mesures de tension artérielle, de calcul du *Body mass index*, d'électrocardiogramme, d'analyses de sang et d'urine. L'objectif de ce travail était de lancer la campagne. Ensuite, les médecins traitants de chaque patient hypertendu notent dans l'échéancier la date de réalisation des examens et fixent les nouvelles échéances. L'utilisation complète du dossier santé informatisé a été proposée pour tous les patients hypertendus :

ceci comporte l'encodage par le médecin des épisodes, des contacts, du tabagisme, du *Body mass index* et des valeurs de tension artérielle mesurées. Cette méthode touche uniquement les patients qui ont spontanément un contact avec le médecin. Elle sera éventuellement adaptée après la première évaluation. Avant de débiter le travail d'informatisation des dossiers, les médecins, les infirmières et les kinésithérapeutes ont suivi une formation à l'utilisation du dossier santé informatisé.

- Des séances d'information de l'équipe médicale ont été organisées pour présenter les résultats de l'étude, réactualiser les connaissances sur l'hypertension artérielle à partir des recommandations récentes et proposer un programme d'action pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle.
- Des plages de consultation sur rendez-vous pour les patients hypertendus ont été prévues chez l'assistante médecin pour réaliser les examens manquants dans la mise au point de l'hypertension artérielle (*Body mass index*, analyses de sang et d'urine, l'électrocardiogramme). Le patient consulte ensuite son médecin traitant pour les résultats des examens.

L'entière de ce projet a été soutenu et encouragé par les infirmières de l'équipe, moteurs en matière de prévention et d'utilisation du carnet de bord : assurance de qualité.

#### ● La définition des indicateurs d'évaluation

L'outil d'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle et son harmonisation au sein de la maison médicale est le dossier santé informatisé. Les indicateurs retenus sont la mesure tensionnelle, la réalisation des échéances de *Body mass index*, d'électrocardiogramme et des examens sanguins et urinaires, la mention du tabagisme. L'adhésion active des soignants et des patients au projet se reflète dans les résultats obtenus en terme d'amélioration de qualité de prise en charge. L'indicateur d'évaluation d'un emploi plus performant des dossiers papier est le pourcentage d'utilisation de la feuille de suivi des patients hypertendus.

Celui de l'évaluation de l'informatisation des dossiers est le pourcentage de dossiers santé informatisé utilisés. Ces indicateurs d'évaluation constituent les outils nécessaires à l'évaluation du programme instauré.

---

## Perspectives

L'équipe est régulièrement informée de l'avancement du projet. La présentation des résultats de l'étude à l'équipe a permis de relancer le débat sur la prise en charge de l'hypertension artérielle, et de discuter des difficultés rencontrées lors de l'application du programme instauré.

Les évaluations intermédiaires et finales sont prévues respectivement un an et deux ans après l'instauration de la campagne. Ceci permettra de voir si les objectifs fixés ont été atteints, et apportera les éléments nécessaires pour éventuellement réorienter le projet. ●

### Remerciements

*Nous remercions le groupe prévention de la maison médicale pour l'élaboration de ce projet et le recueil des données, Jean Laperche pour ses judicieux conseils et Marianne Prévost pour la composition du présent résumé, tout deux membre du programme Agir ensemble en prévention.*

*Une bibliographie est disponible sur demande.*





# Le tableau de bord comme outil de pilotage

L'idée du « tableau de bord » n'est pas neuve dans les maisons médicales : au Forum-recherche de 1994, le D<sup>r</sup> Michel Boutsen, la cellule recherche et la maison médicale à Forest présentaient l'intérêt de cet outil et, depuis lors, plusieurs maisons médicales pilotent leurs activités à l'aide d'un tableau de bord qu'elles ont réalisé.

Ce thème est d'actualité : la Région bruxelloise finance l'élaboration d'un tableau de bord dans les maisons médicales de Bruxelles. Un groupe de travail se réunit à la Fédération des maisons médicales pour proposer un outil adapté, en concertation avec des experts et des professionnels de maisons médicales.

A quoi sert un tableau de bord ? Le tableau de bord reprend régulièrement des indicateurs permettant de décrire la patientèle, de mesurer si ce que l'on veut faire est fait, d'anticiper certains événements, l'évolution probable de la charge de travail, etc.

L'objectif principal est toujours d'améliorer la santé des patients ; cet outil facilite aussi la gestion de l'équipe. On pourrait le comparer au tableau de bord d'une automobile : il permet par exemple de savoir :

- à quelle vitesse on roule : taux de croissance/décroissance de la patientèle ;
- s'il y a assez de réserves : les finances, le temps, les forces de travail ;
- ce qu'on « consomme » : l'argent, l'emploi du temps, l'occupation du personnel, etc.

Le tableau de bord est aussi indispensable pour corriger de petites erreurs de pilotage et de conduite... mais bien sûr, l'endroit où l'on veut aller (l'objectif), le chemin pour y arriver, le modèle de la voiture appartiennent à la décision du pilote.

## Une illustration : les indicateurs suivis à la maison médicale Santé plurielle

Cette maison médicale a défini des indicateurs

à suivre : les résultats observés en 2003 ont permis à l'équipe de mieux visualiser sa patientèle, de réfléchir à ses axes de travail, d'évaluer certaines activités. Nous présentons ici certains indicateurs, les résultats observés et les réflexions qu'ils inspirent : ceci illustre bien ce que peut apporter un tableau de bord.

### ● La taille de la patientèle

C'est un indicateur fondamental qui permet de déterminer les revenus de la structure, sa charge de travail et la répartition de celle-ci (en combinaison avec d'autres indicateurs), la composition éventuelle de l'équipe (faut-il engager ?), le planning des consultations et des visites, etc. A Santé plurielle, l'équipe soignante (trois médecins généralistes et deux assistants), deux kinésithérapeutes et deux infirmières sociales + une aide-soignante) a assuré 13.439 prestations pour une population de 2.213 patients actifs (abonnés et conventions particulières) et d'environ 255 patients-dépannages (moyenne des contacts par dépannage et par an = deux).

### ● La pyramide d'âges et la répartition par sexe

Ces indicateurs permettent d'adapter les priorités, par exemple en matière de prévention ou de maintien à domicile : la pondération des priorités et de l'investissement dans les activités n'est pas la même si la population est très jeune ou très vieille, certains actes préventifs concernent plus les femmes que les hommes, etc. En l'occurrence, la patientèle est jeune (25 % des patients ont moins de dix-huit ans, 50 % des patients ont moins de trente-trois ans) - beaucoup plus jeune que la population générale : on peut donc suspecter qu'elle ne constitue pas un échantillon représentatif de celle-ci. La répartition par sexe est toutefois similaire à celle de la population générale.

### ● La répartition de la population selon le lieu de résidence (établie à partir des codes postaux)

C'est un indicateur de proximité, de concen-

*Daniel Burdet,*  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
à Forest.

**Mots clés :**  
recherche-action,  
assurance de  
qualité



tration communautaire, qui pourrait amener à définir des stratégies pour recentrer la patientèle autour de la maison médicale. En l'occurrence, plus de la moitié de la population active habite Saint-Gilles, et 80 % est circonscrite dans le périmètre de Saint-Gilles et de trois communes limitrophes. L'examen rapide des adresses de certains patients non Saint-Gillois montre qu'ils résident dans les parties de ces communes proches de la maison médicale. La maison médicale a développé une politique de recentrage depuis plusieurs années pour favoriser les prises en charge de proximité et la santé communautaire : cela semble avoir été efficace. Le choix du lieu pour implanter l'antenne Couleurs Santé à Ixelles est basé sur cette répartition des communes et cela semble un bon choix : Santé plurielle est elle-même issue de la maison médicale à Forest, et il y a déjà plusieurs maisons médicales de ce côté de Forest et Saint-Gilles.

#### ● La répartition de la population selon les situations sociales

Elle permet notamment d'apprécier le degré de fragilisation de la population ; ici aussi, cela a des conséquences sur les choix de l'équipe. La majorité des patients de la maison médicale sont titulaires de leur mutuelle (65 %), puis vient le statut d'enfant (30 %). Il y a peu de statut de conjoint, encore moins d'ayant droit. C'est probablement en partie lié au fait que beaucoup de Belges ont actuellement leur propre mutuelle (deux travailleurs et/ou chômeurs, statuts non protégé et VIPOMEX). Mais cela indique aussi que la patientèle compte une grande proportion de familles mono-parentales avec enfant(s) ; l'information est importante puisque les études montrent que cette dernière caractéristique est associée à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité.

#### ● La distribution des codes titulaires des mutuelles des patients

Elle permet de mieux se faire une idée de la population suivie, notamment en le combinant avec l'indicateur précédent ; cet indicateur signale également le degré de fragilité de la population (VIPOMEX par exemple). Enfin, c'est un indicateur financier pour la maison médicale (surtout quand elle est financée au forfait).

*\*code 110/110 : code de la mutuelle désignant un assuré ordinaire, salarié, chômeur ou étudiant.*

## Le tableau de bord comme outil de pilotage

Dans la patientèle de Santé plurielle, on observe un rapport bas entre salariés et assimilés 110/110\* et les autres statuts, avec à la fois un pourcentage important de VIPO (surtout 75 %) et, essentiellement, un pourcentage très important de personnes non protégées (PNP) : plus de 12 %, soit une proportion beaucoup plus élevée que dans la population générale. Ceci confirme le biais socio-économique : grande proportion de patients défavorisés.

#### ● La distribution des mutuelles des patients

Elle permet d'affiner l'image de la population. En l'occurrence, la mutuelle socialiste est très nettement sur-représentée, rassemblant plus de 40 % des patients. Autre fait évident : la sous-représentation de la mutualité chrétienne, pourtant très nettement majoritaire dans le pays. Deux explications coexistent : une majorité de patients francophones, et une sur-représentation des patients socio-économiquement défavorisés, deux sous-populations qui s'affilient préférentiellement aux mutualités socialistes. Signalons qu'une population défavorisée présente une morbidité et une mortalité élevées, sources d'une plus grosse charge de soins curatifs et préventifs.

#### ● Les désabonnements (pour les équipes au forfait)

Ils constituent un indicateur très important sur le plan financier. Leurs motifs permettent d'apprécier une des composantes du degré de satisfaction/insatisfaction des patients. Parmi ces motifs, le taux de déménagements permet de comparer la mobilité de la patientèle avec celle de la population générale locale (qui peut être estimée sur base des statistiques communales).

A Santé plurielle, les causes de désabonnement sont diverses : la cause de loin la plus fréquente est le déménagement du patient (plus de 35 % du total), puis le décès (presque 10 %). Les conflits majeurs entraînant un désabonnement ne représentent que 4 % : la maison médicale exprime ce conflit dans 1 % des cas, le patient dans 3 %. La mutuelle ne désabonne que dans moins de 4 % de tous les cas. Le système en lui-même est mis en cause dans 11 % des cas. Globalement, dans plus de 70 % des cas, le désabonnement est fait sans que la maison



médicale, le patient ou le système ne soit interpellé.

● **Le relevé de l'activité de soins par secteurs (par exemple nombre de contacts, nombre de consultations/visites)**

Il permet d'organiser éventuellement une meilleure répartition de la charge de travail au sein de la maison médicale, de mieux adapter la composition de l'équipe aux besoins, etc. Le profil d'activités des trois secteurs soignants apparaît clairement. Les médecins voient plus de 70 % de la population active essentiellement au cabinet, chaque patient étant vu en moyenne cinq fois par an, les infirmières voient 3,5 % de la population mais chaque patient est vu en moyenne vingt-trois fois et surtout à domicile ; les kinésithérapeutes voient 17 % de la population, en moyenne huit fois chaque patient et surtout à la maison médicale. Au total, 1801 patients différents ont été vus, soit 81 % de la population active (le groupe contact annuel total). Parmi eux, 230 n'ont pas été vus par le secteur médecins, ils consultent en général uniquement le secteur kinésithérapeute, qui a donc une patientèle à lui au sein de la population générale des actifs. Un biais important réside dans la méconnaissance totale des patients non abonnés en convention particulière à l'acte qui ne sont pas repris dans les patients actifs, les patients « en dépannage ». Ce biais se retrouve quasi systématiquement au niveau de tous les paramètres analysés. Il conviendrait au plus vite d'ouvrir un dossier (éventuellement provisoire) pour tous ces patients afin de pouvoir les inclure dans les statistiques globales, dans la mesure où ils y interviennent de manière importante.

● **L'analyse des contacts et des épisodes**

Elle facilite la détection de problèmes émergents dans la population (micro-épidémiologie), de mieux adapter sa pratique (en terme de formations par exemple).

A Santé plurielle, le taux d'encodage est de 61 % ; 39 % des prestations ne sont donc notées que comme des actes INAMI, sans se retrouver dans le dossier médical. Cela concerne essentiellement des visites à domiciles, mais pas seulement puisque les prestations du secteur médecins (les plus fréquentes) se déroulent pour environ 80 % à la maison médicale.

● **Le suivi des échéances**

Il permet d'évaluer la qualité de certaines activités. Santé plurielle observe un taux de couverture de 63 % pour la vaccination contre la grippe ; l'équipe estime que ce taux, satisfaisant, pourrait être amélioré, et que son objectif pour l'année 2004/2005 pourrait être fixé à 75 %. Le taux de couverture pour la mammographie est très bas : 27 %. Il s'agit en fait d'un taux minimal : beaucoup de mammographies sont réalisées à l'initiative d'un gynécologue ou d'un centre de dépistage, et ne se retrouvent pas dans l'échéancier. C'est un manque évident puisque seul un échéancier bien rempli permet de rappeler les procédures arrivées à échéance, et donc d'améliorer le taux de couverture. Le critère de qualité classique (qui permet de diminuer significativement la morbidité et la mortalité liées au cancer du sein) étant de 70 %, l'équipe pourrait se fixer un objectif de 40 % pour l'année 2004.

De même, face à un taux de couverture de 19,4 % pour le frottis de col, l'équipe se fixe un objectif de 30 %.

Au vu de ces très mauvais résultats de couverture, la question s'est posée de savoir s'ils résultaient effectivement d'une insuffisance de la qualité des soins (préventifs) dispensés, ou s'ils étaient la traduction d'un mauvais encodage dans le dossier informatisé. Une enquête téléphonique, à vocation exhaustive (plusieurs tentatives ont été faites pour contacter les patientes), a donc été réalisée auprès de vingt patientes de cinquante à soixante-neuf ans tirées au hasard. Les mêmes tendances ont été observées : couverture mammographie meilleure que la couverture frottis, mais toutes les deux sont très nettement insuffisantes (de l'ordre de 30 et 25 %). Seules deux patientes sur les vingt tirées aléatoirement au sort sont certainement en ordre pour les deux échéances évaluées. L'erreur peut néanmoins être très importante, mais elle est impossible à déterminer.

L'équipe a en a conclu qu'il conviendra d'améliorer très nettement la tenue de l'échéancier pour pouvoir mettre en œuvre des programmes efficaces et évaluables d'assurance de qualité. Par rapport aux dossiers, plus généralement, plusieurs éléments très négatifs sont apparus à l'équipe : méconnaissance des numéros de

téléphone (problème peut-être lié à l'existence de nombreux GSM), méconnaissance du statut « passif » d'au moins trois patientes (explication probable : non mise à jour des patients « con-vention particulière », donc indicés actifs, et qui ne la renouvellent pas), mise en évidence, même sur un si petit nombre de femmes interrogées, d'une grande résistance ou négligence par rapport aux manœuvres de dépistage, ce qui devrait pousser les soignants à une démarche d'autant plus active.

---

### Un outil de recherche-action

Le tableau de bord permet de déceler un problème, contribue à son analyse et aide à détecter les domaines dans lesquels les pratiques pourraient être questionnées, améliorées. Bien sûr il ne fournit « que » des chiffres : ceux-ci doivent être analysés, critiqués, interprétés, contextualisés. Les chiffres constituent un matériel brut qui permet d'amorcer des échanges. L'analyse collective donnera un sens aux chiffres, fera surgir des hypothèses, soulignera les problèmes, identifiera les priorités. Sur cette base s'élaborent des stratégies puis à des implantations de changement dans une perspective d'assurance de qualité.

La Fédération des maisons médicales pourrait proposer à toutes les maisons médicales d'utiliser un même type de tableau de bord, qui leur procurerait également un outil contribuant à argumenter leur rapport d'activités adressé aux pouvoirs subsidants. ●