

Thomas Kühlein, Marco Zoller, Heinz Bhend

«Qui possède les données possède le pouvoir»

Ou encore: pourquoi les médecins de famille devraient apprendre à utiliser les données

Résumé

Avec l'International Classification of Primary Care (ICPC), les médecins de famille disposent d'une classification appropriée. La SSMG a acquis auprès de Wonca, l'organisation mondiale des médecins de famille, la licence d'utilisation pour l'International Classification of Primary Care (ICPC). A l'aide de cette classification et d'une documentation dans des programmes électroniques de gestion du cabinet médical on peut établir, sans trop de charges, des aperçus du produit de notre travail. Nous pouvons les utiliser pour présenter et orienter la qualité des soins fournis aux patients dans le cadre du cabinet médical. La représentation, l'évaluation et l'orientation de son propre travail au moyen de données appropriées et la recherche épidémiologique propre sont des éléments fondamentaux de la professionnalisation du médecin de famille. Laisser aux autres le soin de s'en occuper serait une erreur. Nous aimerions ici répondre à quelques questions.

Pourquoi les médecins de famille devraient-ils se préoccuper de classification et de documentation électronique?

En principe, les statistiques servent à décrire de nombreuses personnes et pas des patients individuels. En tant que fournisseur de patients individuels, elles nous sont en conséquence peut-être un peu hermétiques. Une classification appropriée permet de trier, de classer et de représenter de nombreuses tâches du médecin de famille. Elle aide à produire des données qui permettent de présenter notre activité médicale. Il n'est pas possible de décrire chacune des activités du médecin de famille de cette manière. Les images obtenues réduisent inévitablement la complexité de la réalité de ce type de profession. Il est d'autant plus important d'en garder le contrôle de l'interprétation. Professionnalisme est synonyme d'autocontrôle. Une profession se distingue des autres par le fait que la société lui a octroyé le droit de contrôler son propre travail [1]. En d'autres termes, le professionnalisme signifie que l'on reproduit, que l'on observe et que l'on évalue ses activités. Cela vaut autant pour l'individu que pour la profession en général. Lorsque l'image est bonne, on peut le faire savoir. Lorsqu'elle est moins favorable, il faut s'efforcer de remédier aux erreurs. En conséquence, pour représenter son propre travail, il faut des données desquelles on tirera des statistiques. En Suisse également, depuis longtemps, des médecins émérites se sont occupés de telles statistiques [2]. Celles-ci étaient établies avec beaucoup de travail, à la main, au stylo et sur papier. Jusqu'à présent, l'utilisation des ordinateurs n'est pas encore très répandue dans les cabinets médicaux de Suisse [3]. Les dossiers électroniques des patients présentent cependant des avantages incontestables. L'utilisation de l'ordinateur comme outil de documentation, de transferts, d'hospitalisation et d'établissement d'ordonnance permet de disposer, sans charge supplémentaire, de données dites de routine. L'utilisation très étendue de ces données permet de minimiser toute charge de documentation supplémentaire.

Qui utilise les données et à quelles fins?

Les classifications, les données et les statistiques réduisent la flamboyante variété du travail du médecin de famille à un rébarbatif ensemble de tableaux, à partir duquel ceux qui ne connaissent pas le travail du médecin de famille ont du mal à tirer des conclusions sur la réalité. Souvent, les scientifiques et les spécialistes trouvent alors des déficits apparents [4]. La seule conséquence logique de cette situation est qu'il faut assumer nous-mêmes ce travail de recherche. C'est la raison pour laquelle on a établi les premières chaires de médecine générale de Suisse à Bâle et à Zurich. Comme il ne peut pas y avoir de cliniques universitaires de médecine générale, les divisions dépendent d'une collaboration avec des médecins établis. L'utilisation habile de logiciels de gestion du cabinet médical appropriés devrait permettre de répondre de manière scientifique à toute une série de questions. En Allemagne, le projet CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork), un projet de recherche du service de médecine généraliste et de recherche sur les soins à l'hôpital universitaire de Heidelberg [5] (www.content-info.org), a donné de premières impulsions dans cette direction. En Suisse, le projet FIRE (www.icpc.ch/ / Projet FIRE) a été lancé avec des objectifs similaires [6].

A quoi le médecin de famille peut-il utiliser des données et statistiques?

Même si les statistiques ne représentent jamais que des aspects limités des soins aux patients dans le cadre du cabinet médical, on peut en tirer une grande quantité d'informations. Un exemple: les patients ayant déjà fait un infarctus du myocarde sont particulièrement menacés par un nouvel infarctus. En conséquence, il faut normalement les traiter avec des bêtabloquants, des inhibiteurs de l'agrégation de thrombocytes et des statines. Si, après un infarctus du myocarde un patient ne reçoit pas l'un de ces médicaments, cela peut provenir du fait qu'il ne le souhaite pas, qu'il ne le supporte pas ou que cela n'est pas judicieux compte tenu de son contexte individuel ou d'une autre maladie. Mais il ne faudrait pas que cela soit dû à un simple oubli. Les efforts internes au cabinet médical pour éliminer ce type d'oublis sont désignés en anglais par la locution «clinical governance (gouvernance clinique)». Dans ce contexte, on compare l'état réel des soins fournis au patient (situation réelle) à un état théoriquement souhaitable (état visé). En cas de forte divergence entre ces deux états, on prend des mesures pour changer les choses. Il faut des données appropriées pour constater les données réelles. Et il faut des classifications pour obtenir ces données appropriées. Il serait facile de répondre, au moyen d'un logiciel adéquat, à la question suivante: «Quel est le pourcentage de mes patients qui, ayant subi un infarctus, sont parfaitement suivis» [7, 8]. Il serait important de pouvoir réaliser une telle gouvernance clinique en interne. La Suisse dispose désormais d'une opportunité d'éviter, en lançant le travail sur le dossier électronique du patient, de nombreuses erreurs telles qu'elles ont par exemple été commises en Allemagne, et d'éviter ainsi les opposi-

tions qui ont suivi [9]. Les médecins de famille n'auront cette chance que s'ils s'occupent maintenant eux-mêmes des affaires de gouvernance clinique. Il y a peu, un article sur le chef d'une entreprise de fourniture de logiciels médicaux citait la phrase suivante: «Qui possède les données possède le pouvoir» [10]. Les données sont disponibles en premier lieu pour ceux qui les produisent: les médecins de famille. Ce serait dommage de ne rien en faire.

Pourquoi professionnaliser la médecine de famille – et pourquoi maintenant?

On observe actuellement aux Etats-Unis un déclin de la médecine de famille. En Allemagne également, les difficultés à trouver une relève sont nombreuses. Les causes pourraient en être la bureaucratie et la déprofessionnalisation accrue. Le progrès et la réussite non seulement de nos économies nationales mais aussi de la médecine reposent sur le principe de la répartition des tâches. Toutefois, la spécialisation implique une coordination. Afin de répondre à leur volonté d'être à la fois la base et le lien, il faut que les médecins de famille se professionnalisent encore plus. La capacité de pouvoir produire et évaluer des représentations de notre travail au moyen de classifications et de données appropriées puis d'apporter si nécessaire les corrections qui s'imposent constituerait une première étape dans cette direction.

Conclusion

Une classification appropriée comme l'ICPC permet de produire, sans grandes charges, à l'aide de programmes électroniques de gestion du cabinet médical et en utilisant au maximum des données de routine qu'ils fournissent, des images de notre travail. Nous pourrions utiliser ces images pour représenter et gouverner la qualité de l'activité du médecin de famille. Le travail avec des données

personnelles constitue une étape nécessaire de professionnalisation des médecins de famille.

Références

- 1 Freidson E. Profession of Medicine – A Study of the sociology of applied knowledge. Chicago: The University of Chicago Press. 1970;71.
- 2 Landolt-Theus P. Fällevverteilung in der Allgemeinmedizin. Fünf-Jahres-Statistik einer Schweizer Allgemeinpraxis. *Allgemeinarzt* 1992;14:254–68.
- 3 Bhend H. Hausarztmedizin und E-Health oder E-Health und Hausarztmedizin. *Primary Care*. 2008;8:288–9.
- 4 Hensler S, Wiesemann A. Diskreditierende Versorgungsstudien in Deutschen Hausarztpraxen. *Z Allg Med*. 2003;79: 579–85.
- 5 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. Urban & Vogel, München 2008.
- 6 Bhend H, Zoller M, Rosemann T. FIRE is lit – das Feuer ist entfacht. *Primary Care*. 2009;9:325–7.
- 7 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Wie versorge ich meine Patienten mit Rhinosinuitis? – Die CONTENT-Software als Werkzeug für ein praxisinternes klinisches Qualitätsmanagement. *Z Allg Med*. 2008;84:510–5.
- 8 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. CONTENT, ein praxistaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung in der Hausarztpraxis – Ein Zyklus der Qualitätsverbesserung am Beispiel «akute unkomplizierte Kreuzschmerzen». *Z Allg Med*. 2009;85:159–64.
- 9 Meyer RL. Die ICD-10 und die deutsche Ärzteschaft – eine Komödie, ein Trauerspiel oder ein Lehrstück? *Primary Care*. 2005;5:296–302.
- 10 Niejahr E. Der Datenarzt – Was bewegt ... Peter Reuschel? *Die Zeit* 4.12.2008; 50: 38.

Correspondance:

Dr Thomas Kühlein
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Service de médecine généraliste et de recherche sur les soins
 Vossstr. 2, Geb. 37
 D-69115 Heidelberg
 thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de