

Comment améliorer la qualité?

De la standardisation à la médecine centrée sur le patient

Johannes Brühwiler

Président du groupe de travail qualité de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG

Le groupe de travail qualité de la SSMIG a, au cours d'un processus intensif, analysé les particularités et les défis de la médecine interne générale. Il est rapidement apparu que la polymorbidité, les pathologies chroniques et les patients très âgés nécessitaient une approche spécifique.

Face aux vastes connaissances sur les maladies, qui sont soumises à un processus de changement continu, se trouve la situation individuelle du patient. De nombreuses publications ainsi que notre propre expérience nous ont permis de savoir que la qualité n'est pas une mesure statique mais un processus d'évolution dynamique qui doit être continuellement contrôlé. À partir de ces observations, le groupe de travail qualité de la SSMIG a développé un processus qui fait appel aux connaissances disponibles sur les pathologies tout en plaçant les patients au centre des préoccupations et en favorisant un développement de la qualité systématique et ciblée.

Adapter les recommandations au cas par cas

Les recommandations sont au cœur de la discussion sur la qualité depuis de nombreuses années. Elles mettent à disposition les connaissances actuelles sur les pathologies. Les recommandations traitent des maladies. Les nouvelles connaissances acquises par le biais de procédure statistique sont basées sur des études menées auprès de grands groupes de patients, répondant souvent à des critères sélectifs. Les statistiques permettent de passer de cas isolés à des affirmations plus générales. La situation individuelle du patient est mise de côté. La problématique posée par l'élaboration de recommandations a déjà fait l'objet de nombreuses discussions et n'a pas vocation à être traitée plus avant ici.

Toutefois, dans la pratique, un patient individuel se trouve face à nous, avec son contexte spécifique qui modifie les options de traitement de la maladie. Un exemple permet de mieux mettre en lumière cette problématique: le patient présente un diabète de type

II, une pathologie faisant l'objet de nombreuses démarches de qualité. Il existe donc des consignes claires (*standard operation procedures*) quant à la manière de traiter cette pathologie. Notre patient en question, M. Exemple, est en forte surcharge pondérale, ce qui explique son diabète. Il est en forte surcharge pondérale car il consomme beaucoup d'alcool. Il lui est donc difficile de respecter ses engagements et d'être présent aux rendez-vous. Pour le médecin se pose désormais la question suivante: à quel endroit faut-il intervenir dans le traitement à long terme? Il est évident qu'une prise en charge structurée, telle que décrite dans les recommandations sur le diabète, n'est pas réalisable. La prise en charge doit porter prioritairement sur la dépendance à l'alcool afin de lui offrir une chance d'amélioration. Le médecin se doit par conséquent d'adapter les recommandations compte tenu de la situation particulière du patient.

Le problème des recommandations multiples qui s'appliquent à un même patient polymorphe a également été maintes fois discuté. Des recommandations multiples pour un même patient peuvent l'exposer à un danger considérable si elles ne sont pas adaptées de manière cohérente à sa situation particulière.

Shared decision making: les objectifs du patient influencent la prise en charge

Les recommandations doivent être adaptées individuellement au patient. Cela se fait dans un processus commun qui inclut la situation spécifique du patient. Il convient de déterminer quels sont les objectifs et les attentes du patient, notamment lorsqu'il s'agit de maladies chroniques ou de patients très âgés. Voici la réponse de M. Exemple à la question de savoir quels sont

ses objectifs: «je veux vivre sans produits chimiques et il est hors de question de me piquer».

Cela signifie que nous devons expliquer au patient sa situation de manière réaliste. Les discussions sur les chances et les risques sont à étayer à l'aide d'informations aussi neutres que possible. Concernant la communication relative au risque, de nombreuses études montrent que l'ampleur de ce dernier est souvent mal évaluée [1]. La prise en charge du patient part sur de bonnes bases lorsque nous parvenons à concilier les attentes et objectifs de vie du patient avec les risques et les chances liés à un traitement, et ce, qu'il s'agisse d'un traitement bien suivi ou bien d'un abandon de ce dernier. Les décisions sont réparties en fonction des objectifs individuels du patient. Les recommandations ne fournissent que les principes de base par rapport à ce qui est possible et ce à quoi on peut s'attendre en présence d'une pathologie donnée.

Le processus décrit peut s'avérer très long et parfois même lourd pour le patient et le médecin. Il ne peut être appliqué de la même manière dans chaque situation. Il existe toujours des barrières linguistiques et culturelles. En Suisse, des supports d'information adaptés à différentes cultures et rédigés en de nombreuses langues sont disponibles et il existe des centres d'accueil pour les difficultés transculturelles. Lorsqu'une situation est simple et sans malentendu, le médecin fait une proposition de traitement qui est généralement acceptée.

Définition de l'objectif et planification du traitement

Une fois les attentes et possibilités du patient, d'une part, et les solutions offertes par les médicaments et le médecin, ou la personne soignante, d'autre part, clairement définies dans le cadre du processus de décision commune, le plan thérapeutique est alors établi à l'étape suivante. A cet effet, il s'agit de déterminer quel objectif peut être atteint dans quel délai. Par trop souvent, nous entendons par exemple: «Je vais perdre

20 kg en quatre semaines». Il serait plus réaliste de viser 4 kg en six mois. Les objectifs doivent être atteignables et clairement mesurables et des objectifs intermédiaires peuvent s'avérer utiles. Idéalement, le patient est capable de définir son objectif lui-même avec éventuellement un peu d'aide.

Atteinte de l'objectif et amélioration de la qualité

Maintenant que nous disposons d'un objectif défini conjointement associé à un horizon temporel, il est désormais possible de déterminer dans quelle mesure l'objectif a été atteint. Une fois ce dernier atteint, un nouvel objectif est discuté, à moins que le maintien de l'état actuel soit déjà une réussite en soi. Si l'objectif n'est pas atteint, nous disposons d'une occasion idéale de discuter des raisons. Les objectifs du patient ont peut-être changé ou le traitement devrait être modifié. Nous sommes ici dans un cycle classique d'amélioration de la qualité. La situation de départ est très favorable pour cette amélioration car le patient est impliqué depuis le départ. Le degré d'atteinte des objectifs fournit une mesure réaliste de la qualité obtenue car le point de vue du patient et sa situation ont été largement pris en compte.

Perspective

Les membres du groupe de travail qualité sont conscients qu'ils décrivent un processus idéalisé. C'est pour cette raison que nous avons élaboré un exemple concret décrit dans le présent article. Le modèle n'est pas lié à un domaine de spécialité spécifique et peut être utilisé dans un contexte ambulatoire ou stationnaire.

Références

- 1 Gigerenzer G. Risiko, wie man die richtigen Entscheidungen fällt. C. Berthelsmann Verlag, München 2013.

Correspondance:
Dr. med. Johannes Brühwiler
Facharzt FMH
für Innere Medizin
Klosbachstrasse 123
8032 Zürich
johannes.bruehwiler[at]
hin.ch

Concept de nouveaux guidelines

Jacques Donzé

Médecin adjoint, service de médecine interne générale, clinique universitaire, Inselspital, Berne

La prise en charge des patients multimorbides est sans nul doute un des principal défi auquel doit faire face actuellement la médecine. L'espérance de vie ces derniers 45 ans a augmentée de plus de 10 ans, pour atteindre maintenant en Suisse une moyenne de près de 83 ans. Les personnes de 65 ans ont donc une espérance de vie de près de 20 ans, dont la moitié de ces années en bonne santé [1]. Les personnes âgées ont donc de plus en plus de temps de développer pas seulement une, mais plusieurs maladies. En Suisse, on estime que plus de trois-quarts de la population de plus de 75 ans souffrent d'au moins 2 maladies chroniques [2].

La multimorbidité chez les patients âgées résonne de façon particulièrement forte en médecine interne générale (MIG), où près de 90% des patients sont multimorbides, que ce soit en cabinet médical ou en milieu hospitalier [3, 4]. Elle est associée à de nombreux événements indésirables, telles que des complications thérapeutiques (liée à la polypharmacie), une réduction de l'indépendance fonctionnelle, un stress psychologique, une augmentation des hospitalisations évitables, et autres utilisation des ressources de soins, une diminution de la qualité de vie, ainsi même qu'une augmentation de la mortalité [5–10]. Une personne souffrant de 4 maladies chroniques aura 100 fois plus de risque d'être hospitalisée qu'une personne sans maladie chronique [7].

Pourtant, le système de soin est orienté vers un modèle de «mono-pathologies» qui tient peu ou mal en compte la multimorbidité. De même, les recommandations de pratique clinique sont presque sans exception destinées à des patients mono-pathologiques. Ces recommandations basées sur l'évidence sont de plus en plus rédigées par des spécialistes ou hyperspécialistes, et reflètent donc de moins en moins la réalité quotidienne de l'interniste généraliste, que ce soit en cabinet ou à l'hôpital. Le médecin interniste généraliste se retrouve donc d'un côté avec un patient qui a de multiples maladies chroniques et ses préférences thérapeutiques, et de l'autre des recommandations pour patients monopathologiques qui ne tiennent pas compte des comorbidités, les rendant ainsi souvent difficilement applicables. Ces limitations ont été bien illustrées par C. Boyd dans le cas hypothétique d'une femme de 79 ans multimor-

bide, qui si l'on suivait les guidelines pour chacune de ses maladies devrait recevoir 12 médicaments en 19 doses, en plus d'une thérapie non-pharmacologique complexe [11]. Or, plus le traitement est compliqué et lourd, plus le risque de non-compliance, le risque de réactions indésirables (chutes, troubles cognitifs, effets secondaires médicamenteux) sont élevés.

Comment aider le généraliste dans ses prises de décisions?

Avec un nombre quasi illimité de combinaisons de maladies chroniques, comment donc aider le généraliste dans ses prises de décisions et d'intégrer au mieux les évidences scientifiques chez ses patients multimorbides?

Prenons l'exemple d'un patient souffrant de goutte dans le cadre de syndrome métabolique. Son diabète est compliqué par une insuffisance rénale chronique et d'une insuffisance cardiaque post-ischémique. Typiquement, les études et les guidelines s'intéresseront principalement à mettre en avant la meilleure thérapie pour l'ensemble des patients indépendamment de leur comorbidités, reléguant au mieux au second rôle les «moins bonnes» thérapies. Dans le cas de la goutte, il n'y a de plus que très peu d'études comparatives, ce qui rend les choix encore plus difficiles. Cependant, les guidelines s'appliquent à mettre en avant la thérapie qui semble le plus efficace chez un patient qui souffre simplement de goutte, avec certains qui proposeront plutôt les anti-inflammatoires non stéroïdiens, et d'autres les corticoïdes. Cependant, la prescription de ces 2 substances chez notre patient hypothétique devraient soulever des questions de risques de complications, en raison de ses comorbidités. L'hypertension, le diabète, l'insuffisance cardiaque, et l'insuffisance rénale contre-indiquent au moins partiellement la prescription de ces 2 substances. Les guidelines cependant reste muets face aux choix à faire en cas de multimorbidités, laissant le médecin finalement seul, sans qu'aucun des guidelines ne fournisse de réelle aide décisionnel. Ces défis décisionnels en cas de multimorbidités sont illustrés dans la figure 1.

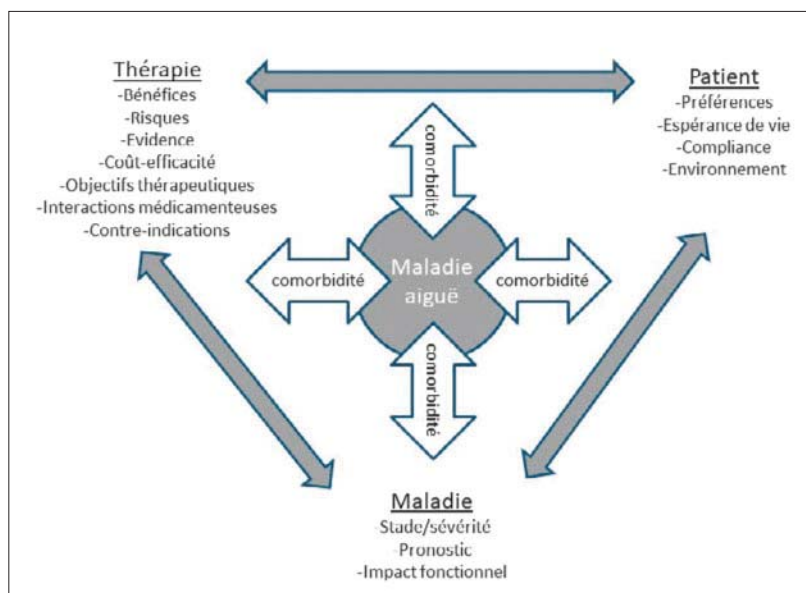


Figure 1: Défis décisionnels chez le patient multimorbide.

Les guidelines à disposition ne sont pas applicables pour la grande majorité des patients âgés multimorbides

Face à ce défi quotidien et dans l'optique d'une amélioration de la qualité des soins, la commission de la qualité des soins de la SGAIM s'est penché sur la problématique. Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins en médecine interne générale, il nous a semblé tout d'abord important de promouvoir des guidelines. Or, il est vite apparu les lacunes à combler pour atteindre ce but. Premièrement, il n'y a pas d'organisme en charge de créer des guidelines spécifiquement pour la Suisse. Bien que les guidelines américains ou européens sont le plus souvent utilisés, une adaptation pour la Suisse est parfois nécessaire. Deuxièmement, les guidelines à disposition ne sont pas applicables pour la grande majorité des patients âgés multimorbides de MIG. Il apparaît donc comme une évidence de devoir combler ces lacunes en vue d'une amélioration de la qualité des soins de patients de médecine interne en Suisse.

Il serait donc utile dans la pratique quotidienne et innovant d'avoir à disposition des guidelines dont le contenu tient compte de la multimorbidité. Concrètement, nous avons donc réfléchi aux stratégies pour créer de tels guidelines. Comme le nombre de combinaisons de maladies est quasi infini il n'est pas envisageable de présenter des aides décisionnelles pour chacune de ces combinaisons, mais plutôt de focaliser sur les combinaisons les plus fréquentes. Van den Bussche a identifié par exemple que plus de 50% des patients

multimorbides âgés ont aux moins 3 des maladies suivantes : diabète, hypertension artérielle, hyperlipidémie, maladie coronarienne, lombalgies chroniques, athrose) [12]. Cependant, créer des guidelines en tenant compte uniquement de ces comorbidités fréquentes n'est pas toujours approprié. Il semble plus judicieux d'inclure pour chaque maladie les comorbidités qui lui sont attachées et/ou qui peuvent poser le plus de difficultés décisionnelles. De plus, les contre-indications de chacune des possibles thérapies doivent être clairement exposées, afin de donner au médecin la possibilité de choisir la thérapie la plus adaptée à la circonstance.

C'est avec cet optique qu'un premier guideline a été créé. La goutte a été choisi comme projet pilote, en raison du manque de guidelines dans ce domaine, et de sa prévalence à la fois en milieu ambulatoire et hospitalier. Le guideline contient les rubriques suivantes: 1) Key points; 2) Prévalence et symptômes; 3) Mesures et critères diagnostiques; 4) Algorithme thérapeutique; 5) Résumés des principales thérapies avec leur différences et contre-indications; 6) Indications et contre-indications des thérapies en fonction de comorbidités fréquemment associées à la maladie en question; 7) Références. Ce guideline a pour but de réunir de manière synthétique et en quelques pages les principales informations nécessaires au médecin interniste généraliste pour prendre la meilleure décision possible en fonction des caractéristiques propre de chacun de ses patients.

Jusqu'à 90% des patients multimorbides sont exclus des études

D'une manière générale, dans le futur quels moyens devraient être mis en œuvre pour rendre les guidelines plus applicable à nos patients multimorbides? Premièrement, il serait nécessaire d'inclure des patients multimorbides dans les études randomisées contrôlées, car seule une minorité de patients multimorbides sont inclus dans ces études qui serviront d'évidence pour les guidelines. En effet, jusqu'à 90% des patients multimorbides sont exclus des études randomisées contrôlées publiées par les principaux journaux médicaux [13]. Une généralisation des résultats à la population de patients âgés multimorbide n'est donc pas sans questionnement. On peut espérer que les stratégies mises en place par l'agence européenne des médicaments en 2011 pour favoriser la recherche chez les patients âgés multimorbides portera ses fruits, ce qui

Suite à la page 22