

# Microépidémiologie à partir du terrain : le tableau de bord de la Fédération des maisons médicales



Et soins de santé primaires :  
rencontres

.....  
*Les soignants peuvent-ils récolter en routine des données pertinentes pour la santé publique ? Oui, répond la Fédération des maisons médicales : regards sur les premières analyses réalisées grâce au « tableau de bord » implanté dans les équipes depuis quelques années.*  
.....

**méthodologie : analyse des  
données encodées en routine**

## Le grand écart

Considérer le patient comme un être singulier, entendre ce qu'il amène, ce qu'il attend. Soutenir ses forces personnelles, cheminer ensemble vers un mieux-être. Guérir, soigner, soulager.

Considérer l'ensemble de sa patientèle non pas comme des sujets isolés, mais comme des personnes qui présentent des similitudes dans leur parcours, des situations de vie fragilisant leur santé, leurs possibilités de la préserver. Tenter d'agir face à ces problématiques communes, autrement.

C'est le grand écart : il s'agit d'adopter, à partir d'une même place, deux regards différents.

Monsieur X - connu depuis 20 ans, avec son histoire, son diabète, son bon sourire - sera décrit en quelques caractéristiques, forcément réductrices pour entrer dans les statistiques. Ce n'est pas facile pour les soignants, ni sur le plan humain ni sur le plan concret : il faut être très disponible pour bien accompagner Monsieur X - alors, poser des questions administratives, encoder...

Pour soutenir ce grand écart, la Fédération des maisons médicales accompagne les équipes depuis plusieurs années dans le recueil de données socio démographiques et sanitaires auprès de leurs patients. Ce recueil, qui se fait en routine de manière continue nourrit un « tableau de bord », qui dessine un profil de patientèle pour chaque équipe et permet à la Fédération de réaliser des analyses portant sur l'ensemble des patients de maisons médicales.

## Un clic, trois cibles

L'objectif de ce projet, initié par la Fédération et soutenu par les pouvoirs publics<sup>1</sup> est double : d'une part observer la santé des patients de maisons médicales en Communauté française de Belgique, d'autre part fournir aux équipes un outil leur permettant de guider leurs pratiques et d'en évaluer la qualité.

**Marie Marganne,**  
*licenciée en psychologie,  
responsable du tableau de bord,  
service d'études et de recherches,*  
**Marianne Prévost,**  
*sociologue,  
service Espace promotion santé de  
la Fédération des maisons médicales.*

*1. Commission communautaire française et la Région wallonne.*

**Mots clés :** épidémiologie, assurance de qualité, soins de santé primaires.

2. *Cahier Santé conjugulée n°58 - Soins de santé primaire et informatique - octobre 2011.*

3. *Article paru dans la Revue médicale Bruxelles 2011 ; 32 : 10-3 disponible sur le site de la Fédération des maisons médicales.*

4. *La classification ICPC-2 forçait le médecin encodeur à typer le diabète en choisissant entre divers codes exclusifs l'un de l'autre (diabète 1, diabète 2, diabète médicamenteux, diabète gravidique, etc.).*

Pourquoi cet observatoire spécifique, alors que plusieurs systèmes d'information existent en Belgique ? Parce que la patientèle des maisons médicales a des caractéristiques particulières ; elle est en moyenne plus jeune et plus défavorisée que la population générale, et les maisons médicales se retrouvent principalement en milieu urbain. Ces spécificités font des maisons médicales un terrain privilégié pour mieux connaître une population plus précaire qui échappe parfois aux statistiques globales et dont les besoins spécifiques ne sont pas toujours rencontrés par les mesures générales de santé publique.

Pourquoi ajouter à cette observation micro-épidémiologique, un axe concernant la qualité des pratiques ? Parce que le souci de la qualité fait partie intégrante d'une démarche de santé publique, et qu'on ne peut maintenir, renforcer cette qualité qu'en évaluant ce que l'on fait. Le tableau de bord permet à chaque équipe de mieux percevoir les besoins de sa population et l'adéquation de ses activités.

égard : pourquoi, par exemple, noter avec précision les valeurs qui se situent dans la normale (tension artérielle, poids...) ? Aux yeux du soignant, c'est plutôt superflu, il faut lui expliquer la nécessité d'une telle précision pour que les analyses ne surestiment pas les cas pathologiques.

Ceci n'est qu'une des difficultés rencontrées dans la mise en place de ce « tableau de bord » : il a fallu aussi entreprendre différentes démarches pour préserver la vie privée des patients<sup>2</sup>, et identifier les leviers nécessaires pour que ce recueil de données soit faisable, concrètement, dans le quotidien des équipes, nécessité absolue de gagner l'intérêt, l'adhésion et la participation de l'ensemble des travailleurs.

Ce processus est aujourd'hui bien avancé : l'encodage progresse régulièrement depuis 2006, date de début du projet, ce qui a fourni des données suffisantes pour pouvoir réaliser des analyses concernant l'hypertension et étudier le lien existant entre le diabète de type 2 et la précarité<sup>3</sup>.

*Une condition fondamentale pour engager des professionnels de terrain dans un recueil de données en routine, c'est qu'ils en perçoivent l'utilité directe et que cela n'alourdisse pas trop leur travail. C'est dans cette optique qu'a été construit ce projet : les données sont encodées dans le dossier du patient, elles sont donc utiles au suivi thérapeutique individuel. L'analyse agrégée permettra ensuite à l'équipe de mieux connaître sa population et de guider ses pratiques : un seul encodage pour trois fonctions.*

## Des résultats interpellants

En ce qui concerne le diabète, l'étude épidémiologique transversale que nous avons menée a fourni des résultats très intéressants. Son but était de déterminer la prévalence du diabète 2 dans la population suivie par les maisons médicales au forfait et d'analyser sa relation avec le statut socio-économique des patients. Nous avons pu mettre en évidence un lien très clair : le risque de diabète est presque doublé chez les patients défavorisés.

## Patience et longueur de temps

Mener un ensemble d'équipes à mettre en place une collecte de données standardisées en routine, cela a été une démarche de longue haleine : il a fallu convaincre tous les intervenants d'encoder régulièrement, dans le dossier informatisé de chaque patient, tous les éléments utiles à son suivi individuel ... mais aussi des variables qui ne semblent pas indispensables à cet

Quelques mots sur la méthode : nous nous sommes basés sur les données encodées dans les dossiers de santé informatisés des patients inscrits au 31.12.2009 dans 39 maisons médicales au forfait, situées en régions bruxelloise et wallonne. Les variables analysées étaient le diagnostic de diabète de type 2 (code ICPC-2 T90<sup>4</sup>), ainsi que le genre, l'âge (catégorisé en intervalles de 5 ans) et le niveau socio-économique des

patients. Le marqueur utilisé pour ce dernier critère est le niveau de remboursement des soins : remboursement préférentiel (BIM : bénéficiaires de l'intervention majorée<sup>5</sup>) pour les patients disposant d'un revenu annuel inférieur à ± 14.000 € et remboursement non préférentiel pour les autres (non-BIM).

La prévalence du diabète dans les maisons médicales, ajustée sur la structure d'âge et de genre de la population générale était de 6,3%, ce qui est significativement supérieur à la prévalence de 4,7%<sup>6</sup> estimée pour la population générale du pays. Cette différence est imputable notamment au statut socioéconomique moins favorisé de la population suivie en maisons médicales. Au sein même de cette population, le risque d'être atteint de diabète de type 2 est 1,8 fois plus élevé (intervalle de confiance à 95% : 1,6 - 1,9) chez les patients « socio-économiquement » défavorisés que chez les autres, et cela se vérifie pour toutes les tranches d'âge - sauf pour les patients très âgés (voir sur le graphique 1).

Ce constat entraîne d'autres questions : dans quelle mesure cette inégalité sociale en termes de morbidité<sup>7</sup> existe-t-elle aussi au niveau de la qualité des soins et des cibles thérapeutiques ? Si nous voulons aujourd'hui creuser cette question, c'est parce que nous savons que, d'une manière générale, les patients les plus vulnérables sont souvent ceux qui bénéficient le moins de soins adéquats, au niveau curatif mais aussi préventif : ce phénomène, largement constaté dans la littérature, est appelé l'effet Matthieu ou *inverse care law*.

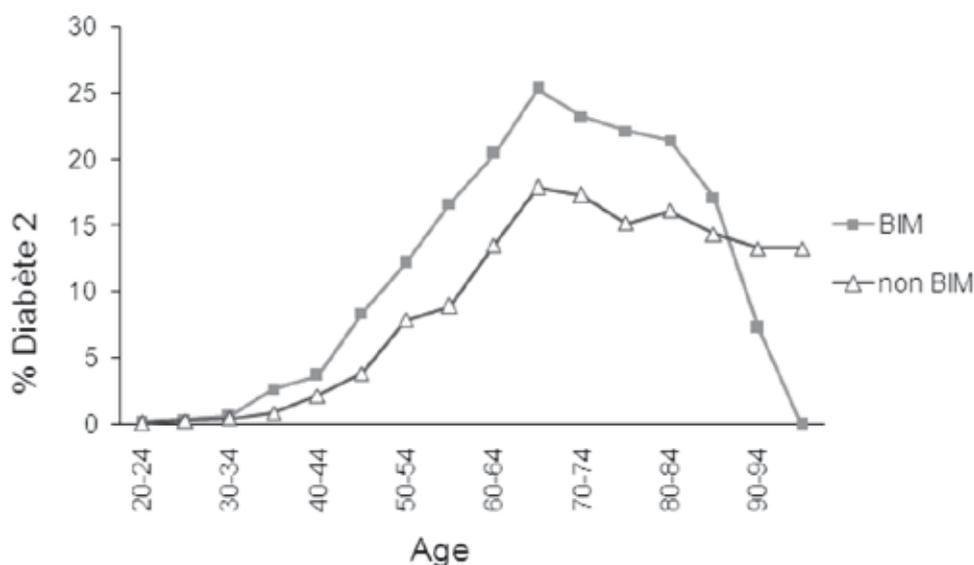
Pour analyser cette question, nous avons choisi de travailler sur deux scores :

Un « score de suivi » pour évaluer la qualité des soins : ce score est basé sur 10 indicateurs de la qualité du suivi établis dans les recommandations existantes : HbA1c, glycémie, tension artérielle (TA), indice de masse corporelle (BMI), nombre de cigarettes, LDL cholestérol, créatinine, micro-albuminurie, fond d'oeil et score des pieds. 1 point sera attribué pour chacun de ces 10 indicateurs si le paramètre a été contrôlé

5. *Omnia* compris. Pour plus d'information sur ces statuts voir le site [http://www.belgium.be/fr/sante/cout\\_des\\_soins/remboursements\\_specifiques](http://www.belgium.be/fr/sante/cout_des_soins/remboursements_specifiques)

6. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Infospot 12.07.2010. <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientificinformation/pharmaceutical/info-spot/2010-07-12/pdf/infospot20100712.pdf>, consulté le 31.07.2010.

Graphique 1 : Prévalence du diabète de type 2 et niveau socioéconomique.



dans le temps recommandé, en tenant compte des contraintes spécifiques aux soins de santé primaires et des délais existant en Belgique pour les rendez-vous en ophtalmologie.

Un *Score on target* pour évaluer les résultats obtenus, basé sur 5 indicateurs choisis parmi des cibles thérapeutiques adaptées à la réalité de terrain en soins de santé primaire : Hb1Ac, tension artérielle, fumeur/non-fumeur, BMI et LDL Cholestérol.

---

### Un processus de co-construction

Les analyses sont en cours et les résultats seront discutés avec les équipes des maisons médicales, selon le processus habituel : chaque année, nous les invitons à un séminaire. Ce moment d'échange est riche en informations de part et d'autre. Un tel processus donne l'occasion de discuter sur la qualité de l'encodage et donc sur la fiabilité des données collectées. Il nous permet aussi de confronter nos analyses avec les remarques des personnes travaillant sur le terrain ; ces analyses sont ainsi plus accessibles, plus stimulantes que si elles étaient simplement communiquées sous forme de rapports.

Enfin, nous abordons dans ces séminaires différentes questions relatives à la qualité des pratiques, à l'équilibre nécessaire entre la position thérapeutique individuelle et la fonction de santé publique. ●

Cet aller-retour constant entre ceux qui analysent les données et ceux qui les produisent est une grande richesse de ce projet : stimulant le partage d'expériences et de connaissances, un tel processus permet d'améliorer tant la validité des recherches que la qualité des pratiques.

---