

Tableau de bord des maisons médicales

Contact : Marie Marganne

Outil d'analyses de données issues de l'encodage de dossiers médicaux informatisés des patients de maisons médicales ayant pour double objectif le rôle d'observatoire et d'assurance qualité.

OBJECTIFS

Observatoire

- Pour améliorer la connaissance de la population des maisons médicales ;
- Pour obtenir de l'information sur les problèmes spécifiques à la première ligne de soins de santé.

Assurance de qualité

Utilisation du tableau de bord par les équipes comme outil pour guider et évaluer leurs pratiques.

DESCRIPTION

Depuis 2006, le tableau de bord est construit à partir des données encodées dans les dossiers médicaux électroniques des patients qui consultent en maison médicale. Chaque année, les équipes envoient ces données à la Fédération qui les analyse.

19 VARIABLES

Caractéristiques de la population : année de naissance, genre, code postal, accessibilité aux soins, code titulaire de la mutuelle (CT12), statut mutuelle, niveau d'études (après 25 ans).

Données de santé : vaccination contre la grippe (65 ans et plus), vaccination tétanos (18 ans et plus), mammographie (entre 50 et 69 ans), vaccination RRO (13 ans, uniquement à Bruxelles), diabète de type 2, obésité, hypertension, tabagisme (15 ans et plus), BMI, pression artérielle (30 ans et plus).

UTILISATION DES DONNÉES

Chaque équipe reçoit chaque année un rapport comprenant l'analyse de ses données. Les résultats globaux sont présentés chaque année lors d'un séminaire spécifique.

Promotion du modèle maison médicale. Recherche sur des thématiques de santé. Source d'information pour les politiciens.

UTILITÉ POUR LES ÉQUIPES

Le tableau de bord encourage les équipes à utiliser le dossier informatisé. Il permet de guider les choix de priorités. Il aide à évaluer les pratiques.

LIMITES

L'encodage des données est avant tout réalisé dans le cadre du suivi individuel de chaque patient. Il ne rencontre pas toujours toutes les contraintes liées à la recherche épidémiologique. Tous les logiciels utilisés en maison médicale ne permettent pas l'extraction des données. Il faudra du temps pour obtenir un bon encodage de toutes les données dans toutes les équipes.

La population des maisons médicales n'est pas complètement représentative de la population belge.

SPÉCIFICITÉS

Soins de santé de première ligne. La majorité des équipes fonctionne par abonnement (forfait à la capitation*), la population suivie est donc bien définie. La plupart des équipes utilisent un logiciel qui est conçu pour permettre la recherche épidémiologique.

MISE EN PLACE

La participation au projet tableau de bord n'entraîne pas de travail supplémentaire puisque l'information est extraite des dossiers

existants. Mais au début du projet, très peu d'équipes utilisaient les dossiers informatisés, il y a donc eu un gros travail à réaliser à ce niveau.

Principales actions :

- Désamorcer les craintes face à l'informatique ;
- Convaincre les équipes d'utiliser les dossiers informatisés ;
- Résoudre les problèmes liés au respect de la vie privée (un formulaire de consentement est signé par chaque patient de chaque centre) ;
- Résoudre des problèmes techniques ;
- Créer des outils didactiques pour les utilisateurs ;
- Organiser des groupes d'utilisateurs pour échanger les expériences ;
- Informer et impliquer régulièrement les équipes à tous les stades du projet.

PARTICIPATION EN 2012

57 équipes au forfait à la capitation* ce qui représente 129 368 patients.

QUELQUES RÉSULTATS

Progression de l'encodage (fig. 6)

L'encodage progresse chaque année, la figure 6 montre l'évolution de plusieurs équipes sur six ans.

Description de la population (fig. 3,4)

Comparée aux Régions wallonne et bruxelloise, la population est plus jeunes, plus défavorisée et comprend plus d'invalides.

Inégalités sociales en santé (fig. 1,2,5)

Un nombre significativement plus élevé de problèmes de santé est constaté dans les popula-

tions plus défavorisées (repérées ici par leur droit à un meilleur remboursement des soins de santé). Des études le montrent au niveau international pour plusieurs pathologies comme l'hypertension, l'obésité, le tabagisme ou le diabète de type 2. Les graphiques montrent nos résultats pour le diabète de type 2. La prévalence pour nos centres est de 4,2% en 2011, en standardisant pour l'âge pour correspondre à la Belgique, nous aurions une prévalence de 6,6% de diabétiques de type 2.

Fig. 1 et 2 : le diabète de type 2 est plus fréquent dans une population défavorisée mais la littérature montre que les patients ne sont pas toujours diagnostiqués. Nous pouvons voir ici qu'ils sont un peu plus dépistés que les non-défavorisés.

Fig. 5 : Nous observons également que le niveau d'études est pertinent pour montrer la relation entre la présence d'un diabète de type 2 et le statut socio-économique. On constate une corrélation encore plus grande qu'avec le ratio défavorisé/non-défavorisé. Plus haut est le niveau d'études, plus basse est la prévalence du diabète. Une différence statistiquement significative est atteinte entre le premier et le deuxième niveau et entre le deuxième et le troisième niveau.

* Forfait à la capitation : la maison médicale reçoit de la mutuelle une somme fixe par mois (forfait) pour prendre en charge la santé d'un patient.

Fig 1 : prévalence diabète type 2 et niveau social

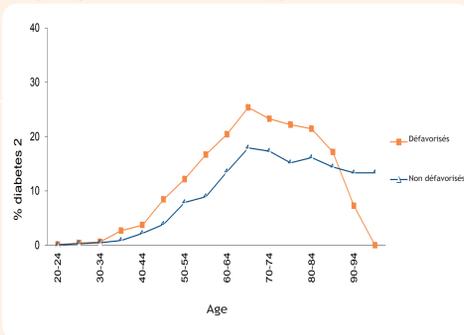


Fig 2 : population bruxelloise et wallonne

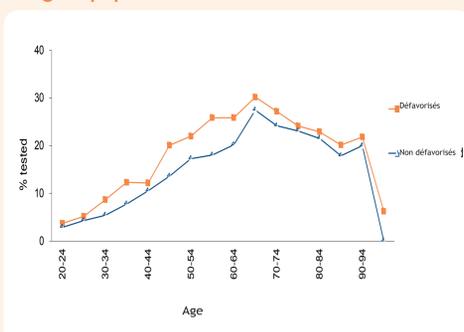


Fig 3 : maisons médicales bruxelloises et wallonnes

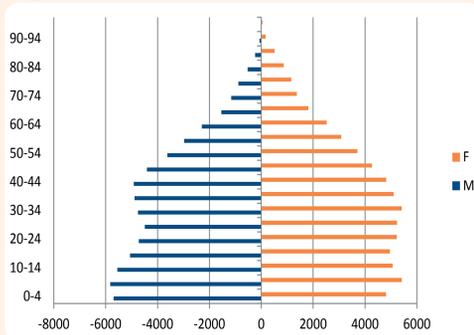


Fig 4 : population bruxelloise et wallonne

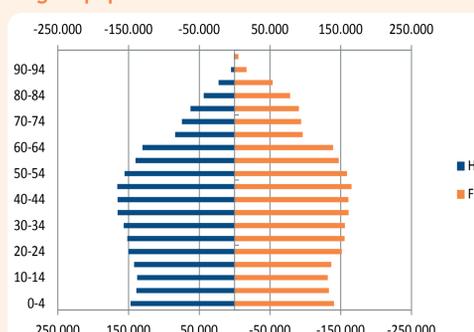


Fig 5 : diabète de type 2 et niveau d'éducation

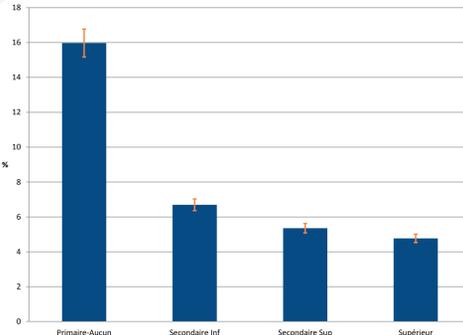
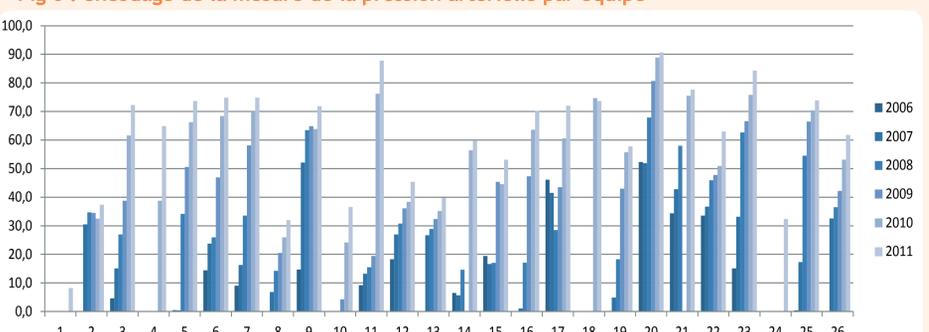


Fig 6 : encodage de la mesure de la pression artérielle par équipe



Maison médicale : centre de soins de santé primaire

- ▶ Soins de santé de première ligne accessible à tous ;
- ▶ Équipe pluridisciplinaire ;
- ▶ Prévention, promotion de la santé, santé communautaire ;
- ▶ Partenariat avec les acteurs locaux ;
- ▶ Milite pour l'égalité dans l'accès à la santé et pour une première ligne forte dans le système des soins de santé.