

QUALITÉ DES SOINS (2)

Dossier, recommandations...

Comment améliorer les pratiques

Un exemple, le diabète de type 2

Le dossier médical : un outil essentiel

Au moment où s'organise l'évaluation des pratiques médicales par les pairs, chacun ressent la nécessité d'avoir à sa disposition des outils pertinents. Le dossier médical, même s'il n'est pas encore partagé (voir l'article de Mireille Becchio et Michel Varroud-Vial), construit jour après jour et information après information, se révèle être un outil particulièrement efficace. Évaluer ses pratiques exige des critères fiables, faciles à retrouver, à collecter et à mesurer. Grâce à tous les renseignements qu'il contient, le dossier médical reste l'outil incontournable pour mesurer la qualité des soins délivrés aux patients. C'est le témoin actif (j'allais écrire interactif, si ce mot n'était pas trop souvent galvaudé) et probablement le plus efficace pour objectiver les démarches et les décisions prises par le médecin face à son patient. En matière de qualité des soins, ce document, qu'il soit papier ou informatique, est précieux. Il présente un double avantage : – il est, par son organisation même, gage de qualité. Celle-ci a fait l'objet d'une recommandation de l'ANAES déjà reprise dans ces colonnes*. Ainsi, pour être « de bonne qualité » le dossier doit décrire l'identité, les antécédents, la stratégie de prise en charge et les différents traitements prescrits au patient. L'étude de ces qualités intrinsèques a déjà fait l'objet de nombreux audits de pratique en France et à l'étranger ; – c'est aussi un outil pour évaluer la pratique d'un médecin sur un thème donné. Où ira-t-on chercher, ailleurs que dans ce dossier, si nos diabétiques de type 2 ont eu la surveillance qu'ils sont en droit d'attendre de tout généraliste ? Quelle est la fréquence des frottis cervicaux chez les femmes que nous suivons régulièrement ? Comment pourrions-nous évaluer la

continuité des soins si nous n'avons pas à notre disposition les conclusions des différents intervenants ?

Il est certainement difficile, surtout en médecine générale, de bien tenir un dossier à chaque intervention, mais de la bonne tenue du dossier découle la fiabilité de toute évaluation.

Michel Doumenc

Service d'évaluation en secteur libéral de l'ANAES.

SOMMAIRE

► **Le dossier médical partagé, une approche nouvelle.** p. 1766

Mireille Becchio.

► **Comment réduire l'écart entre les recommandations et la réalité de la prise en charge des diabétiques de type 2 ?** p. 1770

Claude Attali, Michel Varroud-Vial.

► **Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations.** p. 1779

Dialogue entre Jean-Pierre Aubert et Sabine Laversin.

Voir également :

Qualité des soins (1) : « Le dossier médical »

Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 : 2065-78.

► « Le dossier de santé est nécessairement communicant », p. 2066

► Tenue du dossier en médecine générale : les recommandations toujours d'actualité, p. 2068

► Que dit le droit sur le dossier médical ? p. 2070

► Les enseignements d'un audit sur le dossier médical, p. 2076

Ainsi que, dans ce numéro, l'éditorial d'Alain Tenaillon :

« Qualité des soins, le pari des années 2000 », p. 1741.

et le courrier des lecteurs « Références : limites et utilité » p. 1792.

* Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Recommandations pour la tenue du dossier du patient en médecine générale. Rev Prat Med Gen 1996 ; 10 : 41-9.

Rédacteur en chef : J. Deleuze. Comité de rédaction scientifique : J.N. Fiessinger, A. Tenaillon, J.M. Chabot, A. Pariente.

Secrétaires de rédaction : P. Bodossian, F. Maréchaux. Comité ANAES* : M. Doumenc, M. Lafont-Picton, G. Souweine, J.P. Mairesse, P. Hofliger, B. Bros.

* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 159, rue Nationale, 75640 Paris cedex 13.

La Revue du Praticien - Médecine Générale : 2, cité Paradis, 75010 Paris. Tél. : 01 55 33 68 00, Télécopie : 01 55 33 68 16, mél : rdpmg@jbbsante.fr

En collaboration avec l'ANAES

Le dossier médical partagé, une approche nouvelle

Par **Mireille Becchio**, médecin généraliste, 56, rue de Guipons, 94800 Villejuif, **Michel Varroud-Vial**, diabétologue, coordonnateur du réseau, REVEDIAB, 18, avenue de la vénerie, 91230 Montgeron.

Le dossier médical partagé par Intranet est actuellement au stade expérimental dans les deux départements de l'Essonne et du Val-de-Marne où les médecins du réseau REVEDIAB vont le mettre en pratique à partir de l'automne 2000.

Depuis 50 ans, on a vu se développer des réseaux sanitaires spécialisés : le premier en date concernait la lutte contre la tuberculose. Gérés par les DDASS, puis organisés en réseaux « ville-hôpital » en 1991, officialisés par les ordonnances de 1996, les réseaux et les outils pour faciliter l'usage sont entrés dans le quotidien des médecins dans la lutte contre l'alcoolisme, le sida, la toxicomanie, les maladies psychiatriques. Plus récemment, des réseaux pour organiser et améliorer la prise en charge des diabétiques de type 2 se sont développés à l'échelle d'une région, comme le Réseau expérimental Val-de-Marne-Essonne de soins aux diabétiques de type 2 : REVEDIAB (encadré 1).

Le dossier médical est au cœur du dispositif des réseaux. Le développement du multimédia et d'Internet offrent de grandes possibilités d'échanges : le réseau REVEDIAB a initié une expérience de dossier médical partagé par Intranet dans l'Essonne et le Val-de-Marne. Il s'agit d'une approche nouvelle, qui rassemble autour d'un patient unique une équipe multiple de soignants pour collecter, ordonner et optimiser la prise en charge de ce patient sur un point particulier, ici la prise en charge du diabète.

À l'étranger, nous avons retrouvé peu d'expériences semblables [1]. En France, seuls existent des dossiers partagés au sein d'un même cabinet par des médecins associés qui gèrent des dossiers communs ; les correspondants n'ont pas un accès direct à ces informations.

Diabète : les raisons d'un partage

Le diabète de type 2 constitue un problème de santé publique du fait de sa prévalence, de la fréquence et de la gravité de ses complications. Sa prise en charge nécessite l'intervention conjointe des médecins, infirmiers(ères), diététiciennes... Cette prise en charge multidisciplinaire pose des problèmes de coordination entre les différents intervenants et génère des coûts. Des recommandations de pratique clinique validées existent. Elles sont insuffisamment appliquées

[2]. Il existe un important retard à l'intervention en cas de mauvais contrôle glycémique. Les comptes rendus d'hospitalisation de patients diabétiques dont le déséquilibre a perduré pendant plusieurs mois, malgré des indicateurs d'alarme identifiés clairement, sont des témoins éloquentes de cette mauvaise application.

L'amélioration de la collaboration entre professionnels de santé est une des clés du succès pour la prise en charge des diabétiques de type 2, dont 95 % sont suivis par les généralistes mais qui consultent fréquemment des spécialistes aux divers stades de leur maladie et dont 10 % sont hospitalisés chaque année [3]. Dès 1994, une expérience de collaboration entre généralistes et spécialistes dans l'Essonne [4] a donné naissance au premier réseau de soins aux diabétiques. Ce réseau, qui semblait un début de réponse aux questions que se posaient les médecins pour améliorer leur pratique, a fait école dans le Val-de-Marne où un second réseau a été créé, fusionnant avec le premier pour créer REVEDIAB en 1999. Le réseau rassemble des compétences polymorphes (patients, médecins généralistes, spécialistes de ville et hospitaliers, paramédicaux). Très vite s'est posé le problème d'unifier les pratiques autour d'un modèle de suivi du patient diabétique.

Fédérer les stratégies

Les spécialistes qui suivent un patient diabétique ont leur stratégie. Les généralistes qui connaissent les patients mais aussi leur environnement et ses contraintes, y compris économiques, ont aussi une stratégie propre ; enfin, de leur côté, les patients développent leurs propres stratégies d'ajustement à la maladie, en fonction de leur personnalité et de leurs croyances de santé.

L'ignorance mutuelle entre ces stratégies conduit à l'échec. Leur simple coexistence peut provoquer une confusion ou une « collusion de l'anonymat ». Il nous paraît indispensable de favoriser leur rencontre et leur synergie. Il ne s'agit pas seulement de partager connaissances et expériences de la manière la plus conviviale possible. Il s'agit aussi de générer une reconnaissance mutuelle entre les différents interlocuteurs que rencontre un patient diabétique. Le dialogue avec des interlocuteurs différents est capital pour favoriser l'accep-

ENCADRÉ 1. LE RÉSEAU REVEDIAB

REVEDIAB est un réseau expérimental, agréé par la commission « Soubie », la CNAMTS et le ministère. Il est financé à plus de 50 % par l'assurance maladie ; 250 professionnels de santé adhèrent actuellement au réseau dans l'Essonne et dans le Val-de-Marne, dont 190 médecins généralistes. Les établissements hospitaliers participent au réseau par des conventions. Ses partenaires pour l'évaluation sont l'URML (Union régionale des médecins libéraux) et l'ORS (Observatoire régional de santé) d'Île-de-France. Outre la coordination des soins et une formation indemnisée pour les médecins, il expérimente des prestations jusque-là difficilement accessibles en médecine de ville :

1. des consultations gratuites de diététiciennes ;
2. des consultations d'éducation de groupe animées par des médecins, des diététiciennes et des pédicures-podologues...
3. des consultations d'éducation « non prescriptives » par les endocrinologues libéraux ;
4. l'accès direct, sans consultation préalable, aux cours d'éducation dispensés dans les hôpitaux.

REVEDIAB C/o Dr M. Varroud-Vial, 18, avenue de la Venerie, 91230 Montgeron. Tél. : 01 60 90 30 87. Fax : 01 60 90 30 87, Mél. : m.varroud-vial@cyber-sante.org - Site WEB www.revediab.org

tation de la maladie par le patient diabétique, pour entretenir et, le cas échéant, pour susciter sa motivation. Patients et médecins établissent entre eux des investissements de nature différente selon leur place dans le dispositif de soins ; les patients écoutent ou s'expriment différemment devant leur médecin traitant, un spécialiste qu'ils voient ponctuellement ou une infirmière déchargée de toute responsabilité de prescription. Il est indispensable qu'un nouvel interlocuteur tienne compte du travail réalisé par les intervenants précédents, et le respecte sans tomber dans le piège du dénigrement flattant les tendances régressives de certains patients. Ces principes s'incarnent très concrètement dans la communication entre professionnels : elle doit au minimum mentionner ce qui a été fait, ce que l'on attend du nouvel intervenant, ce qu'il réalise et ce qu'il propose. Le dossier médical, lieu de rencontre et de partage entre professionnels, est la pierre angulaire de cette communication.

Pourquoi un dossier partagé par Intranet ?

Dans le réseau REVEDIAB, un triple objectif lui est assigné :

1. la structuration et la coordination des pratiques de soins ;
2. la transmission transversale et rapide des informations ;
3. la collecte des données pour l'évaluation du réseau.

Pour organiser le suivi des patients, nous avons choisi une stratégie de bilan annuel qui nous semble adaptée à la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète [5]. Pour quelques patients chez qui des examens lourds ou des avis spécialisés multiples sont nécessaires, ce bilan peut être réalisé en hôpital de jour ; pour la majorité d'entre eux, il peut être aisément programmé et réalisé au fur et à mesure des consultations.

En 1998, un travail consensuel a permis d'élaborer un modèle de grille de suivi facile d'emploi. Cette grille définit le contenu du suivi, la périodicité des examens, les objectifs du traitement. Sur la base de cette grille, nous avons mis en place un dossier médical de 46 rubriques partagé par

Intranet entre les professionnels de santé membres du réseau (encadré 2). La plupart des rubriques signalent à la fois la réalisation d'un examen et son résultat. À partir des saisies sont calculés automatiquement : l'index de masse corporelle, la clairance de la créatinine selon Cockcroft, le LDL-cholestérol, le risque cardiovasculaire absolu.

L'informatisation du dossier permet d'apporter une aide « en situation » à la décision médicale : rappels automatiques des examens à effectuer s'ils n'ont pas été réalisés à temps, déclenchement d'alarmes si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints, calcul du risque cardiovasculaire absolu, diffusion des Recommandations de pratique clinique et des stratégies thérapeutiques validées sur le site Web.

L'Intranet permet la communication des informations à tous les professionnels du réseau dans un délai de 24 h après leur saisie. Ce délai est celui nécessaire à la réplique des données sur la base de données du réseau pendant la nuit. L'Intranet du réseau peut aussi gérer la communication lors d'une hospitalisation. L'informatisation du dossier hospitalier de diabétologie est considérée comme un critère de qualité des soins par la circulaire DGS/DH de mai 1999 [6]. Pour cela, nous avons créé un dossier hospitalier exhaustif, dont les données sont répliquées séparément sur la base du réseau. En cas d'hospitalisation de jour ou conventionnelle, l'Intranet permet l'accès à ce dossier hospitalier de tous les médecins autorisés par le patient. Grâce à l'archivage centralisé et longitudinal des données, le coordonnateur peut adresser à chaque praticien un retour d'information comparée sur sa pratique selon la procédure d'audit. Il peut également extraire des informations pour l'évaluation externe du réseau.

Comment fonctionne le dossier médical partagé ?

Lors de l'adhésion d'un patient au réseau, son médecin traitant crée son dossier « diabète » en se connectant au site Web du réseau (fig. 1). Il reçoit en retour un numéro d'identification personnel du patient à 9 chiffres, qu'il inscrit sur une carte remise au patient. Par la suite, pour accéder au dossier du patient 2 éléments seront indispensables : l'appartenance du professionnel de santé au réseau vérifiée par le mot de passe donné par le coordonnateur du réseau, le numéro à 9 chiffres du patient.

C'est le patient et lui seul qui détient les droits d'accès à son dossier. Il a choisi un médecin généraliste mais peut en changer. À lui de choisir, lorsqu'il consulte des correspondants du réseau (un nouveau médecin généraliste consulté par choix ou en l'absence de son médecin habituel, un médecin hospitalier, un spécialiste, un podologue, une diététicienne...), de leur communiquer ou non le numéro inscrit sur sa carte. Les droits d'écriture sont détenus par le médecin qui a créé le dossier, qui est responsable de sa tenue et rémunéré pour cela. Ils peuvent être transférés à un autre médecin sur demande du patient. La saisie des données peut être faite soit sur une « interface locale » installée à partir d'un cédérom sur l'ordinateur des praticiens, soit par connexion en ligne au site Web du réseau. Dans le premier cas les données sont archivées automatiquement pendant la nuit sur la base Intranet du réseau. Lors de la création du dossier le médecin est invité à définir les objectifs individualisés pour le patient en

modifiant, s'il le juge nécessaire, les objectifs standard proposés par le réseau. Par la suite seulement, un certain nombre de renseignements doivent être saisis à chaque consultation : la pression artérielle, le poids, les résultats des examens pratiques... Le dossier permet une présentation cumulative des données avec la date de saisie de chaque donnée.

Les autres médecins autorisés par le patient à accéder à son dossier peuvent lire l'ensemble du dossier partagé mais ils ne peuvent le modifier. Par contre, ils peuvent écrire les résultats de leur examen, leurs avis ou leurs propositions dans une rubrique « courrier » accessible à tous les consultants : leur message sera ainsi visible rapidement, qu'ils aient été consultés en urgence ou pour un examen programmé. En cas d'hospitalisation dans un établissement utilisant le système informatique du réseau, les médecins du patient peuvent consulter le dossier hospitalier par l'intermédiaire de l'Intranet sans possibilité de le modifier. Le dossier médical partagé peut être utilisé isolément, mais il est surtout conçu pour être utilisé en complément des logiciels de gestion de dossiers utilisés en médecine de ville. L'établissement d'un lien informatique avec ces logiciels permet au médecin d'ouvrir le dossier du patient sur son logiciel habituel puis, lorsque le diabète est le motif – ou un des motifs – de la consultation, d'ouvrir le dossier partagé « diabète » au nom du patient en cliquant sur un bouton situé sur la barre des tâches de son logiciel habituel. Dans l'avenir, ce lien pourra supporter des transferts de données. Cette connexion est déjà réalisée avec un des logiciels utilisés par les médecins adhérents à REVEDIAB et des propositions vont être faites aux autres éditeurs de logiciels. La confidentialité des données est assurée par l'absence de réplication des renseignements nominatifs sur la base de données du réseau, par un cryptage à 128 bits des données transitant sur le réseau Internet, par les mots de passe pour l'accès au dossier. Une déclaration CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a été effectuée.

Difficultés et inconvénients potentiels

Une difficulté majeure est la nécessité d'intégrer la gestion spécifique du dossier des diabétiques à l'activité multiple des médecins généralistes et d'éviter les doubles saisies. Nous proposons à ce problème médical une solution technique qui est la connexion du dossier partagé « diabète » avec le logiciel habituel du médecin. À terme, on peut concevoir que les médecins généralistes utilisent plusieurs dossiers partagés accessibles à partir de leur logiciel pour les pathologies faisant l'objet d'un suivi spécifique organisé en réseau. La question de la confidentialité se pose comme pour toute transmission par Internet de données médicales. Le débat reste d'actualité mais les procédures de cryptage utilisées et la gestion des droits d'accès par le patient lui-même nous paraissent assurer une confidentialité maximale au dossier médical des patients.

L'utilisation de l'informatique pendant la consultation modifie la relation médecin-malade : une revue générale [7] suggère qu'elle augmente le temps de consultation de 60 à 90 secondes. Surtout, elle a tendance à accroître le temps de discussion à l'initiative du médecin, alors que le temps de discussion à l'initiative du patient peut, lui, être réduit.

Cela nécessite une formation des médecins, afin que le temps gagné grâce à la simplification de la programmation des examens de suivi soit consacré à l'écoute du patient. La mise en place et l'utilisation de ce dossier nécessitent un investissement initial en temps des médecins et leur formation à l'utilisation du dossier ; un des objectifs de cette formation est qu'ils puissent donner toutes les explications nécessaires au patient, notamment quant à la confidentialité du dossier. Dans le réseau, cette formation est prévue au cabinet des médecins par un « emploi jeune » spécialement formé à cet effet.

Les droits d'accès, d'écriture et le contenu du dossier partagé peuvent être débattus. Nous avons choisi de limiter les droits d'écriture à un seul médecin responsable du dossier. D'autres choix peuvent être faits comme celui de demander aux spécialistes consultés (cardiologues, ophtalmologistes...) de remplir eux-mêmes les rubriques les concernant ou d'établir des transferts directs de données entre dossier partagé et dossier hospitalier. On peut aussi essayer de confier d'autres tâches au dossier partagé comme la gestion du traitement des patients. Il nous paraît cependant plus efficient d'organiser sa complémentarité avec les logiciels médicaux du marché qui ont des fonctions de prescription beaucoup plus développées et aussi d'identification, d'historique, de comptabilité...

Un autre point non encore résolu est le rôle du patient et la nature de l'information que nous devons ou pouvons lui délivrer : le patient qui est au centre du dispositif ne détient pourtant par devers lui aucune donnée. Peut-être faudra-t-il lui remettre un résumé de son dossier médical « diabète » pour répondre aux nouvelles exigences en matière d'éthique et de droits du patient [8]. Enfin, le dossier partagé a un coût spécifique. Le coût de conception du prototype que nous utilisons a été assuré par une convention avec les laboratoires

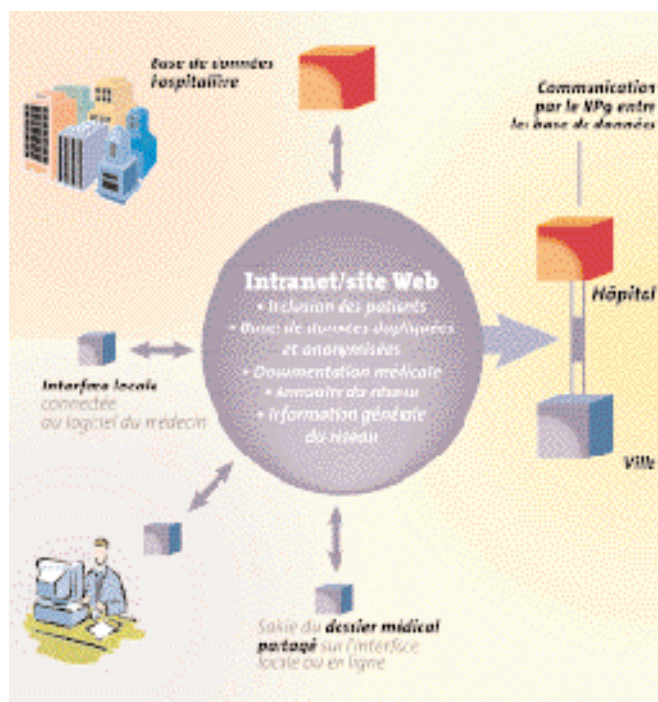


Fig. 1. Système d'information du réseau REVEDIAB.

ENCADRÉ 2.**LES RUBRIQUES DU DOSSIER PARTAGÉ**

Identification : numéro d'identification, sexe, date de naissance, taille, profession, niveau d'études, année de début du diabète, antécédents familiaux de diabète, d'HTA et de maladies cardiovasculaires.

Profil du patient : antécédents personnels et incidence des événements majeurs sur une liste déroulante.

Définition des objectifs pour : glycémie à jeun, post-prandiale, à 18 h, HbA1c, PAS/PAD, cholestérol total, triglycérides, arrêt du tabac.

Suivi clinique et biologique :

– tous les 3 mois : PAS/PAD, poids, glycémies à jeun

(résultats de l'autosurveillance), HbA1c et sa norme ;

– tous les 6 mois : créatininémie si traitement hypoglycémiant, CT, TG, HDL si traitement hypolipidémiant ;

– tous les ans : tabac, activité physique, nombre de glycémies capillaires par semaine, évaluation diététique, dentiste, examen ophtalmologique, réflexes achilléens, diapason, monofilament de 10 g, palpation des artères périphériques, classification d'une artérite, électrocardiogramme ou examen cardiologique, CT, TG, HDL, microalbuminurie, créatininémie.

Lifescan. L'adaptation aux souhaits et aux besoins d'autres utilisateurs peut faire l'objet d'un forfait. Pour le reste, on peut estimer son coût de fonctionnement entre 150 à 200 F par an et par patient. Ce coût est lié à la rémunération des médecins qui le tiennent, au stockage, à la gestion et à la sauvegarde des données sur une base de données centralisée.

Avantages et bénéfices possibles

On peut espérer que la gestion dans le temps du dossier des diabétiques sera plus efficace à partir des pages d'un écran que sur un dossier papier. Et en effet, plusieurs études contrôlées ont montré que l'informatisation du dossier des patients diabétiques permettait un suivi plus proche des recommandations de pratique clinique que le dossier papier [9-11]. Une tendance à l'amélioration du contrôle glycémique et tensionnel a également été rapportée [1, 9]. Cependant cette efficacité n'a pas été retrouvée par toutes les études [12], et elle nous paraît dépendre d'au moins 2 facteurs. Le 1^{er} est l'obtention préalable d'un consensus local sur les modalités de prise en charge des diabétiques [13]. Le second est l'intégration au dossier de procédures d'alarme et de rappel [14] : une méta-analyse suggère que cela permet d'améliorer la qualité des soins en médecine générale à un niveau comparable à celui du suivi spécialisé [15].

Une communication plus fréquente et plus complète entre les praticiens utilisant un dossier informatisé partagé a été rapportée [1]. Cela devrait être amplifié par l'entrée progressive de la communauté médicale dans le réseau Internet. Le remplissage du dossier au fil des consultations devrait permettre d'accroître l'efficacité de la procédure d'audit de pratique grâce à la répétition régulière du cycle d'audit. L'audit doit déboucher sur une remise à jour des connaissances et une extension des compétences, en suscitant des mesures de correction et des actions de formation portant sur les déficits identifiés.

Grâce au site Web du réseau et à ses liens avec les bases de connaissance et les autres sites consacrés à la prise en charge des

diabétiques, les avancées en matière de thérapeutique ou de suivi pourront être connues, centralisées et diffusées rapidement.

Enfin, le dossier partagé répond aux enjeux de l'avenir en permettant la constitution de larges bases de données en soins primaires, permettant l'expérimentation de nouveaux médicaments et de nouvelles stratégies thérapeutiques du diabète.

Conclusion

Le dossier partagé diabète que nous utilisons est l'expression d'un consensus. Il n'est ni une utopie ni une solution miracle : il doit être associé à une approche éducative et organisationnelle qui donne aux médecins davantage de moyens et de compétences pour traiter la maladie diabétique. Il modifie les conditions de l'exercice médical. Il doit être évalué en fonction de la satisfaction des patients et surtout de son impact sur le processus et le résultat des soins. Mettant le patient au centre du dispositif, il a tout pour faire converger vers ce patient, et dans son intérêt, les informations et réflexions coordonnées des différents soignants qui en ont la charge. Ce dossier pourrait être le premier d'une nouvelle série de dossiers médicaux centrés sur le patient, au service du patient et de l'équipe médicale.

Références

1. Branger PJ, Van't Hooft A, Van der Wouden JC *et al*. Shared care for diabetes: supporting communication between primary and secondary care. *Int J Med Inf* 1999 ; 53 : 133-42.
2. Attali C, Varroud-Vial M, Simon D *et al*. Prise en charge des diabétiques de type 2 : en décalage par rapport aux recommandations. *Rev Prat Med Gen* 2000 ; 14 : 1347-52.
3. Allemand H, Fender P, Weill A *et al*. Échelon national du service médical. Département analyse des soins de ville et hospitaliers. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiant oraux en 1998. Paris, octobre 1999.
4. Varroud-Vial M, Méchaly P, Joannidis S *et al*. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetes patients. *Diabetes Metab Rev* 1999 ; 25 : 55-63.
5. Organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulinodépendant. Circulaire du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Diabetol Fact Risque* 1999 ; 5 : 153-9.
6. The North Tyneside Diabetes Team. The Diabetes Annual Review as an Educational Tool : assessment and learning Integrated with Care, Screening and Audit. *Diabetic Med* 1992 ; 9 : 389-94.
7. Sullivan F, Mitchell E. Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. *BMJ* 1995 ; 311 : 848-52.
8. Denis JJ. L'accès au dossier médical et les droits de la personne malade. Assemblée nationale. Colloque du 15 mars 2000.
9. Magnier AM, Caron B. Médecins généralistes : acteurs de santé publique ? Comité français d'éducation pour la santé et formation thérapeutique du généraliste. Décembre 1996.
10. Smith SA, Murphy ME, Hushka TR *et al*. Impact of a diabetes electronic management system on the care of patients seen in a subspecialty clinic. *Diabetes Care* 1998 ; 21 : 972-6.
11. Balas EA, Boren SA, Griffing G. Computerized management of diabetes: a synthesis of controlled trial. *Proc Amia Symp* 1998 ; 295-9.
12. Lobach DF, Hammond WE. Computerized decision support based on a clinical practice guideline improve compliance with care standards. *Am J Med* 1997 ; 102 : 89-98.
13. Hetlevik I, Holmen J, Kriger O *et al*. Implementing clinical guidelines in the treatment of diabetes mellitus in general practice. Evaluation of effort, process and patient outcome related to implementation of a computer-based decision system. *Int J Technol Assess Health Care* 2000 ; 16 : 210-27.
14. Lobach DF. A model for adapting clinical guidelines for electronic implementation in primary care. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1995, 581-5.
15. Nilasena DS, Lincoln MJ. A computer-generated reminder system improves physician compliance with diabetes care guidelines. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1995 ; 640-5.
16. Griffin S. Diabetes care in general practice : meta-analysis of randomised controlled trials. *B MJ* 1998 ; 317 : 390-5.

Comment **réduire l'écart** entre les **recommandations** et la réalité de la prise en charge **des diabétiques** de type 2 ?

Par **Claude Attali**, médecin généraliste, maître de conférences associé à la faculté de médecine de Créteil, 4, rue de l'Île-de-France, 91860 Épinay-sous-Sénart, **Michel Varroud-Vial**, diabétologue, coordonnateur du réseau REVEDIAB, 18, avenue de la Venerie, 91230 Montgeron.

En matière de suivi et de traitement des diabétiques de type 2, comme dans de nombreux autres domaines médicaux, il existe une importante discordance entre les données actuelles de la science et les pratiques des médecins. Ce constat ne peut laisser indifférents tous ceux qui pensent que le rôle des médecins est de soigner de la façon la plus satisfaisante possible tant sur le plan de l'efficacité clinique individuelle qu'au regard des critères de santé publique. La question de l'amélioration des pratiques reste donc plus que jamais d'actualité. Mais comment améliorer ces pratiques ?

Un écart important entre les recommandations et les pratiques de soins aux diabétiques

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) [1] et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et des produits de santé (AFSSAPS) [2] ont publié récemment des recommandations de pratique clinique pour la prise en charge des diabétiques de type 2, et l'assurance maladie a entrepris une campagne nationale pour diffuser ces recommandations.

Les services médicaux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont réalisé plusieurs enquêtes régionales sur le suivi des diabétiques de type 2 en médecine générale [3-7]. En 1999, l'échelon national du service médical a publié une enquête nationale sur le suivi de 611 000 patients traités par hypoglycémiant oraux [8]. Ces enquêtes mettent en évidence de façon concordante un écart important entre les recommandations et les modalités de suivi des patients. L'écart porte en premier lieu sur le dosage

de la microalbuminurie, le dépistage des complications cardiaques, le fond d'œil et le dosage de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c). Cet écart est retrouvé à un moindre degré, mais de façon significative, dans la pratique de médecins motivés participant à des études d'intervention [9-11]. Ces études mettent aussi en évidence un déficit de dépistage du risque de lésion des pieds et un faible taux de référence aux diabétologues (tableau I).

Le décalage avec les recommandations n'épargne ni les stratégies thérapeutiques ni les diabétiques à risque. Les études de l'Essonne [9] et DIABEST [11] soulignent l'importance du retard d'intervention en cas de contrôle glycémique insuffisant : lorsque le diabète est jugé mal équilibré par le médecin traitant, aucune intervention n'a eu lieu depuis un an pour y remédier dans 43 et 47 % des cas, alors que l'AFSSAPS recommande de modifier la stratégie thérapeutique dans un délai maximal de 6 mois si l'objectif n'est pas atteint. Dans l'étude des Hauts-de-Seine [12], un quart des patients atteints de complication n'ont pas eu d'avis spécialisé depuis un an.

Contrôle glycémique : insuffisant dans 50 à 60 % des cas

Ces dysfonctionnements ne peuvent que retentir sur le résultat des soins : toutes les études réalisées depuis 20 ans montrent que 50 à 60 % des diabétiques de type 2 ont un contrôle glycémique insuffisant. Un tiers sont atteints de complications de façon isolée ou combinée [13].

Ces complications sont d'abord cardiovasculaires. Elles sont croissantes : la prévalence du diabète chez les dialysés a doublé en 6 ans, passant de 6,9 % en 1989 à 13,1 % en 1995 [14].

Pourquoi cet écart ?

Il est probable que la méconnaissance des recommandations joue un rôle car l'*Evidence-based medicine* (EBM) et les grandes études contrôlées qui la fondent sont récentes. En matière de diabète de type 2, les pratiques actuelles découlent en partie de connaissances antérieures qui sont devenues obsolètes et il est évidemment indispensable de mieux informer les médecins. Cependant, plusieurs études ont montré que la connaissance des recommandations n'entraîne pas automatiquement leur application [15], même si les médecins déclarent être en accord avec leur contenu [16].

Les recommandations peuvent être difficiles à appliquer parce qu'élaborées à partir d'études sur des populations différentes. Cela n'est pas le cas du diabète de type 2 : les études qui ont montré l'importance pronostique de la microalbuminurie [17] ou l'efficacité de l'examen ophtalmologique annuel pour réduire la cécité due au diabète [18] ou l'efficacité du traitement hypoglycémiant pour réduire les complications [19] ont inclus des patients présentant la même pathologie et soignés dans des systèmes de santé de niveau comparable.

L'organisation du système de soins influence aussi la pratique médicale : systèmes de réglementation et de contrôle de l'exercice médical, éthique médicale, mode de rémunération des médecins, disponibilité du plateau technique, densité des ressources de soins, niveau de remboursement des patients... L'application des recommandations peut être freinée par une organisation inadéquate du dispositif de soins. Cette hypothèse est étayée par les résultats favorables d'actions entreprises dans le cadre de réseaux de soins pour améliorer la collaboration entre professionnels de santé [9].

Par ailleurs, il est probable que l'absence de remboursement par l'assurance maladie des consultations de diététiciennes et de l'éducation explique pour une grande part le recours insuffisant aux traitements non pharmacologiques.

Un phénomène international

Le décalage entre les recommandations et la pratique n'est pas spécifique à la France : le même écart a été constaté en Grande-Bretagne, en Scandinavie, aux États-Unis, au Canada, en Australie... [20-25]. Il s'agit d'un phénomène général que l'inadéquation du dispositif de soins peut aggraver mais ne suffit pas à expliquer dans sa totalité.

Il est important de reconnaître que l'application des recommandations ne dépend pas

seulement des connaissances des médecins ni des contraintes réglementaires et institutionnelles. Une analyse plus fine fait apparaître que bien d'autres facteurs déterminent en fait la pratique médicale.

La décision médicale : quelle théorie pour la pratique ?

Le modèle théorique explicatif dominant est celui de la « science normale ou science appliquée ». Ce modèle a comme principe épistémologique que le savoir précède l'action efficace. Il considère la pratique médicale comme la simple mise en œuvre d'une science appliquée, elle-même appuyée sur des connaissances fondamentales. Ce modèle part du principe que l'on peut contrôler l'intervention et les situations rencontrées par le praticien en utilisant la méthode scientifique traditionnelle du contrôle des variables, en particulier des variables inhérentes à la pratique professionnelle. Il imagine qu'en matière de conduite professionnelle on peut décrire parfaitement le comportement, en identifier les aberrations, dans une perspective de prescription rationnelle du comportement pertinent. C'est ce modèle qui est à la base des actions de formation et de diffusion des connaissances : élaboration des recommandations par les agences (ANAES et AFSSAPS) à partir des données actuelles de la science, formation médicale continue.

Le modèle de la science appliquée a des limites : il est maintenant démontré que la seule élaboration puis la diffusion non sollicitée des recommandations sont peu suivies d'effets en médecine [26, 27]. Dans la réalité, les médecins élaborent leurs propres stratégies thérapeutiques qui, pour l'essentiel, ne découlent pas des recommandations. Elles dépendent aussi de l'attitude des malades. De ce point de vue, le comportement des médecins peut être compris comme « un

TABEAU I – MODALITÉS DE SUIVI DEPUIS UN AN DES DIABÉTIQUES DE TYPE 2 FRANÇAIS

	RPC *	Enquêtes assurance maladie		Études d'intervention		
	ANAES AFSSAPS (%)	Enquête CNAMTS [8] ^a (%)	Études régionales [3-7] ^b	Essonne [9] (%)	SDM [10]	DIABEST [11] (%)
Suivi depuis un an						
Microalbuminurie	100	23,3	7,5	48	35,6	37
Examen cardiologique (ECG)	100	36,9	28	58,2	50	60
Examen ophtalmologique	100	39,3	41,5	61	58,9	63
Dosage HbA1c	100	49,3	39,5	77	61,7	78
Dosage cholestérol total et triglycérides	100	64,3	48,3	88	85	77
Dosage créatinine	100	71,5	54,9	83,9	85,6	92
Dosage glycémie	100	79	-	97	96	98
Sensibilité des pieds	100	-	41 ^c	46	25,9	34
Consultation diabétologue	-	8,2	2 à 5,6	17,9	11	21

* Recommandations pour la pratique clinique ; a : hospitalisations comprises ; b : analyse cumulée des 5 publications ; c : critères imprécis.

compromis entre la science médicale et la culture ambiante (civilisation) ». Les connaissances acquises lors de leur formation universitaire initiale et des premières années d'exercice, les pratiques de promotion de l'industrie biomédicale, l'image de la maladie dans la population, le degré d'information des malades, la perception positive ou négative de la maladie par les médecins eux-mêmes jouent un rôle important dans leur attitude. La relation avec les patients peut influencer de façon déterminante la stratégie thérapeutique : selon leur propre personnalité et la personnalité des patients, les médecins peuvent être enclins à aménager ou à retarder l'application des recommandations pour éviter l'émergence de conflits ou de difficultés dans la relation médecin-malade. Une étude [28] montre que le diabète est jugé par les médecins généralistes américains comme une maladie difficile et peu gratifiante à soigner en raison de son caractère silencieux, de la complexité de son traitement, de son aggravation progressive, de la nécessité d'y impliquer les patients et d'un soutien insuffisant du système de santé. Les résultats de cette étude peuvent probablement être transposés en France.

Tout cela conduit les médecins à se forger un « savoir-faire » [29]. Ce savoir-faire n'est pas aisément modifiable, d'autant plus que le bénéfice des modifications proposées est parfois difficile à vérifier à l'échelon d'un praticien : la cécité ou l'insuffisance rénale terminale atteignent chaque année moins de 1 diabétique sur 100 alors qu'un généraliste soigne en moyenne 20 diabétiques...

Des recherches sur l'application personnalisée des recommandations sont nécessaires

Le concept de médecine basée sur les données actuelles de la science comporte 3 volets bien distincts : le recueil de faits prouvés par la recherche clinique, l'élaboration de stratégies combinant les données validées et les situations cliniques rencontrées, l'application personnalisée des preuves à chaque patient.

Le 1^{er} et le 2^e volet servent à l'élaboration de recommandations selon le niveau de preuve. Pour des raisons idéologiques et de conception scientifique (dominance de la science appliquée) c'est le dernier volet qui a fait l'objet de moins d'attention. Si l'on veut lever les barrières à l'application des recommandations, des études dans ce domaine sont indispensables.

Le diabète de type 2 est une cible privilégiée pour ces études : il s'agit d'une maladie fréquente, dont le coût est élevé, qui pose d'importants problèmes d'organisation du dispositif de soins et de coopération multidisciplinaire, pour lequel nous disposons de recommandations de pratique clinique validées, mais insuffisamment appliquées. Nous ne savons quasiment rien des difficultés réelles que rencontrent les praticiens lors de l'application personnalisée des preuves à chaque patient, ni des stratégies (efficaces et inefficaces) qu'ils mettent en place pour tenter de combiner les données validées et les situations cliniques rencontrées. Concernant un même praticien, nous ne savons pas pour quelle raison certains patients bénéficient d'un suivi « scientifiquement correct » alors que d'autres non. Pourquoi, par exemple, un

médecin ne prescrit pas de dosage de la microalbuminurie, a un taux de 30 % de dosage de l'HbA1c, ou de 50 % de réalisation du fond d'œil ?

Seules des recherches finalisées par l'action devraient nous permettre d'appréhender scientifiquement le dernier volet de l'EBM et nous donner les informations nécessaires pour tenter d'améliorer les pratiques.

Ce sont surtout les interventions pendant l'action qui sont efficaces

L'efficacité des documents et supports imprimés utilisés seuls est limitée [30]. L'impact des leaders d'opinions est variable [31]. La visite d'une personne spécialement formée au lieu d'exercice des praticiens paraît plus efficace [32], et cette méthode est appliquée par les médecins-conseils dans le programme national diabète de l'assurance maladie... comme par l'industrie pharmaceutique.

La FMC n'est pas toujours couronnée de succès, surtout à long terme [33]. Elle est plus efficace lorsqu'elle porte sur des problèmes proches de la pratique quotidienne [27] ou lorsqu'elle est associée à une intervention permettant l'appropriation des recommandations par les médecins. Ainsi dans l'étude SDM [11] les médecins ont amélioré de façon très significative leur stratégie de surveillance des diabétiques à 1 an (tableau II) ; la prescription des statines, recommandées pour traiter l'hyperlipidémie des diabétiques en raison de leur efficacité démontrée sur les complications cardiaques, a augmenté : 62,3 % versus 41,5 % dans le groupe témoin ($p < 0,01$). Une étude britannique [34] rapporte une amélioration significative du suivi des diabétiques de type 2 à travers l'élaboration d'un consensus local et de sessions de formation.

Ce sont surtout les interventions pendant l'action qui sont efficaces. Deux études françaises non contrôlées en médecine générale [9, 10] ont montré l'efficacité de la procédure d'audit de pratique avec retour d'information pour améliorer le suivi des diabétiques de type 2. Cependant, l'amélioration apportée par l'audit est en général incomplète [35] et sa persistance à long terme est incertaine : il faut donc l'associer à d'autres interventions.

De nombreuses études ont montré l'efficacité de l'informatisation du dossier médical pour améliorer la prise en charge des diabétiques, surtout lorsqu'il permet le déclenchement de rappels et d'alertes au moment de la prise de décision [36-38]. Une méta-analyse suggère que le suivi des diabétiques en médecine générale peut être aussi performant que le suivi spécialisé s'il utilise des procédures informatisées de rappel des examens à effectuer [39]. L'avènement d'Internet permet d'élargir cette approche.

Une stratégie globale d'amélioration des pratiques : l'expérience REVEDIAB

Afin d'appliquer le programme de la déclaration de Saint-Vincent, nous avons entrepris dès 1994 une action départementale d'amélioration des soins au diabétique de type 2, initiée par l'élaboration d'un consensus local entre généralistes et diabétologues. Ce consensus a été largement diffusé et a servi de référence pour un audit de pratique avec envoi

de ses résultats à chaque participant, lui permettant de se comparer avec le groupe et d'identifier ses propres difficultés dans le suivi et le traitement des diabétiques. Nous avons ensuite adopté des mesures de correction départementales : programme éducatif, standardisation du dosage de l'HbA1c, protocoles de prévention et traitement de la rétinopathie, de la néphropathie et du risque podologique. Un deuxième tour d'audit réalisé en 1996 a montré une amélioration très significative de la prise en charge des diabétiques de type 2 [9]. Cependant, ces résultats ont mis aussi en évidence la persistance d'un décalage entre recommandations et pratiques, en particulier un recours insuffisant à la diététique, à l'éducation, un retard à la modification thérapeutique en cas de déséquilibre. Il nous est apparu que, pour réduire ce décalage, il était devenu indispensable de repenser profondément les pratiques médicales dans le cadre d'un réseau de soins. Ce réseau (REVEDIAB : Réseau expérimental Val-de-Marne-Essonne de soins aux diabétiques) a été défini comme une action de coopération structurée entre soins primaires et soins spécialisés, comportant une forte composante éducative ainsi qu'une incitation à l'usage des moyens thérapeutiques non pharmacologiques. Il donne aux professionnels de santé davantage de moyens et de compétences pour traiter la maladie diabétique : définition consensuelle du parcours des patients, formation portant sur les problèmes à résoudre dans la pratique quotidienne, expérimentation de nouvelles prestations (intervention de diététiciennes en médecine de ville, consultations spécialisées d'éducation, éducation de groupe en médecine de ville), adaptation des soins hospitaliers pour qu'ils répondent mieux aux demandes des médecins de ville. À côté de cette approche éducative et organisationnelle, il est aussi prévu une coopération des différents acteurs du réseau pour mener

des recherches coopératives incluant la participation active des acteurs de terrain.

La mise en place d'un dossier médical partagé par un Intranet sécurisé est rapidement apparue comme un instrument essentiel de cette démarche.

Le dossier partagé par Intranet au centre des recherches sur l'application des recommandations

Nous avons mis en place un dossier médical de 45 rubriques issu d'un consensus local et partagé par Intranet entre les professionnels de santé membres du réseau (voir l'article spécifique consacré à ce sujet page 1766). Ce dossier a une triple fonction de communication, de structuration des pratiques et d'évaluation. Il apporte une aide à la décision médicale en situation : rappels automatiques des examens à effectuer et des objectifs thérapeutiques, calcul du risque cardiovasculaire absolu, diffusion des recommandations et des stratégies thérapeutiques validées sur le site Web. Il est conçu pour servir de support à la répétition régulière d'un cycle d'audit de pratique, avec les actions de formation qui peuvent en découler. En cas d'hospitalisation, il donne l'accès à un dossier hospitalier exhaustif. Enfin, il permet la constitution d'une base de données en soins primaires utilisable pour des études cliniques.

Son évaluation portera sur son impact sur le processus de soins, les résultats métaboliques et l'incidence des complications.

Conclusion

Pour sortir du dilemme entre recommandations et pratiques, il est nécessaire de repenser les rapports entre la théorie et la pratique, d'accepter enfin l'idée que le modèle de la science appliquée est incomplet, c'est-à-dire qu'il ne peut expliquer simplement certaines situations divergentes. Il y a besoin de réflexion sur le savoir et de réflexion en action qui se manifestent tant dans les actions réussies que par l'analyse du blocage. Cette investigation réflexive est une forme particulière de recherche qui fonctionne mieux lorsque les chercheurs et les praticiens s'engagent dans une collaboration mutuelle.

Il n'existe pas de remède miracle pour améliorer les pratiques des médecins : il est nécessaire de combiner largement les interventions en privilégiant celles qui ont fait la preuve de leur efficacité, c'est-à-dire les stratégies les plus actives pour le praticien comme l'association audit avec retour d'information et rappels pendant l'action. Nous avons développé ces stratégies à travers la constitution d'un réseau de soins et le partage d'un dossier médical par Intranet. Cela devrait produire des informations et des savoirs capables de diminuer ces fameuses discordances qui posent un réel problème de santé publique.

L'objectif final est bien entendu de réduire l'écart entre la pratique médicale et les recommandations, non de réduire la pratique médicale à l'application des recommandations, car... « *Tout médecin qui pense qu'il pourrait être remplacé par un ordinateur devrait l'être* » (A. Moles, Les sciences de l'imprécis, 1990).

TABLEAU II – STRATÉGIES DE SUIVI APRÈS UN AN DANS L'ÉTUDE SDM

Suivi depuis 1 an	Groupe d'intervention (%)	Groupe témoin (%)	Signification (%)
Microalbuminurie	77,1	38,3	p < 0,0001
Examen cardiologique ou ECG	59,9	35,3	p < 0,0001
Examen ophtalmologique	64,1	45,9	p < 0,0001
Dosage HbA1c	97,7	80,5	p < 0,0001
Dosage cholestérol total et triglycérides	90,5	71,9	p < 0,0001
Créatinine	78,6	61,7	p < 0,0001
Sensibilité des pieds	89,7	41,3	p < 0,0001
Palpation des pouls	93,5	81,2	p < 0,0001
Auscultation des artères cervicales	91,6	77,2	p < 0,0001

Références

1. ANAES. Recommandations pour le suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 13 : 207-10.
2. AFSSAPS. Recommandations pour le traitement médicamenteux du diabète de type 2. *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 13 : 1444-7.
3. Allemand H, Fender P, Weill A *et al*. Échelon national du service médical. Département analyse des soins de ville et hospitaliers. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémifiants oraux en 1998. Paris, octobre 1999.
4. Germanaud J, Quiniou AI, Janvier M, Dat A. Évaluation des modes de suivi du diabète non insulino-dépendant en région Centre. *Rev Med Assurance Maladie* 1997 ; 2 : 52-60.
5. Cherrier C, Thivoyon G, Jacquemin J, Graille M. Suivi ambulatoire des patients diabétiques non insulino-dépendants : enquête pratique au sein d'une population d'assurés sociaux de Haute-Marne. *Rev Med Assurance Maladie* 1995 ; 3 : 97-104.
6. Petryk L, Douet C, Correze JR, Ouahnon J. Suivi médical des diabétiques non insulino-dépendants de la population agricole du département de la Gironde. *Rev Med Assurance Maladie* 1996 ; 3 : 116-26.
7. Parjoie R, Cherrier C. Le diabète dans la région Champagne-Ardenne en 1997. Service Médical de la Région du Nord-Est. CNAMTS.
8. Ostermann M. Action DNID-MSA-67, résumé du rapport d'étape au 31/03/97. Communication personnelle.
9. Varroud-Vial M, Méchal P, Joannidis S *et al*. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. *Diab Metab* 1999 ; 25 : 55-63.
10. Attali C, Varroud-Vial M, Simon D *et al*. Prise en charge des diabétiques de type 2 : en décalage par rapport aux recommandations. *Rev Prat Med Gen* 2000 ; 14 : 1347-52.
11. Varroud-Vial M, Kleinebreil L. Amélioration de la prise en charge du diabète de type 2, l'apport de DIABEST. *Dis Manage Health Outcomes* 1998 ; 4 (suppl. 1) : 61-71.
12. Bellorini MN, Deloffre B, Luciani M *et al*. Opération diabète 1992 [Abstract]. *Diabetes Metab* 1999 ; 25 (suppl. 1) : LIV.
13. Detournay B, Vauzelle-Kervroedan F, Charles MA *et al*. Épidémiologie, prise en charge et coût du diabète de type 2 en France en 1998. *Diabetes Metab Rev* 1999 ; 25 : 356-65.
14. Halimi S, Zmirou D, Benhamou PY *et al*. Huge progression of diabetes prevalence and incidence among dialysed patients in mainland France and overseas French territories. A second national survey six years apart (UREMI-DIAD 2 study). *Diabetes Metab Rev* 1999 ; 25 : 507-12.
15. Lawler FH, Viviani N. Patients and physician perspectives regarding treatment of diabetes: compliance with practice guidelines. *J Fam Pract* 1997 ; 44 : 369-73.
16. Grol R. National standard setting for quality care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract* 1990 ; 40 : 361-4.
17. MacLeod JM, Lutale J, Marshall SM. Albumin excretion and vascular deaths in NIDDM. *Diabetologia* 1995 ; 38 : 610-6.
18. Backlund LB, Algreve PV, Rosenqvist U. New blindness in diabetes reduced by more than one-third in Stockholm County. *Diabetic Med* 1997 ; 14 : 732-40.
19. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients in type 2 diabetes mellitus. UKPDS 33. *Lancet* 1998 ; 352 : 837-53.
20. Worral G, Freaque D, Kelland J *et al*. Care of patients with type II diabetes: a study of family physicians' compliance with clinical practice guidelines. *J Fam Pract* 1997 ; 44 : 374-81.
21. Hetlevik I, Holmen J, Midthjell K. Treatment of diabetes mellitus: physicians adherence to clinical guidelines in Norway. *Scand J Prim Health Care* 1997 ; 15 : 193-7.
22. Wandell PE, Brorsson B, Aberg H. Diabetic patients in primary health care: quality of care three years apart. *Scand J Prim Health Care* 1998 ; 16 : 44-9.
23. Khunti K, Baker R, Rumsey M *et al*. Quality of care of patients with diabetes: collation of data from multi-practice audits of diabetes care in primary care. *J Fam Pract* 1999 ; 16 : 54-9.
24. Chin MH, Auerbach SB, Cook S *et al*. Quality of diabetes care in community health care center. *Am J Public Health* 2000 ; 90 : 31-4.
25. Faruqi, Frith J, Colagiuri S *et al*. The use and perceived value of diabetes clinical management guidelines in general practice. *Aust Fam Physician* 2000 ; 29 : 174-6.
26. Durieux P. Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1999.
27. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. *Lancet* 1993 ; 342 : 1317-22.
28. Larme AC, Pugh JA. Attitudes of primary care providers toward diabetes. *Diabetes Care* 1998 ; 21 : 1391-6.
29. Attali C. La théorisation des pratiques : une voie de recherche féconde pour la médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 1998 ; 12 : 419 : 31-3.
30. Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB *et al*. Local opinions leaders to improve health professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 1997.
31. Freemantle N, Harvey EL, Grimshaw JM *et al*. The effectiveness of printed educational materials in changing the behaviour of health care professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 1996.
32. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA *et al*. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
33. Gerstein HC, Reddy SS, Dawson KG *et al*. A controlled evaluation of a national continuing medical education programme designed to improve family physicians' implementation of diabetic-specific clinical practice guidelines. *Diabetic Med* 1999 ; 16 : 946-9.
34. Feder G, Griffiths C, Highton C *et al*. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomised controlled trial in general practices in London. *BMJ* 1995 : 1473-8.
35. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA *et al*. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
36. Balas EA, Boren SA, Griffing G. Computerized management of diabetes: a synthesis of controlled trial. *Proc Amia Symp* 1998 ; 295-9.
37. Lobach DF, Hammond WE. Computerized decision support based on a clinical practice guideline improve compliance with care standards. *Am J Med* 1997 ; 102 : 89-98.
38. Nilasena DS, Lincoln MJ. A computer-generated reminder system improves physician compliance with diabetes care guidelines. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1995 : 640-5.
39. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 1998 ; 317 : 390-5.

Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations

Dialogue entre Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste, 75018 Paris,
et **Sabine Laversin**, médecin généraliste, ANAES, 159, rue Nationale, 75640 Paris cedex 13.

Jean-Pierre Aubert : Après avoir relu les recommandations de l'ANAES, ainsi que les débats qui ont traversé ces derniers mois les colonnes de La Revue du Praticien-Médecine Générale *, je ressens un certain malaise face aux recommandations pour la pratique clinique. Je suis un ferme partisan de la médecine fondée sur les preuves, et donc les stratégies qui en découlent (comme celles de l'ANAES) devraient m'apporter satisfaction... et pourtant, des interrogations demeurent.

Lorsque l'on consulte les dernières recommandations de l'ANAES sur le diabète (celles de la version courte, la version longue n'étant probablement jamais lue par les médecins généralistes compte tenu de leurs contraintes de temps), on découvre un texte dense, extrêmement riche en information, où chaque ligne mérite d'être lue avec attention. La densité même de ce texte en fait une faiblesse : chaque recommandation est présentée au même niveau, ce qui entraîne une certaine confusion pour le lecteur. Il serait utile de disposer d'un chapitre « Que contient de nouveau le texte qui suit ? ». Par exemple, dans le domaine du diabète, l'une des dernières nouveautés issues de l'étude UKPDS, est l'extrême attention portée au suivi de la pression artérielle des diabétiques. Cette information devrait sauter aux yeux du lecteur, et être détachée dans un paragraphe propre. De la même façon, la force, l'importance des recommandations ne sont pas précisées. La catégorisation des recommandations (grades A, B, C...) n'est pas toujours indiquée dans les versions longues. Elle ne l'est carrément plus du tout dans les versions courtes (sauf quelques mentions « d'accord professionnel fort »). Résultat : des informations de valeur scientifique différente sont citées sur le même plan. Ainsi, la fréquence du fond d'œil (une fois par an) n'a pas été évaluée correctement ; on ne connaît pas sa fréquence « optimale » de surveillance. C'est donc une information sujette à caution. En revanche, la valeur de la microalbuminurie comme marqueur de gravité générale du diabète est certaine. Pour clarifier les choses, ne faudrait-il pas disposer d'une présentation des recomman-

dations sur un plan type ? Par exemple, en matière de diabète, voici : 1) ce dont on est certain ; 2) ce qui est probablement vrai, assis sur des études préliminaires insuffisantes, mais pertinentes ; 3) ce qui n'est pas démontré, mais sur lequel il existe un accord professionnel.

Sabine Laversin : Les recommandations pour la pratique clinique tentent de faire l'état des connaissances sur un sujet donné après une analyse qui se veut la plus exhaustive possible de la littérature. Le document final est en général dense, probablement peu pratique pour le médecin, d'où l'existence d'une version courte qui résume en 5 à 10 pages l'argumentaire. Ce texte court est forcément riche en information puisqu'il se veut reprendre les conclusions d'un rapport d'une centaine de pages. Ces recommandations ont de l'intérêt pour le médecin qui, selon sa disponibilité, les spécificités de sa pratique et ses centres d'intérêt, se référera aux recommandations dans leur version courte ou se plongera dans la version longue pour avoir une information plus détaillée. Ces 2 versions sont accessibles et téléchargeables à partir de notre site Internet (www.anaes.fr). La présentation des recommandations pour la pratique clinique reprend généralement un modèle qui nous est familier : diagnostic, traitement, suivi et prévention. Il me semble que cette présentation est à conserver. En revanche, peut-être faut-il effectivement envisager d'autres formes de diffusion des recommandations, où l'on pourrait soit faire ressortir les nouveautés, soit, comme vous le suggérez, hiérarchiser les recommandations selon le niveau de preuve. Cependant, cette seconde approche peut générer une certaine confusion, tous les éléments de diagnostic, traitement, etc., se mélangeant au fil des grades.

Jean-Pierre Aubert : L'exercice de notre art est devenu encore plus difficile depuis que nous sommes bombardés de recommandations. Or, aucun de nos patients n'a une pathologie isolée. Monsieur H., 77 ans, est artériel, coronarien, diabétique, hypertendu et insuffisant respiratoire. Il est aussi un « mauvais » patient. Il veut continuer à « bien vivre », limiter les contraintes de vie personnelle et ne veut pas passer son temps chez les médecins. C'est là un profil de patient extrêmement courant en médecine générale. Faites la somme des recommandations actuelle-

* Voir à ce sujet :

– ANAES. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Rev Prat Med Gen 1999 ; 13 : 207-10.

– Hefti P et al. Recommandations ANAES et diabète de type 2 : le désaccord. Rev Prat Med Gen 2000 ; 14 : 256-7.

– Le courrier des lecteurs paru dans le n° 502 du 29 mai 2000 et le texte de Marie-France Le Goaziou et Christian Mongin p.1792 de ce numéro.

ment disponibles le concernant : il y en a une montagne qui n'est pas gérable en l'absence de leur hiérarchisation, basée sur leur impact en termes d'espérance de vie. Vous m'accorderez que la prise en charge de monsieur H. nécessite des conseils pour l'arrêt du tabac, un exercice physique régulier sous forme de marche en terrain plat, un régime hypocalorique et hypolipidique, une consommation d'alcool modérée, une prise d'aspirine à faible dose, des soins attentifs pour ses pieds, un contrôle strict de son hypertension, de son hémoglobine glyquée et de sa créatinémie, la prescription d'un IEC en première intention pour traiter son hypertension, du laser sur sa rétine, etc. Volontairement, je n'ai choisi que les éléments majeurs de son suivi, mais il faut encore sélectionner les objectifs prioritaires. Monsieur H. ne fera pas tout. Sa santé le préoccupe, mais il ne veut pas qu'elle devienne sa monomanie. Il faut au médecin une hiérarchie des choses en termes de facteurs de risques et d'analyse plurifactorielle, un outil informatique dans lequel il puisse entrer les éléments de risque de son patient et qui me réponde pragmatiquement : « si vous ne devez faire qu'une chose pour monsieur H., faites-le arrêter de fumer. Si monsieur H. est plus coopérant, alors choisissez de traiter son hypertension en associant tel et tel produit. Au degré 3 de coopération, vous ajouterez le suivi du poids, etc. » Actuellement, c'est le bon sens du médecin qui, au secret de son cabinet, guide sa conduite. Son bon sens est-il fiable ?

Sabine Laversin : Une recommandation pour la pratique clinique traite d'une question limitée après discussion avec des professionnels concernés par la thématique. Dans l'exemple de la recommandation sur le suivi du patient diabétique de type 2 (à l'exclusion du suivi des complications), la recommandation est centrée sur le diabète (diagnostic et contrôle glycémique) et le dépistage des complications. Nous en percevons les limites. Mais dans le contexte de cette maladie diabétique, comment élaborer des recommandations qui prendraient en compte toutes les situations que vous rencontrez quotidiennement dans votre exercice : le diabétique hypertendu, coronarien, artéritique, fumeur, anxieux, dépressif, etc. ? L'exercice n'est peut-être pas impossible mais, à l'évidence, il est difficile. Une recommandation est une aide à la décision, elle ne pourra probablement jamais reprendre toutes les situations cliniques que vous

rencontrez. Il y a un travail incontournable d'appropriation et d'adaptation par le médecin de la recommandation à sa pratique et à son environnement. Dans l'avenir, l'outil informatique permettra peut-être d'aider les médecins à hiérarchiser les risques. Mais en l'état actuel des choses, nous ne disposons pas de données suffisamment validées dans tous les domaines pour fonder la décision médicale sur cette seule approche.

Jean-Pierre Aubert : Les recommandations pour la prise en charge des diabétiques, comme la plupart des recommandations, sont remplies d'implications pratiques pour les patients. On recommande au généraliste de surveiller les pieds de ses diabétiques, de leur conseiller le sport, de leur faire perdre du poids... Vœu pieux. Le médecin a besoin de documents très pratiques destinés aux patients : comment surveiller leurs pieds, comment organiser une activité sportive progressive, comment perdre du poids ? Si l'on souhaite améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, il faut considérer le patient comme un partenaire majeur. Il faut donc que l'ANAES édite des recommandations pour les patients.

Sabine Laversin : Des recommandations destinées aux patients demanderaient probablement une autre approche ou une adaptation de la méthode utilisée pour l'élaboration des recommandations pour la pratique clinique. Il faut par ailleurs tenir compte des associations de patients : elles élaborent déjà, pour certaines d'entre elles, des documents destinés aux patients. Les recommandations pour la pratique clinique sont destinées aux professionnels. Elles s'efforcent, lorsque c'est possible, de donner des conseils aux médecins pour l'éducation de leurs patients. Il ne faut pas perdre de vue que ces recommandations sont élaborées en étroite collaboration avec les professionnels de santé. Ces praticiens, spécialistes et médecins généralistes, en activité, ont une origine géographique variée et un mode d'exercice public ou privé de façon à prendre en compte au mieux les différentes formes d'exercices. Parmi les nombreuses publications que peut recevoir chaque jour un médecin, les recommandations pour la pratique clinique peuvent constituer un fonds documentaire auquel il pourra se référer au gré de son exercice et elles contribuent ainsi à une amélioration de la qualité des soins.



Un e-mail au service de votre abonnement

Pour :

- Obtenir un renseignement
- Souscrire votre abonnement
- Effectuer votre réabonnement
- Commander un numéro
- Confirmer un changement d'adresse

votre contact : abo@jbbsante.fr

