



# Manuel de développement des compétences

→ Dossier pour les participants  
*Mal de gorge aigu*

*Développé par la*

Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen - St.-Hubertusstraat 58 - 2600 Berchem  
Sous la responsabilité du Centre belge d'information Pharmacothérapeutique asbl

# Table des matières pour le participant .

## Guide

Le projet information indépendante sur les médicaments

## Modules

### **Module 1** *Recommandation*

- ◇ Ce trouve ci-dessus

### **Module 2** *Messages clés*

- ◇ Texte : Messages clés

### **Module 3** *Affirmations Vrai-Faux*

- ◇ Affirmations Vrai-Faux

### **Module 4** *Casuistique*

- ◇ Discussion de cas

### **Module 5** *La valeur de tests diagnostiques dans le cadre du mal de gorge aigu – analyse de la décision médicale*

- ◇ Glossaire
- ◇ Cas

### **Module 6** *Communication*

- ◇ Contexte
- ◇ Liste d'appréciations
- ◇ Conclusions

### **Module 7** *Concertation interactive Médecins / Pharmaciens*

- ◇ Contexte
- ◇ Cas

## **Module 8** *Enregistrement des pratiques*

- ◇ Rapport de l'Institut scientifique de la Santé publique Louis Pasteur
- ◇ Pharmanet

## **Annexe**

Introduction

## *Guide*

# **Le Projet Information indépendante sur les médicaments**

Le présent Manuel de développement des compétences a été élaboré dans le cadre du projet « **Information indépendante sur les médicaments** ». Ce projet est mené à bien avec le soutien du Ministère de la Santé Publique et est le fruit d'une collaboration entre le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et la société scientifique des généralistes néerlandophones (WVVH) et de pharmaciens (APB et OPHACO).

Le projet vise à contribuer à la formation et au perfectionnement des généralistes dans le domaine de la prescription de médicaments.

Il se base pour ce faire sur une « information indépendante », ce qui signifie que toutes les informations contenues dans le manuel reposent sur des données fiables et scientifiquement fondées.

La contribution de la WVVH a consisté à traduire ces données scientifiques en des documents utilisables au sein de groupes GLEM.

Plusieurs recommandations de bonne pratique médicale ont été émises par la WVVH et la SSMG en vue de promouvoir la qualité de la médecine généraliste. Elles fournissent des lignes de conduite sur lesquelles le généraliste soucieux de la qualité pourra baser ses actes. Le présent manuel est basé sur la recommandation « Acute keelpijn » (mal de gorge aigu) rédigée par Dr. Marc De Meyere et Dr. Jan Matthijs.

Le simple fait de mettre la recommandation à disposition ne suffit généralement pas pour modifier la pratique. Un soutien supplémentaire s'impose. Ce manuel apporte des éléments d'aide pour mettre la recommandation en pratique.

Le présent dossier rassemble une série d'outils de concertation en pharmacothérapie à utiliser au sein de votre GLEM. Outre de multiples conseils axés sur une pharmacothérapie correcte, vous trouverez des documents qui vous permettront de prendre ensemble un certain nombre de dispositions tendant à une politique de prescription plus rationnelle.

Recommandation de bonne  
Pratique médicale

# Module 1 :

## Recommandation de bonne pratique médicale

### ***Mode d'emploi du module***

#### **Objectif**

Transfert de connaissances  
Présentation d'une ligne de conduite « evidence-based » pour le traitement des maux de gorge aigus dans la pratique

#### **Durée**

Pas d'application  
Lecture préalable

#### **Taille du groupe**

Pas d'application

#### **Explications**

Dans cette section, vous pourrez lire les résultats des recherches dans la littérature. La « recommandation relative au Mal de gorge aigu » est le fruit d'une procédure normalisée (pour une description plus détaillée de la méthode utilisée, nous vous renvoyons à l'alinéa « Élaboration » à la p. 11 de la recommandation même) et a été validée par le groupe de validation indépendant en 1999. Les principaux éléments sont rappelés dans le module 2.

#### **Réalisation**

L'idée est que les participants, avant d'utiliser le manuel, soient informés des connaissances existantes quant à la manière d'aborder le mal de gorge aigu. Pour ce faire, un travail individuel est le plus approprié.

Informez-en les participants du groupe avant d'entamer les autres sections du manuel.

La façon d'utiliser cette section est décrite sous le titre « Réalisation » du module 2.

#### **Matériel**

La recommandation est ci-dessus.

Messages clés

## Module 2: Messages clés

### Messages clés

1. Une culture de streptocoques n'est positive que dans 30 % des cas de mal de gorge aigu, dont environ 30 % encore chez des porteurs sains.
2. Il est impossible de distinguer à bref délai et avec certitude une infection streptococcique d'autres infections (virales) de la gorge: ni l'anamnèse, ni l'examen clinique (y compris l'aspect de la gorge!), ni le Streptest ne le permettent.
3. Il importe d'identifier les patients à risque et d'également exclure, par l'examen clinique, des affections telles que la scarlatine, l'abcès, la mononucléose infectieuse,...
4. L'analyse en laboratoire est indiquée en cas d'anamnèse de maux de gorge et/ou de fatigue persistant plus d'une semaine, notamment pour diagnostiquer une mononucléose infectieuse.
5. Le rhumatisme articulaire aigu et la glomérulonéphrite aiguë sont actuellement, dans le monde occidental, des complications très rares d'une angine streptococcique. Les antibiotiques n'ont aucune chance de prévenir de telles complications. Il n'existe pas encore suffisamment d'éléments probants pour justifier la prescription multiple d'antibiotiques à titre préventif de complications suppuratives locales.
6. Les antibiotiques peuvent être indiqués dans les cas suivants:
  - patients à risque: entre autres, traitement oncologique, antécédents de rhumatisme articulaire aigu, résistance générale diminuée, insuffisance cardiaque, troubles valvulaires,...
  - état pathologique grave
  - épidémie au sein d'une communauté fermée
  - récidives: au moins 5 fois par an.

Un analgésique suffit dans les autres cas. La préférence ira au paracétamol.

7. Si l'on envisage un recours aux antibiotiques pour influencer favorablement l'évolution clinique, le traitement devra être entamé dans les 48 h suivant l'apparition des symptômes. La maladie peut ainsi être écourtée de  $\pm 24$  h chez un maximum de 20 % des patients. La plupart des études révèlent cependant qu'il ne s'ensuit malheureusement pas une reprise plus rapide du travail ou des cours.
8. Si le patient n'appartient pas à un groupe à risque, le médecin décidera en accord avec ce dernier de la prise ou non d'antibiotiques. Les avantages et les inconvénients d'un tel traitement seront soigneusement soupesés.
9. La pénicilline ou ses dérivés (Oracilline® , Rixapen®, Peni-Oral®) constitueront l'antibiotique de prédilection.  
En cas d'hypersensibilité, un (néo)macrolide pourra s'y substituer.

Un traitement de 7 jours suffit.

10. Aucun suivi n'est normalement nécessaire. En cas de persistance (> 5-7j) des problèmes de déglutition, des maux de gorge ou de la fatigue, le patient reprendra contact avec son généraliste.
11. L'envoi auprès d'un spécialiste n'est indiqué qu'en cas de:
  - présomption d'un abcès péri-amygdalien ou d'une lymphadénite suppurée
  - récidives au moins 5 fois par an, 2 ans de suite.

Affirmations vrai / faux

## **Module 3: Affirmations Vrai-Faux**

**Entourez ou soulignez la réponse selon que l'affirmation est vraie (V) ou fausse (F):**

1. Des streptocoques ne peuvent être mis en évidence que dans 30 % des cas de mal de gorge aigu, parmi lesquels à nouveau seulement 30 % chez des porteurs sains.

**V / F**

2. L'observation de points blancs sur les amygdales est un argument très indicateur d'une infection streptococcique

**V / F**

3. L'infection streptococcique est quasiment certaine si tous les critères de Centor\* sont remplis.

\*ganglions gonflés et/ou sensibles à la pression; absence de toux; T > 38,5°C; exsudat sur les amygdales

**V / F**

4. Le Streptest rapide est un test valable pour diagnostiquer avec certitude une infection streptococcique en première ligne

**V / F**

5. Le titrage des ASLO en guise de confirmation du diagnostic d'une infection streptococcique présente pour inconvénient qu'il faut prévoir un intervalle d'au moins 2-3 semaines.

**V / F**

6. En cas de présomption d'une angine streptococcique, il est recommandé de demander un prélèvement de gorge avant de prescrire des antibiotiques.

**V / F**

7. Il convient toujours de soigner une angine streptococcique afin de prévenir toute complication .

**V / F**

8. L'administration d'antibiotiques dans les trois jours suivant l'apparition des symptômes permet de gagner 24 h sur la maladie, s'il s'agit d'une infection streptococcique.

**V / F**

9. Vu la résistance accrue des streptocoques, il convient de donner la préférence aux antibiotiques à large spectre.

**V / F**

10. Lors de l'administration d'antibiotiques afin d'écourter la durée de la maladie en cas d'infection streptococcique, un traitement de 7 jours suffit.

**V / F**

## **Discussion de cas**

## Module 4: CASUISTIQUE.

### *Fiches de travail destinées aux participants*

#### **Cas 1**

Une maman préoccupée vous téléphone: sa fille de 25 ans a fortement mal de gorge depuis ce matin. Le problème est qu'elle se marie dans quelques jours! Elle demande donc un remède de cheval pour que la patiente soit rétablie au plus vite. À l'examen clinique, vous constatez un exsudat blanchâtre sur les amygdales et une adénite cervicale. La température corporelle s'élève à 38.6 ° C. Interrogée, la patiente affirme qu'elle ne tousse pas.

#### **Question**

Les antibiotiques sont-ils indiqués dans ce cas?

---

---

#### **Cas 2**

Durant le week-end, le médecin de garde reçoit Carine, jeune femme de 32 ans, qui se plaint de maux de gorge aigus et de fièvre. De l'Augmentin® est prescrit à raison de 3 × 500 mg/j durant 10 jours, en plus de paracétamol. Aujourd'hui, elle vous consulte pour cause de diarrhée et de nausées.

#### **Question**

Que pensez-vous du choix de cet antibiotique?

---

---

#### **Cas 3**

Eline, une étudiante de 19 ans, vous téléphone durant la consultation. Depuis 2 jours, elle a légèrement mal de gorge. Hier, le pharmacien lui a procuré un analgésique pour la gorge en aérosol, mais il ne suffit pas. Elle n'a pas de fièvre et ne se sent d'ailleurs pas malade. Une étudiante avec qui elle loge lui a donné du Brufen®. Elle demande si ce produit convient.

#### **Question**

1. Quelle est l'utilité d'une analgésie locale?
  2. Un NSAID constitue-t-il un bon choix comme analgésique général?
- 
-

## Cas 4

Vous êtes appelé auprès de Bruce, un garçon de 14 ans qui habite chez sa grand-mère dans des logements sociaux. Il a beaucoup de fièvre et un fort mal de gorge depuis 5 jours déjà.

La douleur a augmenté progressivement et il lui est maintenant très pénible de déglutir.

Vous êtes directement frappé par un nasillement prononcé et une hypersalivation. Vous constatez ensuite à l'examen clinique une haleine fétide, un positionnement oblique de la luette accompagné d'un bombement du palais à droite ainsi qu'un gonflement des ganglions cervicaux. La température corporelle s'élève à 38.8 °C.

### **Question**

À quel diagnostic pensez-vous et que faites-vous?

---

## Cas 5

C'est le printemps. Vous êtes appelé chez Martine, une enfant de 3,5 ans. Elle fait partie d'une famille de 5 enfants. Dans le passé, vous l'avez déjà examinée à plusieurs reprises pour des bronchites spastiques. Cela fait maintenant 2 jours qu'elle a 39.2° C de fièvre. Son comportement révèle d'ailleurs la maladie: elle ne joue pas, ne veut pas manger. Elle se plaint seulement de maux de ventre. Elle ne boit que modérément et a vomi 2 fois. Sa maman la trouve difficile: elle pleure souvent et est inconsolable. Depuis ce matin, sa maman a également constaté un exsudat blanchâtre. D'un point de vue clinique, vous voyez que l'enfant est malade et vous remarquez d'emblée une éruption érythémateuse, ponctuée, qui disparaît sous la pression. Les lésions sont les plus marquées au niveau du cou, de l'aîne, des aisselles et des creux des genoux, et sont rugueuses.

L'examen de la région ORL révèle une amygdalite exsudative ainsi qu'un gonflement important des ganglions cervicaux. La langue est framboisée. L'état d'hydratation est encore convenable. Vous supposez qu'il s'agit de la scarlatine.

### **Question**

- 1) Est-il nécessaire de réaliser un titrage ASLO afin de confirmer le diagnostic?
- 2) Les antibiotiques sont-ils indiqués dans ce cas?
- 3) Quelle est votre stratégie? Un suivi est-il nécessaire pour d'éventuelles complications tardives?  
À partir de quand n'est-elle plus contagieuse?

La valeur des tests diagnostiques dans le  
cadre du mal de gorge aigu  
*Analyse de la décision médicale*

# Module 5 :

## La valeur de tests diagnostiques dans le cadre du mal de gorge aigu – analyse de la décision médicale

### A. Introduction

Ce module a été mis au point dans le but d'examiner de plus près une série d'examens susceptibles d'être pratiqués dans le cadre du mal de gorge aigu au moyen d'une étude de cas. Nous nous attachons pour ce faire aux paramètres de validité de certains tests, aussi bien dans le cadre de l'analyse clinique que de l'analyse en laboratoire. Le module est conçu pour quiconque s'intéresse à l'analyse décisionnelle ou souhaite en savoir plus sur la valeur relative et les pièges des examens susceptibles d'être pratiqués dans le cadre du mal de gorge aigu.

Il convient toutefois d'avoir des notions de base de quelques définitions relatives à l'analyse décisionnelle. En guise de rappel, nous reprenons ci-après les principales notions. Si a priori, ces définitions semblent souvent abstraites, elles s'éclaircissent et deviennent nettement plus faciles à appliquer dans la pratique quotidienne une fois associées à un cas comme illustré plus loin.

### B. Glossaire

**Prévalence** = Nombre de (cas de) maladies au sein d'une population à un moment donné. La prévalence est généralement exprimée en pourcentage, le taux de prévalence. Il représente le nombre de malades divisé par le nombre total de personnes examinées.

**Probabilité a priori** = probabilité d'un diagnostic avant la recherche ou l'utilisation d'un argument

**Probabilité a posteriori** = probabilité d'un diagnostic après utilisation d'un argument. Cette probabilité a posteriori peut alors être considérée comme une probabilité a priori pour un nouvel argument

**Argument** = toute information susceptible de confirmer ou d'infirmier un diagnostic : âge, sexe, origine, risques, symptômes, renseignements fournis par l'examen clinique, résultats de laboratoire, radiologie, etc.

**Test étalon** = le meilleur test pour diagnostiquer une maladie. Le problème est qu'un tel test n'est pas toujours pratique, par exemple, une biopsie, une autopsie ; d'autres tests seront donc réalisés pour vérifier leur efficacité par rapport au test étalon

**Sensibilité** = la proportion de malades véritables, chez lesquels le test s'est révélé positif, par rapport à toutes les personnes malades. En d'autres termes, la sensibilité est le rapport entre le nombre de personnes positives à juste titre et le nombre de malades véritables. Ou encore, la mesure dans laquelle le test permet de déceler les cas de maladies. Plus un test est sensible, moins il y a de faux négatifs. Un test à très forte sensibilité s'avère intéressant pour exclure une maladie.

**Spécificité** = la proportion de personnes en bonne santé, chez lesquelles le test s'est révélé négatif, par rapport à toutes les personnes en bonne santé. En d'autres termes, la spécificité est le rapport entre le nombre de personnes véritablement négatives et le nombre total de non-malades. Ou encore, la mesure dans laquelle un test permet de détecter les cas de non-maladie. Plus un test est spécifique, moins il y a de faux positifs. Un test à forte spécificité s'avère intéressant pour prouver une maladie.

	État réel	
test	MALADE	NON MALADE
+	a	b
-	c	d

Sensibilité =  $a/a + c$   
 Spécificité =  $d/b + d$

VP + =  $a/a + b$   
 VP - =  $d/c + d$

**Valeur prédictive d'un test positif (VP +)** = risque qu'une personne présentant un test positif soit atteinte par la maladie ou la développe. Elle est calculée en divisant le nombre de personnes réellement malades et présentant un test positif par le nombre de personnes présentant un test positif (probabilité a posteriori en cas de résultat positif du test)

**Valeur prédictive d'un test négatif (VP -)** = chances qu'une personne présentant un test négatif ne soit pas atteinte par la maladie ou ne la développe pas. Elle est calculée en divisant le nombre de personnes réellement en bonne santé et présentant un test négatif par le nombre de personnes présentant un test négatif (100 - probabilité a posteriori en cas de résultat négatif du test)

**Les valeurs prédictives d'un test dépendent de la prévalence de la maladie au sein de la population examinée.**

**Seuil d'action** = la probabilité requise d'un diagnostic pour entamer un traitement, communiquer le diagnostic, adresser le patient à un autre prestataire, etc.

**Seuil d'exclusion** = la probabilité requise d'une maladie pour suspendre tout examen.

## C. Etude de cas

### Cas 1: Valeur de l'examen clinique, prélèvement de gorge et titrage ASLO

Durant l'hiver, Pierre se rend à la consultation. Ce jeune homme de 35 ans travaille beaucoup et est en bonne santé.

Depuis hier, il souffre de mal de gorge. Tout a commencé par une rhinite, suivie d'une toux sèche. Depuis une semaine, sa plus jeune fille a elle aussi le nez qui coule.

De plus, il se sent dans un état grippal et demande donc un « remède de cheval », plus précisément des antibiotiques. Il ne peut en effet se permettre de prendre un congé de maladie.

L'examen clinique révèle une faible hausse de température jusqu'à 37.6° C et un léger gonflement des ganglions. La gorge est légèrement érythémateuse, mais ne présente aucune inflammation des amygdales.

### **QUESTION**

- 1) Quel est le diagnostic le plus probable?
- 2) Faut-il procéder à des examens complémentaires?

### **REPONSE**

- 1) Le mal de gorge aigu est provoquée dans 40 % des cas par un virus. Les streptocoques en sont responsables dans 30 % des cas. Outre quelques rares autres facteurs, aucun germe pathogène n'est développé dans 30 % des cas. Centor a déterminé une règle basée sur 4 caractéristiques, qui peut être indicatrice dans le diagnostic du GABHS:

- inflammation des amygdales
- absence de toux
- gonflement et/ou sensibilité des ganglions sous-maxillaires au toucher
- fièvre > 38.5 ° C

D'après Centor, le risque de présence d'une angine streptococcique en cas de constat de:

4 caractéristiques est de 56 %

3 caractéristiques : 33 %

2 caractéristiques: 16 %

1 caractéristique: 7 %

0 caractéristique: 3 %

Le risque d'une infection à streptocoques en cas de présence d'une seule caractéristique, comme dans le cas présent, ne serait donc que de 7 % !

En l'occurrence, il s'agit donc très probablement d'un facteur viral.

- 2) L'on dispose théoriquement des moyens de diagnostic suivants:

- Examen clinique
- Streptest rapide
- prélèvement de gorge
- titrage ASLO

Dans la pratique, ces tests semblent d'une utilité restreinte:

- **examen clinique:**

Ci-dessous, nous parlons de l'examen clinique de base pratiqué par les médecins en cas de plainte de « mal de gorge aigu » pour leur permettre, selon leurs termes, de disposer de données suffisantes pour conclure à une angine streptococcique (cfr. prise de la température corporelle, examen de la gorge et palpation des ganglions cervicaux). Après comparaison avec le test étalon, l'examen clinique s'est cependant révélé peu utile:

*sensibilité* (vrais positifs): 45 %:

⇒ la moitié des patients chez lesquels le prélèvement est positif nous échappent donc ( 55 % de faux négatifs)

*spécificité* (vrais négatifs): 74 %:

⇒ pour 26 % des patients chez lesquels le prélèvement est négatif, nous pensent malgré tout qu'ils souffrent d'une angine streptococcique

Il ressort de ce qui précède que l'examen clinique n'a qu'une utilité très limitée dans le diagnostic d'un mal de gorge aigu.

- **Streptest rapide:**

Si l'on observe moins de **3** caractéristiques de Centor comme dans le cas présent, la sensibilité est de 65 % et la spécificité est de 96 %.

Cela signifie que ce test est d'une sensibilité trop faible pour permettre d'exclure la maladie sur la base du résultat négatif du test en raison du nombre élevé de faux négatifs. À l'inverse, étant donné la spécificité élevée, un résultat de test positif peut être indicatif, en fonction des risques a priori (nombre réduit de faux positifs). Le tableau à 2 × 2 entrées expliqué ci-dessous l'illustre clairement.

En ce qui concerne la valeur prédictive du Streptest pour l'infection à streptocoques, nous obtenons les chiffres suivants, pour un risque a priori de 16 %, une sensibilité de 65 % et une spécificité de 96 %:

*Infection à streptocoques*

	+	-	
+	104    a	b    34	
-	56    c	d    806	
TOT	160	840	

$$VP + = 104/104+34 = 75\%$$

$$VP - = 806/806+56 = 93 \%$$

À titre de comparaison, pour un risque a priori de 56 %, le résultat est le suivant:

*Infection à streptocoques*

	+	-	
+	364    a	b    18	
-	196    c	d    422	
TOT	560	440	

$$VP + = 364/364+18 = 95 \%$$

$$VP - = 440/560+440 = 44 \%$$

L'on voit ainsi que la valeur prédictive d'un test et partant, l'utilité de sa réalisation, dépendent de la prévalence, ainsi que de la sensibilité et de la spécificité.

• **prélèvement de gorge:**

spécificité > 90 %  
sensibilité > 90 %

Inconvénients:

- \* ne fait aucune distinction entre le portage chronique chez les individus sains(30 % ) et les porteurs de germes (malades)
- \* le résultat n'est connu qu'après 48 h. Ce qui est trop tard pour commencer un traitement antibiotique

• **ASLO:**

Cette analyse est la seule manière de savoir avec certitude s'il y a eu une infection à streptocoques active, autrement dit, il s'agit du test étalon.

Inconvénients:

- \* le résultat d'une deuxième analyse après 2 – 3 semaines est trop tardif
- \* le titrage est ralenti après le démarrage des antibiotiques, de sorte que plus aucune conclusion ne peut en être tirée

**Conclusion:**

- 1) Considérant la faible probabilité a priori (< 3 caractéristiques cliniques) d'infection à streptocoques chez le patient décrit dans le cas présent, la réalisation d'un Streptest est peu utile.
- 2) Bien que des tests théoriquement efficaces soient disponibles, comme le prélèvement de gorge et le titrage des ASLO, ceux-ci s'avèrent en pratique peu utiles en vue d'un diagnostic rapide.

**Cas 2 :            Seuils**

Julie a 15 ans. Depuis hier, elle souffre soudainement d'une forte fièvre: 39.1° C. Elle ne tousse pas, son nez ne coule pas. L'examen clinique confirme la fièvre: 38.6 ° C. Les amygdales sont fort enflées et couvertes d'un exsudat blanchâtre. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont gonflés. Je conclus qu'il s'agit sans aucun doute d'une angine streptococcique et prescris un antipyrétique, à savoir du paracétamol. Par ailleurs, je prescris une cure de pénicilline afin de jouer la sécurité, vu les projets de voyage: dans quelques jours, elle part avec toute la famille dans le Midi de la France.

**QUESTION**

- 1) Peut-on effectivement conclure de l'examen clinique qu'il s'agit d'une infection à streptocoques?
- 2) Aurait-il été bon de pratiquer des examens complémentaires?
- 3) Le seuil d'action (prescription d'antibiotiques) du médecin est-il correct?

**REPONSE**

**1) Examen clinique:**

Les caractéristiques cliniques plaident en faveur d'une infection bactérienne: forte fièvre, ganglions sous-maxillaires, inflammation des amygdales, absence de toux.

Malgré la présence de 4 caractéristiques de Centor, comme dans le cas décrit, le risque d'angine à streptocoques n'est que de 56 %, mais étant donné qu'il y a 1/3 de vecteurs, le risque d'une infection aiguë à streptocoques est de 1 sur 3 !

Il est donc impossible, sur la base de l'examen clinique, de conclure à une angine streptococcique.

## 2) · **Streptest**

En présence de <sup>3</sup> 3 caractéristiques cliniques de Centor, comme en l'occurrence, le streptest a une sensibilité de 75 % et une spécificité de 91 % (nous comparons ici le test rapide au prélèvement de gorge). Sur la base d'une prévalence de 47 %, la valeur prédictive d'un résultat de test positif (VP+) est de 88 %. Un test de résultat négatif a une valeur prédictive (VP-) de 80 %.

Dans la situation telle qu'elle est décrite dans le cas, où au moins 3 caractéristiques sont présentes, le résultat d'un Streptest positif est fiable. Dans de nombreux autres cas (< 3 critères de Centor sont remplis), il est toutefois peu utile. Reste alors à savoir s'il est utile de pratiquer le test.

L'utilisation du test se justifie lorsque le patient demande expressément des antibiotiques, ou lorsqu'il est capital pour le patient d'être guéri un jour plus tôt. Ce qui permet de restreindre la prise d'antibiotiques. Dans la situation décrite, c'est donc envisageable.

· **Prélèvement de gorge et ASLO** – l'analyse n'est pas nécessaire pour le diagnostic rapide de la mal de gorge aigu.

- 3) Aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement, le seuil du médecin est bas: en l'occurrence, il ne s'agit cependant pas d'un patient à risque, et la nécessité des antibiotiques, même en cas d'infection à streptocoques prouvée, est limitée: elle raccourcit d'un jour la durée de la maladie à condition que le traitement soit entamé dans les 48 h de l'apparition des symptômes. Il faut opposer à cela les risques médicaux que présentent les antibiotiques et les coûts pour l'INAMI et le patient. Par conséquent, le seuil de traitement devrait en fait se situer très haut. Nous ne jouerions la sécurité qu'avec les patients à risques: dans ce cas-ci, le seuil est placé très bas et est donc rapidement atteint.

Dans la pratique, nous constatons que chez de nombreux généralistes, le seuil n'est pas très élevé avec les patients qui ne présentent pas de risques. C'est la conséquence entre autres d'un manque d'actualisation du savoir, de l'habitude, d'une demande du patient, de la peur de la concurrence et de l'importance relative des avantages et des inconvénients d'un traitement antibiotique dans une situation spécifique: ainsi, dans le cas de Julie, l'on optera plus facilement pour des antibiotiques que si elle n'avait pas de projets de voyage. Les avantages et les inconvénients contribuent à situer la hauteur du seuil.

## Cas 3 : La recherche de la certitude grâce aux arguments

Tom, un jeune homme de 24 ans, est venu vous voir la semaine passée pour cause de fièvre et de maux de gorge, pour lesquels vous avez prescrit du repos et un analgésique. Il revient toutefois vous consulter: les maux de gorge persistent, de même qu'une fièvre modérée. De plus, il se sent extrêmement faible.

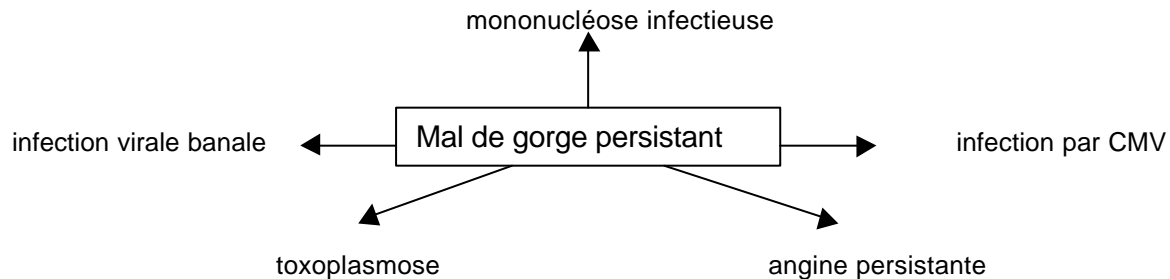
À l'examen clinique, vous constatez que sa gorge est légèrement rouge et que les glandes cervicales postérieures sont fort gonflées.

### QUESTION

- 1) Quelles hypothèses de travail font-elles partie de votre contexte diagnostique, en d'autres termes, à quels diagnostics concurrents pensez-vous à ce stade?
- 2) Quels examens allez-vous pratiquer pour parfaire le diagnostic?

## REPONSE

### 1) Contexte diagnostique:



Nous ne prenons pas en considération d'autres affections plus rares qui sont associées à un gonflement des ganglions lymphatiques.

### 2) Examens complémentaires:

- Approfondir l'**examen clinique** afin de mettre en évidence davantage d'arguments plaidant en faveur de l'un des diagnostics concurrents.  
Vous inspecterez la peau pour déceler d'éventuelles éruptions: il semble ne pas y en avoir. Aucun ictère n'apparaît non plus. En recherchant la présence d'une adénopathie ailleurs sur le corps, vous constaterez un gonflement des ganglions axillaires. La palpation et la percussion de la région de la rate révèlent une splénomégalie.

La persistance des maux de gorge, de la fatigue, et une adénopathie étendue et prononcée permettent encore de poser d'autres diagnostics. La combinaison de ce groupe de symptômes et de la splénomégalie rendent déjà nettement plus plausible le diagnostic d'une mononucléose! Nous l'examinons de plus près:

La probabilité ou la probabilité a priori chez un jeune homme de 24 ans souffrant de fièvre et de maux de gorge est estimée à 1 %. En ce qui concerne l'argument «*splénomégalie*», la sensibilité est estimée à 95 % et la spécificité à 90 %. En d'autres termes, l'apparition d'adénopathies chez les jeunes gens atteints de mononucléose est évaluée à 95 % et la probabilité de l'absence de ganglions chez les personnes en bonne santé est de 90 %.

Quant à l'argument «*splénomégalie*», la sensibilité est estimée à 7 % et la spécificité à 99 %. Cela signifie que le risque de splénomégalie chez les jeunes gens atteints de mononucléose est de 7 % et la probabilité de l'absence de splénomégalie chez les personnes en bonne santé est de 99 %.

L'argument de l'« hypertrophie » de la rate est un exemple typique d'argument «*asymétrique*»: il est extrêmement probant pour la mononucléose, mais n'est que très faiblement infirmatif lorsqu'il est absent. Une rate de taille normale est donc un argument négatif inutilisable: en effet, bon nombre de patients atteints de mononucléose ne souffrent pas de splénomégalie. En revanche, l'hypertrophie de la rate est dans notre cas un indice sérieux en faveur de l'hypothèse de la « mononucléose ».

Afin de vérifier plus amplement cette forte présomption, les examens complémentaires suivants peuvent être réalisés:

- **analyse en laboratoire :**

Il existe théoriquement plusieurs possibilités:

Décompte des leucocytes avec formule: lymphocytose avec cellules mononucléaires atypiques > 20 %. Ces cellules ne sont toutefois pas propres à la mononucléose: elles se développent également

en cas de CMV, de toxoplasmose, d'hépatite virale, d'adénovirus,... Par ailleurs, l'absence de cette caractéristique n'exclut pas la maladie.

Test de Paul-Bunnell:   sensibilité: 90 %  
  spécificité: 100%

Vu la possibilité de faux négatifs, il est conseillé, en cas de test négatif mais d'hémogramme suggestif, de demander une analyse des anticorps EBV.

EBV-Ig M: fournit un diagnostic sûr. Pour cette raison, il peut être demandé directement, mais du fait que ce test coûte 3 fois plus cher que le test de Paul-Bunnell, il est judicieux de suivre la stratégie décrite ci-dessus.

Tenez compte du fait que les variations des valeurs sanguines en cas de mononucléose ne deviennent significatives que lorsque les symptômes perdurent au-delà d'une semaine. Ainsi, le risque de faux négatifs selon le test de Paul-Bunnell s'élève à 60 % au cours de la première semaine et diminue considérablement à mesure que le temps passe.

Pour en revenir à notre cas: l'analyse en laboratoire a révélé une leucocytose accrue, mais sans mononucléaires atypiques. Les anticorps Ig M spécifiques contre l'EBV se sont multipliés: le diagnostic de la « mononucléose » est certain.

Nous voyons comment ce processus diagnostique a peu à peu évolué de « l'improbabilité » jusqu'à « la certitude ». Nous sommes partis d'une faible probabilité a priori: il existe encore bon nombre de diagnostics concurrents. La présomption grandit progressivement et le diagnostic de « mononucléose » devient plus vraisemblable, et même très probable avec la splénomégalie, jusqu'à devenir certain grâce à la sérologie EBV.

Communication

# Module 6 : Communication

## A. Contexte

Les antibiotiques sont très souvent prescrits en cas de mal de gorge aigu, certaines sources citant jusqu'à 80 % des cas.

D'après la littérature, il n'existe souvent aucun fondement scientifique qui le justifierait.

Le médecin prescripteur suppose dans bien des cas que le patient espère des antibiotiques. Des enquêtes révèlent toutefois que le médecin juge erronément dans 25 % des cas les attentes du patient par rapport à l'obtention ou non d'une prescription d'antibiotiques. Si le médecin croit que les parents espèrent des antibiotiques, un diagnostic bactérien est émis dans 70 % des cas. En effet, cela lui prend moins de temps de satisfaire son patient avec une prescription d'antibiotiques, que de le convaincre de l'intérêt relatif d'un traitement antibiotique dans le cadre d'un mal de gorge aigu. Mais le problème réside dans le fait que les médecins rechignent souvent à interroger le patient sur ses attentes. Un bref entretien préliminaire peut donc avoir des conséquences thérapeutiques importantes: si le médecin pense que le patient espère des antibiotiques, ce dernier a 10 x plus de chances de recevoir une prescription que si l'on part du principe qu'il n'escompte aucun traitement antibiotique.

Le comportement de prescription dans le cadre du mal de gorge aigu est souvent peu rationnel: des antibiotiques à large spectre sont prescrits à tort et trop souvent. Ce qui engendre un problème croissant de résistance et suppose des coûts élevés pour l'INAMI. À cela s'ajoute le fait que dans de nombreux cas, la satisfaction du patient n'est pas liée à l'obtention d'une prescription d'antibiotiques! Des enquêtes ont révélé que la satisfaction du patient est le plus souvent associée au temps consacré par le médecin à sa plainte et au fait que le patient a compris la raison pour laquelle le médecin opte pour un traitement déterminé. Il apparaît ainsi que le patient souhaite avant tout être pris au sérieux et a besoin d'être rassuré. La réalisation de cet objectif prend bien entendu du temps, qui fait souvent défaut. Mais le médecin doit non seulement avoir le temps, mais aussi être motivé : modifier les attentes et les habitudes des patients est une tâche ingrate. Par ailleurs, le médecin se sent souvent abusé lorsqu'il prescrit des antibiotiques. Une enquête auprès des prescripteurs révèle que la satisfaction des médecins est la plus grande dans la situation où le patient espère une prescription d'antibiotique et sort sans celle-ci, tout en acceptant une explication rationnelle de l'absence de prescription. Les qualités de communication du médecin sont d'une importance capitale. Par expérience, nous savons que certains patients refusent d'entendre raison et exigent des antibiotiques. Dans ce cas, il appartient à chaque médecin de prendre une décision de son côté concernant le traitement.

Reste le problème des médecins mis à tort sous pression par des collègues (spécialistes) qui prescrivent, eux, pour l'une ou l'autre raison, des antibiotiques. Une concertation locale entre collègues aboutissant à la rédaction de lignes de conduite claires pour une approche cohérente du mal de gorge aigu et ce, tout en respectant la liberté thérapeutique, constituerait déjà un pas dans la bonne direction.

## ***B. Liste d'appréciations – exercice destiné à susciter la discussion***

Les motivations amenant à la prescription d'antibiotiques sont souvent très différentes: l'importance relative de chaque argument diffère selon le médecin prescripteur. Ce qui constitue certainement matière à discussion! Une *liste d'appréciations* peut être remplie en guise de base de cette discussion (voir page suivante), dans laquelle chaque médecin participant déterminera de son côté les arguments qui sont importants à ses yeux et ceux qui sont moins déterminants dans sa politique. La comparaison avec l'opinion de collègues et la confrontation avec les informations scientifiques relatives à l'utilité des antibiotiques peuvent constituer une amorce à une utilisation plus rationnelle des antibiotiques dans le cadre du mal de gorge aigu.

### Liste d'appréciations

- 1) **Le patient est convaincu de la nécessité d'une thérapie antibiotique**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 2) **« Si moi je ne le fais pas, le collègue voisin le fera » au sujet de la concurrence entre collègues (spécialistes)**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 3) **Le patient part demain en voyage**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 4) **« La prévention d'une angine aiguë » chez les patients souffrant d' un léger mal de gorge qui ne peuvent se « permettre » d'être malades, par ex. en cas d'examens, de changement récent d'emploi, de mariage**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 5) **Les antibiotiques préviendront les complications locales telles que l' abcès amygdalien**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 6) **Les antibiotiques permettront de prévenir des complications telles que la glomérulonéphrite post-streptococcique ou le rhumatisme articulaire aigu**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 7) **Cela ne rapporte rien, mais ne fait pas de tort et entre-temps, j'écarte le facteur "temps"**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 8) **Si j'attends l'évolution clinique durant quelques jours, il sera encore moins utile de commencer un traitement antibiotique, donc, je préfère le prescrire dès l'apparition des premiers symptômes**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 9) **Le patient a déjà utilisé des moyens locaux qui ont eu peu d'effet**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important
  
- 10) **Le patient vient demander un traitement plus « radical ». En tant que médecin de famille, vous devez donc faire « quelque chose » ?!**  
 Très important     Important     Sans avis     Peu important     Pas important

## C. Jeu de rôles - Vidéo

Ce volet illustre la manière dont on peut obtenir des informations importantes par le biais d'un entretien préliminaire ciblé. D'une part sur la perception du patient et de sa maladie. D'autre part, sur ses attentes par rapport au traitement. En y répondant en donnant des explications fondées scientifiquement, mais surtout concises et compréhensibles, il est possible de réaliser une consultation qui donne satisfaction aussi bien au patient qu'au médecin.

## D. Conclusion

En guise de conclusion de ce module, nous pouvons affirmer que la **communication** est capitale. Il y a d'une part la communication avec le patient: un premier entretien bref, mais structuré peut nous donner une idée du point de vue du patient et de sa maladie, ainsi que de ses craintes et ses attentes concernant le traitement. Celui-ci constitue alors la base des explications données au patient, lors desquels l'on répond aux éventuelles questions. En concertation avec le patient, une stratégie thérapeutique peut alors être élaborée, axée de préférence sur les lignes de conduite (locales). C'est ici que nous voyons l'importance de la communication entre collègues, d'autre part: une concertation locale avec les pharmaciens et collègues (spécialistes), dans le cadre de laquelle des engagements sont éventuellement pris quant aux stratégies thérapeutiques, sur la base de l'« evidence-based medicine », permet déjà de beaucoup progresser.

En bref, une bonne communication entre le médecin et le patient, entre les médecins eux-mêmes, de même qu'entre le médecin et le pharmacien devrait permettre d'aboutir à terme à une utilisation plus rationnelle des antibiotiques tout en donnant satisfaction à toutes les parties concernées.

Source: Van Driel M., Goeminne C., Habraken H., Soenen K. *Projet Farmaka: Literatuuronderzoek rond antibiotica bij acute keelpijn*, novembre 1999 : 57-68.

Concertation interactive Médecins / Pharmaciens  
C.I.M.P.

## Module 7 : C.I.M.P.

### **Contexte**

Pour assurer des soins de qualité, sans faille en première ligne, il importe que tous les partenaires parlent le même langage, donnent les mêmes conseils.

L'on pensait auparavant qu'en cas d'infidélité à la thérapie, c'était le patient qu'il fallait incriminer. On sait maintenant que les patients ne comprennent parfois les explications du thérapeute qu'après 4 à 5 répétitions. Il faut les leur répéter plusieurs fois pour qu'ils sachent de quoi il retourne réellement.

C'est pourquoi il est extrêmement important que chaque thérapeute auquel le patient a affaire parle le même langage, donne les mêmes conseils de sorte qu'en fin de compte, il n'existe qu'un seul message, compréhensible pour le patient.

En ce qui concerne les médicaments et la thérapie, médecin et pharmacien doivent collaborer étroitement. Tous deux doivent être informés de la manière dont chacun renvoie à l'autre.

Tous deux doivent également savoir ce que l'autre dit généralement à un certain type de patient, quels ont été les antécédents de ce dernier auprès du pharmacien ou du généraliste avant qu'il ne se présente respectivement chez le généraliste ou le pharmacien.

Les soins n'ont des chances de se dérouler sans problème que si cette condition est remplie. Ce n'est qu'alors que les soins pharmaceutiques seront en phase avec le diagnostic et le traitement définis par le médecin. Ce n'est qu'alors que le généraliste peut évaluer correctement les problèmes du patient vu qu'il connaît mieux les conseils d'automédication fournis par le pharmacien, ainsi que la manière dont ce dernier lui envoie le patient.

Pour le patient, peu importe en fait qui dit quoi, pour autant que chacun tienne le même discours.

Les plaintes de maux de gorge sont bien souvent communiquées en premier lieu au pharmacien. Ce sont typiquement des cas où le patient – avant de consulter son généraliste – soit essaie un médicament qui « traîne encore dans son armoire », soit en parle à son pharmacien.

Du fait qu'aussi bien le généraliste que le pharmacien sont concernés par la plainte de « maux de gorge/pharyngite », il nous a semblé utile d'illustrer à l'aide de six cas la manière dont les choses se passent dans les officines.

Un organigramme présente ensuite les décisions que le pharmacien prend en cas de plainte de ce type, par exemple l'envoi chez le médecin.

Dans une prochaine version, nous nous ferons un plaisir d'ajouter quelques considérations critiques relatives à l'emploi d'antiseptiques locaux en cas de maux de gorge, ainsi que quelques questions à débattre afin de permettre d'utiliser réellement les cas dans un environnement CIMP, par exemple.

## Cas 1

Laurent se rend à la pharmacie pour acheter des pastilles pour la gorge. Il demande des Strepsils et se montre pressé de quitter la pharmacie. Le pharmacien ne sait donc pas si Laurent a réellement mal de gorge.

En délivrant les Strepsils (ne contenant qu'un produit désinfectant), le pharmacien l'invite à en faire un usage correct. Tant que la plainte reste limitée, Laurent peut consommer des Strepsils. Le pharmacien conseille toutefois la prise de Paracétamol 500 mg, jusqu'à max. 6 x par jour, si la douleur devient trop forte.

En outre, le pharmacien conseille de consulter un médecin s'il n'y a pas d'amélioration dans les 5 jours, ou en cas d'apparition de fièvre ou de réactions cutanées.

Laurent ne tient pas à payer une visite chez le médecin pour une « simple angine ». Le pharmacien l'informe des risques à ne pas consulter un médecin en cas de persistance d'un problème de gorge.

## Cas 2

Comme chaque mois, Sophie vient chercher son Orgametril sur prescription. En passant, elle demande si la grippe sévit à cette période. Elle a mal à la gorge.

Le pharmacien l'interroge sur ce qui ne va pas. Elle n'a mal qu'en avalant.

Elle affirme n'avoir pas de fièvre ni de réactions cutanées. Quant à la fatigue, elle répond par l'affirmative ; cela l'affecte apparemment depuis une quinzaine de jours. Elle a également l'impression d'avoir les ganglions gonflés.

Le pharmacien envoie Sophie chez le généraliste.

Si elle veut, elle peut prendre du Paracétamol pour atténuer la douleur.

## Cas 3

Victor entre dans la pharmacie un carton de bière à la main. À côté de "Jupiler", le pharmacien déchiffre « pastilles Rhinatiol ». À la couleur brunâtre des doigts, le pharmacien reconnaît le fumeur invétéré.

En interrogeant Victor, il apprend qu'il demande du Rhinatiol essentiellement parce qu'il a de la fièvre, les voies respiratoires encombrées et mal à la gorge.

Le pharmacien le lui déconseille et l'invite à consulter un médecin.

Le Rhinatiol contient un produit – dextrométhorfan – qui n'est préconisé qu'en cas de toux non productive et nous parlons ici de symptômes qui nécessitent un examen médical.

## Cas 4

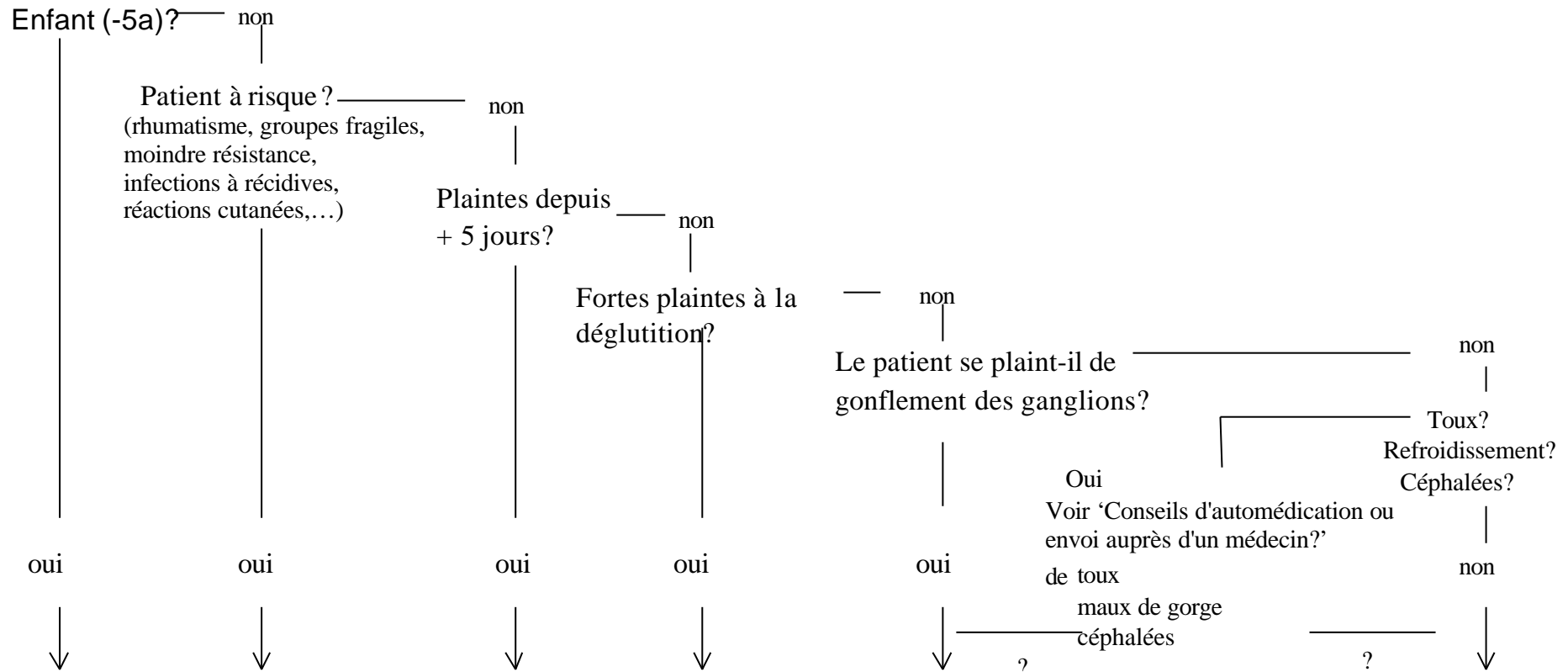
Pierre se gare en double file et entre en vitesse dans la pharmacie. Consciencieusement, il s'est rendu chez le docteur dès les premiers signes de pharyngite, car il ne peut se permettre de tomber malade en ce moment. Le médecin lui a prescrit du Perdolan Mono. Il en avait apparemment encore chez lui. Il n'est pas satisfait de la consultation et ne se sent pas rassuré quant au traitement. Vu que le pharmacien tient le même discours que le médecin, Pierre sera probablement convaincu. Il sort de la pharmacie dans de meilleures dispositions et se rend au travail. Il a également décidé, après la discussion avec le pharmacien, de retourner consulter le docteur s'il n'y a pas d'amélioration après 5 jours.

## Cas 5

Thomas consulte le médecin sur l'insistance de son épouse. Celle-ci était déjà alitée depuis plusieurs jours pour des maux de gorge et Thomas en a apparemment hérité. Thomas profite de l'occasion pour se faire prescrire sa thérapie habituelle, il souffre en effet de rhumatisme articulaire chronique. Thomas, apparemment bien informé, se plaint du fait qu'il doit avaler des antibiotiques pour un banal mal de gorge. Le pharmacien lui demande pourquoi il n'a pas fait la remarque au docteur. Après une hésitation, Thomas dit qu'il n'ose pas. Vu l'anamnèse d'arthrite, le pharmacien confirme l'utilisation de Peni Oral et donne des conseils pour l'utiliser correctement ; il essaie d'encourager Thomas à terminer la cure.

# PHARYNGITE

Conseils d'automédication ou envoi auprès d'un médecin ?



**Envoi auprès d'un médecin**

**Conseils d'automédication**

↑ Plaintes depuis +5 jours?

Enregistrement des pratiques

# Module 8 : Enregistrement des pratiques .

## ***Mode d'emploi du module***

### **Objectif**

Permettre au généraliste de comparer ses pratiques à la recommandation par le biais de l'enregistrement des pratiques.

### **Durée**

Enregistrement préalable dans la pratique

Discussion du rapport (individuel et de groupe) de feed-back : 120 minutes

### **Taille du groupe**

maximum 15 participants

### **Explications**

Dans cette section, nous examinons à l'aide des enregistrements l'écart entre le niveau de soins souhaité (voir recommandation) et les soins effectifs assurés par chaque participant séparément et par le groupe dans son ensemble. Ce 'test' constitue une étape importante dans l'étude du fonctionnement effectif dans la pratique et une amorce de définition des objectifs de changement.

### **Réalisation**

Ce module offre deux manières de travailler :

1. Tout d'abord le rapport d'enregistrement relatif au mal de gorge aigu, rédigé par l'Institut scientifique de la Santé publique Louis Pasteur (ISP).  
Ce rapport est disponible (et peut être téléchargé) sur le site web de l'Institut. ([www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index000.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index000.htm))  
Comme le dit lui-même le rapport, la prudence s'impose dans l'interprétation des données en fonction de votre groupe GLEM. (La modalité 2 ou 3 est sans doute plus appropriée.) Cela n'en reste pas moins un document utile pour lancer le débat. Laissez aux participants une dizaine de minutes pour parcourir le rapport. Faites ensuite un tour de table pour recueillir les premiers commentaires. Essayez, au fil des discussions, de formuler une réponse aux questions suivantes :
  - Qu'est-ce qui vous a le plus frappé dans le rapport ?
  - Qu'est-ce qui retient votre attention ?
  - Ces renseignements correspondent-ils à vos pratiques actuelles ?  
En quoi oui, en quoi non ? Pour quelles raisons ?
  - Quelles conclusions tirez-vous de ce rapport ?
  - Estimez-vous devoir modifier votre stratégie ? Où entrevoyez-vous des obstacles et des difficultés ?
  - Comment pensez-vous les résoudre ?Terminez la discussion par un résumé des conclusions.

Pour le contexte de la réalisation d'un enregistrement dans le cadre d'un audit, veuillez consulter l'annexe.

2. Vous pouvez enfin faire usage des données propres aux GLEM de la base de données Pharmanet.  
Il n'est pas encore possible à l'heure actuelle de coupler les statistiques de prescription à des syndromes spécifiques (par exemple, le mal de gorge aigu).

Un groupe de travail spécifique examine actuellement les possibilités d' une analyse plus détaillée des données Pharmanet individuelles concernant les ABs.

## **Organisation**

Tableau flip-over et marqueurs  
Données individuelles et collectives

Annexe

## Annexe : AUDIT

### **Audit: introduction**

*Herman Van den Broeck - 1999*

#### ***Pourquoi un audit ?***

Les généralistes sont confrontés au quotidien à tout un éventail de symptômes qui affectent une population très large. Ils ont affaire aussi bien à de simples refroidissements qu'à des maladies terminales. Leurs patients peuvent être des nouveaux-nés comme des personnes âgées fragiles, tant des hommes que des femmes.

Les patients attendent de leur généraliste qu'il réagisse de façon pertinente à tout symptôme qu'ils présentent et conformément aux conceptions médico-scientifiques récentes.

Ainsi, il appartient au médecin non seulement d'assurer ses tâches cliniques et administratives, mais aussi sa formation continue dans divers domaines. Chaque médecin le fera en fonction de ses besoins et ses centres d'intérêts personnels. Il n'est donc pas étonnant de constater des différences parfois considérables entre omnipraticiens quant à l'approche de maux courants. Une médecine définie dans ses moindres détails est aussi peu souhaitable qu'une trop grande variation des pratiques. Nous devons tendre vers une médecine qui repose sur des preuves scientifiques (evidence-based medicine).

La hausse du coût des soins médicaux constitue un autre problème. Les médecins généralistes sont eux aussi confrontés à une pression croissante en faveur des économies et à la demande de l'INAMI de davantage tenir compte des coûts.

Dans le choix des examens et des thérapies, les généralistes doivent toujours plus tenir compte de l'ardoise que payeront le patient et la société.

Que peuvent faire les généralistes face à ces problèmes?

Dans l'optique générale du maintien de la qualité de la médecine générale, une concertation intercollégiale, dans le cadre des GLEM par exemple, peut être une bonne base. Le fait de rendre cette forme de concertation obligatoire a suscité une grande méfiance, mais les généralistes découvrent peu à peu les possibilités qu'offre le système.

La WVVH travaille depuis un certain temps à l'élaboration de 'recommandations de bonnes pratiques'.

Le but : présenter les stratégies d'examen et de traitement les plus efficaces et performantes pour une série de problèmes cliniques très fréquents.

La rédaction de ces recommandations ne suffit pas en soi pour modifier les habitudes des médecins généralistes. Pour ce faire, une condition importante est que le médecin soit conscientisé à ses propres habitudes de pratiques en les comparant avec celles d'autres collègues et avec les recommandations. Le fait d'en discuter permet de comprendre et d'accepter le contenu de la recommandation, ce qui débouche sur la modification des pratiques.

L'audit est un instrument qui permet de cerner ses propres pratiques, de les évaluer et de les comparer à celles d'autres médecins sur une base identique.

Dans certains pays européens, l'audit est déjà largement expérimenté.

En Grande-Bretagne, le National Health Service impose même la réalisation régulière d'un audit de ses propres pratiques.

Au Danemark, il existe depuis quelques années un projet d'audit spécifiquement destiné aux généralistes (Audit Project Odense), qui s'étend à toute la Scandinavie.

## **Qu'est-ce qu'un audit ?**

L'audit est un moyen de porter un regard critique sur ses propres pratiques (ou celles d'un groupe), dans le but final d'améliorer les soins offerts au patient.

La méthode est issue du monde des affaires et a été introduite dans le secteur médical lorsque les aspects économiques y ont pris de l'importance.

Dans le domaine des soins de santé, l'on distingue l'audit clinique de l'audit médical. L'**audit médical** évalue avant tout l'interaction entre le médecin, le patient et la maladie, alors que l'**audit clinique** étudie davantage les aspects structurels et administratifs.

La littérature nous fournit différentes définitions de l'audit.

D'après Donabedian<sup>1</sup>, l'audit consiste à :

« *évaluer dans quelle mesure les soins réels concordent avec les critères définis au préalable* » (traduction libre).

Dans l'Audit Project Odense<sup>2</sup>, l'audit médical est décrit comme étant

« Une revue des prestations médicales ayant pour but d'évaluer, de maintenir et au besoin d'améliorer la qualité des pratiques médicales ».

**L'audit n'est donc pas seulement un mode d'évaluation, c'est une activité cyclique dans laquelle l'évaluation d'un certain processus joue un rôle important, mais où l'évaluation elle-même peut être adaptée en fonction de son objet. Les principaux accents sont placés sur l'évaluation de ses propres pratiques, sur la comparaison avec une recommandation et sur la recherche de méthodes visant à optimiser ses propres pratiques.**

Un audit se divise en plusieurs étapes :

Le choix de le sujet.

L'élaboration d'une recommandation.

La sélection d'indicateurs et de critères.

La définition du groupe cible et des données à recueillir.

La collecte de données ou l'enregistrement.

L'analyse des données.

Le feedback.

Les adaptations.

L'évaluation – suivi.

Ces étapes sont détaillées par la suite.

### **Définition de quelques concepts**

Avant de décrire plus en détail les différentes étapes de l'audit, il peut être utile de s'arrêter un instant sur quelques termes utilisés dans ce contexte.

Lorsque nous parlons de 'qualité', nous entendons toujours la 'qualité des pratiques de médecine générale'.

#### **a. recommandations**

*Également : lignes directrices, directives, normes,...*

Les recommandations relatives à un aspect des pratiques de médecine générale ou à leur organisation, sont élaborées par un groupe officiel ou officieux de personnes. Idéalement, elles reposent sur des bases scientifiques, leur faisabilité a été contrôlée sur le terrain et elles ont été harmonisées par un organe officiel au sein duquel ce groupement professionnel est représenté.

Les généralistes sont censés calquer leur façon de travailler sur l'avis formulé et s'y conformer, à moins qu'ils n'aient de bonnes raisons de s'en écarter<sup>4</sup>.  
La NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) utilise le terme 'standaarden' (normes).

### **b. indicateur**

Est un élément mesurable de la pratique, dont il est prouvé ou établi par consensus qu'il peut servir à évaluer la qualité.

Comme tout instrument de mesure, un indicateur doit être valable et fiable.

### **c. valeur critique**

*Également : critère*

Est la valeur que doit atteindre un indicateur pour parvenir à un certain niveau de qualité.

Elle peut être numérique (par exemple, la tension) ou nominale (oui/ non).

Elle sera décrite avec précision, de sorte que l'on puisse dire si elle est réalisée ou non.

Quelques exemples :

Supposons que nous prenions la tension maximale comme indicateur. La valeur critique peut différer en fonction de la situation clinique : dans le cadre de la prévention cardiovasculaire chez des trentenaires en bonne santé, la limite peut être fixée à 140 mmHg.

Mais dans le cadre du traitement de patients hypertendus, une valeur de 160 mmHg peut être acceptable.

Si l'on considère la date de dernière vaccination dans le cadre de la vaccination antitétanique, la valeur critique est "OUI" si le vaccin a été administré au cours des 10 dernières années.

d. Objectif :

*Également : but, norme.*

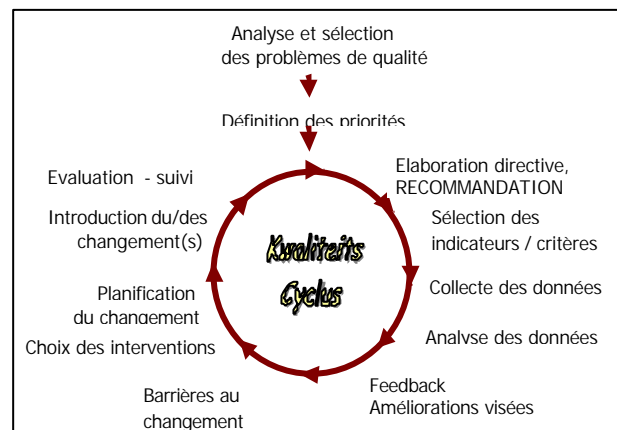
Chez certains patients individuels, la valeur critique d'un indicateur est atteinte relativement aisément, chez d'autres, c'est plus difficile. Seul un certain pourcentage des patients l'atteindront. Ce pourcentage, qui fait le sujet d'un postulat, constitue l'objectif. C'est la mesure dans laquelle notre population de patients satisfait à une certaine valeur à atteindre.

Exemple :

Supposons que, dans la recommandation sur l'hypertension, nous prenions comme valeur critique que la tension minimale doit être inférieure à 95 mmHg. Au sein d'une population déterminée (un cabinet, une région,...), on peut alors fixer comme objectif que 75 % des patients souffrant notoirement d'hypertension doivent y satisfaire.

Pour certains indicateurs, un pourcentage plus élevé est réalisable et recommandable, pour d'autres, nous devons nous contenter de pourcentages plus faibles.

[Graphique : Cycle de la qualité]



Considérations

L'audit n'est pas en soi un projet qui a un point final fixe, c'est un processus continu.

Dans ce processus, différents éléments sont toutefois accentués. L'on peut par exemple travailler sur les soins destinés aux diabétiques, puis sur les problèmes liés à l'envoi des patients, ou sur les habitudes en matière de prescription d'antibiotiques pour les maux de gorge. Le cycle de la qualité peut être parcouru une deuxième fois au sujet du même aspect afin de vérifier si les objectifs prédéfinis ont été atteints et si l'intervention effectuée a porté ses fruits.

Comparé à la recherche scientifique, la collecte de données destinée à l'audit nécessite moins de rigueur, car les données ne sont pas destinées à confirmer une hypothèse scientifique. Elles doivent toutefois être suffisamment probantes pour convaincre les participants de la nécessité éventuelle d'introduire certains changements.

Les données collectées n'ont qu'une valeur passagère et n'ont plus que peu d'intérêt une fois que les conclusions en sont tirées.

L'audit est généralement un processus rétrospectif, tourné vers le passé (même un enregistrement prospectif est déjà rétrospectif au moment de l'évaluation). Or, vu que le but d'un audit est d'améliorer la pratique dans l'avenir (proche), il est peu sensé de réaliser une collecte de données extrêmement approfondie. Celle-ci peut être limitée à l'observation de quelques bons 'indicateurs' au sein d'un échantillon suffisamment large de la population du cabinet, afin que l'audit fournisse des résultats valables.

L'audit ne se prête pas à l'évaluation des compétences des médecins, mais vise plutôt à évaluer leurs propres pratiques au sein du cabinet. Ce n'est pas parce qu'un médecin sait comment il devrait aborder un problème donné, qu'il le fait de cette manière dans la pratique quotidienne.

Le but ultime d'un audit consiste à objectiver certaines lacunes dans les pratiques et à déterminer si des mesures spéciales s'imposent pour induire une amélioration.

### **Méthode de travail**

Il est essentiel de planifier convenablement l'ensemble du processus d'audit. Une fois ce dernier entamé, il est conseillé de parcourir systématiquement toutes les étapes en suivant le cycle de la qualité.

Comme il ressort du graphique, le processus de qualité commence par l'insertion d'un ou plusieurs sujets (flèches du dessus) et se déroule de manière continue. À chaque révolution, un autre aspect (problème) des prestations de soins peut être abordé. Ce n'est toutefois pas un mouvement perpétuel et chaque cycle demande un effort considérable de la part des prestataires pour maintenir le processus en mouvement.

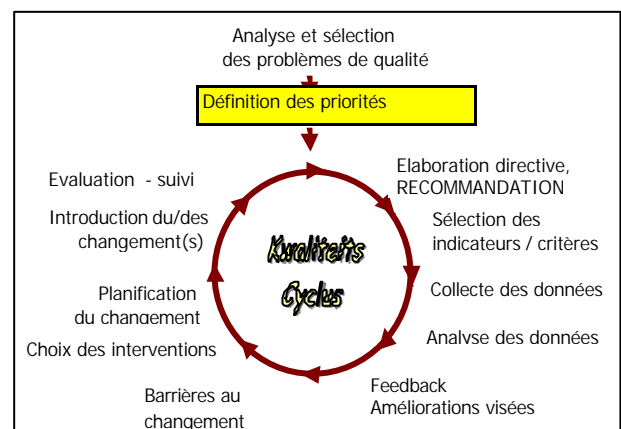
Aussi, le sujet choisi doit refléter l'intérêt des collaborateurs et ces derniers doivent dès le départ être étroitement impliqués dans le processus.

#### » ÉTAPE 1. - CHOIX DU SUJET

Une enquête relative aux problèmes en pratique, aux 'critical incidents', aux remarques ou plaintes de patients, aux nouvelles recommandations, aux centres d'intérêts particuliers,... peut fournir toute une liste de sujets qui entrent en compte dans l'amélioration de la qualité.

Le sujet choisi devra toutefois satisfaire à certaines conditions.

Une première sélection de sujets peut être effectuée grâce à la liste qui suit.



Le sujet est lié à la pratique quotidienne, est un problème et a des conséquences pour les médecins et/ou les patients.

Le sujet est très fréquent.

Le sujet est assez concret.

Le sujet n'est pas controversé ni trop complexe.

Il permet de définir des critères et des objectifs clairs.

À première vue, une amélioration est possible en la matière.

Le sujet intéresse les participants à l'audit.

Après une première sélection des sujets possibles à l'aide des critères susmentionnés, peut-être restera-t-il plusieurs problèmes. Une deuxième sélection devra encore être opérée sur la base de l'intérêt pour la pratique ou pour les soins de santé en général, et éventuellement, en fonction des préférences personnelles.

## » ÉTAPE 2. - ÉLABORATION D'UNE RECOMMANDATION

Pour évaluer une situation existante, il convient de choisir ou de définir une ligne directrice, qui mentionne les critères auxquels doivent satisfaire des soins de santé de qualité.

Pour ce faire, nous pouvons utiliser des lignes directrices existantes ou en élaborer de nouvelles.

Ces dernières années, la Nederlands Huisartsen Genootschap a élaboré une série de normes relatives à des matières très diverses.

Landschap 2000 (WVH) a publié une série de descriptions de terrain en médecine générale, qui peuvent également être utilisées à cette fin.

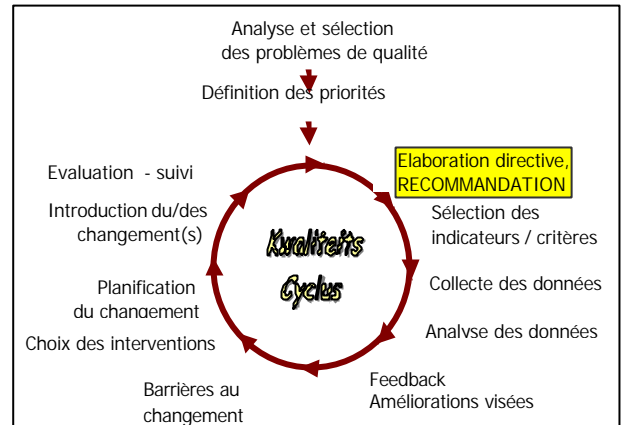
Depuis peu, des recommandations de bonnes pratique sont élaborées dans ce même but.

Même une recommandation qui repose sur des bases scientifiques claires, a été rédigée selon des conditions strictes et a été vérifiée dans la pratique peut encore être sujette à controverse.

Dans l'optique de l'acceptation de la recommandation, il peut être très utile d'organiser un débat à son sujet. Il permet de mieux comprendre et maîtriser le sujet, et en fin de compte, entraîne l'acceptation de la recommandation. Il s'agit d'une étape importante dans la modification des pratiques.

Une fois que le sujet a été choisi et qu'une recommandation a été acceptée, il convient de rédiger un protocole clair, qui définit les objectifs à atteindre. Ces protocoles peuvent être rédigés par un groupement local ou être puisés auprès d'autres groupes.

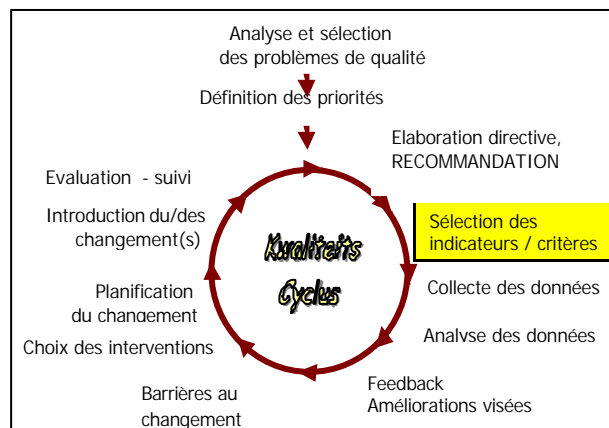
Dans ce cas-ci également, il est important que les participants à l'audit établissent un consensus au sujet du protocole.



## » ÉTAPE 3. - SELECTION DES INDICATEURS ET DES CRITERES

Les données à recueillir seront définies en fonction des objectifs fixés.

Supposons que nous voulions organiser un audit simple concernant la vaccination antitétanique. Pour cet audit, la date de dernière vaccination et éventuellement la date de naissance pourraient être des indicateurs importants. Rien qu'avec ceux-ci, l'audit serait parfaitement réalisable. Le sexe et éventuellement la profession pourraient fournir des informations complémentaires précieuses, mais ne sont pas indispensables.



Bien qu'elle soit un paramètre clinique important, la tension du patient n'est pas pertinente dans ce contexte et ne doit donc pas être prise en compte dans l'audit.

Le choix de bons indicateurs n'est pas toujours aussi simple que dans cet exemple.

Pour refléter l'état clinique des patients, par exemple, le choix des indicateurs est plus complexe. Le nombre d'indicateurs doit notamment être restreint pour que l'audit reste réalisable. Pensez aux indicateurs permettant d'évaluer le suivi des patients diabétiques.

Les objectifs d'un protocole sont souvent traduits sous la forme d'un idéal par rapport aux pratiques souhaitées. Pour reprendre l'exemple de la vaccination antitétanique, la valeur critique pourrait être la suivante : *pour tous les patients, il convient de savoir et de noter dans le dossier à quelle date le dernier vaccin antitétanique a été administré.*

Étant donné que le critère décrit la situation idéale, il n'est pas toujours réalisable dans la pratique.

Le protocole mentionne également l'objectif, c'est-à-dire le pourcentage de patients qui doivent satisfaire au critère pour parler de soins de bonne qualité; par exemple : la date de dernière vaccination antitétanique doit figurer dans au moins 80 % des dossiers des patients.

Le critère est donc la situation idéale, qui devrait en fait valoir pour tout le monde et vers laquelle il faut tendre. L'objectif donne un pourcentage dont nous nous contentons au moment en question et qui est réaliste.

Il ressort des publications étrangères que les médecins sont relativement sévères avec eux-mêmes et de manière générale, fixent des objectifs peu réalistes. Il faut tenir compte du fait que le temps disponible, la collaboration du patient et les restrictions liées au système des soins de santé au sein duquel il faut opérer peuvent constituer des obstacles.

Une fois les indicateurs choisis, ils doivent être ordonnés dans une grille à compléter qui sera utilisée pour collecter les données.

Il importe que les indicateurs soient classés de manière logique et claire pour que la grille puisse être complétée rapidement et avec un minimum d'erreurs.

Il est certainement utile de réaliser un bref essai d'enregistrement à l'aide du formulaire pour vérifier son côté pratique.

#### » ÉTAPE 4. - GROUPE CIBLE ET COLLECTE DES DONNEES

##### Groupe cible :

Les médecins qui effectuent la collecte de données doivent savoir quels patients inclure dans l'enregistrement (groupe cible). Le groupe cible doit être décrit dans le protocole et peut parfois comprendre l'ensemble de la population du cabinet, par exemple pour l'étude de la vaccination antitétanique.

Lorsque l'on traite des maux de gorge, le groupe cible peut être limité aux patients qui ont été vus à la consultation ou à domicile pour le symptôme de 'mal de gorge'.

##### Collecte des données :

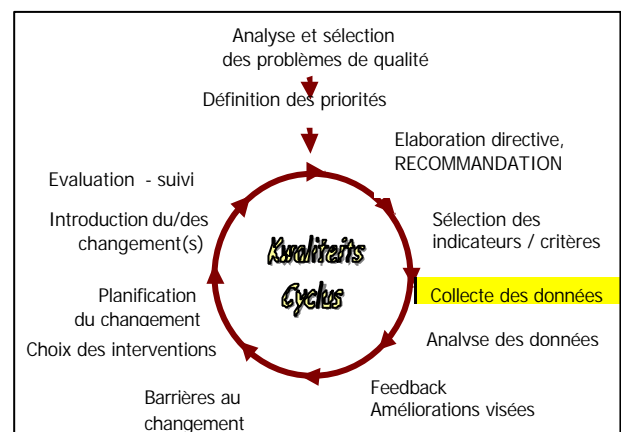
Différentes méthodes sont envisageables pour la collecte des données.

La méthode la plus adéquate doit être choisie en fonction du sujet.

Chaque méthode de collecte des données présente des avantages et des inconvénients<sup>6</sup>.

Les données peuvent être recueillies à titre rétrospectif ou prospectif.

La méthode rétrospective suppose que l'on utilise des données qui sont notées dans des dossiers ou autres sources qui existent déjà. Ces données ne sont donc pas consignées spécialement aux fins de l'audit. Lors d'un audit prospectif, on utilise des données qui n'ont été consignées qu'aux fins de l'audit, à partir du moment où l'on commence l'enregistrement.



Bien que le présent texte n'ait pas pour but d'examiner tous les aspects des méthodes possibles, nous tenons à résumer quelques possibilités.

## **METHODES RETROSPECTIVES**

### Données propres au cabinet

Ces données se rapportent à la pratique générale et donnent une indication de la charge de travail et des activités accomplies, par exemple le nombre de consultations et de visites à domicile au cours d'une période donnée, le nombre de visites de nuit, de frottis du col de l'utérus, de vaccinations (tétanos, grippe),...

En Belgique, les médecins (généralistes) sont réticents à révéler des données relatives au nombre de contacts avec les patients. S'ils sont interrogés à ce sujet, il convient d'élaborer un règlement bien conçu afin de garantir la confidentialité des données.

Un deuxième problème est que ces chiffres ne sont comparables que si l'on connaît la population du cabinet. Ce n'est pas simple dans un système sans inscription des patients.

### Données externes

Il s'agit des données relatives aux pratiques individuelles qui sont consignées par des tiers. Ce sont par exemple les données obtenues par le biais des codes-barres sur les prescriptions, les demandes d'examens de laboratoire et de radiographies,... Elles donneront entre autres les profils médicaux. Ici également, il est toutefois difficile d'interpréter les données en fonction de la population du cabinet. La simple comparaison des données numériques d'un médecin à l'autre a peu de sens. Il peut en revanche être très intéressant de chercher à expliquer ces données.

### Données du dossier médical

La très grande variabilité dans la gestion des dossiers individuels constitue un problème. Alors que les dossiers médicaux devraient être la principale source d'informations pour l'audit clinique rétrospectif, ils ne sont pas toujours aussi accessibles ou manquent d'uniformité dans leur gestion.

L'introduction du Dossier Médical Général peut contribuer à une gestion plus systématique des données des patients, à condition d'être accompagnée de mesures additionnelles, de soutien, permettant au médecin de réellement tenir le dossier en règle.

Les données relatives au suivi des patients chroniques et des actes préventifs se prêtent particulièrement à l'audit rétrospectif.

Exemple : suivi des patients atteints de diabète de type II, d'hypertension, de BPCO, vaccinations, frottis du col de l'utérus,...

Dans la pratique, nous disposons d'une masse de données. Celles-ci ne sont toutefois pas toutes accessibles aussi aisément. Les rapports de spécialistes ne sont pas toujours classés de manière claire dans les dossiers, les résultats de laboratoire ne sont pas toujours conservés, les fiches des patients ne sont pas toujours remplies scrupuleusement et les informations relatives aux patients vus à domicile manquent régulièrement...

De même, il existe certainement de grandes disparités entre médecins quant aux informations notées dans les dossiers, sans parler de la lisibilité des informations. Pour la collecte de données, il faut chercher dans le dossier et en sortir les données pertinentes. Dans les dossiers sur papier, cette activité peut prendre beaucoup de temps. Sans que l'on soit d'ailleurs sûr à l'avance que les données demandées se trouvent dans le dossier. S'il n'y a qu'une dizaine de dossiers à examiner de la sorte, c'est faisable, mais s'il s'agit de quelques centaines... pensez à notre exemple de la vaccination antitétanique. Il n'est pas évident non plus de sortir de l'armoire tous les dossiers relatifs à des patients diabétiques ou hypertendus.

L'informatisation du fichier de patients pare en partie à ces lacunes, mais nécessite le plus souvent de rédiger des rapports systématiques. Tous les logiciels ne permettent pas, loin s'en faut, d'extraire de manière simple les données nécessaires. Le grand nombre de logiciels complique encore davantage l'élaboration d'instruments uniformes susceptibles d'aider les généralistes à extraire des données.

## **METHODES PROSPECTIVES**

### Enregistrement prospectif

Certains audits nécessitent de collecter des données spécifiques ou des informations qui ne sont pas reprises habituellement dans le dossier. Dans ces circonstances, il faut les recueillir de manière ciblée durant une période prédéfinie.

Un audit sur des pathologies plus aiguës devrait être réalisé de cette manière. Les données peuvent alors être directement complétées au moment de la consultation.

Exemple : infections respiratoires, mal de gorge aigu,...

### Questionnaires écrits

Ils peuvent être utilisés pour recueillir certaines données portant sur l'état général de la population du cabinet et pour réaliser un sondage sur certaines attentes relatives aux prestations de services. Ils se prêtent nettement moins à l'évaluation des comportements des médecins individuels du fait des nuances difficiles à évaluer entre ce qui est écrit et le comportement réel.

### Entretiens

Les informations obtenues par des entretiens sont généralement plus détaillées que celles qui sont recueillies par un questionnaire écrit. En revanche, le nombre de personnes interrogées est limité et il existe une série de contraintes pratiques telles que la difficulté de l'analyse, les coûts élevés,...

Bien qu'en médecine générale, une grande partie des données soit obtenue par un entretien (anamnèse et consultation), cette méthode est peu utilisée pour collecter des données aux fins d'un audit.

### Observation

Cette technique peut être appliquée de diverses manières.

L'observateur peut assister à la consultation. Ce qui influence toutefois le comportement tant du médecin que du patient.

Un miroir sans tain nécessite un local spécial permettant l'observation à distance. Ce mode d'observation pour l'audit n'est donc pas réalisable dans le cabinet du généraliste.

Des méthodes qui font appel aux bandes audio ou vidéo sont plus acceptables : une consultation est enregistrée, puis évaluée par un groupe. Ce qui se fait de plus en plus lors des formations de médecins. Plusieurs GLEM font également appel à cette méthode audiovisuelle.

L'analyse des données issues de l'observation n'est pas simple. Ces méthodes conviennent d'ailleurs mieux à l'évaluation des attitudes qu'à la stricte collecte de données.

## **» ÉTAPE 5. - REALISATION DE L'ENREGISTREMENT**

Une série d'arrangements doivent être pris au préalable avec le groupe de généralistes qui va procéder à l'enregistrement.

### **Durée de l'enregistrement**

Elle importe surtout en cas d'enregistrement prospectif et dépend avant tout de la prévalence du problème dans le cabinet des généralistes.

Il doit être possible de recueillir un minimum de données au cours d'une période convenue. Il faut éviter de définir une période d'enregistrement trop longue car les efforts supplémentaires ne sont généralement pas consentis pendant longtemps. En cas d'enregistrement rétrospectif également, il est préférable de fixer un délai afin d'éviter que l'enregistrement ne soit trop différé par les médecins, ce qui retarde tout le processus d'évaluation.

## Choix des patients

Il pose peu de problèmes pour l'enregistrement prospectif, les patients qui appartiennent au groupe cible étant autant que possible inclus. En cas d'enregistrement rétrospectif, deux possibilités peuvent se présenter :

S'il s'agit d'un problème à faible prévalence, les médecins peuvent être invités à inclure dans l'enregistrement tous leurs patients atteints de ce problème spécifique.

L'identification de ces dossiers pose toutefois problème si leur gestion n'est pas informatisée.

La constitution d'un registre de pathologies ou le marquage du dossier (flagging) permet de résoudre ce problème, mais demande un effort supplémentaire considérable.

En cas de prévalence élevée de le sujet, il faut opérer une sélection d'une manière ou l'autre afin que l'enregistrement reste réalisable. Exemple : *Les x premiers patients qui sont reçus à la consultation et qui satisfont aux critères d'inclusion.*

Cette méthode est assez simple, mais ne peut être utilisée que si « la visite en consultation » est indépendante de la qualité des soins se rapportant à le sujet étudié.

Exemple : la vérification de l'état de vaccination antitétanique. Il semble peu probable que le fait d'être en règle de vaccination antitétanique influence fortement la fréquence de consultation des patients. En revanche, l'utilisation de cette méthode chez des patients hypertendus ou diabétiques pourrait causer des distorsions considérables car les patients peu assidus se sentent moins bien et doivent donc consulter plus souvent, à moins qu'ils ne soient moins bien justement parce qu'ils ne consultent pas assez leur docteur. Ainsi apparaît une impression faussée.

Une autre manière consiste à *rédiger une liste des patients qui satisfont aux critères d'inclusion, et d'opérer ensuite une sélection arbitraire.*

Vu que la rédaction d'une telle liste peut constituer un frein à la réalisation de l'audit, des solutions intermédiaires sont souvent recherchées.

L'on peut ainsi demander de commencer à une certaine lettre dans le fichier de patients et d'inclure dans l'enregistrement un patient pertinent sur deux ou sur trois.

Il ne s'agit pas d'une sélection strictement aléatoire, mais les risques de forte distorsion sont malgré tout minimes.

## L'anonymat des médecins

Les noms des patients importent peu pour un audit et doivent être exclus de tout enregistrement afin de prévenir toute plainte relative au secret médical (tout au plus les initiales et la date de naissance). Même les médecins préfèrent généralement rester anonymes. La possibilité d'assurer l'anonymat de l'enregistrement et du rapport doit donc être prévue et sera généralement exigée, d'après notre expérience.

Nous proposons concrètement deux façons de procéder :

1. Une personne indépendante attribuée à chaque médecin participant un numéro de code, que celui-ci indiquera sur chaque formulaire d'enregistrement. La liste des médecins et de leur code respectif ne sera connue que de cette personne. Il peut éventuellement s'agir du médecin qui traitera les données enregistrées, ou d'une personne du secrétariat.
2. Chaque médecin s'attribue un numéro de code (6 chiffres) qu'il indique sur chaque formulaire. Ensuite, le feedback est transmis au médecin responsable du groupe, chez qui chaque médecin ira prendre son propre colis, d'après son numéro.

Cette dernière méthode présente une série d'inconvénients.

Le médecin qui traite les données ne peut pas prendre contact avec le médecin concerné pour obtenir des éclaircissements en cas de besoin.

Il arrive assez souvent que l'on oublie le numéro de code attribué. Dans le second cas, il est difficile de retrouver le médecin concerné, ce qui est surtout important pour le feedback individuel.

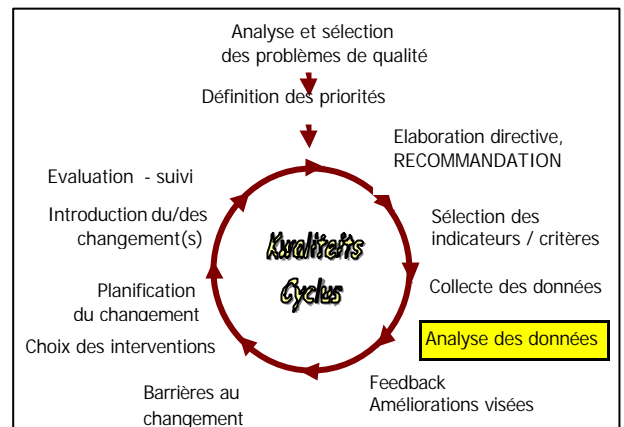
Les médecins doivent en outre éviter les combinaisons chiffrées trop évidentes (par ex. 123456).

## » ÉTAPE 6. - ANALYSE DES DONNEES

Quels que soient les objectifs ou les méthodes choisis, tout audit produira une masse considérable de données qui devront être traitées avec bon sens.

Un traitement statistique complexe n'est pas toujours nécessaire. Une première impression peut déjà être obtenue simplement en considérant la fréquence d'occurrence.

S'il ressort par exemple de notre audit que seulement 10 % des patients considérés sont en règle de vaccination antitétanique, cela peut suffire pour lancer une campagne de vaccination.



Pour reprendre notre exemple de la vaccination antitétanique :

Dans l'audit, nous ne prenons en considération que les personnes de plus de 20 ans (les plus jeunes ont normalement encore eu un rappel à 12 ans dans le cadre de la médecine scolaire). Pour chaque patient, nous notons le sexe, la date de naissance, la date et le motif de la dernière vaccination (préventive ou consécutive à une blessure), la profession et une identification du médecin. Soit 6 données par patient. Un cabinet moyen compte environ 1.200 patients, dont approx. 1.000 de plus de 20 ans. Au total, 10 cabinets participent à l'audit. Même si nous ne retenons de façon aléatoire que 1 patient sur 10, nous avons encore 6.000 enregistrements. Par conséquent, même un audit très simple peut fournir assez bien de données. Si nous ne disposons pas de solutions de traitement simple, bon nombre de fichiers de données resteront inexploités et nous aurons frustré des collaborateurs dont le travail et l'engagement auront été inutiles.

Il se peut que l'information recherchée soit manquante dans 75 % des dossiers de patients, de sorte que l'étape suivante consistera à intervenir pour optimiser l'inscription aux dossiers.

Nous pouvons encore aller plus loin et analyser les différences dans un tableau à 2 x 2 entrées :

Les hommes sont-ils mieux vaccinés que les femmes (antérieurement : influence du service militaire) ?

Les personnes âgées sont-elles aussi bien protégées que les jeunes ?

Les prestations de certains médecins sont-elles meilleures que d'autres, et en quoi ?

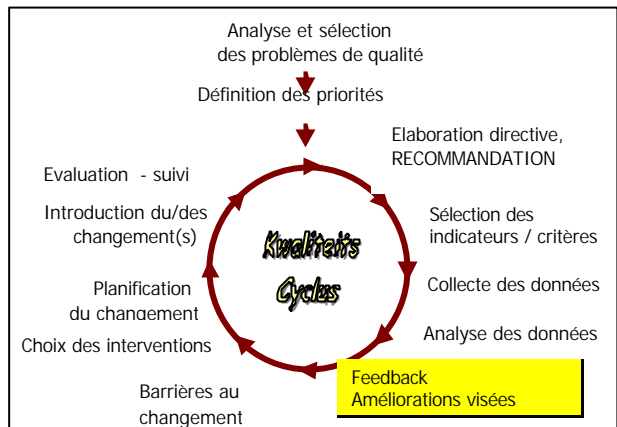
Ces calculs sont assez faciles à effectuer à l'aide d'une calculatrice, ou éventuellement d'un ordinateur.

Epi-Info est un logiciel d'analyse statistique très simple d'emploi et qui convient parfaitement pour ce type de calculs. Mais on peut également utiliser un tableur.

## » ÉTAPE 7. - FEEDBACK

Pour transmettre les résultats de l'audit aux médecins, ils doivent être transposés sous une forme compréhensible par chacun et qui permette de les interpréter rapidement et aisément.

Les données peuvent être présentées dans un tableau, mais il vaut souvent mieux les présenter sous une forme graphique, en histogrammes ou en diagrammes à segments. Epi-Info offre également cette possibilité.



La présentation claire des résultats doit permettre à chaque médecin d'établir une comparaison avec ses objectifs et d'en tirer les conclusions qui s'imposent. Cela suppose que chacun reçoive à la fois les résultats globaux et les résultats concernant son cabinet.

Pour les enquêtes simples qui sont traitées au sein du groupe, le feedback peut être simplifié et être effectué au sein même du groupe.

En cas d'analyse plus complexe, une demande de feedback peut être introduite auprès de l'organisme qui assure le traitement des données.

Dans le cadre du soutien apporté aux groupes GLEM (POLKA), le traitement des données et le rapport de feedback peuvent être assumés par le Groupe de travail Audit de la WVVH. Dans ce contexte, une comparaison peut également être réalisée dans le rapport de feedback entre le groupe concerné et les groupes qui ont déjà réalisé un audit similaire, de sorte à permettre au premier de s'inspirer des autres sur le terrain.

Le groupe peut identifier des disparités en comparant les données du rapport de feedback et la recommandation, ou grâce au protocole rédigé sur cette base.

Si les pratiques enregistrées s'écartent manifestement de ce qui était envisagé ou si des lacunes évidentes sont constatées dans les pratiques, une intervention supplémentaire doit être planifiée.

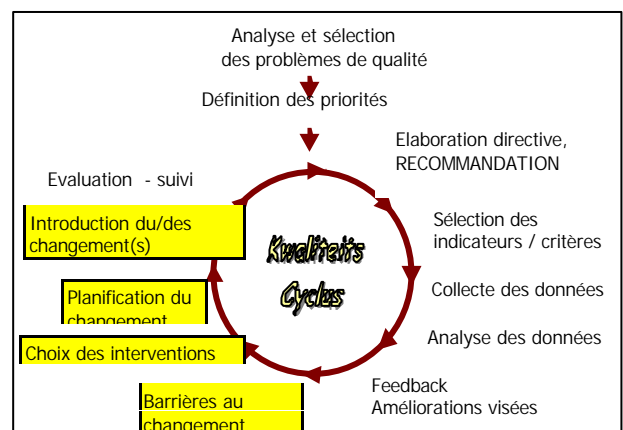
Les lacunes ou les écarts sont parfois imputables à quelques médecins du groupe. En règle générale, cela n'apparaît pas dans le rapport de feedback global. Seuls les médecins concernés peuvent s'en rendre compte sur la base de leur feedback personnel, mais tous les médecins ne mettront pas le problème sur le tapis. Tout dépend de l'ambiance du groupe et du degré de confidentialité qui y règne.

## » ÉTAPE 8. - ADAPTATIONS

Une fois que certaines lacunes dans nos pratiques ont été objectivées grâce aux données collectées, il reste à élaborer des mesures afin d'y pallier.

Il est toutefois possible que les médecins soient déjà informés de manquements dans leurs pratiques, mais qu'une série de barrières les empêchent de modifier ces dernières.

Il est fort possible que le médecin ne soit pas en mesure d'assurer de meilleures prestations ou qu'il ne soit pas suffisamment motivé pour tendre à un changement. Le manque de temps ou divers facteurs sociaux peuvent également compliquer cette adaptation.



Il importe de déceler activement ces obstacles et d'y trouver des solutions. Celles-ci devront être intégrées dans un programme d'intervention afin d'engendrer les changements nécessaires.

Un programme d'intervention doit viser à faire prendre conscience au médecin de ses propres pratiques mais aussi proposer des méthodes pour induire le changement de comportement.

Quels facteurs peuvent contribuer à amener les médecins à revoir leurs pratiques ? Plusieurs méthodes peuvent être mises en œuvre dans le cadre plus large de la formation continue et de l'amélioration des compétences.

Il est généralement admis que la méthode classique de recyclage, à savoir les conférences ex cathedra et la littérature scientifique, n'induisent que peu ou pas de changement dans la pratique.

L'élaboration et la publication de directives relatives aux pratiques ne sont en soi pas suffisantes pour modifier les comportements. Des études réalisées aux Pays-Bas sur les recommandations déjà mises au point révèlent que bon nombre de médecins connaissent l'existence d'une recommandation, qu'un plus faible pourcentage en connaît le contenu et que seule une minorité les applique dans la pratique quotidienne.

Le seul feedback sur les données relatives aux pratiques n'induit pas toujours non plus les changements souhaités.

Le comportement exemplatif de 'pairs influents' ou 'influential peers' semble avoir un effet assez positif sur le changement de comportement.

La participation à des groupes de discussion où l'on examine et argumente certaines pratiques de manière critique et où l'on peut formuler des objections concrètes, donne des résultats appréciables.

Les pouvoirs publics peuvent quant à eux user d'autres moyens pour induire des changements de comportement :

Les mesures administratives visent avant tout à inciter les médecins à suivre une autre ligne de conduite. Par exemple en rendant plus facile un comportement souhaité ou plus compliqué un 'comportement indésirable'. Pensez aux attestations de remboursement des inhibiteurs ACE ou des hypolipidémiants, le retrait de certains tests sur les formulaires de laboratoire préimprimés,...

Les gratifications financières ou les amendes relèvent également des possibilités.

L'un des risques que peut comporter ce genre de mesures est qu'elles semblent amener assez efficacement un changement de comportement, mais n'ont pas toujours un effet bénéfique sur les prestations de soins.

De manière générale, l'on peut dire que différents facteurs et barrières s'interposent dans le processus de changement. Les médecins se distinguent quant à leur niveau d'expérience, leurs besoins, leurs modes d'apprentissage,... aussi faudra-t-il user de différentes méthodes supposant des interventions relativement intensives et des efforts soutenus pour amener la majorité des médecins à un changement de comportement durable.

Aucune méthode d'intervention n'est d'avance efficace, a fortiori si elle est utilisée seule.

La réussite d'une intervention sera entre autres déterminée par le contexte dans lequel elle apparaîtra. Il importe donc de voir si la méthode d'intervention est appropriée pour réaliser le changement de comportement souhaité.

Une formation complémentaire sera efficace pour le médecin qui ne connaît pas de méthodes plus performantes. Mais elle ne conviendra pas si d'autres causes, telles que le manque de matériel, un encadrement insuffisant, les préférences des patients, des considérations financières,... sont à la base du comportement actuel.

Les méthodes qui semblent remporter le plus grand succès sont celles où les médecins sont personnellement impliqués dans la rédaction des directives et dans la mise sur pied des interventions.

Il n'est pas sûr que les médecins soutiendront les changements proposés s'ils sont imposés par l'administration et sont introduits avant tout pour des raisons financières. Si les économies constituent la principale raison de l'introduction des changements, ceux-ci seront probablement appliqués par les médecins s'il est démontré que les prestations de soins sont améliorées, ou du moins identiques du point de vue des patients.

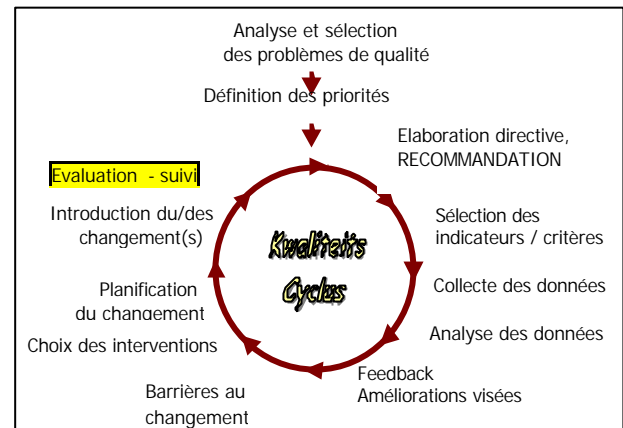
## » ÉTAPE 9. - EVALUATION – SUIVI «

La dernière étape importante pour boucler le cycle de la qualité.

Elle consiste essentiellement en un nouvel enregistrement, quelque temps après l'intervention. Elle vise à évaluer si l'ensemble du processus a finalement abouti à une amélioration des pratiques, ainsi que la mesure dans laquelle les choses ont évolué dans le sens souhaité.

Le même formulaire d'enregistrement peut être utilisé pour cette nouvelle enquête.

Pour le traitement des données également, il convient de suivre la même méthode pour obtenir des résultats comparables.



Pour avoir un aperçu de l'amélioration, il suffit de comparer la première évaluation avec la nouvelle.

Il appartient ensuite au groupe de déterminer si ce résultat suffit ou si de nouveaux efforts ou de nouvelles interventions sont nécessaires pour encore améliorer la situation.

## Références

- <sup>1</sup> Donabedian A. The Definition of Quality<sup>2</sup> : a Conceptual Exploration. In *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ed. Donabedian A. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press.
- <sup>2</sup> Bentzen N. Medical audit--the APO-method in general practice. *Scand J Prim Health Care-Suppl* 1993; 1: 13-8.
- <sup>3</sup> Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997; 3:103-8
- <sup>4</sup> Buntinx F. De tien geboden van de consensusbouwer. Een standaard der standaarden. *Huisarts Nu* 1996; 25(1):13-6.
- <sup>5</sup> Hearnshaw H. The audit cycle managed by the primary health care team. *Audit Trends* 1993
- <sup>6</sup> Difford T. Defining essential data for audit in general practice. From: R. Smith, éd. *Audit in action*. London: BMJ 1992.
- <sup>7</sup> What is quality assurance ? From : Grol R, *et al.* *Quality assurance in general practice in Europe. The state of the art*. Utrecht : NHG 1993
- <sup>8</sup> Grol. R. Quality of care in general practice : into the next century. *Huisarts en Wetenschap* 1993; 36(13):467-72.
- <sup>9</sup> Grol R. Standards of care or standard care. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11 suppl:26-31
- <sup>10</sup> Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care* 1992; 1: 184-191.

