



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2012

THESE

n° 5055

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Stéphanie BONA

Le 7 novembre 2012

Evaluation de l'intervention d'experts sur la performance des groupes d'amélioration des pratiques professionnelles en médecine générale : l'expérience « Pairs et Experts »

Examineurs de la thèse

M. Jean-Dominique de KORWIN	Professeur	Président
M. Luc FRIMAT	Professeur	Juge
Mme Elisabeth STEYER	Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale	Juge
M. Jean-Michel MARTY	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie – réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. DUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1990)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur de Médecine Interne

veuillez accepter nos remerciements pour avoir dirigé cette thèse et pour l'intérêt que vous y avez témoigné

Pour avoir eu une participation active en délivrant votre expertise pour les questions concernant les antiagrégants et les anticoagulants

Avec notre reconnaissance pour votre disponibilité et vos conseils

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Luc FRIMAT

Professeur de Néphrologie

Avec nos remerciements pour votre participation active à ce projet, auquel vous avez spontanément accepté de participer en donnant votre expertise aux questions de néphrologie

Nous vous remercions également d'avoir accepté de participer au jury

Pour votre constante gentillesse, votre disponibilité

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

veuillez accepter notre reconnaissance pour vos précieux conseils lors de la préparation de la réunion plénière

Avec nos remerciements pour avoir accepté de prendre part au jury

Et la marque de notre profond respect

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Docteur en Médecine Générale (Metz)

Vous êtes à l'origine de ce projet

*Veillez accepter ma profonde gratitude pour votre présence et votre accompagnement permanents
lors de sa réalisation*

*Vous avez su m'apporter tant de conseils et un encouragement, une réassurance chaque fois que
cela s'est avéré nécessaire*

*Votre expérience et vos connaissances m'ont fait apprécier le stage passé à vos côtés, sans compter
votre humanité et votre sens de l'humour*

REMERCIEMENTS

A Madame de Docteur Jocelyne LOUYOT KELLER, Médecin Généraliste à Saint-Avoid, responsable de GAPP

A Monsieur le Docteur Charles FANJEUX, Médecin Généraliste à Bar-le-Duc, responsable de GAPP

A Monsieur le Docteur Norbert STEYER, Médecin Généraliste à Talange, responsable de GAPP

A Monsieur le Docteur Christian PERREIN, Médecin Généraliste à Novéant-sur-Moselle, responsable de GAPP

A Monsieur le Docteur Yves BOITEL, Médecin Généraliste à Vandoeuvre-lès-Nancy, responsable de GAPP

A tous les membres de vos GAPP

veuillez tous accepter ma profonde reconnaissance pour avoir accepté de participer à ce projet

vous y avez donné beaucoup de votre temps au décours de ses différentes étapes et étiez toujours disponibles et volontaires lors de mes sollicitations

A Madame le Docteur Florence GRANEL-BROCARD

Praticien Hospitalier de Dermatologie, CHU de Vandoeuvre-lès-Nancy

A Madame Monique DURAND

Pharmacienne à Champigneulle

A Madame le Docteur Amandine CHEVREMONT

Chef de Clinique de Diabétologie, CHU de Vandoeuvre-lès-Nancy

Pour les rôles d'experts que vous avez acceptés avec gentillesse et intérêt

A Monsieur le Docteur Jacques BIRGE

Médecin Généraliste à Boulay, responsable du GLAM

Pour votre aide lors de la mise en place du projet et la mise à disposition des audits du GLAM

A MA FAMILLE

A mes parents,

Vous avez été et serez toujours présents à mes côtés

Pour votre soutien à chaque étape de mes études

Avec mon éternelle reconnaissance

A mes grands-parents,

Vous êtes dans mon cœur et vous continuez de m'accompagner

A toute ma famille,

Pour toutes les marques d'encouragement, de soutien dont vous m'avez entourée

A tous mes maîtres de stage, et leurs équipes

Docteur Benoît SONDAG, chef du service de Gynécologie-Obstétrique, Sarreguemines

Docteur Francis CLAUSSNER, chef du service d'Accueil des Urgences, Forbach

Docteur Alain LAUGROS, chef du service de Gastro-entérologie, Freyming Merlebach

Madame le Docteur Hélène MARTY, Médecin Généraliste, Metz

Docteur Guy SENG, chef du service de Diabétologie, Freyming Merlebach

Madame le Docteur Marie-Agnès MANCIAUX, chef de l'Unité de Séjour de Longue Durée, centre Saint Stanislas, Nancy

Il y aurait tant à dire

Avec ma profonde gratitude pour votre enseignement, votre accompagnement dans la prise en charge des patients

Pour tous les souvenirs communs, les moments passés ensemble

A Madame le Docteur Nathalie QUIRING, Chef du service de Gastro-entérologie, Forbach

Vous m'avez donné ma chance, et ainsi offert la voie d'un épanouissement professionnel

Avec toute ma reconnaissance pour votre confiance, vos conseils avisés, et le bonheur d'être dans votre équipe

A toute l'équipe de Médecine B1 et B2 de l'hôpital Marie-Madeleine, Forbach

Chaleureusement...Vous retrouver quotidiennement est une joie réelle

Avec une pensée pour chacun de vous

Aux patients

Vous enseignez tant à ceux qui vous soignent et laissez en mémoire une empreinte durable qu'il serait impossible à résumer

A MES AMIS,

Aude, que de chemin depuis la P1...Pour toi, encore beaucoup d'émerveillement et de belles courses vers les sommets

Béné et Hado, vous avez construit quelque chose de grand, de beau

Anne-Claire (ah, ces chers examens...), **Hélène**, **Aude (la petite)**, **Muriel**, **Anaïs** et **Rémi**,

Marie (un voyage, un point de départ)...

C'est si bon de vous avoir et je n'imaginais pas ce qu'auraient été les études et ces dernières années sans vous

Pour tous les bons souvenirs que nous avons ensemble, et pour la suite à venir

Je vous souhaite le meilleur en tout

ADVY, une association qui gagne à être connue...

Estelle, **Anne-Catherine**, **Marie-Christelle**, **Jean-Pascal** et tous les amis de l'Externat de la Providence, **Forbach**

AUX ANCIENS PROFESSEURS

Vous nous transmettez les moyens de réaliser nos projets d'avenir, encouragez notre curiosité et notre envie d'apprendre

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : agence régionale de santé

CDOM : conseil départemental de l'Ordre des médecins

CHG : centre hospitalier général

CHU : centre hospitalier universitaire

CME : commission médicale d'établissement

CNDPC : conseil national du développement professionnel continu

CNFMCM : conseil national de formation médicale continue

CNFMCM-H : conseil national de formation médicale continue des médecins hospitaliers

CNFMCM-L : conseil national de formation médicale continue des médecins libéraux

CNFMCM-S : conseil national de formation médicale continue des médecins salariés non hospitaliers

CPN-FPC (m) : comité paritaire national de la formation professionnelle conventionnelle

CPN-FPC (f) : commission paritaire de la formation professionnelle conventionnelle

CRFMCM : conseil régional de formation médicale continue

CROM : conseil régional de l'Ordre des médecins

CS-FPC : conseil scientifique de la formation professionnelle conventionnelle

CSI : commission scientifique indépendante

DMG : département de médecine générale

DPC : développement professionnel continu

EBM : evidence based medicine

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

EPU : enseignement post universitaire

FAF : fonds d'assurance formation

FAF-MEL : fonds d'assurance formation des médecins libéraux

FAF-PM : fonds d'assurance formation des professions médicales

FMC : formation médicale continue

FPC : formation professionnelle conventionnelle

GAPP : groupe d'analyse des pratiques entre pairs

GDP : groupe de pairs

GLAM : groupe lorrain d'audit médical

GIP : groupement d'intérêt public

GOFIMEC : groupement des organismes de formation et d'information médicale continue

GQ : groupe qualité

HAS : haute autorité de santé

HPST : loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires"

HTA : hypertension artérielle

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IRC : insuffisance rénale chronique

ODPC : organisme de développement professionnel continu

OGC-FPC : organisme de gestion conventionnel de la formation professionnelle conventionnelle

OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu

RMM : revue de morbi-mortalité

SFMG : société française de médecine générale

TVP : thrombose veineuse profonde

UNAFORMEC : union nationale des organismes de formation médicale continue

UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie

URML : union régionale des médecins libéraux

URSSAF : union pour le recouvrement des cotisations de la sécurité sociale

TABLE DES MATIERES

RMERCIEMENTS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE : EVOLUTIONS EN MATIERE DE FORMATION MEDICALE CONTINUE	26
I-/ <u>La Formation Médicale Continue</u>	26
A-/ Justificatif	26
B-/ Une obligation déontologique puis légale	26
C-/ Historique	27
1-/ Aux origines	
2-/ Les associations locales	
3-/ Unification du mouvement associatif et naissance de l'UNAFORMEC	
D-/ Les structures de la Formation médicale Continue	29
E-/ Conditions d'agrément des organismes de FMC	29
F-/ Le financement de la FMC	30
G-/ Les différentes offres de FMC et les moyens de validation de son obligation	30
II-/ <u>La FMC Conventionnelle ou Formation Professionnelle Conventionnelle</u>	32
A-/ Aux origines	32
B-/ Les structures de la FPC et leur rôle	32
1-/ La Commission Paritaire Nationale	
2-/ L'Organisme gestionnaire conventionnel	
3-/ Le Conseil scientifique	
C-/ Le financement de la FPC	34
D-/ La procédure d'agrément des organismes de FPC	34
E-/ Les réformes de la FPC et l'avènement de la FPC	35
	20

III-/ <u>L'Evaluation des Pratiques Professionnelles</u>	36
A-/ Historique	36
B-/ Principe de l'EPP	37
C-/ Les moyens de pratiquer l'EPP	39
IV-/ <u>La loi HPST et le DPC</u>	41
A-/ La loi HPST et la médecine générale	41
1-/ Concernant la formation initiale	
2-/ Concernant la pratique quotidienne	
3-/ Concernant la formation continue	
B-/ Définition du DPC	42
C-/ Objectifs du DPC	43
D-/ Les professionnels de santé concernés par le DPC	43
E-/ Justification du DPC	43
F-/ Contenu de l'obligation de DPC des médecins	44
G-/ Le financement du DPC	44
H-/ Les structures et l'organisation du DPC	45
1-/ L'OGDPC	
2-/ La CSI	
3-/ Les ODPC	
V-/ <u>L'analyse des pratiques entre pairs</u>	49
A-/ Définition	49
B-/ Différentes appellations	49
C-/ Déroulement des séances : en trois temps	50
1-/ Le premier temps et la présentation des cas cliniques	
2-/ Le deuxième temps et l'analyse du parcours de soin	

3-/ Le troisième temps, "libre"	
D-/ La validation de l'EPP par la participation à un groupe d'analyse des pratiques	52
E-/ Les avantages de l'analyse des pratiques entre pairs	53
F-/ Les difficultés de fonctionnement et de gestion d'un groupe d'analyse des pratiques	54
1-/ Au cours du premier temps	
2-/ Au cours du deuxième temps	
3-/ Au cours du troisième temps	
G-/ Problème des cas non résolus	55
 DEUXIEME PARTIE : "PAIRS ET EXPERTS", ETUDE DE L'INTERVENTION D'EXPERTS SUR LA PERFORMANCE DES GAPP	 59
 I-/ Méthodologie et mise en place	 59
A-/ Méthodologie	59
B-/ Critère d'évaluation	60
 II-/ Résultats	 60
A-/ La sollicitation des GAPP	60
1-/Les GAPP volontaires	
2-/Raisons des refus et commentaires des non participants	
a-/ Praticiens non joignables	
b-/ Un investissement trop lourd	
c-/ Incompatibilité GAPP et experts	
d-/ Le rôle du DMG (Département de médecine générale)	
e-/ La perception des experts	
f-/ Les contraintes de la pratique quotidienne	
g-/ Autres motifs de refus	
B-/ Les séances thématiques	64

C/ La réunion plénière du 15 juin 2011	64
1-/ Organisation générale de la réunion	
2-/ Déroulement de la discussion	
D-/ Résultats des audits	65
1-/ Généralités	
2-/ Cas particulier de l’audit sur la « Qualité rédactionnelle des ordonnances »	
a-/ Identification du patient	
b-/ Prescription	
E-/ Exploitation des questionnaires d’opinion	71
III-/ Discussion	83
A-/ Le lancement du projet	83
B-/ La phase de recrutement	83
C-/ Analyse du motif des refus	84
1-/ Le regard extérieur	
2-/ La méthodologie	
D-/ La réunion plénière	86
E-/ Le ressenti des experts	86
F-/ Le ressenti des généralistes	87
G-/ L’analyse des résultats	87
H-/ Les pistes en vue d’une pérennisation	88
I-/ Les pistes en vue d’une pérennisation	89
CONCLUSION	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
ANNEXES	97
RESUME	155

INTRODUCTION

L'évolution rapide des connaissances impose à tout professionnel de santé une actualisation permanente de ses connaissances. Ceci se fonde sur le devoir éthique d'apporter aux patients des soins adaptés et conformes aux dernières données validées de la science. Ce devoir a de plus été défini comme une obligation déontologique et légale.

Après l'enseignement puis le perfectionnement post universitaires, s'est développée la formation médicale continue (FMC), plus valorisante, qui fait des médecins des acteurs à part entière de leur perfectionnement : définition personnelle des besoins ressentis, choix des objectifs et donc des thèmes de formation proposés avec en ligne de mire, l'amélioration des pratiques. Puis, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est venue compléter justement la FMC.

Le législateur a plus récemment fait apparaître la notion de développement professionnel continu (DPC), nouvelle entité qui regroupe FMC et EPP.

Le DPC s'impose à tout professionnel de santé.

Il comprend donc l'EPP, dont les groupes d'analyse des pratiques sont un des moyens les plus efficaces. Les participants recherchent à optimiser leur pratique en la comparant à des référentiels validés ; l'écart constaté permet d'envisager une correction et donc une amélioration des pratiques.

En Lorraine, une partie importante de la FMC destinée aux médecins généralistes est organisée au sein de la fédération Lorformep (Association lorraine de formation médicale continue) ; celle-ci dispose d'un agrément EPP. Les groupes d'analyse des pratiques y sont répertoriés sous la dénomination de Groupes d'analyse des pratiques entre pairs (GAPP).

Problématique

Certains des dossiers présentés en GAPP peuvent s'avérer particulièrement complexes et ne pas avoir de solution, malgré la discussion de groupe et le recours aux référentiels de la littérature.

Il reste en effet des questions « hors référentiels », des problèmes résiduels, qu'il serait intéressant de soumettre à l'avis d'experts, lors d'une réunion commune entre « pairs » et « experts ».

L'évaluation de cette ressource supplémentaire sur l'efficacité du groupe par rapport à la pratique habituelle a été envisagée par la réalisation de deux tours d'audits et d'un questionnaire d'opinion, avec l'hypothèse d'une amélioration de la pratique sur un thème donné.

La satisfaction des participants a été évaluée par un questionnaire d'opinion.

Malheureusement, l'intégralité de la démarche de recherche n'a pu être réalisée en raison d'une participation insuffisante aux tours d'audits, ne permettant pas d'évaluer l'efficacité de la méthode. En revanche, les données disponibles grâce aux questionnaires recueillis ont permis une évaluation de la satisfaction des participants à cette nouvelle modalité des GAPP.

Cette action a été menée en vue d'être pérennisée.

Mise en place pratique

Il a été organisé une action novatrice de DPC en Lorraine, réunissant FMC et action d'EPP à partir de structures pré existantes, les GAPP.

Cette action a été menée lors d'une journée de rencontre annuelle avec des représentants de l'ensemble des GAPP de la région, qui ont présenté des dossiers problématiques à des experts de différentes spécialités.

PREMIERE PARTIE : EVOLUTIONS EN MATIERE DE FORMATION

MEDICALE CONTINUE

I-/La Formation Médicale Continue (FMC)

A-/ Justification

La médecine est une science et un art. Elle se fonde sur des connaissances dont l'évolution est toujours plus rapide.

Ainsi, après sa formation initiale, chaque praticien se doit d'actualiser et de perfectionner ses connaissances pour offrir les meilleurs soins à ses patients, conformes avec les avancées de la science. C'est la formation continue.

Une définition consensuelle de la FMC apparaît dans les années 80 : la FMC consiste à « entretenir, actualiser améliorer les connaissances et les comportements. » Elle exige l' « adaptation des praticiens à tout objectif du système de santé » et de « former le praticien à l'exercice de ses responsabilités »(1).

B-/ Une obligation déontologique puis légale

Depuis les débuts de l'histoire de la médecine, cette nécessité d'entretien des connaissances est mentionnée. « Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes connaissances. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. »(2)

En 1995, la FMC est promue par le Code de Déontologie Médicale : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation médicale continue. »(3)

Un an plus tard, l'ordonnance Juppé en fait une obligation légale : « Tout médecin en exercice doit justifier de son obligation de FMC. »(4) (5) (6)

La loi du 4 mars 2002, dite "Kouchner" modifiant le Code de la santé publique vient confirmer le caractère obligatoire de la FMC et ses applications dans la pratique (7) « La FMC a comme objectifs l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration des prises en charge des priorités de santé publique. Elle constitue une obligation pour tout médecin. » (8)

Le respect de l'obligation de FMC entraîne une validation et sa méconnaissance une sanction disciplinaire(8).

C-/ Historique(9)

1-/ Aux origines

A partir des années 30, la formation continue est du seul ressort des universités, avec par exemple les Assises de médecine en 1930, les entretiens de Bichat à Paris en 1947, ou le Collège des Médecins des Hôpitaux en 1953.

Les années soixante voient l'essor de l'enseignement post universitaire (EPU), qui pérennise l'enseignement magistral ayant cours jusqu'alors : il se fonde sur l'expertise hospitalière et porte uniquement sur l'amélioration des compétences, l'acquisition de nouvelles connaissances.

Les formations se déroulent dans les centres hospitaliers voire hospitaliers universitaires (CHU), dotés d'une double vocation de soins et d'enseignement(10).

2-/ Les associations locales

En réaction, sous l'impulsion du Dr Guy Scharf, se développe un mouvement associatif local. Ce médecin généraliste installé à Woippy instaure des réunions de groupes entre généralistes.

En effet, le Dr Scharf reproche à l'EPU d'être trop centralisé ; en outre, l'EPU propose des formations trop rares, et se base uniquement sur l'enseignement théorique magistral (11).

Ainsi, il propose de créer une FMC pour les médecins par les médecins, au plus près de leur lieu d'exercice, avec des thèmes en adéquation avec leurs préoccupations de terrain.

De multiples groupes de formation fleurissent alors sur le territoire.

Ce sont les débuts de la FMC de proximité telle qu'elle existe maintenant. Cette nouvelle appellation met l'accent sur une adaptation des connaissances, une mise à jour permanente en fonction des besoins plutôt qu'un enseignement magistral strict.

Deux syndicats médicaux tentent une unification de ces différents mouvements associatifs, avec la création de l'AMEPU (Association Médicale d'Enseignement Post Universitaire) en 1964, puis de l'ASFORMED (Association pour la Formation Continue des Médecins) en 1973.

En 1971, la loi Delors (12) pose les bases d'une formation professionnelle pour les salariés. Elle fait suite aux événements de mai 1968 et aux accords de Grenelle en 1970.

Les professions libérales, et par conséquent les médecins généralistes, sont exclus de cette réforme.

Le financement de la formation des employés est privé, à la charge de l'entreprise, qui alimente un fonds d'assurance formation (FAF).

Un arrêté du 16 avril 1974 agréé la création du fond d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) destiné aux médecins libéraux, et à leurs conjoints collaborateurs(13). Essentiellement constitué des cotisations annuelles versées aux URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales), il est géré par un Conseil de gestion dans lequel siègent les représentants des syndicaux représentatifs.

En parallèle aux associations de FMC gérées par les syndicats, certaines associations en opposition avec cette ingérence se regroupent au sein du GOFIMEC (Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue).

3-/ Unification du mouvement associatif et naissance de l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue)

Suite à la confusion issue de la présence de ces deux entités de formation continue, le ministère de la santé (Mme Simone Veil) les amène à fusionner pour disposer d'un interlocuteur unique. C'est la naissance de l'UNAFORMEC en 1978, sous la co-présidence de ces deux entités.

D-/ Les structures de la FMC

Le Conseil national de FMC des médecins hospitaliers (CNFMC-H) est créé en 1997 (5), avec pour objectifs principaux de recenser les actions déjà existantes, de formuler les critères d'évaluation des organismes de formation, et les conditions de validation de la FMC pour les praticiens.

Suite à la loi du 4 mars 2002 (7) et aux décrets relatifs à la FMC (6), la FMC dépend de trois conseils nationaux : CNFMC-L (des médecins libéraux), CNFMC-S (des médecins salariés non hospitaliers) (14) et CNFMC-H (des médecins en établissement de santé publics et participant au service public hospitalier) (15).

Un comité de coordination fait le lien entre ces trois conseils (16), dont les membres sont nommés pour cinq ans. (17)

Les missions de ces trois conseils nationaux de FMC sont de définir les orientations et les thèmes prioritaires, donner leur agrément aux organismes formateurs, définir les règles de validation de l'obligation de formation. (18)

A l'échelle régionale, devaient être créés les Conseils régionaux de FMC (CRFMC), qui devaient s'assurer du respect par chaque médecin de son obligation de FMC. Les CRFMC ne verront pas le jour, en préambule à une nouvelle réforme, celle de l'avènement du DPC (Développement Professionnel Continu).

E-/ Conditions d'agrément des organismes de FMC

Chaque organisme souhaitant proposer une offre de FMC devait remplir un dossier type et était soumis à des critères d'évaluation par les CNFMC.

En effet, l'absence de conflit d'intérêt, la qualité scientifique et pédagogique des programmes proposés, leur conformité aux références et aux bonnes pratiques, l'absence de promotion d'un quelconque produit (nomination en dénomination commune internationale), et la transparence du financement étaient des critères particulièrement recherchés pour ces organismes.

Les décisions quant à l'agrément des organismes étaient rendues en séance plénière après audition des rapporteurs.

L'agrément des organismes de FMC était renouvelable et délivré pour cinq ans (19).

Seuls les organismes agréés pourraient par la suite bénéficier d'un financement par l'OGC (Organisme Gestionnaire Conventionnel) lors de l'instauration de la FPC (Formation Professionnelle Conventionnelle).

F-/ Le financement de la FMC

Un fonds national de la FMC a été créé en 2002 ; il était placé sous l'autorité du ministère de la santé et destiné aux Conseils nationaux et régionaux de FMC.

Pour les médecins libéraux, le financement était assuré à parts inégales par l'industrie pharmaceutique (en tant que bailleur de fonds des associations de FMC), l'assurance maladie dans le cadre de la formation conventionnelle, et par le fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM). Le financement de la FMC est mutualisé, à la différence de la formation conventionnelle, financée par l'assurance maladie.

Pour les médecins salariés non hospitaliers, il est à la charge de l'employeur.

Pour les praticiens hospitaliers, une part de la masse salariale lui est réservée (0.5% au CHU, 0.75% en CHG), avec du temps de formation dévolu.

G-/ Les différentes offres de FMC et les moyens de validation de son obligation.

Il existe différents types d'offres pour réaliser sa FMC, classées en trois catégories de FMC et une catégorie comprenant l'évaluation des pratiques. (20) (21)

Concernant la FMC proprement dite, il y a d'abord les formations présentielles, obligatoirement organisées par un organisme validé. Puis, les formations individuelles et à distance, qui incluent l'abonnement à un périodique (validation non concrétisée par les CNFMC malgré des critères de qualité proposés) (22), et les situations professionnelles formatives.

La participation aux formations accordait en principe un certain nombre de crédits FMC, des "points" à cumuler selon le barème proposé par les CNFMC ; l'obligation de FMC était validée pour un minimum de 250 crédits atteints en cinq ans.

Ce montant comportait 150 crédits au titre de la FMC et 100 crédits au titre de l'EPP organisée par la HAS.

Au terme de l'échéance des cinq ans, le praticien devait transmettre son dossier au CRFMC dont il dépendait, qui en informait ensuite le Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM). En cas d'objectif non atteint, le dossier partait au Conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) qui proposait un plan de rattrapage. Si ce plan n'était pas suivi, alors le praticien s'exposait à des sanctions.

Les thèmes des formations proposés en FMC suivaient des orientations et des thèmes prioritaires définis tous les cinq ans (23).

Ces thèmes correspondaient aux besoins de chaque médecin et aux priorités de santé publiques. Ils étaient très divers mais devaient autant que possible correspondre aux orientations nationales. Ainsi les crédits étaient même bonifiés de 20 % si les formations effectuées correspondaient aux priorités nationales.

Le praticien se retrouvait ainsi devant un vaste éventail de formations, et son choix devait se faire de manière appropriée.

La formation devait en effet répondre à un besoin spécifique ressenti dans sa pratique, avec comme objectif son amélioration par les nouvelles connaissances acquises.

Il ne s'agissait pas de tomber dans la facilité en participant à des formations dans ses domaines de prédilection, ni de se rassurer, mais justement de renforcer les domaines moins maîtrisés.

Qu'on le regrette ou non, ce dispositif de FMC bâti par les CNFMC n'a jamais complètement abouti, les textes réglementaires nécessaires n'ayant pas vu le jour (décret instaurant les CRFMC et arrêté pour le barème FMC/EPP).

En effet, la ministre de la santé Mme Roselyne Bachelot stoppa la mise en place de cette réforme à la fin 2008, prélude à la loi HPST de 2009 jetant les bases du dispositif de DPC.

Dans la période intermédiaire était maintenu le dispositif tronqué de FMC, sans les CRFMC, rendant impossible la vérification réelle de l'obligation de FMC faute de moyens appropriés.

II-/ La FMC Conventionnelle ou Formation Professionnelle

Conventionnelle (FPC)

A-/ Aux origines

En 1989, la formation continue entre dans une convention signée entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats de généralistes : c'est la FPC.

La convention fondatrice est signée en 1998 entre les différents partenaires. Elle veut promouvoir une formation continue validée et indemnisée.

En outre, ses principaux objectifs sont de rendre la pratique de la médecine conforme à ses nouvelles exigences : évolution des connaissances, rapport patients-soignants. Elle s'intéresse à des questions de santé publique, notamment le financement et l'organisation du système de soins, et les économies en santé. (24).

B-/ Les structures de la FPC et leur rôle (25)

1-/ La Commission Paritaire Nationale

Le pilotage est assuré par la Commission Paritaire Nationale (CPN-FPC), qui installe un Comité Paritaire National.

Le CPN-FPC définit les orientations prioritaires de la FPC à savoir une démarche de qualité avec une médecine basée sur des faits probants, le développement de l'évaluation des pratiques en rapport avec la HAS. Il vise l'amélioration de la pratique médicale en rapport avec des priorités, accompagne les médecins dans leur mission de soin. En outre, il s'occupe de l'organisation du système de soins, de l'économie de la santé et de la prise en charge des conséquences économiques de la prise en charge médicale, et de l'information des médecins.

De plus, il rédige le cahier des charges pour les appels d'offre aux organismes concourant à la FPC, et agréé les organismes de formation et leurs programmes.

Le financement des programmes est conditionné par l'avis du Conseil Scientifique.

2-/ L'Organisme Gestionnaire Conventionnel

La gestion administrative et financière est assurée par l'OGC-FPC (Organisme gestionnaire conventionnel de la formation professionnelle conventionnelle).

L'OGC-FPC finance et indemnise les formations professionnelles conventionnelles et, lors de sa création, les premières actions de DPC.

A l'origine du financement se trouve l'UNCAM (Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie). L'UNCAM regroupe la CNAMTS, la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole), et le RSI (Régime des Salariés Indépendants).

L'OGC-FPC gère donc les fonds versés par les caisses d'assurance maladie pour financer les actions et organismes de formation et indemniser les médecins.

C'est un organisme doté de la personnalité morale.

Sa composition est paritaire entre des représentants des caisses signataires et des syndicats signataires.

Le lancement des appels d'offre aux organismes de fait d'après un cahier des charges défini par le CPN-DPC, qui enregistre les projets soumis par les associations.

L'OGC-FPC s'occupe de la gestion administrative et financière des actions agréées (convention avec la CNAMTS), et diffuse les orientations auprès des organismes locaux.

3-/ Le Conseil scientifique

L'expertise scientifique et pédagogique est assurée par le CS-FPC (Conseil Scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle).

Il apporte la validation scientifique et pédagogique des organismes et dispose d'un rôle consultatif sur les orientations prioritaires proposées.

Il est composé de trois médecins généralistes désignés par conférence permanente de médecine générale, trois médecins généralistes enseignants désignés par la conférence des doyens et par trois médecins conseils nationaux des caisses signataires.

Il délivre une évaluation annuelle du coût et de la qualité des actions proposées en rapport avec l'OGC-DPC.

Il est indépendant des organisateurs et financeurs.

C-/ Le financement de la FPC (25)

Le montant du financement de la FPC est fixé chaque année par les partenaires signataires réunis en CPN-FPC et versé à l'OGC-FPC qui se chargera de sa redistribution. Les médecins participant à la FPC sont indemnisés au titre d'un versement par les caisses d'une indemnisation incitative à la formation, pour perte de ressources.

Par ailleurs, une contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie est versée au FAF-MEL (fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral).

D-/ La procédure d'agrément des organismes de FPC (25)

Les organismes et leurs projets de formations sont recensés par l'OGC-FPC ; après anonymisation, celui-ci transmet les dossiers de demande au CS-FPC.

Le CS-FPC apporte sa validation scientifique et pédagogique aux différents dossiers soumis par l'OGC-FPC.

Ensuite, les dossiers validés par le CS-FPC sont transmis au CPN-FPC. Le CPN-FPC accorde alors son agrément aux organismes en fonction d'un cahier des charges ; notamment, il s'intéresse aux priorités d'une maîtrise médicalisée des dépenses, de critères budgétaires.

Les décisions du CPN-FPC sont notifiées par l'OGC-FPC.

Dans l'attente de la parution des décrets d'application de la loi HPST sur la mise en œuvre du DPC, la FPC a été reconduite pour l'année 2012 par la dernière convention du 25 septembre 2011.

Pour la FPC de 2011 et la FPC-DPC de 2012 des médecins libéraux, l'agrément sera délivré par le CPN-FPC.

E-/ Les réformes de la FPC et l'avènement du DPC

Une nouvelle convention médicale paraît au Journal Officiel le 11 février 2005 ; elle concerne les médecins libéraux généralistes et les spécialistes. (26)

A compter du 2 janvier 2012, et suite à l'apparition du DPC, l'OGC disparaît, remplacé par l'OGDPC, le DPC étant obligatoire pour tout professionnel de santé (médecins libéraux, pharmaciens, pédicures-podologues et centres de santé). (27)

La convention constitutive du groupement d'intérêt public (GIP) constituée par l'OGDPC est parue en avril 2012. (28)

L'obligation individuelle de DPC est effective pour les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et professions paramédicales. Elle s'applique selon des modalités voisines pour tous les professionnels de santé.

En 2012, les actions de formation continue et d'évaluation des pratiques permettront de satisfaire à l'objectif de DPC.

A partir de 2013, seuls les programmes de DPC mis en œuvre par les organismes de DPC (ODPC) permettront de satisfaire cette obligation. Ces programmes doivent être conformes à une orientation nationale fixée par le ministère, ou régionale, fixée par les ARS (Agences régionales de santé). Ils comportent une des méthodes ou modalités validées par la HAS après avis de la CSI (Commission Scientifique Indépendante) de la profession concernée.

III-/ L'Évaluation des pratiques professionnelles

A-/ Historique

L'évaluation sanctionnante des débuts évolue vers une évaluation formative intégrée à l'exercice clinique, et fait pratiquer l'autoévaluation.

En 1999, l'EPP est mentionnée par le législateur dans un premier décret(29) ; l'évaluation n'est réalisée qu'à la demande, pour chaque médecin et peut-être individuelle ou collective. Elle est ponctuelle et effectuée par des médecins habilités par le directeur de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

Pourtant entité distincte de la FMC, l'EPP est groupée dans le même dispositif de validation des crédits. Elle ne sera pourtant réellement intégrée à la FMC que dans le nouveau dispositif de DPC qui prévoit des programmes contenant des actions de formation et d'évaluation des pratiques.

Quinze ans plus tard, le législateur confère à l'EPP un caractère obligatoire et sanctionnant pour les médecins : « L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 du Code de la santé publique et les médecins exerçant dans les centres de santé privés »(30).

L'EPP est alors mise en œuvre par la HAS qui en définit les méthodes et modalités, et qui agréé les organismes d'EPP qui en assurent l'application.

Elle concerne tout médecin, quels que soient sa spécialité et son mode d'exercice. Elle consiste à améliorer l'efficacité de la FMC, c'est une assurance de qualité. « L'obligation d'EPP est introduite pour les médecins par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie qui en fait une démarche obligatoire pour tout médecin », au même titre que la FMC. (31)

Le perfectionnement des connaissances et l'EPP sont deux dispositifs complémentaires dans la formation des praticiens et à ce titre ils font tous deux partie de la FMC (32). Cependant leur dualité a posé de nombreux problèmes pratiques.

"L'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu au patient par le professionnel de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention, et plus généralement la santé publique, dans le respect des

règles déontologiques" (32). Elle consiste en l'« analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. » (32)

"L'EPP et le perfectionnement des connaissances font partie intégrante de la formation médicale continue.» (33)

Dans le Code de déontologie médicale, il est rajouté que « Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques. »(34)

Par ailleurs, la FMC et l'EPP devaient faire l'objet d'une même obligation et d'une validation commune, sous le contrôle des CRFMC, qui n'ont jamais vu le jour. (33)

En 2006, un décret d'application fait de l'EPP une obligation pour tous selon un processus continu à partir du 1er juillet 2006.

Une liste de 34 organismes agréés pour l'EPP a été publiée par la HAS. (35)

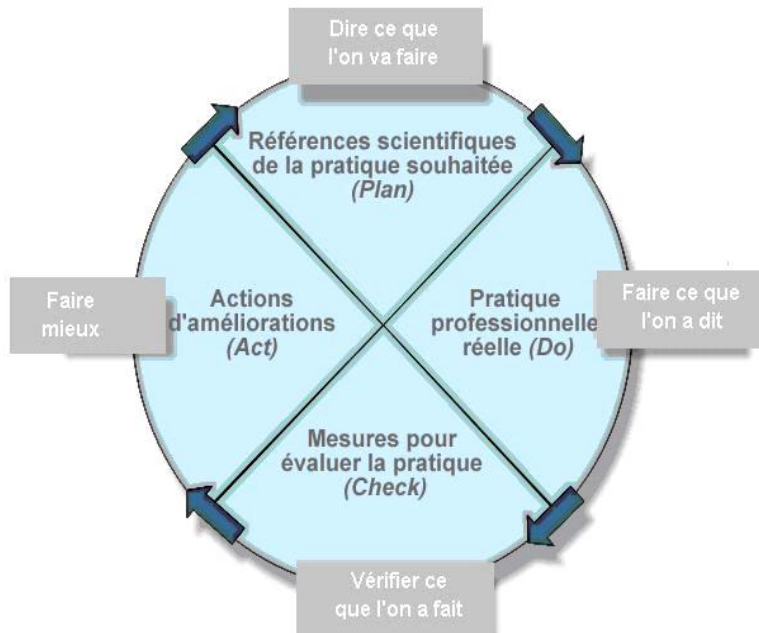
La mise en oeuvre de l'EPP distingue les établissements hospitaliers pour lesquels on parle actuellement de certification, et les médecins hospitaliers et libéraux.

B-/ Principe de l'EPP

L'EPP est une « démarche organisée d'amélioration des pratiques » qui se fonde sur la comparaison régulière des pratiques et de leurs résultats avec les recommandations professionnelles. (36)

Elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en rapport avec des recommandations professionnelles disponibles et actualisées et selon des méthodes validées par la HAS. Cette comparaison permet de dégager des insuffisances éventuelles débouchant sur des mesures destinées à améliorer la pratique.

Figure 1 : Roue de Deming : roue de l'amélioration de la qualité



La roue de Deming (Figure 1) explicite le mécanisme général d'amélioration des pratiques.

D'abord intervient la programmation de l'action : on définit la démarche d'évaluation, on identifie les structures et les professionnels impliqués puis on programme les étapes successives pour sa mise en oeuvre.

Ensuite, vient le temps de l'évaluation elle-même : on mesure sa propre pratique pour la comparer ensuite aux référentiels en rapport.

Puis vient le temps de la comparaison entre la pratique observée et la pratique idéale, et la mesure de l'écart entre les deux.

Enfin, les conclusions tirées suite à l'écart mesuré appellent à rechercher les voies d'amélioration possibles afin de réduire cet écart observé et d'obtenir l'amélioration recherchée.

On oppose l'évaluation normative à l'évaluation formative.

Ainsi, la HAS a souhaité une EPP intégrée dans la pratique avec implication des professionnels, une évaluation formative (évaluation tout au long d'un processus de formation permettant d'adapter celle-ci) plutôt qu'une évaluation normative (évaluation finale et sanctionnante, comme au Royaume-Uni où le « National Health Service » fixe les objectifs mesurés par audits avec bonification financière octroyées aux praticiens qui les auront atteints).

C-/ Les moyens de pratiquer l'EPP

Il existe de nombreuses méthodes validées par la HAS pour valider l'EPP. Elles ont en commun l'échange entre pairs, la mesure d'indicateurs de pratique et leur comparaison à des normes.

Voici une liste non exhaustive de ces différentes méthodes. (37)

- L'audit clinique : analyse de sa pratique par la comparaison à des référentiels
- La revue de pertinence des soins : étude de la pertinence des soins par rapport à leur indication réelle
- L'enquête de pratiques
- L'analyse de processus
- Le chemin clinique : standardisation de la prise en charge de pathologies lourdes pour l'optimiser, programmation d'amélioration continue de la qualité
- Méthode de résolution d'un problème
- RMM (Revue de morbi mortalité): analyse rétrospective d'un cas marqué par un décès, une complication ayant pu causer un dommage au patient par les personnes qui sont intervenues dans sa prise en charge. Il s'agit sans poser aucun jugement de valeur d'identifier tout dysfonctionnement, tant humain, organisationnel ou matériel ayant pu conduire à l'issue défavorable afin de mettre en place des moyens d'amélioration.
- Méthode d'analyse des causes
- Suivi d'indicateurs

- Maîtrise statistique des processus en santé
- Réunions de concertation pluri disciplinaire (RCP) en cancérologie
- Staffs EPP (réunions régulières en établissement de santé associant discussion de dossiers de patients choisis et bibliographie en rapport, proposition d'actions d'amélioration), participation régulière à des groupes de qualité, GAPP
- Réseaux de soins : coopération de différents intervenants médicaux ou paramédicaux, travailleurs du secteur psychosocial dans le cadre de pathologies lourdes ou pour des populations à risque afin de proposer la meilleure prise en charge possible
- Les logiciels d'aide et de suivi d'indicateurs, la tenue de registres de pathologies chroniques, les actions de gestion du risque (RMM, signalement d'événements indésirables, accréditation pour les spécialités à risque)

IV-/ La loi HPST et le Développement Professionnel Continu

A-/ La loi HPST et la médecine générale

La loi HPST, « hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009 (38) réforme des domaines variés du système de santé, et intéresse à plus d'un titre la médecine générale et la formation continue.

1-/Concernant la formation initiale

Cette loi apporte la reconnaissance universitaire et une certaine valorisation de la médecine générale ; la qualification en soins primaires devient une spécialité à part entière.

Par conséquent, tous les étudiants se voient mis sur un pied d'égalité par le passage commun de l'ECN (Examen Classant National) qui leur permet ensuite selon leur rang de classement de choisir leur spécialité.

La médecine générale n'est plus un choix par défaut. C'est une spécialité à part entière avec ses propres exigences et qualifications : soins primaires, prévention, suivi de la population générale. La diversité des pathologies prises en charge en cabinet en fait un exercice très exigeant.

La loi HPST entraîne une promotion de la médecine générale envers les étudiants, avec la volonté de la rendre plus attractive par le biais de mesures telles que l'attribution d'aides à l'installation, le respect de la liberté du choix du lieu d'exercice.

2-/ Concernant la pratique quotidienne

La loi HPST met en adéquation l'offre de santé avec les besoins de la population, notamment par la lutte contre les déserts médicaux en milieu rural (maisons de santé, incitation à l'installation...)

Outre ses objectifs de santé publique, cette démarche est au service d'une meilleure qualité d'exercice pour les généralistes. En effet, le mode d'exercice solitaire de la médecine générale tend à

laisser place à la collaboration entre pairs et avec les autres professionnels de santé ; de plus, cela entraîne un renforcement des liens entre le secteur libéral et hospitalier.

La collaboration entre les généralistes et les autres spécialistes se fait désormais sur un pied d'égalité. Cela contribuera à aplanir les rapports entre eux, et à renforcer la considération des premiers envers leurs confrères.

Ensuite, le généraliste devient le pivot de la prise en charge du patient avec l'instauration du parcours de soin coordonné et le rôle de médecin traitant désigné. Il représente l'offre de soins de premier recours. Ses missions sont l'orientation, la coordination des soins, le respect des protocoles de suivi des maladies chroniques, le travail de synthèse, la prévention et le dépistage...

3-/ Concernant la formation continue

Jusqu'alors la formation continue se composait de deux branches distinctes : la FMC, et l'EPP, faisant l'objet d'une double obligation.

La séparation de ces deux entités complémentaires, comme nous l'avons déjà vu, et ne subsistant plus qu'en France, ne trouvait plus sa justification. (39)

La FMC et l'EPP sont donc regroupées au sein du DPC (Développement Professionnel Continu), dans une démarche d'amélioration.

B-/ Définition du DPC

Le principe du DPC avait déjà été introduit dans le rapport de l'IGAS de 2008 (39) avant d'être précisé par la loi HPST: « Le DPC a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ». (40)

Le DPC résulte d'une démarche individuelle s'adressant à tous les professionnels de santé.

Les textes de lois le concernant ont été publiés à partir de décembre 2011 (41) (43) (45) (46) (47) (48).

Comme il a été déjà mentionné, le DPC regroupe donc la FMC, l'EPP et la gestion des situations à risque (certification). Ceux-ci doivent participer à une formation qui soit d'une part

« cognitive », avec l'acquisition de connaissances ou compétences nouvelles, et d'autre part « évaluative ».

Il est obligatoire de satisfaire à son obligation de DPC par la participation chaque année à un programme validé de DPC (41).

Le contrôle de cette obligation sera assuré selon la profession par les Conseils de l'Ordre concernés, les employeurs ou l'ARS.

C-/ Objectifs du DPC

Le DPC vise à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins (39).

D/ Les professionnels concernés par le DPC

Le DPC concerne tous les professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux. C'est là également une nouveauté par rapport au précédent dispositif qui ne concernait que la profession médicale.

E-/ Justification du DPC

Il réunit dans un cadre commun la formation professionnelle continue et l'évaluation des pratiques. La séparation de ces deux entités complémentaires n'avait plus lieu d'être (39).

La FMC et son côté trop scolaire, avec une simple accumulation de connaissances ne suffit pas (42) ; la réalité impose des éléments complexes. De plus, la tendance évolue vers une évaluation participative, active, alliant acquisition de connaissances et analyse critique de sa propre pratique. (43).

Le DPC effectue en outre un recentrage sur le patient. Il demande de confronter la littérature (la théorie) aux données du terrain, en y apportant une dimension réflexive. On doit se demander quelles sont les pistes d'amélioration, selon quelle méthode y parvenir. Il existe une rétroaction avec les experts.

Enfin, le DPC se concentre sur l'évaluation des pratiques comme une démarche individuelle et permanente, avec la participation annuelle à un programme personnalisé d'apprentissage.

Il fait partie de la responsabilité éthique de chaque médecin.

Son caractère volontaire ou légal ne fait par contre pas l'objet de consensus en Europe. (44)

F-/ Contenu de l'obligation de DPC des médecins(41)

Chaque médecin satisfait à son obligation de DPC par la participation annuelle à un programme de DPC jugé au préalable conforme aux orientations nationales ou régionales, selon une méthode validée par la HAS après avis de la CSI (Commission scientifique indépendante) des médecins et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré.

Les orientations nationales sont émises chaque année après avis de la CSI des médecins.

Le Conseil de surveillance peut élaborer des propositions d'orientations nationales. De même, les ARS peuvent proposer des orientations régionales.

La validation dans l'année d'un diplôme universitaire validé par la CSI des médecins permet également de valider le DPC.

La validation du DPC au cours de chaque année civile fait l'objet d'une attestation délivrée par l'ODPC aux médecins et transmise au Conseil départemental de l'ordre des médecins. Par période de cinq ans, celui-ci effectue le contrôle pour chaque médecin.

Le non-respect de l'obligation de DPC fait l'objet d'une proposition de plan de rattrapage par le Conseil départemental de l'ordre des médecins.

G-/ Le financement

Le financement du DPC est assuré par l'OGDPC pour les médecins libéraux et exerçant en centres de santé conventionnés à la hauteur de forfaits individuels.

Les CHU doivent y consacrer un budget équivalent à au moins 0.5% des rémunérations des médecins employés ; ce montant s'élève à au moins 0.75% pour les autres établissements hospitaliers publics(49).

Des décrets spécifiques concernent les médecins fonctionnaires et contractuels.

Le financement du DPC des médecins salariés du secteur privé est régi par le code du travail (50).

H-/ Les structures et l'organisation du DPC

Les programmes de DPC sont destinés aux médecins libéraux, salariés et hospitaliers. Ils concernent toutes les spécialités dont la médecine générale et d'une façon générale tous les professionnels de la santé.

Le choix des différents programmes proposés est à la libre appréciation de chacun, mais doit correspondre à des besoins ressentis dans sa pratique personnelle.

La loi HPST a supprimé la notion d'agrément des organismes ; ils sont enregistrés par l'OGDPC après évaluation par la CSI.

1-/ L'OGDPC

Créé par convention entre l'Etat et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, l'OGDPC est un groupement d'intérêt public, doté de la personnalité morale.

L'OGDPC est lui-même composé :

- D'un Conseil de gestion ; sa fonction est d'enregistrer les organismes de DPC et d'en publier la liste, d'établir le budget et d'assurer le fonctionnement matériel des CSI.
- D'un Comité paritaire du DPC des professionnels de santé libéraux et exerçant dans les centres de santé conventionnés.

Sa composition est paritaire entre représentants des professions libérales et professions exerçant en établissement de santé conventionné. Il existe des sections paritaires pour les médecins libéraux, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes. Ils sont répartis en cinq collèges : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et professions paramédicales.

Chaque section paritaire propose les forfaits d'indemnisations.

- D'un Conseil de surveillance du DPC. Ses fonctions impliquent la publication annuelle d'un rapport sur la mise en œuvre du DPC, le contrôle de l'usage des sommes dévolues au DPC, la promotion du DPC, l'information des professionnels de santé. Il doit également donner son avis au ministère de la santé sur la qualité et l'efficacité du dispositif. Les orientations nationales lui sont transmises pour information après avis du CSI.

Les fonctions de l'OGDPC sont les suivantes :

L'OGDPC publie la liste des programmes proposés et les demandes d'indemnisations des organismes de DPC, leur évaluation, ainsi que leurs comptes annuels.

Il finance les programmes de DPC des professionnels de santé libéraux et exerçant en établissement de santé conventionné ; les frais engagés pour les formations sont pris en charge selon des forfaits individuels.

- Par ses membres selon conditions définies par la Convention
- Par des contributions volontaires d'organismes publics ou privés autres qu'établissements de santé

Budget de gestion administrative (interne)

Budget pour le financement du DPC, divisé entre les différentes sections professionnelles et une section interprofessionnelle

L'OGDPC assure le secrétariat et les moyens de fonctionnement de la CSI des médecins, de même que l'indemnisation pour perte de ressources de ses membres.

2-/ La CSI : commission scientifique indépendante

Une CSI est créée pour chaque catégorie des professionnels de santé médicaux. De même, il existe une Commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales.

La CSI des médecins travaille avec les CSI des autres professions et la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales.

Elle donne un avis sur les orientations nationales, définies par le ministère de la santé, sur les orientations régionales définies par les ARS, sur les méthodes validées par la HAS et les conditions dans lesquelles un participant peut satisfaire à son obligation de DPC.

Elle évalue les ODPC au moment de leur enregistrement par l'OGDPC, puis de manière périodique. Cette évaluation porte sur des critères pédagogiques et méthodologiques des ODPC, sur les qualités de leurs intervenants et sur leur indépendance financière et l'absence de conflits d'intérêts.

Elle répond aux demandes d'expertises émanant de l'OGDPC.

Elle élabore des référentiels permettant le contrôle de ces organismes, des modalités d'appréciation des critères d'évaluation et des conditions de soumission d'un nouveau dossier.

Elle établit la liste des diplômes universitaires pouvant valider une action de DPC.

La CSI compte en nombre variable des représentants des Conseils Nationaux des différents Ordres professionnels, de la Conférence des doyens, Conseil National de l'Ordre des Médecins, du service de santé des armées, et d'un représentant du ministère de la santé qui bénéficie d'une voix consultative.

Ses membres sont élus pour un mandat de trois ans, renouvelable deux fois.

Les réunions de la CSI se déroulent trois fois par an sur convocation du Président qui fixe l'ordre du jour.

Un rapport d'activité annuel de ces réunions est transmis à l'OGDPC, qui en assure le secrétariat, les moyens de fonctionnement et l'indemnisation de ses membres.

3-/ Les ODPC, les programmes de DPC et la validation de l'obligation de DPC

Les programmes de DPC suivent des méthodes validées par la HAS qui garantit la qualité méthodologique du DPC.

Les ODPC sont les « opérateurs » du DPC en proposant les différents programmes aux professionnels de santé. Ils sont enregistrés auprès de l'OGDPC et évalués par la CSI. Le dossier de candidature des organismes est transmis par l'OGDPC aux Commissions Scientifiques concernées qui rendront en retour leur réponse quant à la validation des organismes candidats à l'OGDPC. L'OGDPC rend ensuite cette liste publique.

Etant soumis à la libre concurrence, ces organismes sont nombreux. Cependant, la CSI effectue un filtrage certain, notamment concernant les organismes issus de l'industrie pharmaceutique. Les seuls ODPC évalués favorablement par la CSI peuvent prétendre à voir ensuite leurs programmes financés par l'OGDPC.

Les professionnels de santé choisissent librement un ODPC. Ce choix s'effectue en fonction d'un besoin de formation et d'évaluation qui correspond à un programme proposé.

Les programmes de DPC associent actions de formation/perfectionnement des connaissances (formations présentielles, individuelles ou diplômantes) et actions d'évaluation (analyse de cas, notamment au sein des groupes d'analyse des pratiques).

Leurs thèmes correspondent à des orientations prioritaires nationales, fixées par le ministère de la santé, ou régionales, fixées par les ARS. Les orientations prioritaires restent validées par la CSI.

La validation des programmes et donc la satisfaction à l'obligation de DPC est délivrée par les ODPC sous la forme d'une attestation annuelle individuelle envoyée aux différents CDOM. En cas de non-respect de cette obligation, les CDOM prennent les mesures nécessaires : dans un premier temps, les CDOM proposent un plan personnalisé de DPC « de rattrapage ». Si ce plan n'est toujours pas suivi, le médecin est en situation « d'insuffisance professionnelle ».

L'évaluation des organismes de DPC porte sur les capacités pédagogiques et les méthodes employées, la qualité et les références des intervenants, l'indépendance financière.

Les organismes ont à charge de transmettre à l'OGDPC un rapport annuel d'activité (le 31 mars au plus tard) dont le contenu est actualisé par la Commission Scientifique.

V-/ L'analyse des pratiques entre pairs

A-/Définition

L'analyse des pratiques entre pairs consiste en la comparaison de sa pratique, après analyse, à celle de ses pairs et aux dernières données validées de la science, l'écart constaté entre les deux permettant une amélioration des pratiques.

Instaurée en Europe du Nord il y a une vingtaine d'années, cette méthode est introduite en France par la Société française de médecine générale (SFMG) en 1987 (51).

Avec l'avant-projet de la loi du 13 août 2004, elle devient un moyen validé de réaliser son EPP, sous réserve du respect de quelques critères(52).

Concrètement, l'analyse des pratiques entre pairs s'effectue à l'occasion de réunions périodiques, huit fois par an en général, entre confrères généralistes d'un même secteur géographique. (53)

Les réunions se déroulent selon un schéma et une méthodologie bien définies ; elles font l'objet d'un compte rendu de séance. Chaque participant émerge à chaque réunion(53).

B-/ Différentes appellations (54)

L'analyse des pratiques entre pairs a été utilisée dans de nombreuses régions. Les groupes ont une appellation différente en fonction de leur promoteur.

On recense donc :

Les Groupes de Pairs, de la SFMG : les réunions ne comportent pas de thème imposé, ni d'intervenant extérieur ni de leader ; elles se déroulent selon une méthodologie précise, avec la présence des seuls médecins motivés. Elles se font sans engagement économique.

Les Groupe d'Evaluation des Pratiques (Groupes d'échange des pratiques du Collège des hautes études en médecine générale). Développés par MG Form, ils suivent un thème imposé. Il n'y a

pas d'intervenant extérieur, et regroupent uniquement les médecins volontaires d'une même zone géographique. Ils ne comportent pas d'engagement économique.

Les Groupe Qualité de l'URML (Union régionale des médecins libéraux) de Bretagne. Les réunions suivent un thème imposé. La participation d'intervenants extérieurs est possible. Il s'agit d'accompagnateurs-animateurs venant d'une autre zone géographique mais de même spécialité ; ce ne sont pas des experts, et leur rôle est de créer une dynamique de groupe, d'entretenir et d'alimenter le débat. La présence de tous les médecins d'une zone géographique est par contre requise. Il existe un engagement économique (indemnisation de la participation aux séances et soutien financier des projets de réorganisation professionnelle). Il doit y avoir une mise à disposition des données actualisées de la science en rapport avec les thèmes travaillés durant les séances, et des mesures d'impacts par des indicateurs.

Les Groupes d'échange de pratique et évaluation thématisée organisée (GEPETO)

Les Groupes de pratiques de l'UNAFORMEC (GPU)

Les Groupes locaux d'échange de pratiques (GLEP)

Les Groupes d'échange des pratiques professionnelles (GEPP)...

C-/ Déroulement des séances : en trois temps

1-/ Le premier temps et la présentation des cas cliniques.

Chaque participant présente un cas clinique issu de sa consultation, et choisi de manière aléatoire avant chaque réunion. En effet, il ne s'agit pas de présenter un cas exemplaire, un "beau cas" dont on serait satisfait, mais bien un cas représentatif de la pratique réelle. On évite par ce moyen un biais de sélection.

Ces cas sont l'objet d'une analyse réflexive. Leur présentation est travaillée au préalable à l'aide de grille de présentation, et comporte l'analyse des déterminants de la décision médicale. Le but est de s'exercer à poser un regard critique sur sa pratique.

Il s'en suit une discussion du groupe autour de chaque cas. C'est l'occasion d'une analyse et d'une comparaison de sa pratique avec celle de ses pairs, des référentiels et au savoir collectif. De

plus, on cherche une solution à une difficulté soulevée par le dossier, on peut mettre en évidence un problème passé inaperçu à chaud au moment de la consultation...

Le temps de consultation est plus que limité pour chaque patient compte tenu de tout ce que l'exposé d'une liste de symptômes implique comme réflexions pour le généraliste dans sa démarche décisionnelle.

Or, cette démarche décisionnelle se doit d'être fondée sur l'EBM (Evidence Based Medicine), qui est l'« utilisation conscience, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise en charge personnalisée du patient » et « l'engagement à assurer au patient des soins fondés sur les dernières données acquises de la science »

Elle est cependant influencée par un grand nombre de facteurs.

Ces facteurs sont liés au patient, au système de soins (diversité locorégionale de l'offre de soins, du plateau technique), au soutien social autour du patient (présence ou non d'aidants, d'entourage familial ou de capacités d'accueil pour les patients dépendants), ou encore au médecin lui-même, à sa gestion de la consultation.

La décision médicale intervient après la hiérarchisation de différents éléments : le tableau présenté par le patient, la recherche des références scientifiques en rapport.

Des voies d'amélioration sont trouvées par la comparaison aux référentiels.

2-/ Le deuxième temps et l'analyse du parcours de soins

On retrouve dans ce moment le rôle du médecin généraliste comme pivot du système de santé (loi d'août 2004 et plus récemment HPST).

Les objectifs de ce deuxième temps sont de poser la place du médecin traitant (savoir bien adresser un patient, avoir les correspondants adéquats), d'étudier les ressources locales disponibles ("étouffer son carnet d'adresses pour se constituer son propre réseau local), améliorer les procédures de soins et la qualité des relations avec les autres professionnels de santé (respect des compétences et de la place de chacun).

C'est l'occasion d'une analyse du parcours du patient dans le système de santé en vue de son optimisation, et de l'amélioration de la coordination des soins.

Aux yeux de beaucoup, cet exercice professionnel souffre d'un manque d'attractivité par manque de moyens organisationnels, ou de ressources en équipes pluridisciplinaires.

Les généralistes manquent déjà de temps pour offrir soins et prévention pour tous, alors les préoccupations quant au parcours de soin peuvent parfois paraître secondaires lors de ces réunions...

3-/ Le troisième temps, "libre"

C'est l'occasion d'un retour bibliographique, notamment sur des problématiques non résolues par le groupe à la séance précédente, ou sur d'autres thématiques plus spécifiques souhaitées par un participant... Et, on peut en profiter pour exposer des cas complexes particulièrement difficiles afin de recueillir un avis collectif sur la marche à suivre)

Les intérêts sont multiples : sollicitation d'une aide diagnostique pour un cas difficile, partage d'informations intéressantes, d'articles, problèmes organisationnels ou mise en œuvre d'audits

La recherche bibliographique doit se faire selon une démarche EBM : formulation du problème, recherche dans la littérature, analyse critique de l'information selon le niveau de preuve, application à la pratique.

Cela doit se terminer par l'exposé de solutions trouvées pour des cas complexes, la mutualisation d'expériences bénéfiques, l'analyse de courriers.

On soulignera enfin l'aspect éthique de ce type de réunions qui impliquent un partage de dossiers devant être anonymisés, et avec la nécessité de l'accord du patient en cas d'éventuelles décisions.

D-/ La validation de l'EPP par la participation à un groupe d'analyse des pratiques

Selon la SFMG (Société française de médecine générale) cette validation passe par l'obtention d'une labellisation des organismes soumise à des critères précis. Les réunions se déroulent uniquement entre pairs, à une fréquence de huit par an pour le groupe, et au moins six par an pour chaque participant.

Elles respectent les trois temps ; les cas aléatoires sont présentés à l'aide de grilles types

L'émargement et le compte-rendu de séance sont systématiques, et envoyés chaque mois avec les grilles de présentation à la SFMG.

Un modérateur et un secrétaire sont systématiquement désignés à tour de rôle.

Selon la HAS (symposium groupe de pairs), la discussion des cas doit s'articuler autour des recommandations, et les résultats des réunions successives doivent être objectivables en termes d'amélioration des pratiques.

Cependant, une divergence fondamentale de la HAS avec la SFMG est que cette première accepte le principe du regard externe ; la participation d'experts n'est donc pas forcément une contradiction au principe de fonctionnement des GAPP.

E-/ Les avantages de l'analyse des pratiques entre pairs

Cette pratique allie avant tout formation et convivialité. Ce sont des réunions entre collègues qui partagent les mêmes préoccupations. Elle permet de lutter contre l'isolement professionnel, d'échanger librement, et de partager des expériences... La convivialité est indispensable, car la productivité du groupe est fonction du plaisir de ses membres à participer aux réunions car elles se font, en général, sur la base du volontariat.

Cette convivialité doit beaucoup à l'absence de hiérarchie : les participants n'ont pas à craindre d'être jugés sur leur pratique. Les pairs sont entre eux et n'ont pas à modifier leur langage, à censurer certains éléments défavorables. Aussi, il est important que les réunions se déroulent en petits groupes pour laisser suffisamment la parole à chacun. (54)

Cette méthode renforce l'identité professionnelle, améliore le confort d'exercice, et réduit l'isolement. Ces réunions permettent la mise en commun d'expériences à partir de la pratique réelle afin de se la rendre consciente.

L'exposition du cas est faite de façon rétrospective, dans un lieu différent de l'action. Elle s'adresse à un tiers, collectif : les pairs, en dehors de toute hétéro formation extérieure. (55)

Il s'agit d'un moyen d'autoformation collective, combinant FMC et EPP. C'est une évaluation formative et une inter-formation adaptée à la pratique : un audit interne collectif en quelque sorte.

Il convient de rappeler l'intérêt d'une évaluation annuelle avec un expert « facilitateur » de la HAS et d'un expert en méthodologie des groupes de pairs.

F-/ Les difficultés de fonctionnement et de gestion d'un groupe d'analyse des pratiques

1-/ Au cours du premier temps.

Certains participants peuvent sélectionner pour diverses raisons certains dossiers, de manière non aléatoire ; en voulant par exemple mettre en valeur leur réflexion. Dans ces situations où le praticien n'a rien à apprendre de la situation qu'il présente, il n'y a pas de progression possible ; présenter un dossier déjà « parfait » n'a aucun intérêt pédagogique.

Par ailleurs, la présentation du cas peut engendrer une auto censure, le praticien souhaitant éluder certaines « erreurs » par crainte du regard de l'autre.

La mémorisation peut être sélective, avec des résistances, des défenses des uns et des autres. Chacun est confronté au regard de ses pairs et doit affronter leurs questionnements (56).

Il faut donc « jouer le jeu » et ne pas choisir un dossier pour son exemplarité, qui serait flatteur pour le praticien, il n'y a dans ces conditions aucune matière à progrès ni intérêt pédagogique des réunions. Il faut au contraire accepter le risque de dévoiler ses failles : l'intérêt est de les mettre en évidence pour les corriger. De plus, ce choix aléatoire permet de couvrir l'ensemble du champ de la médecine générale « large balayage ».

Il faut veiller au respect de la méthodologie, qui est la condition de l'amélioration des pratiques et de l'efficacité des séances.

En outre, l'exposé de chaque cas peut donner lieu à des digressions inspirées à chacun par les situations évoquées, avec un risque de perdre du temps et de tronquer les autres étapes de la réunion.

L'analyse des dossiers ne doit pas tourner à l'avis diagnostique ou à l'exercice de résolution de cas complexes ; il faut bien analyser la pratique en elle-même.

2-/ Au cours du deuxième temps

Souvent, lorsqu'il est respecté, celui-ci se résume juste à un échange d'adresses.

3-/ Au cours du troisième temps

Le risque est celui d'un désintérêt, ce moment pouvant être négligé car il arrive en fin de séance, où la fatigue des participants se fait sentir (57).

D'une manière générale, le rôle du modérateur peut paraître frustrant à celui qui le tient, car il ne participe pas activement aux débats. De plus, l'émergence d'un leader dans le groupe peut être stimulante pour les débats mais aussi dangereuse en restreignant le temps de parole des autres.

Il y a un risque de dérive normative, d'où l'importance du rôle du modérateur « Tu aurais dû... A ta place, j'aurais... » En réaction, il peut y avoir une autocensure des pairs qui proposent une mise en scène maîtrisée de leur cas avec justification prévue d'avance ; seulement, ceux qui n'expriment pas de failles n'ont pas le besoin et/ou l'occasion de progresser en profitant du travail de groupe.

Les séances deviennent le lieu d'expression de plaintes diverses, trouvant des oreilles compréhensives et compatissantes.

Il est possible d'aboutir à une généralisation à partir d'anecdotes.

G-/ Problème des cas non résolus

Les recommandations sont loin de couvrir l'ensemble des problématiques auxquelles sont confrontés les généralistes. On retrouve souvent une inadéquation entre celles-ci et la pratique de terrain. Peu de recommandations sont disponibles en soins primaires.

Les caractéristiques de la pratique de médecine l'expliquent assez facilement :

- Le déroulement de la consultation
- L'isolement : le praticien est face au patient et porte seul la responsabilité de sa décision, qu'il ne peut différer même si une réflexion est nécessaire. Il doit rendre son diagnostic de suite, à la différence des médecins hospitaliers. Il n'a pas la possibilité d'appuyer, de confirmer sa décision grâce à un plateau technique disponible à n'importe quelle heure.
- Les contraintes de temps : les conséquences de la démographie médicale avec un nombre toujours moindre de médecin face à une forte demande font qu'à l'échelle du cabinet le praticien se voit contraint d'imposer un rythme certain à ses consultations, les faisant de fait plus courtes qu'il ne le souhaite, avec d'autant plus de pression sur la réflexion diagnostique.

- La relation au patient

L'obligation pour les patients de déclarer un médecin traitant a certes contribué à les fixer davantage chez un praticien donné. Cependant, ils n'en demeurent pas moins libres d'en changer et de consulter un confrère en cas d'insatisfaction, qu'elle soit justifiée ou non. Afin de minimiser ce risque de nomadisme, le praticien peut se voir amené à négocier ses décisions (pas d'antibiotiques, pas d'arrêt de travail...) De plus, les nouveaux média, dont internet dotent les patients d'une certaine culture médicale qui fait naître questions et revendications quant à la prise en charge.

Selon la SFMG, les changements sociétaux, l'accès facilité de tous à de nombreux média d'information ont également modifié les attentes et le comportement des patients. On observe une lutte contre les idées reçues, une éducation dans l'information, il faut faire face à des questions plus pointues, des attentes plus grandes, avec parfois nécessité d'expliquer un refus d'examen.

- Le rapport avec les confrères d'autres spécialités.

Il y a des enjeux, une relation de pouvoirs et de savoirs entre généralistes et spécialistes. De par leur ancien cursus universitaire sans concours d'internat, les généralistes pouvaient être considérés en position de faiblesse par les spécialistes.

Dans ces situations, si aucune réponse n'est disponible pour trancher de façon formelle, la réflexion mutuelle, la confrontation des pratiques et des expériences permet de retirer un consensus de groupe ; les décisions peuvent ainsi comporter des éléments subjectifs

Ce consensus semble trouvé dans (seulement) la moitié des cas ; pour les autres, les solutions doivent être cherchées autrement. Recherche documentaire puis discussion de sa faisabilité et de son acceptabilité par le patient. Il y a nécessité d'un regard critique face aux recommandations, et des difficultés face à la recherche bibliographique (accès, coût, inadaptation à la pratique quotidienne).

De nombreux autres intervenants dans la décision médicale peuvent modifier la solution apportée par la seule théorie : représentation et expérience personnelles. Il existe une part de bricolage et d'improvisation dans la pratique professionnelle, cela dit sans aucune connotation péjorative. Toutes les situations rencontrées dans la pratique courante n'entrent pas forcément dans les grandes catégories de pathologies et de conduites à tenir apprises durant la formation. Dans ces situations, le praticien s'adapte, adapte partiellement la règle générale à sa propre situation, s'appuie sur ses propres connaissances, parfois empiriques, prend le risque d'innover. C'est prendre le risque d'agir sans pouvoir constamment appliquer un principe ou une règle dictée par des référentiels. De

nombreux déterminants autres que les données biomédicales entrent en compte dans la décision finale.

Que font les professionnels lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes qu'ils ne savent pas résoudre du fait de l'impossibilité de mobiliser une procédure ou une règle professionnelles adaptées ? C'est la face cachée des pratiques de santé. Les groupes de pairs offrent un lieu d'expression idéal pour ces situations problématiques.

Les GAPP se déroulent en dehors de tout lien avec des institutions ou agents éducatifs formels.

Il arrive donc que certains cas cliniques complexes ou situations particulières ne trouvent pas de solution à l'issue de l'échange usuel entre pairs ou d'une recherche bibliographique complémentaire.

Parmi les modes de documentation utilisés par les praticiens, on retrouve le recours à un expert médical, internet, les revues médicales et les laboratoires pharmaceutiques.

Pour la HAS, les groupes de pairs peuvent faire appel à une expertise scientifique extérieure.

L'audit est proposé comme moyen d'EPP au sein des GAPP : (dans le troisième temps des séances)

Le premier tour consiste en la mesure de l'écart entre la pratique observée et la pratique recommandée par la HAS ; cela aboutit à des propositions de moyens pour réduire cet écart durant la réunion entre pairs ("pistes d'amélioration"), et cela se termine par une évaluation des progrès lors d'un deuxième tour quelques mois plus tard.

Il faut souligner le problème posé par un participant extérieur.

Le regard extérieur doit pouvoir être accepté pour valider la procédure dans le cadre de l'EPP.

Au-delà de la formation, nous pouvons souligner de nombreux avantages pour les médecins : valorisation de l'identité professionnelle, lutte contre l'épuisement et l'isolement professionnels. Cette démarche rappelle au médecin qu'il n'est pas seul et que ses difficultés peuvent tout à fait être partagées par ses confrères.

C'est un lieu d'échange d'expression, d'analyse réflexive de la pratique, et de celle de ses pairs. (à la différence des groupes Balint qui s'articulent davantage sur l'exposé de situations conflictuelles, de difficultés relationnelles).

DEUXIEME PARTIE : « PAIRS ET EXPERTS », ETUDE DE L'INTERVENTION D'EXPERTS SUR LA PERFORMANCE DES GAPP.

I-/ Méthodologie et mise en place

A-/ Méthodologie

Il a été proposé, par courrier postal, à l'ensemble des GAPP de Lorraine de participer à l'action « Pairs et Experts ». Pour cela, il leur est demandé d'organiser une réunion dont le thème correspondra à un audit présent dans la liste des audits proposés par le GLAM.

Un premier tour d'audit est réalisé par chaque médecin sur le thème respectif choisi par son groupe.

Après le recueil du premier tour d'audit, la réunion du GAPP se déroulera selon le processus habituel avec apport de dossiers de consultations choisis aléatoirement, mais portant nécessairement sur le thème choisi par chaque groupe.

Au terme de cette réunion, les participants sélectionnent le dossier qui a laissé le plus de questions sans réponses, et qui servira de support lors de la rencontre avec les experts. Par ailleurs, ils rapportent les questions abordées dans les autres cas cliniques et en rapport avec le thème sélectionné, en distinguant les questions résolues par le GAPP, et les questions non résolues.

Les grilles d'audit sont envoyées au GLAM pour exploitation.

La réunion plénière régionale, s'est déroulée le 15 juin 2011 à la Faculté de Médecine de Nancy. Il s'agissait d'une rencontre entre "pairs" et experts avec un échange autour de l'exposé, fait par le représentant de chaque groupe, des dossiers problématiques et des questions résiduelles.

Le deuxième tour d'audit est lancé à distance de la réunion plénière pour évaluer l'amélioration des pratiques apportée par ce processus.

Un questionnaire d'opinion est envoyé par la suite à chaque membre des GAPP via leurs responsables.

Chaque responsable de GAPP reçoit la consigne de le faire remplir aux membres de son GAPP à l'occasion de leur prochaine réunion habituelle, et de nous le retourner dans l'enveloppe jointe.

B-/ Critère d'évaluation

La comparaison entre les deux tours d'audit est donc une évaluation des pratiques, dans un processus de formation par GAPP et permet de mesurer l'impact des experts.

Un questionnaire d'opinion est destiné à mesurer le degré de satisfaction des participants dans l'optique d'une pérennisation de cette action.

Nous verrons ultérieurement que les données seront modifiées par le déroulement de cette action.

II-/ Résultats

A-/ La sollicitation des GAPP

La liste de départ des GAPP fournie par Lorformep s'est progressivement étoffée d'autres coordonnées fournies par les médecins contactés. Elle compte finalement 29 GAPP : 9 pour la Meurthe-et-Moselle, 1 pour la Meuse, 8 pour la Moselle et 11 pour les Vosges.

1-/ Les GAPP volontaires

Au total, 6 GAPP ont accepté de participer au projet. Les audits ont démarré successivement à partir de l'automne 2010 (figure 2).

- Pour la Meurthe et Moselle :

GAPP du Dr Boitel Yves (Vandoeuvre-les-Nancy) avec l'audit sur la « Qualité rédactionnelle des ordonnances »

- Pour la Moselle

- GAPP du Dr Louyot-Keller Jocelyne (Saint-Avold) avec l'audit sur la " Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique "

- GAPP du Dr Perrein Christian (Novéant-sur-Moselle) avec l'audit " Les indications des traitements par antiagrégants plaquettaires sont-elles respectées ? "

- GAPP du Dr Marty Jean-Michel (Metz) avec l'audit "AVK et sécurité de prescription"

- GAPP du Dr Steyer Norbert (Talange) avec l'audit "Diabète de type 2, prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques"

- Pour la Meuse

- GAPP du Dr Fanjeaux Jean-Charles (Bar-le-Duc) avec l'audit "Diagnostic précoce et prévention du mélanome"

Responsable de GAPP	Dr Boitel	Dr Fanjeaux	Dr Louyot	Dr Perrein	Dr Steyer N	Dr Marty J-M
Localisation	Vandoeuvre-lès-Nancy	Bar-le-Duc	Saint-Avoid	Novéant-sur-Moselle	Talange	Metz
Audit choisi	Qualité rédactionnelle des ordonnances	Mélanome, prévention et diagnostic précoce	Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	Les indications des traitements par antiagrégants plaquettaires sont-elles respectées ?	Diabète 2, prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques	AVK et sécurité de prescription

Figure 2 : GAPP volontaires et thèmes choisis

2-/Raisons des refus et commentaires des non participants

a-/ Praticiens non joignables

Des responsables ne donnèrent pas de suite aux sollicitations, ou ne furent pas accessibles lors des relances téléphoniques en raison d'absences, de visites en cours, ou encore d'arrêt d'activité.

Des refus ne furent pas justifiés, d'autres reposaient sur un désintérêt vis à vis du projet, un manque de motivation.

Puis, certains refus furent liés aux contraintes inhérentes à la pratique quotidienne. Certains GAPP contactés étaient dissous ou en cours de refonte du fait d'un nombre insuffisant de membres ou de déménagement.

b-/ Un investissement trop lourd.

Le concept même du projet fut un motif de refus, d'abord en raison de sa méthodologie, dont la compréhension était plus ou moins longue. De nombreux responsables présentaient des difficultés pour en intégrer les grandes lignes au premier contact.

De plus, le temps requis pour l'étude, notamment la réalisation de deux tours d'audits « encore des audits... », ou encore le déplacement à Nancy leur apparaissaient comme particulièrement chronophages.

c-/Incompatibilité GAPP et experts

Ensuite, on nous opposa l'incompatibilité de l'apport d'experts au principe de fonctionnement traditionnel des GAPP. En effet, la participation d'une personne extérieure, et qui plus est n'étant pas de la même pratique, se traduisait chez certains membres par une impression d'intrusion, d'ingérence qui leur ferait perdre leur autonomie et l'indépendance de leur réflexions.

On manifestait donc la crainte conséquente de perdre en convivialité, en spontanéité, chacun pouvant être amené à surveiller ou à censurer ses propos.

Un responsable rapporte ainsi dans un courrier justifiant son choix, un « Mode d'audit expertal plus proche d'un groupe de séméiologie ou d'EPU. »

d-/ Le rôle du DMG (Département de médecine générale)

Puis, la participation et le rôle du Département du DMG posaient quelques problèmes, divergents selon les groupes.

Ainsi, un représentant s'est demandé pourquoi le DMG n'était pas plus impliqué.

Pour d'autres au contraire, une association du DMG était perçue comme une autre intrusion, celle d'instances universitaires cette fois. Le projet leur apparaissait intrinsèquement intéressant, mais ils ne voulaient pas du partenariat avec la faculté, par crainte une nouvelle fois de perdre leur indépendance.

e-/ La perception des experts

Ensuite, certains retours furent dubitatifs quant aux réponses que les experts allaient pouvoir formuler sur des cas leur paraissant déjà insolubles, à eux généralistes...

« Les experts se basant eux-mêmes sur les recommandations, les mêmes que nous, comment pourraient-ils y voir une solution ? » ou alors « Comment pourraient-ils mieux trancher sur une situation hors référentiel, situation qui a priori ne peut avoir de solution définitive et unique ? »

f-/ Les contraintes de la pratique quotidienne

De plus, les praticiens se trouvaient déjà trop sollicités par de nombreuses propositions de formations, d'EPP, de séminaires... Ils ne disposant pas du temps suffisant pour ce projet. Il y eu également des refus pour cause d'emploi du temps, de formations simultanées à la plénière.

Il est à noter que certains des praticiens ayant opposé un refus se sont néanmoins montrés curieux et intéressés par le projet et nous ont indiqué des noms de confrères à contacter.

g-/ Autres motifs de refus

Un généraliste contacté n'était plus responsable de GAPP, mais a fait part de son désintérêt du projet.

Un responsable a priori favorable au concept du projet envoie une réponse négative suite à la discussion avec le groupe.

Un groupe contacté était orienté vers l'ostéopathie : il aurait éventuellement pu être intéressé si un des thèmes d'audits proposés avait correspondu à l'orientation du groupe.

Au total, l'objectif de départ de six GAPP est atteint mais non dépassé, montrant ainsi une faible participation au projet.

B-/ Les séances GAPP thématiques

Chaque groupe, hormis le cas particulier concernant l'audit « Qualité rédactionnelle des ordonnances », a réalisé une séance thématique en rapport avec l'audit choisi. Le dossier le plus « problématique » parmi ceux qui ont été présentés a été sélectionné pour la présentation en réunion plénière.

Chaque dossier et les questions des GAPP ont été envoyés aux experts avant la réunion, pour la préparation de leurs réponses.

Cette étape fut bien suivie par tous. Ainsi dans les 35 questionnaires rendus, 34 mentionnaient avoir satisfait cette étape.

C-/ La réunion plénière du 15 juin 2011

La réunion fut organisée à la Faculté de médecine de Nancy, de 20h30 à 23h30, et compta 23 participants.

1-/Organisation générale de la réunion

Pour chaque thème, la parole fut d'abord donnée au représentant du groupe qui exposa le cas clinique sélectionné et rappela les questions problématiques retenues par l'ensemble du groupe lors des séances thématiques.

Les experts respectifs ont apporté leurs réponses après chaque intervention des généralistes.

2-/ Déroulement de la discussion

Rapidement, les échanges se sont animés, devenant plus spontanés et constamment enrichis par les interventions de chacun.

Les praticiens soumettaient de nombreuses nouvelles questions, non répertoriées et naissant du fil des échanges.

Le débat a ainsi fait ressortir d'autres cas de patients, des souvenirs de problématiques que les praticiens ont soumis aux experts, profitant pour ainsi dire de leur présence pour avoir leur avis et/ou une proposition de réponse, une approbation sur une conduite à tenir.

Pour ne pas prolonger la soirée outre mesure, beaucoup de participants venant de loin, il avait été décidé de se limiter à trente minutes par thème.

Or, les nombreuses digressions, par rapport aux thèmes proposés au départ ont bien failli rendre ce timing difficile à tenir. Les débats se sont d'ailleurs prolongés au-delà de l'horaire prévu et ont dû être clôturés sans avoir terminé la liste « officielle » des questions. La discussion était en effet partie pour se prolonger fort tard.

Le temps fut par conséquent un facteur limitant et les experts n'ont pu répondre à toutes les questions qui leur étaient posées. Nous verrons plus tard que ceci fut ressenti comme un inconvénient par certains participants qui n'ont pas pu bénéficier de suffisamment de temps pour s'exprimer.

Des praticiens regrettèrent la grande quantité d'information traitée et délivrée en si peu de temps.

D-/ Résultats des audits

1-/ Généralités

Concernant le premier tour, beaucoup de grilles n'ont pas été récupérées. Leur nombre réduit n'a pu permettre une analyse représentative des résultats. En effet, chaque audit portant déjà sur un nombre restreint de personnes, à savoir les membres de chaque GAPP, il était primordial que chaque grille soit complétée et bien reçue, et ce ne fut pas le cas.

De plus, le deuxième tour d'audit n'a pas été suivi du tout par les participants. Un des groupes par la voie de son responsable s'en expliqua d'ailleurs : les contraintes de temps, une certaine lassitude avaient eu définitivement raison des bonnes volontés du départ.

Par conséquent, l'analyse de l'action ne fut pas exploitable par l'audit.

Ainsi, pour évaluer l'étude, nous avons été forcés de changer de méthodologie, et l'emploi d'un questionnaire d'opinion a finalement été décidé.

2-/ Cas particulier de l'audit sur la « Qualité rédactionnelle des ordonnances »

L'audit relatif à la « Qualité rédactionnelle des ordonnances » fut particulier, l'analyse reposant sur le recueil d'ordonnances des praticiens volontaires auprès des « pharmaciens habituels » de leurs patients.

Au total, 70 ordonnances ont été récoltées suite à l'envoi d'un courrier aux pharmaciens, d'une relance téléphonique des pharmaciens puis d'un passage personnel dans les différentes officines.

On ne peut considérer cet échantillon comme représentatif, notamment sur le plan de la lisibilité des ordonnances non informatisées.

Les 23 ordonnances exclues le furent en fonction des critères de l'audit du GLAM faisant référence, à savoir :

- La présence de moins de trois lignes de prescriptions
- La signature par des stagiaires ou des remplaçants
- La présence de doubles exemplaires
- Des ordonnances illisibles

Au total 47 ordonnances ont été analysées.

a-/ Identification du patient (figure 3)

Le nom et le sexe sont renseignés sur 100% des ordonnances analysées, alors que le prénom ne l'est qu'à 82.2%. Le sexe est identifié soit par le prénom soit par la mention de l'état civil.

Les résultats sont plus partagés concernant l'âge et le poids. Le poids figurait sur 63.8% des ordonnances, grâce en partie aux logiciels informatiques.

Les données non renseignées sont celles qui ont été masquées par le pharmacien.

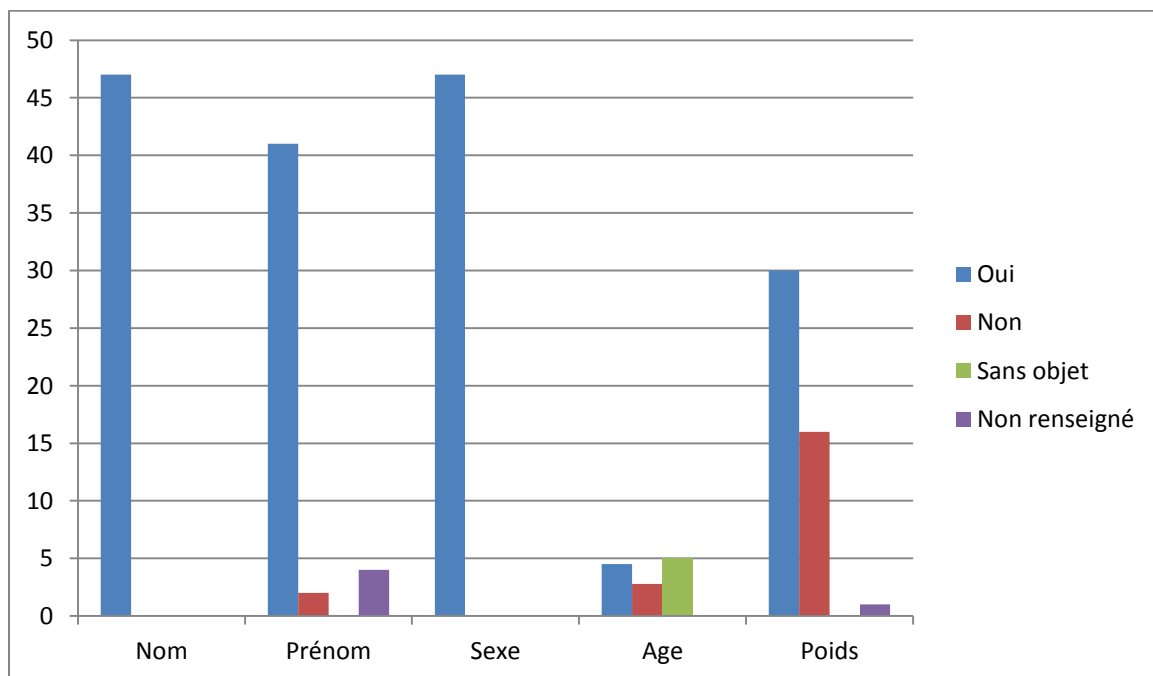


Figure 3 : identification du patient sur les ordonnances

b-/ Prescription

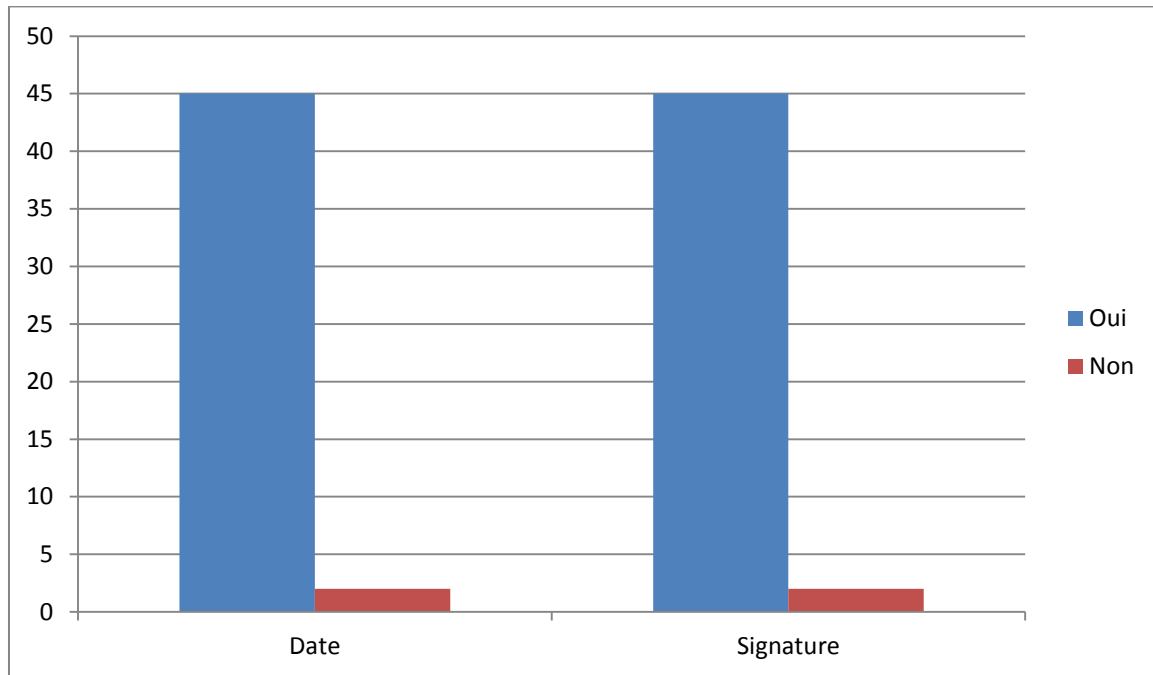


Figure 4 : datation et signatures des ordonnances

La date et la signature du prescripteur figuraient sur la quasi-totalité des ordonnances analysées ; elles n'ont pas été retrouvées sur deux ordonnances (figure 4).

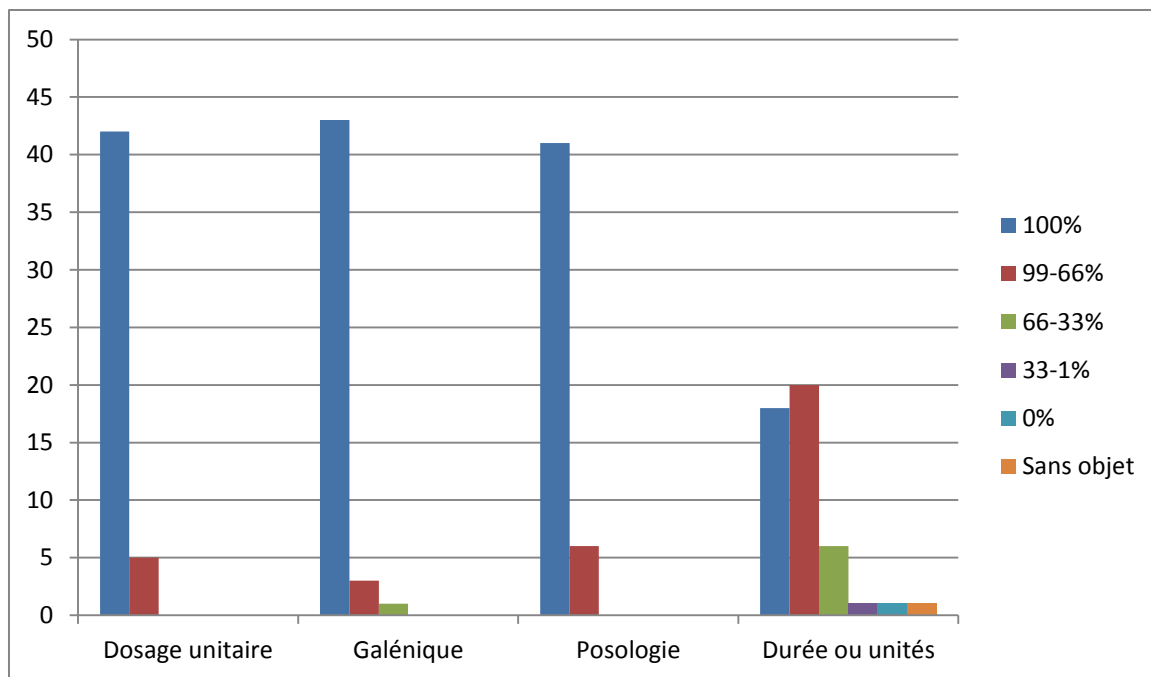


Figure 5 : renseignement des traitements sur les ordonnances

Le dosage unitaire, la galénique et la posologie sont bien renseignés, respectivement à 89.4%, 91.5% et 37.2%. Par contre, les résultats concernant la durée de traitement sont plus mitigés (figure 5).

Les posologies non précisées concernent des traitements considérés comme connus du patient, disponibles en vente libre, avec les consignes sans doute données oralement. Par exemple, spray nasal, topiques AINS, pilule contraceptive...

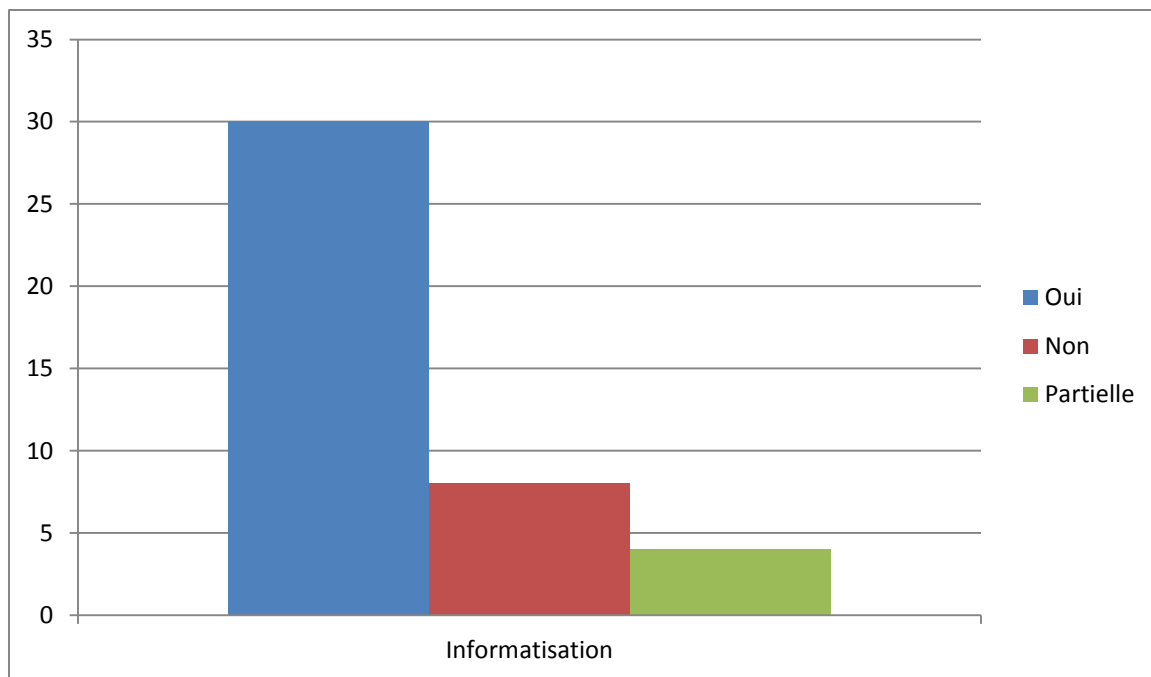


Figure 6 : informatisation des ordonnances

63.8% des ordonnances analysées sont totalement informatisées et 8.5% le sont partiellement (figure 6).

Ont été comptées en informatisation partielle les ordonnances présentant une ou plusieurs lignes manuscrites ajoutées en fin : ce sont souvent ces dernières lignes qui ne présentent pas tous les critères de qualité (ajout en fin de consultation, écriture rapide, praticien déjà passé au patient suivant...).

L'informatisation constitue, au-delà de la lisibilité qu'elle apporte, une aide à la prescription : en effet, les logiciels intègrent forme galénique, dosage unitaire, signalent d'éventuelles interactions médicamenteuses...

D'après les témoignages recueillis auprès des pharmaciens, encore trop de prescriptions posent le problème de leur lisibilité, nécessitant parfois un appel téléphonique au prescripteur.

E-/ Exploitation des questionnaires d'opinion

Au total, 35 questionnaires d'opinions furent rendus par les membres des GAPP.

1-/ Caractéristiques des participants

- Parmi les membres ayant rendu le questionnaire, 34 (97 %) ont participé à la séance thématisée dans leur GAPP, et 15 (42.8%) ont assisté à la réunion plénière à Nancy (figure 7).

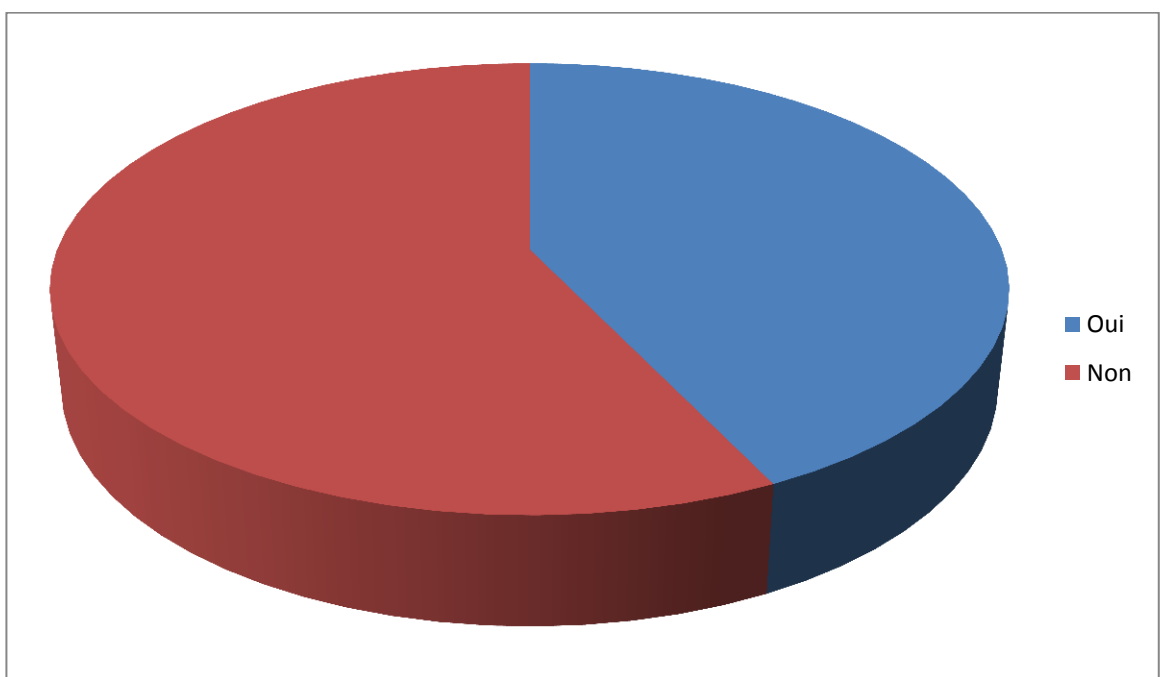


Figure 7 : taux de participation des membres de GAPP à la réunion plénière parmi ceux ayant rendu les questionnaires

- Le retour des questionnaires fut observé de façon inégale dans les différents groupes (figure 8).

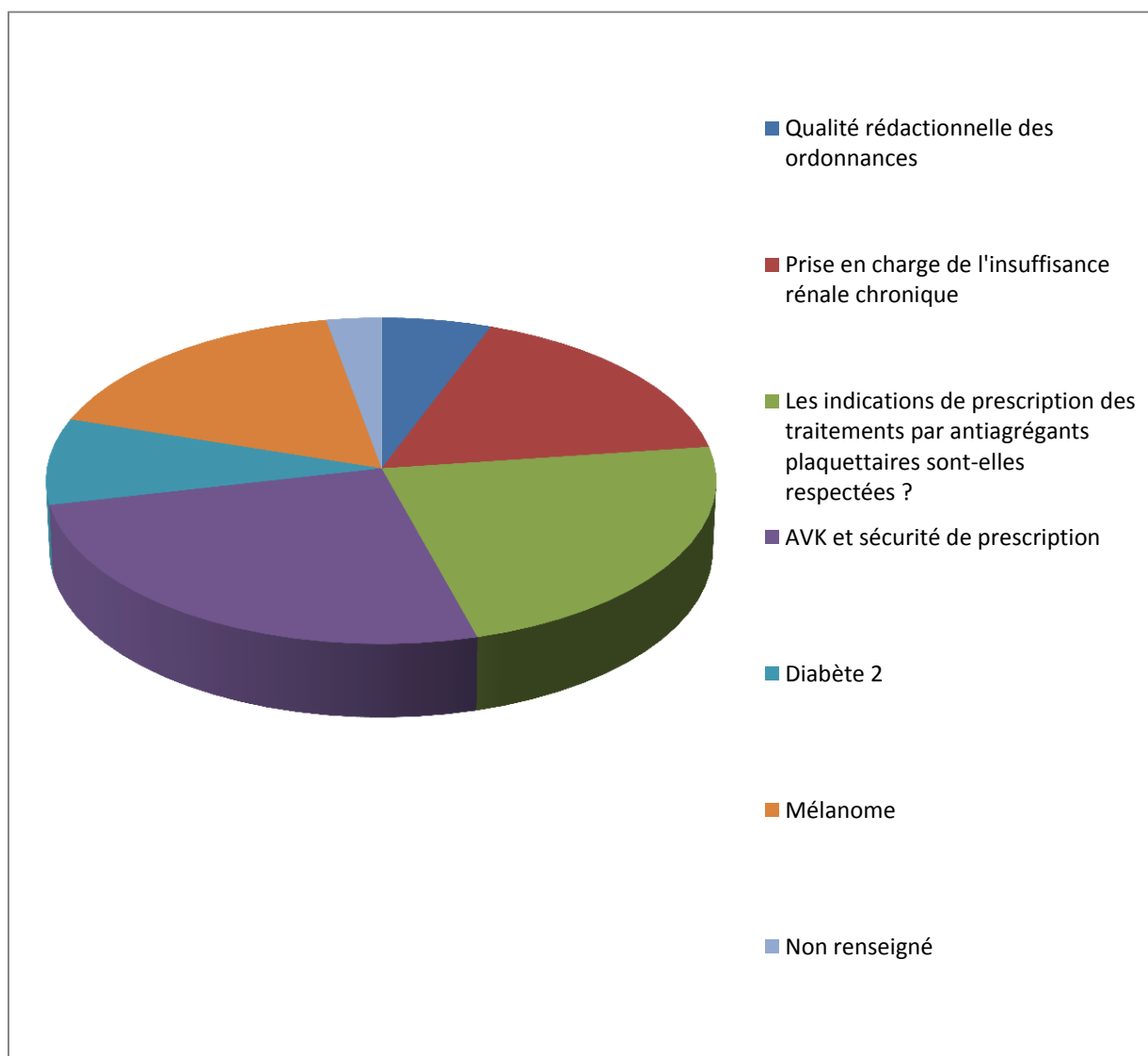


Figure 8 : répartition des audits choisis dans les questionnaires rendus

2-/ Questions portant sur les GAPP

Pour l'essentiel, la première participation des généralistes à un GAPP remonte à moins de dix ans.

De façon plus détaillée, on recense 12 (34.2%) généralistes appartenant à un GAPP depuis moins de cinq ans, 34.2% de cinq à dix ans, 1.4% de dix à quinze ans, 17.1% de quinze à vingt ans, et un depuis plus de 20 ans (figure 9).

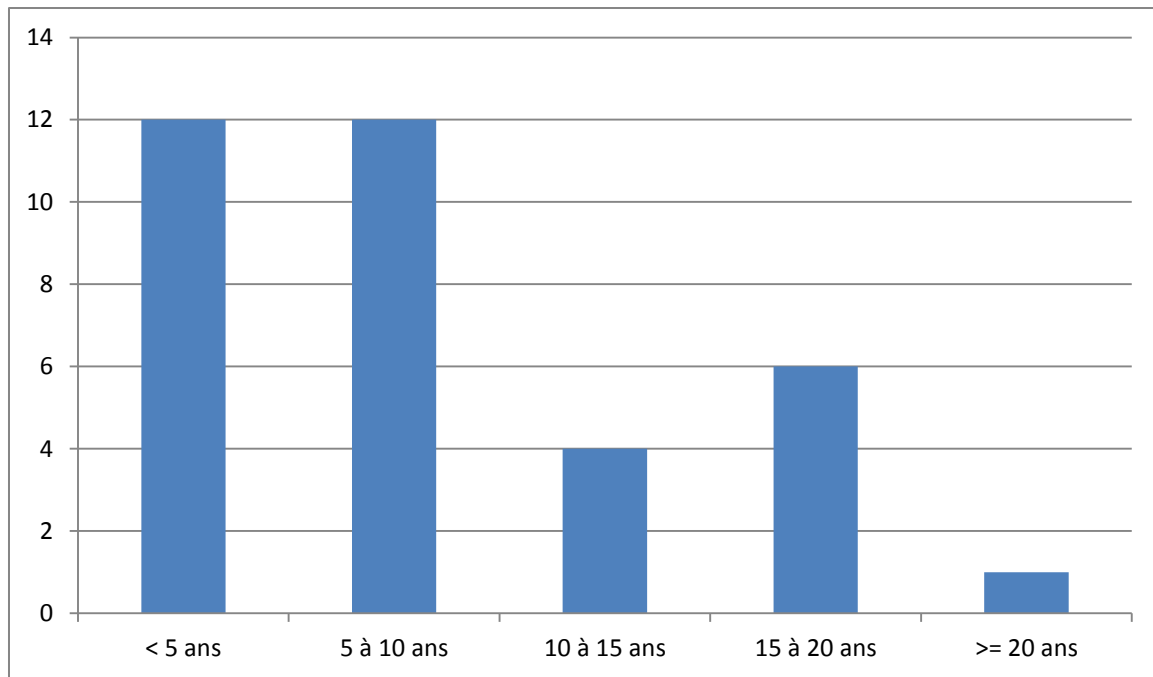


Figure 9 : durée de participation des généralistes à un GAPP

Les GAPP sont de l'avis unanime un moyen apprécié de formation continue.

- D'abord, concernant le vécu personnel de chacun : les GAPP sont un lieu de convivialité permettant de rompre l'isolement professionnel et de discuter sans tabou ni censure de dossiers problématiques avec des confrères ayant la même pratique. Le partage des mêmes préoccupations permet une certaine déculpabilisation par rapport à des prises en charge qu'ils n'estimeraient pas optimales. Les échanges se font en confiance. Pour résumer un praticien, un GAPP, « Ca rebooste ».
- Ensuite, la discussion en elle-même est appréciée. On y réalise un partage d'expériences, de références, on confronte sa pratique quotidienne à la théorie. Certains confrères peuvent proposer une solution à un dossier exposé, on échange des adresses... D'une manière générale, la sélection aléatoire des dossiers est perçue comme essentielle, car elle permet un large balayage de la pratique ; le GAPP est un moyen de formation adapté à la diversité de l'exercice.

- Enfin, les GAPP permettent une « remise au point ». Ils apportent une évaluation périodique des pratiques conduisant à leur amélioration. Chaque médecin y réalise son auto évaluation.

3-/ Questions portant sur l'audit

L'audit est pratiqué régulièrement par 77.1% des généralistes ayant répondu, alors que 22.8 % déclarent ne pas en réaliser.

Après avoir participé à cette action « Pairs et Experts », 57.1% des participants sont prêts à en faire (ou en refaire), alors que pour 65.7% d'entre eux cette opération ne sera pas incitative à la conduite de futurs audits.

4-/ Apport et arbitrage des experts à l'issue des séances thématiques des GAPP.

- Concernant les 15 participants à la plénière ayant rendu leur questionnaire :

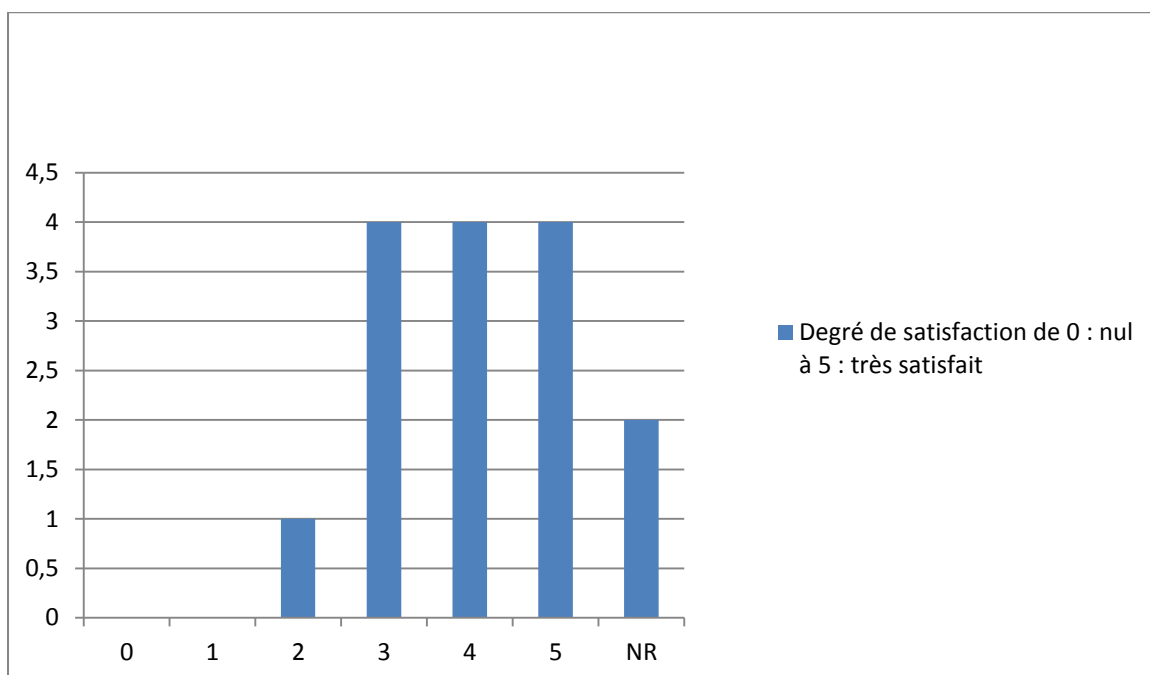


Figure 10 : évaluation de la satisfaction des participants quant à l'obtention de réponses de la part des experts

Sur une échelle de 0 à 5, la satisfaction des participants quant aux réponses obtenues de la part des experts est correcte, sans plus (figure 10).

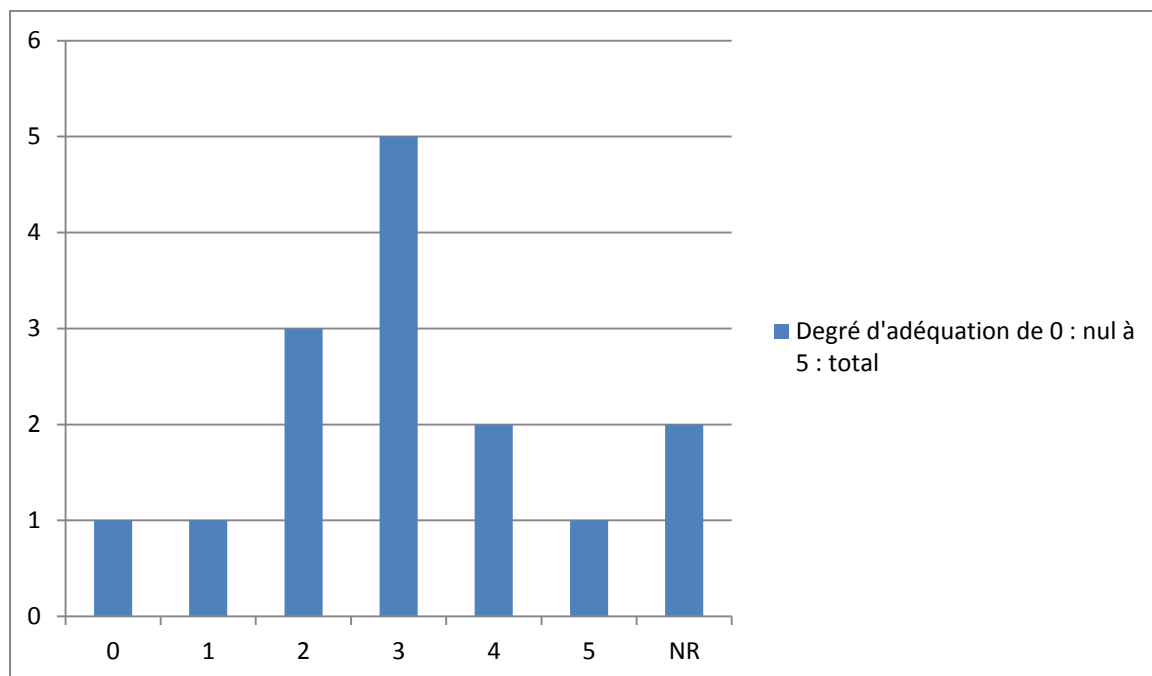


Figure 11 : évaluation du sentiment d'adéquation des réponses des experts avec la pratique des généralistes

L'adéquation des réponses des experts à la pratique quotidienne des généralistes est ressentie comme moyenne (figure 11). A ce titre certains commentaires rappellent à juste titre que les questions sélectionnées devaient concerner les dossiers les plus problématiques, pouvant ainsi être les mois représentatifs. Cependant, « il est toujours bon d'avoir un avis d'expert ».

Ces réponses ont été perçues comme globalement documentées en fonction du niveau de preuve.

L'apport des réponses sur les connaissances des généralistes est moyen.

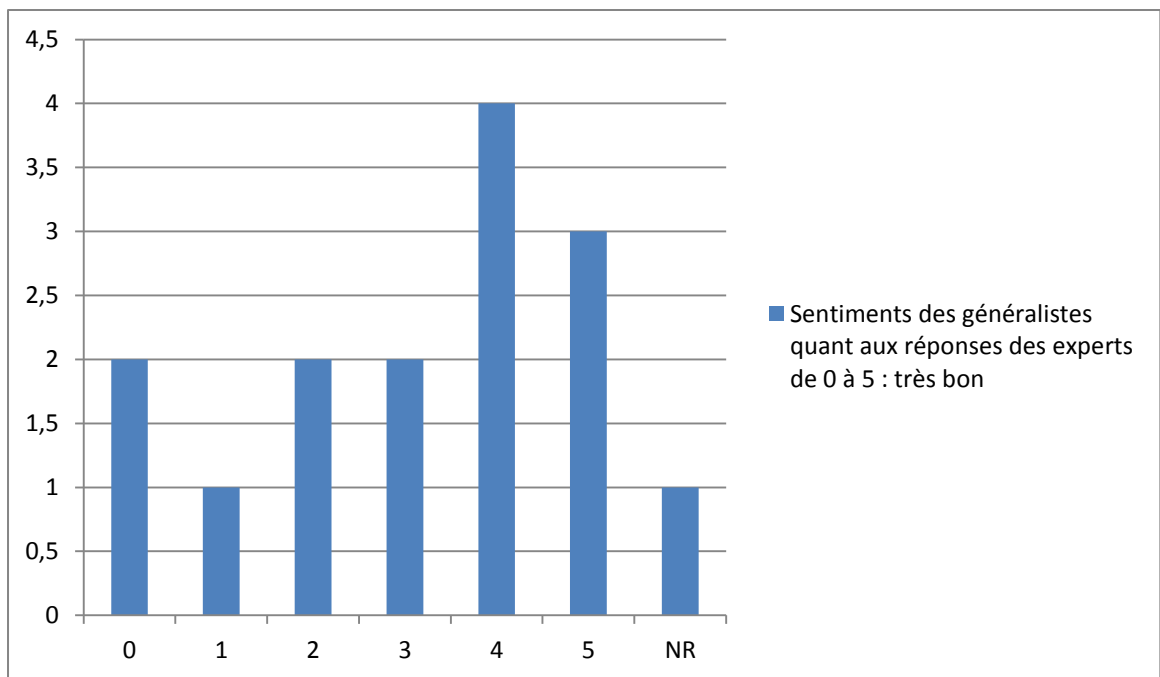


Figure 12 : évaluation par les pairs de la documentation des réponses des experts, et de leurs niveaux de preuve

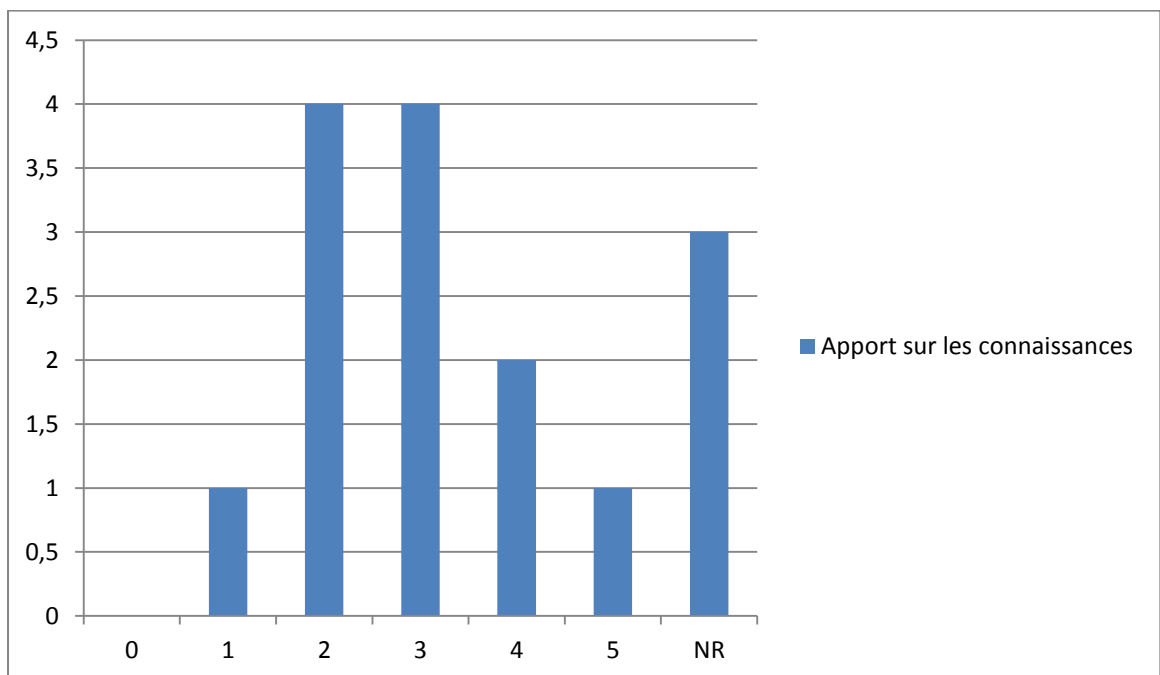


Figure 13 : apport des réponses sur les connaissances des généralistes de 0 : nul à 5 : important

L'apport réel des experts sur les connaissances des généralistes et donc la modification de pratique inhérente à celui-ci existent (figures 13 et 14) mais ne sont pas francs.

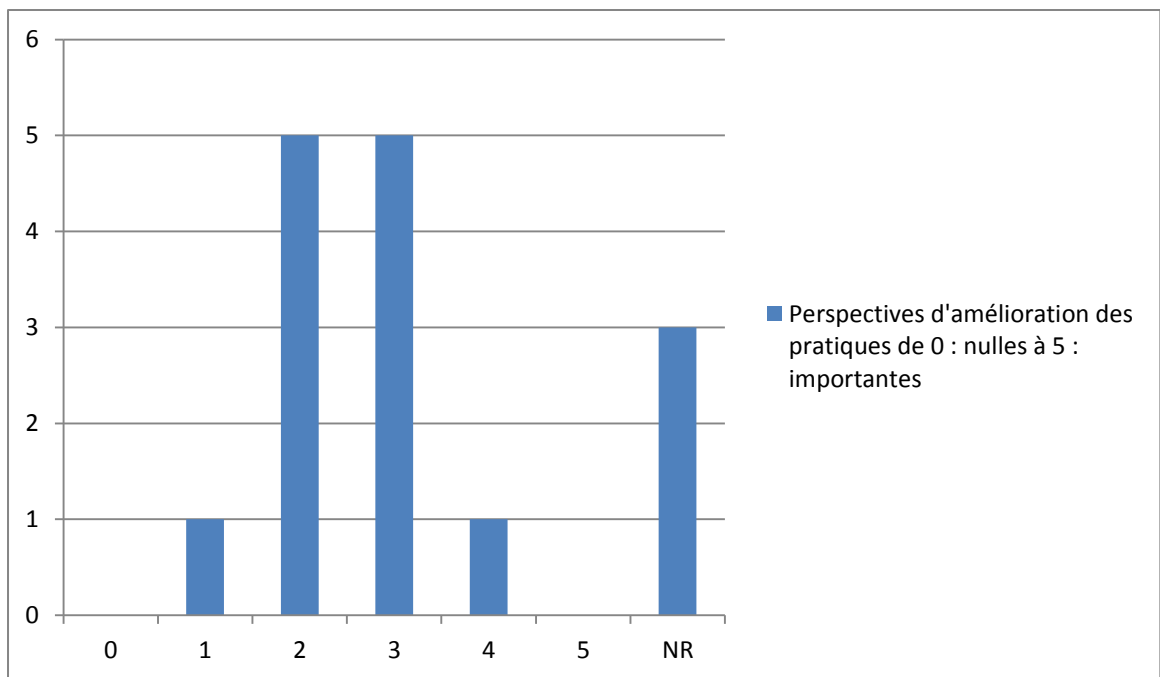


Figure 14 : perspectives d'amélioration des pratiques suite à la réunion plénière

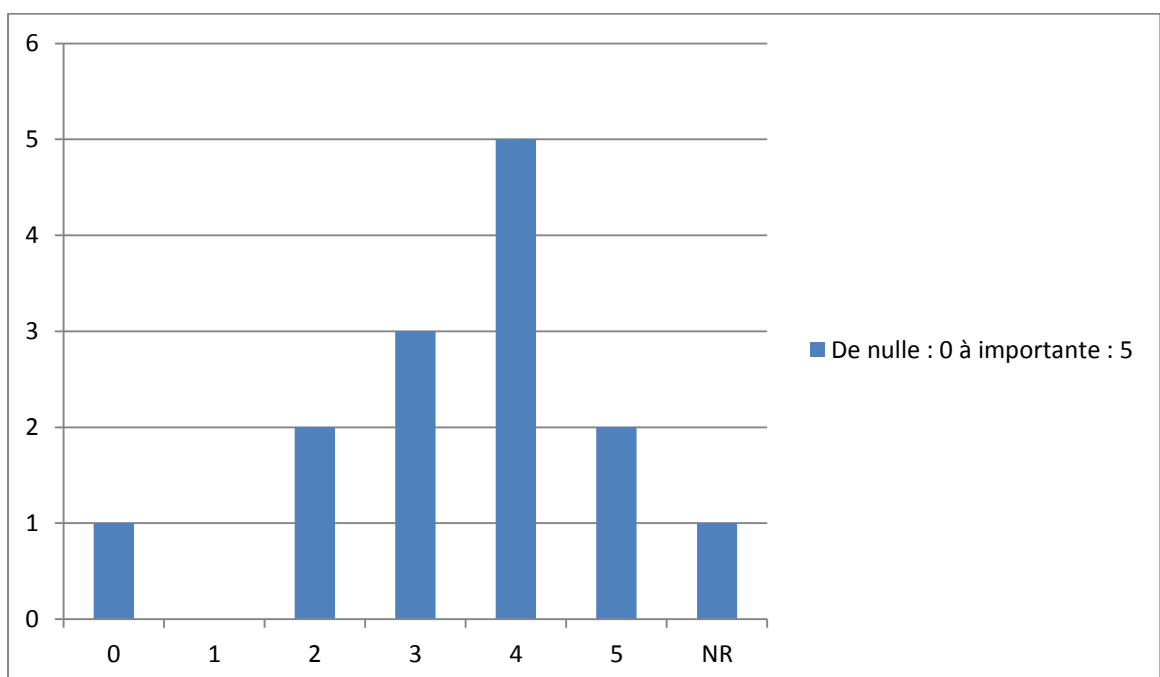


Figure 15 : qualité et richesse des échanges avec les experts

Les échanges avec les experts furent pourtant globalement ressentis comme utiles (figure 15).

5-/ Organisation pratique et logistique

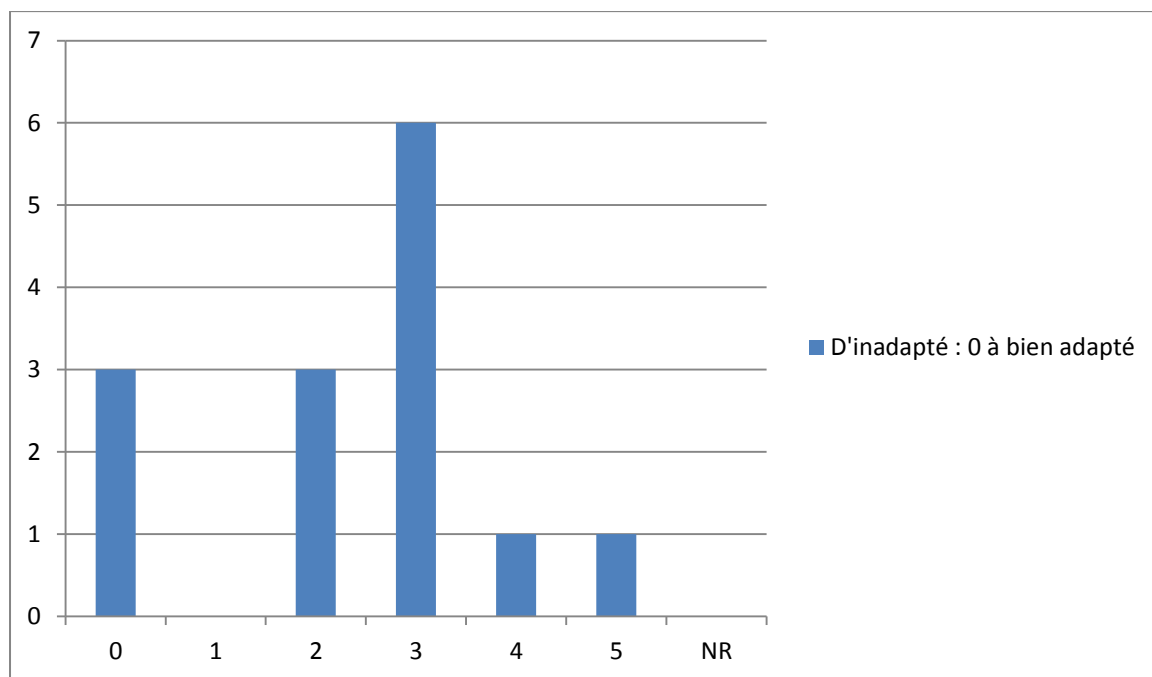


Figure 16 : opinion quant au lieu géographique de la réunion plénière

L'organisation de la plénière à Nancy fut regrettée par beaucoup de participants en raison de l'éloignement géographique (figure 16). Cependant, ceux-ci convenaient également qu'un autre lieu était difficile à envisager dans ce contexte, Nancy ayant été choisi comme point équidistant des différents GAPP pour n'en défavoriser aucun.

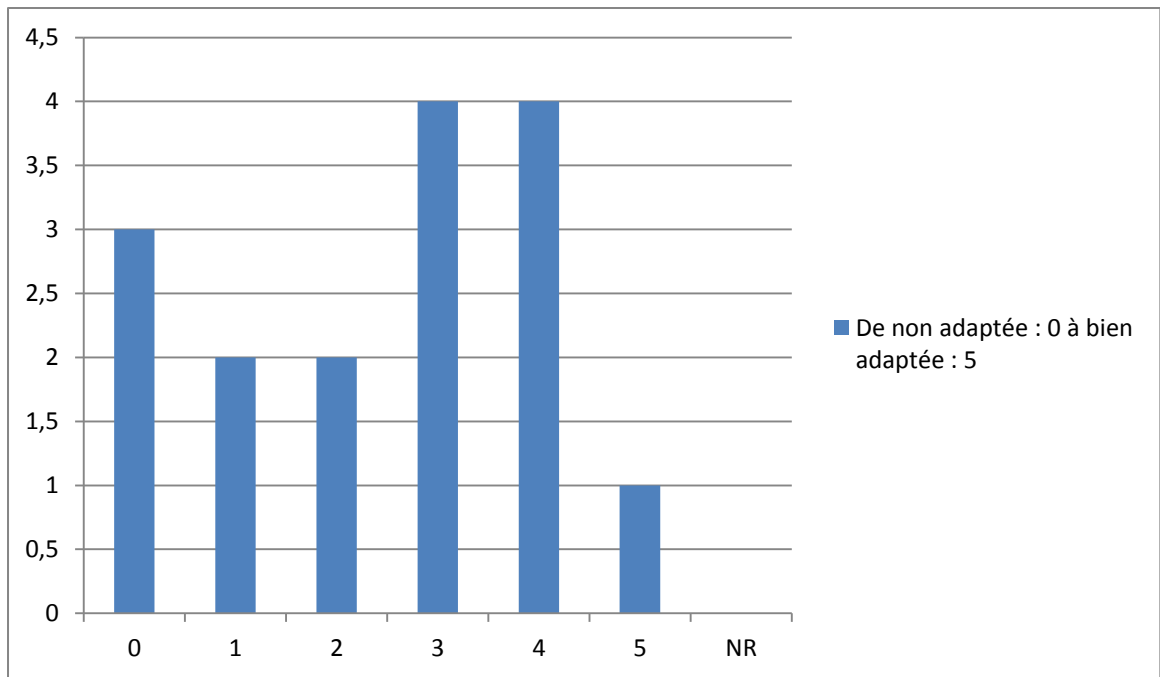


Figure 17 : méthode pédagogique de la réunion plénière

La plupart des participants ont émis quelques réserves quant à la méthodologie de la réunion plénière (figure 17).

Comme mentionné précédemment, beaucoup de participants à la plénière n'ont pu s'exprimer suffisamment (figure 18). En effet, ils rapportent un temps trop restreint par rapport à la grande quantité de domaines abordés. Ainsi, des généralistes proposent de réaliser une soirée par thème, avec un expert qui se déplacerait au sein du GAPP.

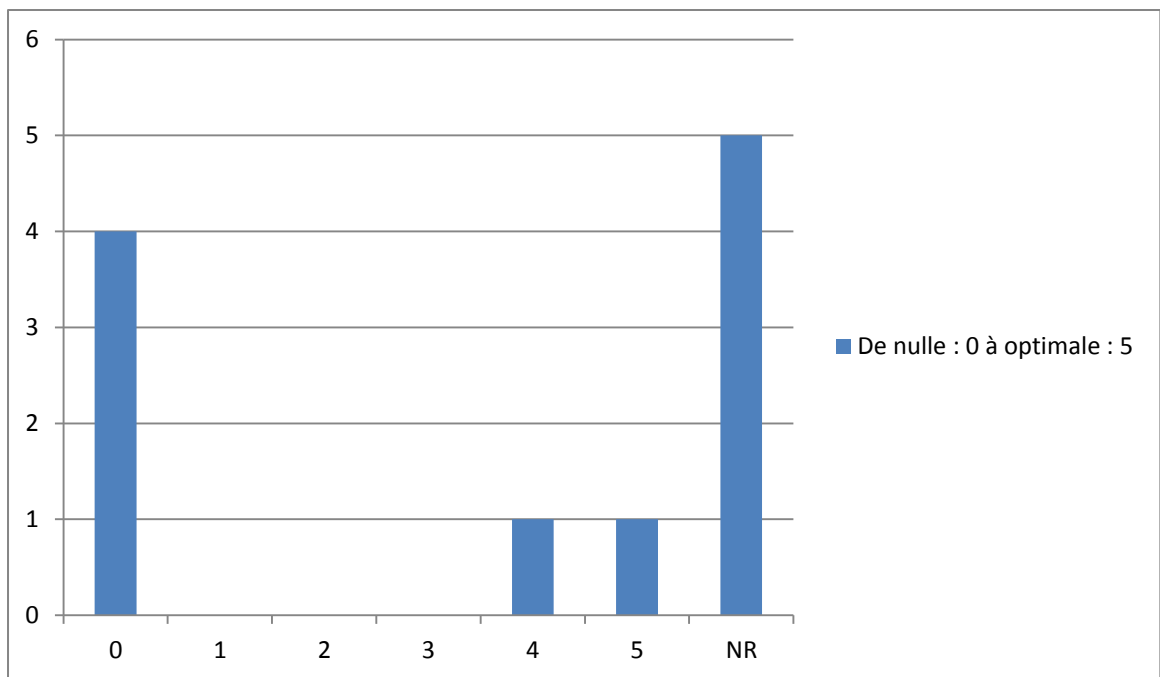


Figure 18 : possibilité d'expression des participants pendant la réunion plénière

6-/ Conditions d'une pérennisation

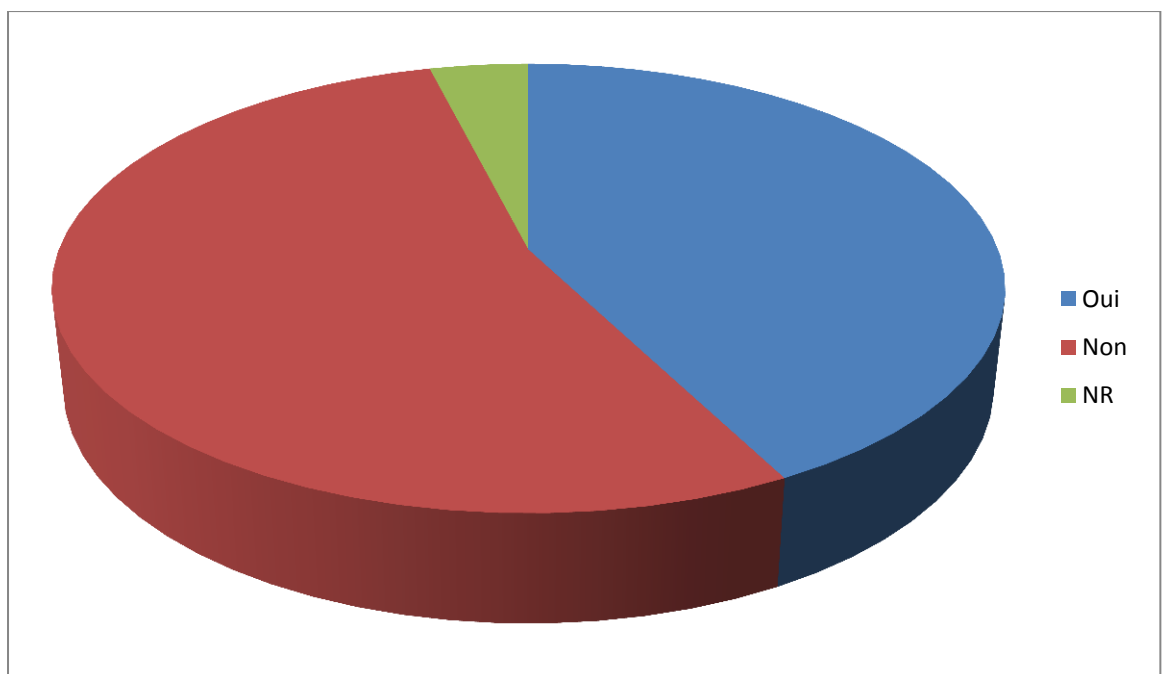


Figure 19 : possibilité d'une reconduction de l'action dans les mêmes conditions

La grande majorité (72%) des participants ayant répondu sont favorables à une pérennisation cette action (figure 21), cependant pour la majorité d'entre eux (54%), cela ne pourra se faire dans les même conditions (figure 19).

Ainsi pour 34% d'entre eux, l'audit ne devra plus être associé au projet figure 20).

De plus, pour une grande majorité des participants (73%), il sera nécessaire de délocaliser l'action (figure 21). Il a en effet déjà été mentionné que le déplacement à Nancy bien que compris a été contraignant pour beaucoup.

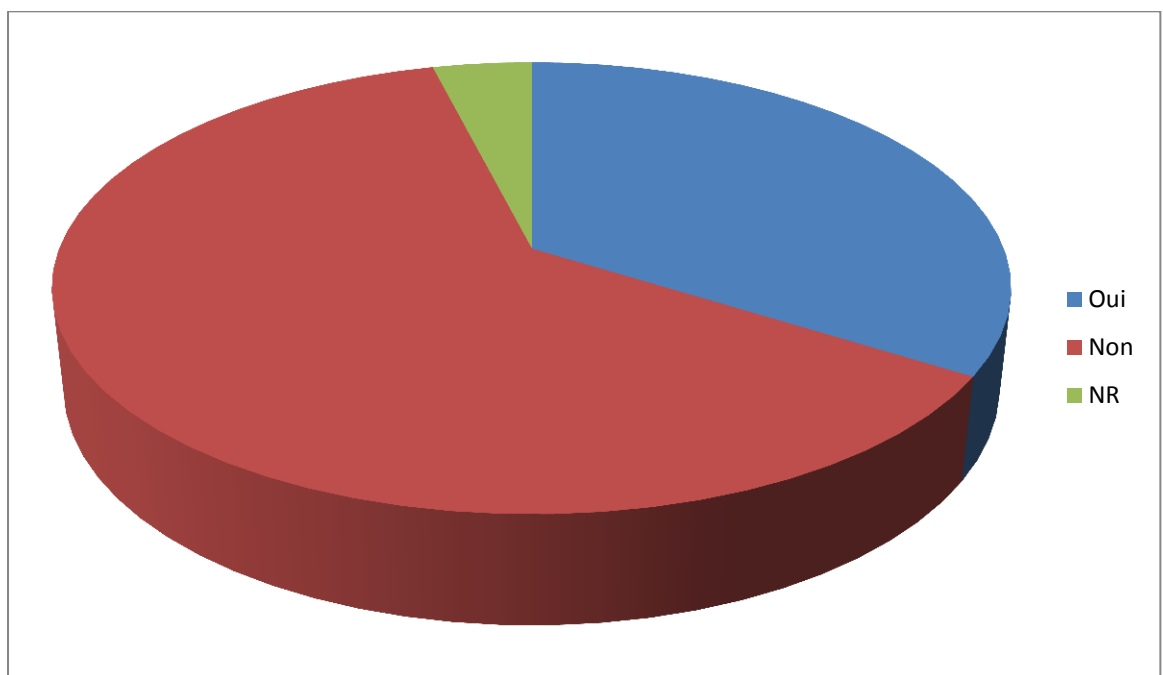


Figure 20 : reconduction de l'action sans l'audit

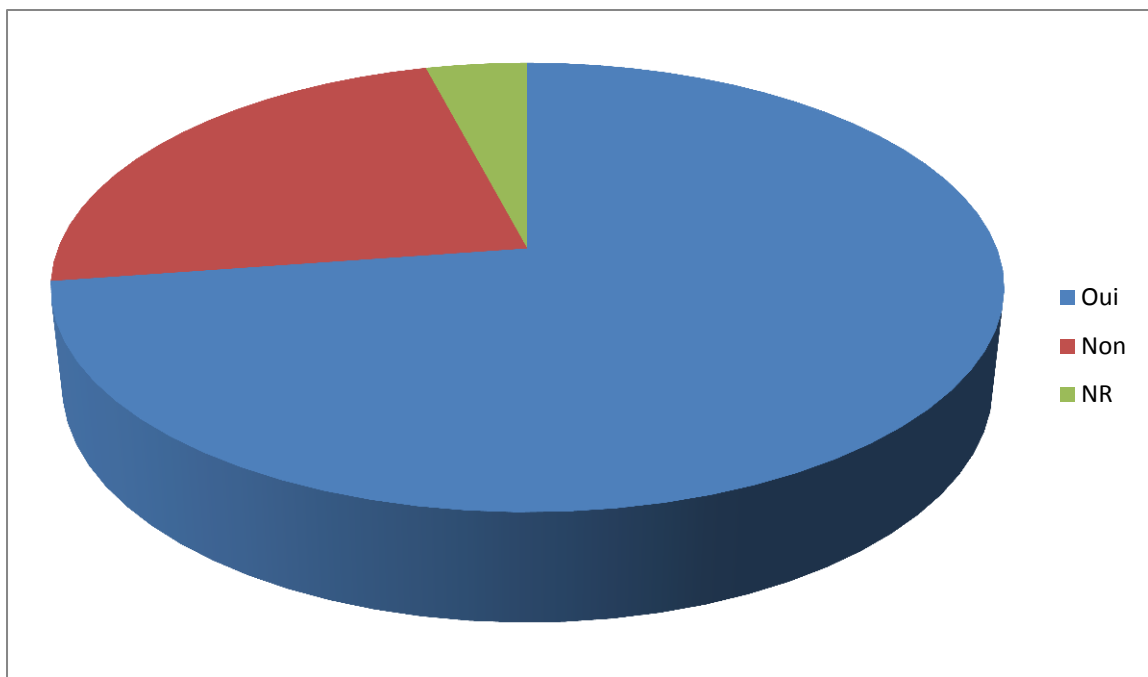


Figure 21 : reconduction de l'action en délocalisant la rencontre avec les experts

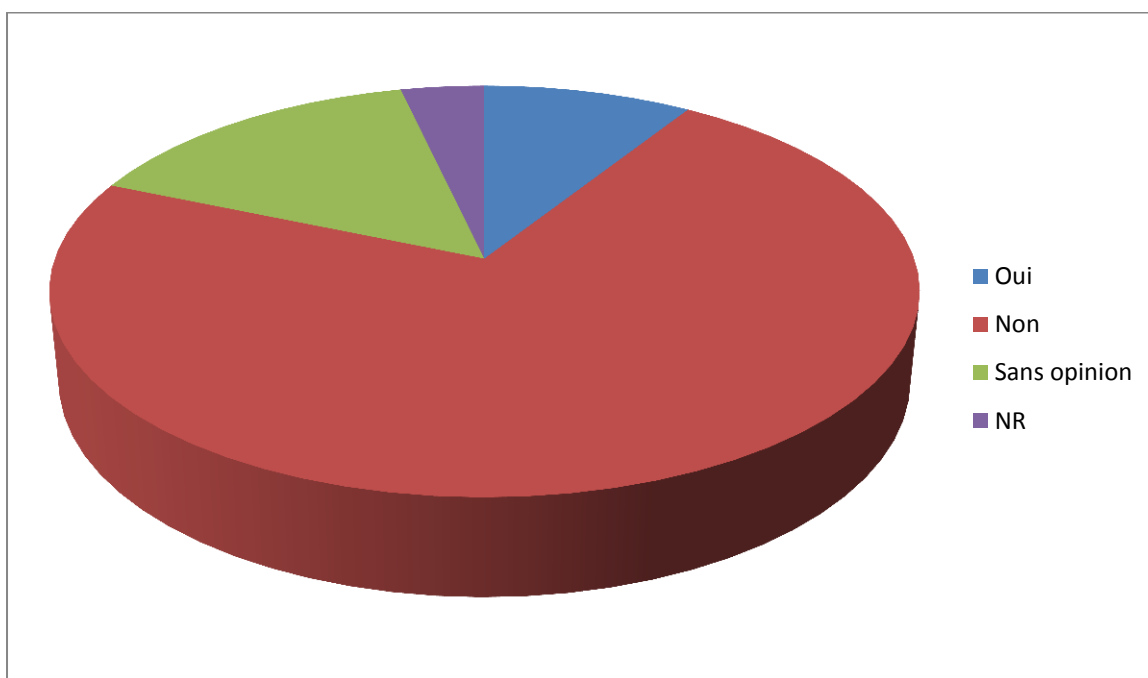


Figure 22 : généralistes ne souhaitant pas de nouvelle participation à ce projet

III-/ Discussion

A-/ Le lancement du projet

Au départ prévu pour la Moselle uniquement, le projet s'est étendu sur l'ensemble de la Lorraine pour répondre à la demande d'autres GAPP de la région. Un intérêt certain se faisait donc ressentir, sinon une curiosité de bon augure laissant présager d'une bonne participation, d'un projet réalisable à grande échelle.

Cependant, les différentes étapes de sa mise en place concrète ont fait apparaître certaines déconvenues, ayant forcé à une modification de la méthodologie d'évaluation prévue au lancement du projet, et qui seront autant de pistes d'adaptation en vue de la pérennisation de ce projet.

B-/ Le recrutement des GAPP

D'abord, la phase de recrutement des GAPP volontaires fut marquée par les refus successifs de nombreux groupes, d'où la crainte conséquente de ne pas atteindre le minimum de six groupes prévu au départ.

Par conséquent, elle s'est étalée sur une longue période, ponctuée de relances téléphoniques, en fonction des emplois du temps de chacun.

Au décours de ces différents contacts, le temps précieux et compté des praticiens a été bien senti, temps partagé entre une consultation chargée et un planning déjà fourni de projets de formation continue.

D'un point de vue organisationnel, il y eut donc le ressenti d'un certain « embarras » à « déranger » les praticiens durant leur temps de consultation, la crainte d'importuner.

Du côté des experts, la sollicitation a été plus simple ; ceux-ci ont accepté de suite ou après l'éclaircissement de quelques points complémentaires. Lorsqu'ils étaient intéressés mais ne pouvaient s'engager eux-mêmes, ils ont proposé le nom d'un confrère à contacter.

Cette disponibilité peut s'expliquer par la tradition, la mission d'enseignement des hospitaliers-universitaires.

De plus, l'engagement à ce projet a été pour eux moins exigeante. En effet ils se sont engagés à participer à une seule soirée (sans contrainte de longs déplacements), à prendre connaissance des questions qui seraient posées lors de la plénière puis à valider le compte-rendu de leur intervention en signalant les références qu'ils ont employées.

C-/ Analyse des motifs de refus

1-/ Ingérence

De nombreuses justifications des responsables de GAPP ont concerné la crainte d'une ingérence au sein de leur groupe, de la part du DMG comme des experts.

Le principe d'un regard extérieur, quel qu'il soit, est en effet perçu comme allant à l'encontre du principe même de fonctionnement d'un GAPP censé ne compter que des « pairs ».

Le concept du projet, lui-même novateur, est certes en opposition avec le principe de fonctionnement des GAPP, ou Groupes de Pairs, tel qu'il a été défini à leur création.

Certes, à nouveau, les GAPP fonctionnent selon des règles définies... Mais les règles ne sont-elles pas faites pour être changées ? Qu'existe-t-il qui soit à ce point fixé et qui ne puisse accepter une innovation ?

Une remarque particulière doit être apportée au sujet de la participation d'experts, objet en soi de réticences sinon de retenue.

Cette participation ne doit pas être vécue comme celle d'avis « supérieurs » venant faire autorité et souligner certaines "incapacités" des généralistes. Non, ces a priori sont vains et injustifiés.

Ainsi, un effort pourrait être réalisé dans la considération mutuelle entre généralistes et spécialistes en allant au-delà d'un certain corporatisme, d'une certaine méconnaissance de l'autre.

Peut-être cela pourrait-il amener à une nouvelle conception du terme « pairs »...

Les généralistes sont à présent considérés eux aussi comme des spécialistes de leur domaine, les soins primaires. Ainsi, ne considérons pas seulement les pairs généralistes, les pairs cardiologues, etc...avec une frontière entre chacun ; au-delà de nos spécialités respectives, nous avons en premier lieu tous en commun notre qualification de médecin...

Aussi pourrait-on dire que nous avons organisé une rencontre entre « pairs » de différentes spécialités certes, mais « pairs » avant tout tous médecins, chacun apportant sa vision des choses, sa propre expérience aux cas cliniques présentés.

La complémentarité est un apport enrichissant et source de progrès.

Certes pour les situations couvertes par aucune recommandation, les experts ne peuvent donner plus que leur simple avis. Celui-ci dispose du plus bas niveau de preuve selon la HAS, mais il représente toujours une position qui rassure et qui permet de valider la prise en charge du praticien.

2-/ La méthodologie

Ensuite, la méthodologie initiale a été un frein important à une meilleure participation à ce projet. Elle a souvent été perçue comme trop lourde et trop complexe.

Frein au recrutement donc, puis également à l'aboutissement du deuxième tour d'audit. En effet, malgré la bonne volonté de départ, les freins ayant conduits les autres groupes à refuser dès le départ se sont ensuite manifestés au moment de poursuivre les audits.

Pour les "pairs" qui étaient au départ pourtant motivés à participer à cette étude, les impératifs du terrain ont en quelque sorte eu raison des dernières bonnes volontés.

Le questionnaire d'opinion au contraire a été accueilli de manière plus consensuelle ; on peut donc regretter que le nombre de questionnaires rendus n'ait pas été plus important. Peut-être est-ce en rapport avec une certaine lassitude des généralistes d'être une nouvelle fois sollicités pour ce projet.

Par contre, l'esprit collectif de groupe a été ressenti lors de l'acceptation du projet discuté en réunion, des séances thématiques et de la rédaction du des compte rendus.

D-/ La réunion plénière

Elle a été à son terme ressentie comme un succès par les organisateurs.

Chacun a répondu au rendez-vous, experts comme généralistes, les groupes de pairs ayant même envoyé plusieurs de leurs membres, même venus de loin.

La spontanéité et l'intensité des débats ont témoigné d'un besoin certain des généralistes. Ils ont su profiter de cette rencontre, qui a constitué une opportunité pour exposer tous les questionnements non répertoriés qui leur revenaient de leur pratique.

La discussion en elle-même enrichit, et il est profitable de pouvoir comparer ses diagnostics ou conduites à tenir à ceux des autres. Ceci pourrait justifier en soi le projet « Pairs et Experts », qui a pu apporter des réponses aux cas complexes soumis.

Il n'y a certes pas de recommandations pour toutes les situations, loin de là, pour lesquelles la décision fait intervenir un faisceau d'éléments, dont le jugement et l'expérience du praticien.

La réponse de l'expert dans ces cas précis « ne sera donc » qu'un avis supplémentaire, allant ou pas dans le même sens. Certes. Mais l'amélioration naît aussi de la confrontation de ces avis, fussent-ils différents.

Au-delà de l'aide pour les cas complexes, le contact réguliers avec les experts peut faciliter la formation des généralistes, évitant le recours long et personnel recours aux référentiels, apportant ainsi une réponse « instantanée », en direct.

Seulement, l'analyse des questionnaires a révélé quelques réserves des participants quant à la façon dont cette réunion a été menée, notamment le choix du lieu et les possibilités d'expressions, qui seront des points d'amélioration en vue d'une pérennisation du projet.

E-/ Le ressenti des experts

Les experts étaient soucieux de comprendre ce qui était attendu d'eux, questionnant sur le déroulement de la réunion, la nécessité de compléter leur intervention par des supports, des présentations... Ils se sont montrés enthousiastes et intéressés.

Il y avait aussi une certaine appréhension de certains experts de ne pas avoir de solutions aux problématiques proposées avec l'impression rapportée de « subir un oral », un « interrogatoire » ou

d'être « sur le gril ». Il en ressortait une certaine crainte de ne pouvoir répondre en direct à des problématiques que les généralistes n'ont pu résoudre.

Ceci peut témoigner de l'estime qu'on les spécialistes des connaissances des leurs confrères généralistes. De même, les spécialistes ont pu avoir un aperçu de la variété de problèmes auxquels sont confrontés leurs collègues, et donc une meilleure compréhension de leurs difficultés de terrain.

F-/ Le ressenti des généralistes

Les spécialistes universitaires ne sont pas perçus de la même manière par les généralistes que les spécialistes locaux, correspondants connus et familiers de l'exercice quotidien. Ces derniers sont d'ailleurs parfois amenés à intervenir sur demande des groupes pour des séances thématiques.

Envers les universitaires, il y a également un sentiment de déconnection par rapport aux réalités de terrain ; les "spécialistes" ne prendraient ainsi en charge que les pathologies les concernant, sans s'attacher à comprendre la globalité du patient, son histoire, la nécessité d'adapter parfois les recommandations.

Et puis, les spécialistes universitaires sont rapportés une nouvelles fois à une intrusion de la faculté, du DMG.

G-/ L'analyse des résultats des audits

Le nombre de grilles d'audits recueillies n'a pas permis d'en retirer des conclusions significatives. Chaque audit concernait déjà un petit nombre de personnes, avec en plus un mauvais retour des grilles. (Certaines ont malheureusement été égarées lors de leur transmission au GLAM, ou n'ont pas été rendues.)

De plus, certains des audits choisis avaient déjà été réalisés par les groupes et donc les grilles et les résultats leur étaient connus. Ceci introduit un biais pour l'interprétation de la pratique avant la plénière.

L'ensemble du projet s'est étendu sur une longue période (plus d'un an et demi), en raison des sollicitations des groupes, de l'attente des réponses, du changement de méthodologie...

H-/ Les questionnaires d'opinion

Les GAPP sont un moyen efficace de formation continue, reconnus et populaire auprès de leurs membres. Ils accueillent et gardent constamment de nouveaux membres, dont certains depuis plus de 20 ans. Les généralistes sont attachés à leur GAPP, il s'y crée au fil du temps un esprit de corps.

Ce succès provient d'une part de la méthodologie alliant acquisition de connaissances nouvelles et EPP. D'autre part, ils offrent un lieu de parole libre, sans jugement de valeur, petite parenthèse conviviale dans un exercice marqué par l'isolement face au patient et à ses propres choix diagnostiques.

Cette cohésion explique, une nouvelle fois, les réticences à un regard, une participation extérieure quelle qu'elle soit.

Alors que le déroulement de la réunion plénière avait donné un sentiment immédiat de réussite à ses organisateurs (participants au rendez-vous, animation des débats...), les résultats des questionnaires ont apporté sur ce point quelques nuances.

Les regrets concernent une possibilité d'expression individuelle limitée. Il y eu trop de sujets abordés, entre les problématiques programmées et les nombreuses autres questions spontanées, alors même que le nombre de thèmes avait pour cette raison volontairement réduit à six. Il y eu de la part de certains le sentiment d'une discussion se noyant dans de trop nombreuses digressions « hors sujet ».

La satisfaction relative des réponses des experts peut s'expliquer par différents facteurs.

D'abord, on retrouve là un effet des réponses du groupe « mélanome ». Sa préoccupation avant la plénière était la problématique spécifique de la faisabilité, dans les règles de l'art, de ce type de dépistage dont l'aspect chronophage vient se confronter aux impératifs du temps réduit des consultations. En résumé, le message était « on est bien d'accord sur son intérêt, mais pour nous concrètement, c'est plus facile à dire qu'à faire ». La discussion, elle, a plutôt repris l'intérêt du dépistage et des données de santé publiques.

Ensuite, le sentiment d'adéquation des réponses avec la pratique quotidienne des généralistes est plutôt nuancé. On peut le justifier par le fait que certaines réponses concernaient des situations rares.

De plus, leur apport aux connaissances des généralistes ainsi que les perspectives d'amélioration des pratiques qu'elles pourraient entraîner sont mitigées. On peut y voir un effet des solides connaissances théoriques des généralistes, dans des domaines déjà variés.

Heureusement, l'avis positif quant à la richesse des débats est encourageant.

I-/ Les pistes en vue d'une pérennisation

Le principe de l'adhésion des pairs à une pérennisation de ce projet étant acquis, mais dans d'autres conditions, voici quelques propositions de modification afin qu'il corresponde à chacun.

D'abord, la méthode d'évaluation par l'audit sera à éviter. Il conviendra alors de privilégier le suivi de l'amélioration des pratiques selon la méthode usuelles des groupes de pairs. Ainsi, ce projet pourra mieux s'intégrer à la pratique quotidienne et être plus facilement accepté.

L'audit est déjà une méthode d'évaluation suffisamment connue et employée par les généralistes, notamment grâce au travail du GLAM. Le meilleur critère d'évaluation de cette action, certes subjectif, étant la satisfaction des participants. Le point principal à modifier semble être la méthodologie. Pour motiver à nouveau les volontaires, le projet devra être plus simple, moins contraignant. Il doit pouvoir s'intégrer dans la pratique et ne pas être un frein à d'autres projets de formation. Cependant, la suppression de l'audit du concept de ce projet reste difficile, car il en valide le versant EPP. L'évaluation de l'impact des experts sur l'amélioration des pratiques n'est possible avec aucun autre moyen objectif. Par conséquent, il faudrait renouveler ce projet en trouvant un moyen de mieux intégrer l'audit aux impératifs quotidiens des généralistes, le rendre plus « acceptable ». Par exemple, on pourrait profiter de tout nouvel audit lancé par le GLAM, pour proposer ensuite aux volontaires une séance thématique à l'issue du premier tour, selon le modèle du projet, puis d'exposer les questions résiduelles à un expert.

Ensuite, reste le problème d'une nécessaire délocalisation. L'expert sollicité ne pourrait évidemment pas se déplacer pour « n » réunions de rencontre avec chaque GAPP demandeur.

Par conséquent, on pourrait modifier la méthodologie ainsi : lors de tout nouvel audit du GLAM, les volontaires réalisent à l'issue du premier tour une séance thématique. Les questions résiduelles seraient envoyées par chaque groupe au GLAM. Le GLAM les transmettrait ensuite à un expert sollicité qui y apporterait ses réponses. La synthèse des questions et leurs réponses seraient transmises en retour aux participants par voie postale ou électronique. Enfin, les participants réaliseraient le deuxième tour d'audit.

Cette méthode s'intégrerait mieux à la pratique quotidienne des généralistes et ne serait pas une source de fatigue supplémentaire. Elle rendrait l'audit plus acceptable, éviterait tout déplacement supplémentaire, aux prix d'une absence de contact direct avec l'expert.

Il faut noter que cette nouvelle méthode resterait imparfaite, dans le sens où il serait difficile d'évaluer les parts respectives de l'audit seul et des réponses des experts dans l'amélioration des pratiques. Pour cela, il faudrait théoriquement séparer les participants en deux groupes : un ne réalisant que l'audit, et l'autre associant l'audit et la participation de l'expert.

CONCLUSION

Le caractère novateur du projet « Pairs et Experts » a suscité intérêt et débat tout au long de son déroulement, qui s'est étalé quasiment sur deux ans.

D'abord, les six GAPP volontaires parmi l'ensemble de ceux sollicités en Lorraine ont effectué un premier tour d'audit sur un thème choisi par chacun dans une liste d'audits proposée par le GLAM. Puis, chaque GAPP s'est retrouvé pour une séance thématisée en fonction de l'audit choisi. Ces séances, devant se solder par la sélection d'un cas clinique représentatif et le listing des questions résiduelles à présenter aux experts, ont été bien réalisées.

La séance plénière à la faculté de médecine de Nancy a été un succès au niveau de la participation. Pour chaque thème, un représentant des GAPP a présenté le cas clinique et les questions résiduelles à l'expert concerné.

Concernant l'analyse des données, les grilles du premier tour d'audit ne furent pas retournées en nombre suffisant, et le second tour n'a pas été suivi du tout. L'évaluation objective de l'amélioration des pratiques induite par la rencontre avec les experts n'a donc pas été réalisable.

Par contre, les questionnaires d'opinion destinés à évaluer la satisfaction des participants ont été bien remplis. Il y est ressorti que les GAPP font sans surprise l'unanimité en tant que méthode d'évaluation des pratiques. Le niveau de connaissances des participants étant déjà élevé l'apport des experts a été ressenti comme plutôt moyen. La discussion au cours de la réunion plénière a été animée et dense ; seulement, certains participants regrettèrent à ce propos le manque de temps et le trop grand nombre de sujets abordés. De plus, le choix géographique de cette rencontre a posé problème aux participants éloignés.

Au final, le projet « Pairs et Experts » a bien constitué une méthode de DPC, alliant une partie formation et apprentissage grâce à l'apport des experts, et une partie évaluation grâce à l'audit. Dans l'esprit de la loi HPST, il a de plus proposé une coopération entre différents professionnels de santé. Il a renforcé les GAPP comme une méthode pilier de la formation continue et a valorisé l'exercice de la médecine générale.

Sa pérennisation est envisageable, en délocalisant les rencontres avec les experts, ce qui permettrait de plus de cibler davantage les sujets de discussion, et en reconsidérant la place de l'audit, frein au recrutement et à une totale adhésion au projet des participants.

Cependant, l'audit est indissociable du versant EPP et sa suppression rendrait le projet incomplet sur le plan du DPC. Son usage est toutefois familier des généralistes.

Une solution serait ainsi de profiter du lancement d'un nouvel audit par le GLAM pour proposer à l'issue du premier tour une séance thématisée au GAPP dont les membres se seraient engagés dans cet audit. Le GLAM transmettrait les questions résiduelles de chaque groupe à un experts, puis renverrait ses réponses en retour.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) UNAFORMEC, Concepts et objectifs initiaux : de l'EPU à la FMC {en ligne}. Disponible sur : <http://www.unaformec.org/Concepts-et-objectifs-initiaux-de.html>
- (2) Serment d'Hippocrate
- (3) Code de Déontologie médicale, article 11
- (4) Ordonnances "Juppé" du 25 avril 1996, article 3 portant sur la FMC
- (5) Arrêté du 6 mai 1997 portant création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière
- (6) Décret n°2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue
- (7) Loi n° 2002-303 dite "Kouchner" du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- (8) Article L.4133-1 du Code de la Santé publique relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles UNAFORMEC, concepts et objectifs initiaux
- (9) Historique UNAFORMEC
- (10) Ordonnance dite "Debré" n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
- (11) Le Dr Scharf, pionnier de la formation médicale continue [en ligne]. Disponible sur <http://pbrasme.unblog.fr/le-docteur-guy-scharf-pionnier-de-la-formation-medicale-continue/>
- (12) Loi n° 71-575 dite "Delors" du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle dans le cadre de l'éducation permanente.
- (13) Arrêté du 16 avril 1974 d'agrément du fonds d'assurance formation de la médecine libérale
- (14) Article L.4133-2 du Code de la santé publique
- (15) Article L.6155-2 du Code de la santé publique
- (16) Article L.4133-3 du Code de la santé publique
- (17) Arrêté du 26 janvier 2004 relatif au Comité de coordination de la formation médicale continue
- (18) BRAS Pierre Louis, DUHAMEL Gilles. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. IGAS, novembre 2008, article 31.

- (19) L'agrément des organismes de FMC. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unaformec.org/FMC,35.html>
- (20) JORF n° 183 du 9 août 2006, p11840
- (21) Les moyens de validation de FMC, Société française de médecine générale. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfmng.org/accueil/>
- (22) Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue
- (23) Décret d'application 2003-1077 du 14 novembre 2003
- (24) Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.
- (25) Organisme gestionnaire conventionnel de la FPC des médecins libéraux [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ogc.fr/nous-connaître/dispositif.php>
- (26) Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, JORF du 11 février 2005
- (27) Avènement du DPC. [en ligne]. Disponible sur <http://www.ogc.fr/nous-connaître/textes-fondateurs.php>
- (28) Arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public "Organisme gestionnaire du développement professionnel continu"
- (29) Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.
- (30) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, modifiant le Code de la santé publique, article L.4133-1-1
- (31) BRAS Pierre Louis, DUHAMEL Gilles. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. IGAS, novembre 2008, article 85.
- (32) Décret n° 2005-345 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- (33) Décret 356 du 14 avril 2005 article L.4133-1-1
- (34) Code de déontologie médicale, article 11 (article R.417-11 du Code de la santé publique)
- (35) Haute Autorité de Santé. Organismes agréés pour l'EPP. [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/oa_14_mai_08.pdf
- (36) Principe de l'EPP, HAS. [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288637/les-fondamentaux
- (37) Haute Autorité de Santé. Les méthodes d'EPP. [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_483901/les-methodes-d-epp

(38) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(39) BRAS Pierre Louis, DUHAMEL Gilles. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. IGAS, novembre 2008, article 7.

(40) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 59.

(41) Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, article L.4133-1

(42) Bibliomed UNAFORMEC. Développement professionnel continu ?, 30 septembre 2010, N596

(43) BRAS Pierre Louis, DUHAMEL Gilles. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, article 5

(44) BRAS Pierre Louis, DUHAMEL Gilles. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, article 9.

(45) Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

(46) Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins

(47) Arrêté du 16 mars 2012 portant nomination à la commission scientifique indépendante des médecins

(48) Arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public "Organisme gestionnaire du développement professionnel continu"

(49) Code de la sécurité sociale, article 242-1

(50) Code du travail, article 6331-1

(51) RAINERI. F & al. Qualité de la prescription médicamenteuse. Documents de recherche en médecine générale, Société française de médecine générale, septembre 2008, 7p

(52) Fiche HAS sur l'EPP

(53) GALLAIS Jean Luc. Règles du jeu, effets et enjeux des Groupes de Pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche. Documents de recherches en médecine générale, Société française de médecine générale, n°59

(54) Revue du Praticien : EPP et groupes d'analyse des pratiques entre pairs, une association idéale pour le généraliste

(55) DEBRIS Sylvie. L'analyse des pratiques en "Groupes de Pairs" Un outil développant la professionnalité. DRMG un outil développant la professionnalité. Documents de recherches en médecine générale, Société française de médecine générale, n° 63

(56) GALLAIS Jean Luc. Groupes de Pairs : mises en scène de soi, représentations, répétitions et entractes. Documents de recherches en médecine générale, Société française de médecine générale, n°63

(57) RAINERI François & al. Gestion d'un Groupe de Pairs. Documents de recherche en médecine générale, Société française de médecine générale, n°63

ANNEXES

ANNEXE 1 : « Pairs et experts », planification initiale du projet

Les participants : les membres des GAPP de Lorraine

Les experts : deux internistes dont un universitaire, un membre du comité scientifique des associations de FMC lorraines, un radiologue, un biologiste, un chirurgien et un généraliste.

En fonction des thèmes choisis par les participants, la présence d'autres spécialités sera discutée.

L'action

Elle se déroulera durant l'année universitaire 2010-2011.

1 : Octobre 2010

Sélection de thèmes d'audits dans la liste du GLAM (un thème d'audit par GAPP volontaire)

Les thèmes seront retenus par chaque GAPP en raison de leur fréquence dans la pratique courante, ou en fonction du besoin ressenti.

2 : En parallèle

L'ensemble des GAPP de la région sont sollicités via Lorformep.

Il est réalisé un appel aux volontaires pour réaliser ces audits, dont ils auront choisi le thème, et qui leur seront ensuite attribués. (Des audits sont peut-être déjà en cours dans des GAPP et pourraient ainsi être mis à profit dans le cadre plus général de cette action.)

Critères de sélection des dossiers qui seront sujets aux audits : les cas cliniques permettant d'engager un débat (problème non résolu, solutions multiples...), les dossiers courants, représentatifs de la pratique quotidienne, les dossiers problématiques ou répondant à un besoin particulier.

3 : Novembre 2010

Sélection des GAPP volontaires inscrits et attribution à chacun d'eux de l'audit en rapport avec le thème qu'ils auront choisi. Le choix du dossier se fera en rapport avec ce thème d'audit.

4 : Décembre 2010

Lancement des premiers tours d'audit avec l'analyse pratique actuelle sur les dossiers en question.

Les grilles des audits sont remises aux participants par les responsables des GAPP, lors de la séance précédant la réunion thématisée.

Chaque médecin réalise ainsi sur ses dossiers l'audit choisi par son groupe, avec les recherches des référentiels nécessaires dans la littérature.

5 : Janvier à février-mars 2011

Soirée résultats du premier tour des audits dans chaque GAPP, avec rédaction d'un compte-rendu validé par un secrétaire.

Présélection des dossiers les plus représentatifs, qui seront présentés à la plénière de juin 2011(1 à 2 dossiers par groupe).

6 : Mai 2011

Choix définitif des experts, des GAPP (six groupes) et de leurs dossiers (six dossiers) ; envoi du référentiel et rapport préalable des experts.

Sélection définitive des dossiers un mois avant la réunion finale, étude au sein du comité d'organisation comprenant l'organisateur-directeur de thèse, les experts, un représentant du DMG et la thésarde).

Nomination d'un expert principal pour chaque dossier, qui aura la parole en priorité lors de sa présentation en plénière.

Envoi aux experts des comptes rendus des premiers tours d'audit et des références correspondantes.

7 : 15 juin 2011

Réunion plénière à la Faculté de médecine de Nancy : présence des GAPP dont les dossiers ont été sélectionnés et des experts.

Déroulement pratique : GAPP après GAPP : présentation des dossiers par le rapporteur, intervention des experts et débat experts - GAPP concernés.

Précision du niveau de preuve de leurs réponses par les experts.

8 : Juillet 2011

Référentiel et compte-rendu des experts aux GAPP

9 : Août 2011

Validation du référentiel par les GAPP

10 : Septembre 2011

Deuxième tour d'audit et remise par les responsables des GAPP des grilles pour le deuxième tour d'audit.

11 : Octobre 2011

Recueil par les responsables des GAPP des grilles des audits et transmission à la thésarde.

Mesure de la différence apportée par la réunion, évaluation de la satisfaction générale, des conditions de pérennisation.

Objectif à long terme du projet

Organisation d'une plénière annuelle au cours de la Semaine médicale de Lorraine, un samedi matin.

A noter : après un débat avec des responsables de FMC, notamment des Vosges, pour qui la distance constitue un obstacle majeur à la participation, on aura recours à la vidéo transmission de la réunion plénière du 15 juin comme pour les Journées d'Actualité Thérapeutique. Concernant ces GAPP éloignés, un représentant viendrait à Nancy, et le reste du groupe participerait également mais sur les lieux habituels des réunions. Dans cette optique, il conviendrait d'associer le Pr KOHLER au comité d'organisation.

ANNEXE 2 : Courrier de mobilisation des pharmaciens

Dr MARTY Jean-Michel
1, rue Maréchal Juin
57070 METZ
03 87 75 49 51

BONA Stéphanie
28, impasse de Morsbach
57600 FORBACH
06 77 34 22 87
stephaniebona@yahoo.fr
Interne en médecine

A mesdames et messieurs les pharmaciens,

Nous sollicitons votre participation pour une thèse de médecine générale sur la formation médicale continue.

L'étude concerne plus précisément les "groupes de pairs" ; ce sont des groupes de médecins généralistes qui visent à l'amélioration des pratiques en comparant des cas cliniques concrets aux référentiels.

Veuillez trouver ci-joint le synopsis.

Dans le cadre de cette thèse, le groupe de pairs du Dr XXX s'est porté volontaire pour réaliser un audit édité par le GLAM (groupe lorrain d'audit médical), et concernant la qualité rédactionnelle des ordonnances.

Il consiste à soumettre certaines ordonnances, à la demande du prescripteur, à une grille d'évaluation comportant trois grands thèmes : l'identification du patient, la prescription, l'informatisation ou la lisibilité.

C'est ainsi que le Dr XXX a indiqué votre pharmacie comme destinataire de ses ordonnances. Votre contribution consistera à photocopier 15 ordonnances successives du Dr XXX.

Ne seront à inclure dans ces photocopies que celles contenant au minimum trois lignes de prescriptions de médicaments (en excluant les vaccins)

L'identité des prescripteurs sera masquée ainsi que le nom du patient (pas son prénom) afin de préserver le secret médical.

Vous pourrez en outre nous faire part de vos commentaires.

Une fois récoltées, les photocopies sont à retourner dans l'enveloppe de retour jointe.

En vous remerciant vivement pour votre participation, veuillez agréer nos sentiments cordiaux

Dr MARTY Jean-Michel

Melle BONA Stéphanie

ANNEXE 3 : Courrier de mobilisation des GAPP

Dr MARTY Jean-Michel
1, rue du Maréchal Juin
57070 METZ
Tel : 03 87 75 49 51
jmhmart@wanadoo.fr

VOULEZ-VOUS JOUER AVEC NOUS ?

Destinataires : **Mmes et Mrs les responsables des GAPP de Lorraine**
Objet : **rencontre régionale des GAPP**

Chers amis,

[Lorformep](#), en partenariat avec la [Faculté de Médecine de Nancy](#), organise une action de [DPC](#) qui requiert votre partenariat.

Cette action s'intitulera **PAIRS ET EXPERTS**.

Le principe : lors d'une de vos réunions au cours de cette année, vous sélectionnerez un cas clinique, que vous jugerez caractéristique de la médecine générale, et qui pose de multiples questions.

Ce cas clinique sera présenté à un comité d'organisation qui sélectionnera six cas à soumettre à des experts lors d'une réunion plénière à Nancy le mercredi 15 juin 2011.

[Vous pourrez assister à cette réunion en direct ou en duplex](#) selon vos préférences (utilisation de vidéo-transmission).

Les experts répondront à vos interrogations en précisant le niveau de preuve de leurs réponses (de grade A à avis personnel).

Pour permettre une évaluation de ce projet, dans le cadre d'une thèse, chaque groupe choisira un thème pour lequel nous disposons d'une grille d'audit, et chaque GAPP fera cet audit dans le mois qui précède sa réunion "thématisée". L'impact de la réunion de juin sera évalué par un deuxième tour d'audit fait après les vacances d'été.

Nous vous adressons donc la liste des thèmes disponibles.

Merci de me faire part de votre participation.

En espérant que vous serez nombreux à vouloir participer à cette action pilote en Lorraine, je vous adresse mes amitiés,

Jean-Michel MARTY
Vice président de Lorformep

NB : Par la suite, vous pourrez également contacter Melle BONA Stéphanie (thésarde) :
28, impasse de MORSBACH, 57600 FORBACH, tel : 06 77 34 22 87, stephaniebona@yahoo.fr

ANNEXE 4 : Liste des responsables de GAPP fournie par Lorformep

Titre	Prénom	Nom	Adresse	CP	Ville
Docteur	Jean-Luc	ARDIZIO	233 avenue André Malraux	54600	VILLERS LES NANCY
Docteur	Marc	BERR	74 avenue de la Libération	54390	FROUARD
Docteur	Dominique	BLIN	38 rue de la 3ème DIA	88310	CORNIMONT
Docteur	Yves	BOITEL	3 allée de Bréda	54500	VANDOEUVRE LES NANCY
Docteur	Jean-Olivier	CHÂTEAU	7 rue de la Dermanville	88360	RUPT SUR MOSELLE
Docteur	Marie-Noëlle	COUVAL	39 rue Liétard	88370	PLOMBIERES LES BAINS
Docteur	Francis	DURUPT	108 faubourg d'Ambrail	88000	EPINAL
Docteur	Denis	EVRARD	15 rue Général Leclerc	54670	CUSTINES
Docteur	Patrick	FLORENTIN	8 quai Jules Ferry	88210	SENONES
Docteur	Virginie	GODFROY			
Docteur	Marc	HECKLER	48 avenue Maréchal Foch	54200	TOUL
Docteur	Eric	IMBAULT	4 rue Maurice Barrès	54220	MALZEVILLE
Docteur	René	KREIS	9 rue du Maroc	88000	EPINAL
Docteur	Sophie	LEFEVRE	90 D rue Jean Jaurès	54820	MARBACHE
Docteur	Jocelyne	LOUYOT	72 rue Poincaré	57500	SAINT-AVOLD
Docteur	Jean-Michel	MARTY	1 rue Maréchal Juin	57070	METZ
Docteur	Francis	MEYER	5 rue Principale	57200	WIESVILLER
Docteur	Christian	PERREIN	17 bis rue des Alliés	57680	NOVEANT SUR MOSELLE
Docteur	Michel	REBSTOCK	54 rue de Dudelange	57330	VOLMERANGE LES MINES
Docteur	Norbert	STEYER	3 rue Anatole France	57525	TALANGE
Docteur	Yvonnick	CLEMENCE	7 rue de la Mouline	88200	REMIREMONT

ANNEXE 5 : Liste finale des GAPP sollicités

Meurthe-et-Moselle

Dr ARDIZIO Jean-Luc
233 avenue André Malraux, 54600 VILLERS LES NANCY, 03 83 28 28 01

Dr BERR Marc
41 rue de Metz, 54390 FROUARD, 03 83 49 82 30

Dr BOITEL Yves
9 avenue des Jonquilles, 54500 VANDOEUVRE LES NANCY, 03 83 55 14 03

Dr EVRARD Denis
15, rue général Leclerc, 54670 CUSTINES 03 83 49 37 49

Dr HECKLER Marc
48, avenue Maréchal Foch, 54200 TOUL, 03 83 43 17 61

Dr IMBAULT Eric
4, rue Maurice Barrès 54220 MALZEVILLE

Dr LEFEVRE Sophie
90 D rue Jean Jaurès 54820 MARBACHE 03 83 24 09 19

Dr CHATEAU Jean-Olivier
250 rue Jeanne d'Arc 54000 NANCY 03 83 57 34 36

Dr GUEUSQUIN Alain
15, rue Maréchal Foch 54830 GERBEVILLER 03 83 42 70 09

Meuse

Dr FANJEUX
44 rue André Theuriet 55000 BAR LE DUC 03 29 79 16 04

Moselle

Dr LOUYOT Jocelyne
72 rue Poincaré (66 Bd de Lorraine) 57500 SAINT AVOLD 03 87 93 94 09

Dr MEYER Francis
5, rue Principale 57200 WIESVILLER 03 87 02 20 20

Dr PERREIN Christian
17 bis rue des Alliés 57680 NOVEANT SUR MOSELLE

Dr STEYER Norbert
3, rue Anatole France, 57525 TALANGE 03 87 72 26 73

Dr BACK Daniel
9, rue du Cimetière 57330 VOLMERANGE LES MINES 03 82 50 68 01

Dr MUSSEL Philippe
Centre hospitalier Lemire 57500 SAINT AVOLD

Vosges

Dr BLIN Dominique
38, rue de la 3ème DIA, 88310 CORNIMONT 03 29 24 47 65

Dr COUVAL Marie-Noëlle
39, rue Liétard 88370 PLOMBIERES LES BAINS

Dr DURUPT Francis
108 Fd d'Ambrail 88000 EPINAL 03 29 29 28 60

Dr FLORENTIN Patrick
8, quai Jules Ferry, 88210 SENONES 03 29 57 96 23

Dr KREIS René
9, rue du Maroc 88000 EPINAL 03 29 82 40 40

Dr CLEMENCE Yvonnick
7, rue de la Mouline 88200 REMIREMONT 03 29 22 29 30

Dr BERBE Cédric
7, rue Dermanville 88360 RUPT SUR MOSELLE 03 29 24 35 69

Dr LEMESLE Corine
32, rue du 3ème DIA 88310 CORNIMONT 03 29 24 11 03

Dr REMOND
7, rue Dermanville 88360 RUPT SUR MOSELLE 03 29 24 35 69

ANNEXE 6 : Liste des audits du GLAM proposés aux participants

Prescription des antiagrégants

Tabagisme chez les patients à haut risque

La substitution aux opiacés

Infections urinaires

Repérage et intervention brève en addictologie

Mélanome : prévention et diagnostic précoce

Diabète 2 : prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques

Insuffisance rénale : prise en charge

Insuffisance rénale : dépistage

Traitement par AVK : sécurité de la prescription

Vaccination des jeunes adultes

Diarrhée aiguë du nourrisson

Prescription de l'acide folique en péri conceptionnel

Gestion des oublis de contraception orale

Dépistage de l'hépatite C

Hypercholestérolémie : prise en charge diététique et résultats

Antibiothérapie dans les infections ORL et respiratoires

Insuffisance coronaire stable : prise en charge

Qualité rédactionnelle des ordonnances

Respect de l'objectif manométrique de l'HTA équilibrée

Dépistage de la carence martiale chez la femme réglée

Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac

Aérosol doseur

Dépistage de l'incontinence urinaire chez la femme de plus de 40 ans

Dépistage des cancers des voies aérodigestives supérieures chez les éthylo-tabagiques

Pesée : nos dossiers permettent-ils de retrouver une pesée annuelle ?

ANNEXE 7 : Relative à l'audit "Mélanome, prévention et diagnostic précoce"

ANNEXE 7.1 : Grille d'audit du GLAM

grille recueil melanome xp 4/12/08 17:44 Page 1



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL
1A place du marché 57220 BOULAY – 03 87 57 33 66
S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>
Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP,
organisme agréé par la HAS

EN PARTENARIAT AVEC ONCOLOR

DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PRÉVENTION DU MÉLANOME CHEZ LE SUJET À RISQUE
AUDIT DESTINÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

QUI INCLURE : les patients de plus de 20 ans, ayant consulté au moins 3 fois au cours des 2 dernières années, faisant partie des patients à risque (cf. tableau), un seul facteur de risque suffit à inclure le patient
COMMENT INCLURE : les 20 prochains patients vus en consultation et répondant aux critères d'inclusion

QUESTIONS : - Les patients à risque de mélanome sont-ils identifiés dans leur dossier médical ?
- Les patients à risque sont-ils informés et connaissent-ils les conseils adaptés ?
- Les patients à risque, nécessitant un avis spécialisé, ont-ils été adressés à un dermatologue ?

FACTEURS DE RISQUE DE MÉLANOME :

A l'interrogatoire :

1. exposition solaire importante : coups de soleil nombreux dans l'enfance et/ou exposition solaire importante du fait de la profession et/ou des loisirs
2. phototype I (n coups de soleil fréquents, absence de bronzage)
3. antécédent personnel ou familial de mélanome
4. antécédent personnel de cancer cutané autre qu'un mélanome
5. traitements immunosuppresseurs

A l'examen :

6. lésions mélanocytaires (naevus communs) > 40 (sur l'ensemble du revêtement cutané)
7. cheveux roux ou blonds, couleur de peau claire, taches de rousseur nombreuses
8. nombre de naevus atypiques* supérieur à 2
9. naevus congénital géant (diamètre supérieur à 20 cm)

* définition dans l'argumentaire et sur le chevet

Code :		Code :		Diagnostic précoce et prévention du mélanome chez le sujet à risque : 1er tour									
Partie à conserver		Partie à adresser à : GLAM, DOMUS MEDICA, 6 quai Paul WILTZER, 57000 METZ											
N°	Nom et Prénom	N°	Age	Le dossier médical fait-il mention du statut à risque du patient ? (si oui : inscrire le ou les chiffres du tableau correspondant aux facteurs de risque)	Le patient se sait-il à risque ?	La photoprotection : A. éviter soleil entre 12h et 16h B. rechercher le + possible l'ombre C. se couvrir D. crème solaire, indice > 30	Le patient connaît-il les conseils adaptés concernant : la vigilance quant à l'apparition ou la modification de lésion pigmentée ?	Le patient a-t-il un des facteurs de risque suivants : NN, AP, NA, LS, NCG*	Le patient a-t-il déjà été adressé à un dermatologue ?	Conclusion du dermatologue (en toutes lettres)	Commentaires		
Ex	VILAIN Paul	Ex	72	O	1 / 6 / 8	O	N	NN	O		pas de rdv pris par patient		
Ex	PETIT Pierre	Ex	53	N		N	A / B / D	NN	O	kératose actinique			
Ex	CANARD Jacques	Ex	67	O	3	O	D	NA	N	sans objet			
1			1										
2			2										
3			3										
4			4										
5			5										
6			6										
7			7										
8			8										
9			9										
10			10										
11			11										
12			12										
13			13										
14			14										
15			15										
16			16										
17			17										
18			18										
19			19										
20			20										

* NN=nombre de naevus > 40, AP=antécédent perso de mélanome, NA=naevus atypiques, LS=lésion suspecte, NCG=naevus congénital géant, si la réponse est NON, inscrire N
NE PAS TENIR COMPTE DES ACTES RÉALISÉS ET DES DÉCISIONS PRISES LE JOUR DE L'INCLUSION

ANNEXE 7.2 : Cas clinique

Madame C, 61 ans

Antécédents

Familiaux : asthme et eczéma, cancer colo rectal (mère), cardiopathie malformative (un frère), cancer du sein (grand-mère paternelle)

Personnels : mère d'une fille, hystérectomie et cure de cystocèle en 1992, asthme, colique néphrétique sur lithiase en 2010

Sur le plan dermatologique : exérèse d'un naevus de la jambe droite en 2005 (anatomopathologie : naevus bleu) et d'un naevus disgracieux du menton (anatomopathologie non connue)

Anamnèse

La patiente a vécu jusqu'à l'âge de 20 ans à Grasse, et s'est trouvée fréquemment exposée au soleil sans protection particulière. Elle rejoint ensuite le Nord-Est de la France pour des raisons familiales et professionnelles. Clerc de notaire.

Ses cheveux sont châtain et sa peau claire ; elle présente de multiples naevi sur le corps (plus d'une quarantaine)

Remarques

Le dossier médical ne mentionne pas le statut à risque par rapport au mélanome de cette patiente. Elle se sait à risque, et connaît les conseils de photo-protection. Elle surveille et fait surveiller ses naevi par un dermatologue.

ANNEXE 7.3 : Interrogations et réflexions du groupe

La réalisation du dépistage

D'abord, de nombreuses remarques concernaient la problématique de la réalisation du dépistage du mélanome. Le groupe est revenu sur sa faisabilité, dont les exigences se confrontent aux impératifs pratiques de la consultation et à l'acceptation des patients.

- Pour les praticiens

Le mélanome est un cancer dont le dépistage, chronophage, est particulièrement difficile à insérer dans une consultation de médecine générale, dans laquelle le temps est un facteur limitant.

En effet, une consultation type de médecine générale, présente en autres caractéristiques d'être chargée, avec une salle d'attente souvent remplie par un grand nombre de patients. Un dépistage correct concerne l'examen complet de toute la surface cutanée. Il est en général difficile de faire se déshabiller un patient qui n'a pas consulté dans ce but, d'où l'intérêt et la proposition de présenter des affichettes en salle d'attente afin de préparer les patients.

Le praticien a déjà de multiples informations à gérer pour bien orienter son diagnostic et prendre en charge le patient dans sa globalité. De plus, dans un délai relativement bref, il se voit souvent soumettre plusieurs motifs de consultation par un même patient.

Les praticiens ont bien conscience de l'importance du suivi et des conseils dermatologiques, seulement sur le terrain, pour résumer, « c'est plus facile à dire qu'à faire ».

Ainsi, pour réaliser ce dépistage dans des conditions satisfaisantes, ils proposent qu'il soit l'objet d'une consultation dédiée, permettant un bon repérage dans la population générale des patients à risque, prioritaires au dépistage, ainsi qu'une information des patients quant aux précautions à prendre.

Seulement une fois encore la pratique quotidienne semble être un obstacle à la faisabilité d'une telle consultation. Le dépistage tout azimuth du mélanome ne semble pas possible.

- Du côté des patients, se pose le problème de la motivation à se faire dépister et des conduites à risque. Les mesures adéquates de photo protection sont souvent connues mais non observées. De plus, ils présentent de faux prétextes pour éviter l'examen.

Un fait est que la sensibilisation du public au sujet du mélanome paraît correcte et on peut considérer la population comme avertie des précautions à prendre, et d'accord avec l'intérêt du dépistage.

Malgré cela, les conduites à risque persistent, comme les expositions prolongées ou la fréquentation des cabines à ultra-violet...On pose le constat d'une opposition entre un langage sécuritaire officiel et une population consommatrice.

Autres problématiques soumises par le groupe :

Quelle est la conduite à tenir devant la découverte fortuite d'un naevus suspect, de naevi multiples...

Quel est la rentabilité du dépistage ; est-il légitime de proposer ce dépistage à tous ? Une faible rentabilité pourrait expliquer la motivation relative des praticiens à se lancer systématiquement dans ce dépistage.

Quel serait l'intérêt pour un généraliste de disposer d'un dermatoscope pour éviter dans certains cas d'adresser le patient au dermatologue ?

Cas des patients sous immunosuppresseurs : ces traitements représentent-ils un facteur de risque indépendant qui impose un suivi dermatologique régulier ? Quelle doit-être l'attitude du prescripteur de l'immunosuppresseur à ce sujet ?

Quelle doit-être la conduite à tenir, la gestion d'un naevus suspect de découverte fortuite ?

ANNEXE 7.4 : Réponses de l'expert

Problématique de la mise en œuvre du dépistage

Le mélanome et son dépistage constituent toujours un problème d'actualité. Son incidence a doublé depuis dix ans malgré les différentes campagnes d'information.

Il s'agit en partie d'un problème comportemental : en effet, au fil des années, le modèle de beauté est passé d'une peau blanche à une peau bronzée, mate. Ceci induit des conduites à risque telles que la fréquentation des cabines UV ou des expositions abusives.

Selon France dermato, les cabines à ultra-violets sont maintenant officiellement considérées comme cancérogènes et dorénavant chacun s'exposant à ce risque le fait en connaissance de cause. (Suite à un rapport du Centre International de Lutte contre le Cancer de l'Organisation mondiale pour la santé)

Le dépistage du mélanome commence par l'identification dans la population générale des patients à risque : un cas familial de mélanome, le phototype du patient et sa capacité à bronzer, la fréquentation des cabines à ultra-violets.

Ensuite, l'examen d'un naevus suspect se fait selon les critères "ABCDE", qui constituent des arguments pour tout clinicien, une lésion étant considérée comme suspecte si deux de ces critères sont validés. (A : asymétrie, B : bords irréguliers, C : couleur hétérogène, D : diamètre supérieur à 6 mm, E : évolutivité)

La suspicion de mélanome par le spécialiste implique bien d'autres critères. Outre l'expérience, l'habitude d'en voir régulièrement, il dispose du matériel adéquat.

Le dermatoscope (figure 23), outil précieux au diagnostic, grossit de dix à vingt fois, et permet de distinguer les diagnostics différentiels : angiome thrombosé, kératose séborrhéique, il permet de faire la différence entre un naevus atypique et un réel mélanome débutant (réseau pigmentaire)...

Il est à noter que la séméiologie dermatoscopique fait l'objet d'un diplôme universitaire et d'une qualification spécifique.



Figure 23 : un dermatoscope

Un autre outil dont disposent les dermatologues pour le suivi des naevus atypiques ou nombreux est le Fotofinder ; c'est un "mapping", une cartographie du corps entier permettant une comparaison dans le temps.

D'après les références médicales opposables, il faut réaliser l'exérèse des naevus sujets à inquiétude uniquement.

En conclusion, le médecin généraliste est un acteur principal du dépistage du mélanome. Son rôle premier est d'identifier les personnes à risque dans la population générale. Ensuite la clinique, permet de poser déjà beaucoup de diagnostics. Enfin, il doit faire s'approprier ce problème aux patients.

Réponses de l'expert aux autres problématiques

Il n'y a pas d'intérêt initial à réaliser un PET-scanner suite au diagnostic de mélanome ; ce moyen d'imagerie rend en effet trop de faux positifs. La référence pour le bilan d'extension du mélanome reste le scanner.

Les patients sous immunosuppresseurs, comme les anti-TNF, nécessitent effectivement une surveillance accrue.

Références

Annales de dermatologies et vénéréologie 2005 ; 132, N°12 (de l'expert) ; HAS 2006 : stratégie de diagnostic précoce du mélanome guide pour le médecin généraliste ; HAS 2008 : mélanome cutané, guide ALD ; IARC ; Lancet Oncology.

ANNEXE 8 : Relative à l'audit « Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique »

ANNEXE 8.1 : Grille d'audit du GLAM



GRUPPE LOCAL D'INITIATIVE MEDICALE

1A Place du Marché - 47000 Bayle - 05 57 27 55 50
 Spécialité : Médecine Générale
 Site internet : www.glam.org

Audit du GLAM, proposé avec autorisation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine - 1995, agrément accordé par la DARS

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

audit destiné AUX médecins généralistes

Qui inclure ? Les patients vus en consultation, âgés de + de 16 ans, que vous suivez depuis au moins 2 ans (ou moins 3 consultations en 2 ans) et qui présentent une IRC modérée ou sévère (DFG entre 15 et 60 ml/min)

Comment inclure ? Les 20 premiers patients qui consultent et qui présentent une IRC modérée ou sévère

Questions : Mes patients présentant une IRC modérée ou sévère ont-ils eu un bilan biologique et des mesures de néphroprotection ?

Bilan biologique initial =

- Mesure de TA,
- Bilan morphologique (ex : échographie),
- Cytologie urinaire (ex : culot, ECBU)

Objectifs / Recommandations

- TA < 130/80,
 - protéinurie < 0,5g/24h ou rapport protéinurie/créatininurie < 0,5g/g
- Fréquences de la surveillance clinique et biologique = DFG < 60 ml/min**
 (ex : DFG = 40 ml/min = surveillance tous les 6 mois)

Où inclure :		Où suivre :										Audit : Prise en charge IRC					
Partie à conserver		Partie à adresser au GLAM (AMÉLIEU, 8 Quai Paul Villard 63000 BRET)															
N°	Nom et Prénom	N°	Age	DFG en ml/min	Bilan biologique initial effectué				2 dernières mesures de TA		si ce patient est traité pour une HTA : prend-il un IEC ou un ARAS ?			Déni déclaré depuis la dernière protéinurie	Protéinurie en g/24h ou sur 6 échantillon en g/g de créatininurie	Au cours de la dernière année, y a-t-il eu une prescription ou une prise de médicaments néphrotoxiques ? (AINS, Méthylxanthiniques...)	Commentaires
					Bilan enzymologique		Cytologie des urines										
					OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	PAT HTA						
Ex	DU PONT François	Ex	68	52		X	X		128/70	135/75	X	X		2 ans	0,3 g/24h	X (AINS)	Présence aux IEC et ARAS
Ex	DURAND Jean	Ex	75	25	X		X		130/80	135/88	X			6 mois	0,5 g/g		X
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

ANNEXE 8.2 : Cas clinique

Madame D, née en 1926, célibataire sans enfants

Antécédents

- HTA depuis 20 ans traitée par Isobar®
- Thromboses veineuses profondes (TVP) du membre inférieur en 1987 et 1991, la seconde compliquée d'une embolie pulmonaire ; pose d'une filtre cave et depuis traitement par Previscan®
- Ostéoporose (1998) avec fractures-tassements L1 et L2 : traitement par biphosphonates pendant 6 ans, interrompu suite à une oesophagite, et supplémentation vitaminocalcique pendant 10 ans.

Anamnèse

- Janvier 2008 : diagnostic d'une leucémie lymphoïde chronique avec de volumineuses adénopathies abdominales ; l'hématologue diffère la mise en route d'un traitement spécifique.
- 12 août 2008 : hémoglobine 13.4 g/dl, créatinine 13 mg/l, Cockcroft 37 ml/min (70 Kg), ionogramme sanguin normal et absence de protéinurie.
- Décembre 2008 : nouvelle TVP de la jambe droite : arrêt du Previscan® et relais Fraxodi® pendant 3 semaines par l'angiologue en raison de la persistance du thrombus (sans vérification de la fonction rénale ni de l'activité anti-Xa). Suite à l'apparition d'un érysipèle un traitement par spiramycine 3 g/j est instauré par le médecin de garde. En parallèle se développent des hématomes multiples de la paroi abdominale et des oedèmes des membres inférieurs. La patiente est hospitalisée et on porte le diagnostic d'insuffisance rénale aiguë
- 19 janvier 2009 : Créatinine 19 mg/l, Cockcroft 24 ml/min (67 Kg), Na 138 mEq/l, K 4.5 mEq/l. Arrêt de la Fraxodi®, de l'Isobar® et reprise du Previscan® . Prescription de Furosémide 20 mg/j et rilménidine 1/j. Une échographie des voies urinaires ne montre pas de dilatation des cavités excrétrices, les reins sont de taille normale aux contours légèrement bosselés, l'épaisseur parenchymateuse est diminuée.
- 9 février 2009 : Créatinine 16 mg/l, Cockcroft 29 ml/min (67 Kg), Na 140 mEq/l, K 4.3 mEq/l, diurèse 1950 ml/24h, débit urinaire 1.35 ml/min, albuminurie normale. Cliniquement, la patiente ne signale pas de doléances et demeure très active socialement. TA 140/80 mmHg, pas d'oedèmes et poids stable.

- 27 février 2009 : Créatinine 14 mg/l, Cockcroft 33 ml/min (67 Kg), Na 141 mEq/l, K 4 mEq/l, urée 0.64 g/l, acide urique 86 mg/l, bases 24, protéines 73 g/l, albumine 40.4 g/l, Ca 94 mg/l, phosphore 37 mg/l, protéinurie des 24h inférieure à 0.2 g/l, Na urinaire 36 mEq/l, K urinaire 17 mEq/l, leucocyturie 53000/ml sans germe ni hématurie. TA 160/100 mmHg : introduction d'Aprovel® 75 mg sur le conseil du néphrologue.

Au total traitement par Previscan®, Aprovel® 75 et Uvedose®. L'hyperuricémie n'est pas traitée, uniquement conseils hygiéno-diététiques : on préconise une réduction des apports sodés, des viandes rouges, ainsi qu'une augmentation des apports hydriques.

- 30 mars 2009 : Asthénie importante, dyspnée, nombreuses adénopathies palpables. Anémie 11.7 g/dl normochrome microcytaire, hyperlymphocytose à 83000, créatinine et Cockcroft stables mais hypokaliémie à 3.4 mEq/l. Oedèmes des chevilles prenant le godet, 63 Kg, TA 150/90 mmHg. Introduction de Chloraminophène 4 mg /j, et Cortancyl® 20 mg/j, Diffu-K® 1/j, Cacit D3® 1/j et toujours Previscan®, et Aprovel® 150.

Contrôles mensuels de l'hémogramme et de la fonction rénale.

- 10 mars 2010 : Créatinine 12 mg/l, Cockcroft 33 ml/min, MDRD 43 ml/min, ionogramme sanguin normal. TA 220/100 mmHg. Traitement en cours par furosémide 20 mg/j, chloraminophène 2 mg/j, Cortancyl® 10 mg/j, Diffu-K® 1/j, Cacit D3® 1/j, et toujours Previscan® et Aprovel® 150
- 25 juin 2010 : Créatinine 9 mg/l, Cockcroft 42 ml/min (56 Kg), Na 145 mEq/l, K 3.6 mEq/l, TA 14/9
- 14 octobre 2010 : Créatinine 10 mg/l, Na 148 mEq/l, K 3.6 mEq/l, bases 32, protéines 59 g/l, Ca 91 mg/l, acide urique 65 mg/l.

TA 18/11 : Aprovel® 150, reprise Furosémide 20 mg/j, diminution du chloraminophène 1 cp/j, et Cortancyl® 5 mg/j. Un syndrome douloureux articulaire inflammatoire est traité par l'application de froid et du paracétamol

- 30 mars 2011 : Créatinine 10.8 mg/l, MDRD 48 ml/min, Na 148, K 3.6, phosphore 30 mg/l, bases 32, protéines 59 g/l, Ca 91 mg/l, urée 0.52 g/l, protéinurie inférieure à 0. g/l, calciurie 41 mg/l soit 98 mg /24h, phosphore urinaire 47 mg/l soit 593 mg /24h
- 29 avril 2011 : Acide urique 95 mg/l. Une crise de goutte nécessite l'instauration d'un traitement par froid local, Colchimax® 2/j et Adénuric® 80 mg/j. Traitement : Previscan®, Diffu-K® 1/j, Aprovel® 150 mg/j, Lasilix® 20 mg/j, chloraminophène 2 mg/j, Cortancyl® 10 mg/j. La patiente est confiée au néphrologue pour la suite de la prise en charge.

ANNEXE 8.3 : Interrogations et réflexions du groupe

Concernant le cas clinique présenté

Au moment de la nouvelle thrombose veineuse profonde, aurait-on pu ou dû faire tout de suite le dosage de l'activité anti-Xa et donner une héparine standard plutôt qu'une héparine de bas poids moléculaire ?

Comment expliquer l'hypernatrémie et l'hypokaliémie : la prise de corticoïdes ? Sont-ils des signes de poussée d'insuffisance rénale ?

En cas d'IRC sévère, que faire du Prévican® ? En cas de crise de goutte, l'association avec l'Allopurinol® n'est pas conseillée ; existe-t-il une alternative ?

Autres questions du groupe

- Pharmacologie

La cortisone est-elle délétère pour le rein ? Et comparativement aux AINS ?

Tous les AINS ont-ils une toxicité rénale équivalente ? Que doit-on penser du Sindulac®, qui serait peu néphrotoxique ? Et de la colchicine ?

Que faire si le patient nécessite un AINS : l'attitude diffère-t-elle en fonction du degré de l'IRC ? Faut-il arrêter l'IEC ?

Les antalgiques : quels sont les effets du tramadol, de la codéine et de la morphine ? Que vaut-il mieux donner ?

Vaut-il mieux utiliser l'Allopurinol en adaptant la dose en fonction de la clairance ou l'Adénuric® ? L'hyperuricémie étant souvent élevée dans l'IRC, devient-elle un facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire ?

Traitement de la crise de goutte ?

Comment choisir un traitement antihypertenseur sachant que les diurétiques de l'anse favorisent l'hyperuricémie ?

Les clairances calculées selon Cockcroft et MDRD paraissent souvent significativement différentes, et selon la valeur retenue, le patient change de niveau d'insuffisance rénale, ce qui peut influencer les prescriptions. Que faire ?

Les IEC, ARA2 et inhibiteurs de la rénine ont-ils le même impact rénal ? Si l'un de ces médicaments est mal toléré sur le plan rénal, peut-on le remplacer par une autre classe ?

En cas d'IRC, les antihypertenseurs de choix étant les IEC ou les ARA2, quelle molécule associer en cas d'objectifs non atteints ? Diurétiques autres qu'épargneurs potassiques, bêtabloquants, centraux, calciques ?

Les thiazidiques ont-ils un effet délétère sur la fonction rénale ? Quel diurétique utiliser ? Le furosémide prescrit jusqu'à des dosages importants pour stimuler la diurèse n'épuise-t-il pas le néphron à terme ?

L'alcanisation des urines a-t-elle un intérêt pour freiner la progression de l'insuffisance rénale ?

- Bilan et suivi des patients insuffisants rénaux

Dans le bilan d'insuffisance rénale, si l'ECBU et l'échographie sont normaux, faut-il poursuivre le bilan étiologique ? Si oui, comment et dans quel but ? Avec quelles conséquences pratiques ? (étant entendu qu'on mettra de toute manière en place les mesures de protection rénale) ; mêmes questions si anomalie à ce bilan.

Faut-il surveiller les kystes rénaux ? A partir de quand ? (taille, nombre ?) Conséquences pratiques en l'absence d'insuffisance rénale ? (par exemple sur le chiffre tensionnel cible ?)

Causes héréditaires principales d'insuffisance rénale utiles à connaître (en dehors des facteurs de risque vasculaire) ?

- Pratique quotidienne

Une protéinurie importante sans insuffisance rénale contre indique-t-elle l'injection de produit de contraste iodé, ou des traitements par AINS ?

Apports sodés : 6 g de sel correspondent-ils à 6 g de sel de cuisine ?

La mesure du Na urinaire ne concerne que le Na et non le NaCl : dans quelle mesure le Na urinaire correspond-il à la quantité absorbée ? Et sous diurétiques, cette correspondance existe-t-elle encore ? Est-il pertinent de doser la natriurèse d'un patient sous diurétiques pour le sensibiliser à sa consommation sodée ?

Faut-il doser la parathormone dès le diagnostic d'insuffisance rénale ou la calcémie et la phosphorémie suffisent-elles ?

En cas d'anémie secondaire : à partir de quel taux d'hémoglobine intervenir ? En cas d'antécédent thromboembolique, l'érythropoïétine est-elle tout de même prescrite ?

Pour un patient âgé insuffisant rénal sévère, devant passer une coloscopie : la préparation va engendrer une diarrhée et donc une hypovolémie, quelles précautions prendre ?

La N-Acétylcysteine et la perfusion d'un soluté sont-elles toujours d'actualité ?

- Physiopathologie

Physiopathologie de l'IRC sur le métabolisme phosphocalcique ? Quelle forme de vitamine D donner ?

ANNEXE 8.4 : Réponses de l'expert

Que recherche-t-on sur une échographie dans un bilan d'insuffisance rénale ?

Le bilan de première intention d'une insuffisance rénale comporte une bandelette urinaire, une biologie sanguine et urinaire, et un examen d'imagerie : l'échographie.

L'échographie est indispensable avant toute consultation de néphrologie, car elle apporte déjà de nombreuses réponses :

- La taille des reins : 11 à 12 cm constituent les normes, à 10 cm, on parle de taille limitée

A ce propos, il ne faut jamais accepter sur un compte rendu "rein de taille normale", il faut les mesures exactes

- La morphologie : symétrique, épaisseur du cortex, différenciation cortico-médullaire
- Des anomalies éventuelles : dilatation pyélocalicielle, kystes, tumeurs, obstacles des voies urinaires...

Que faire en cas de bilan de première intention négatif ? Dans un premier temps, il convient de refaire un contrôle à distance.

Que faire des anomalies décrites à l'échographie ? Il faut se poser la question d'une étiologie curable pouvant les expliquer. Si ce bilan est négatif, il s'agit en général d'une néphropathie vasculaire, ou diabétique.

Concernant le cas clinique et l'instauration de Fraxodi® suite à une nouvelle thrombose veineuse.

Dans le cas présenté, il était dangereux d'instaurer ainsi sans précautions de la Fraxodi®, en curatif chez un sujet âgé à la fonction rénale altérée.

Chez cette patiente, on se pose par ailleurs l'intérêt d'une mise sous AVK alors qu'elle est porteuse d'un filtre cave. Pourquoi en effet arrêter des AVK pris depuis des années, à l'occasion de cette thrombose, pour un relais avec de l'héparine ? Une bithérapie AVK-héparine aurait éventuellement pu se justifier pendant deux à trois jours mais guère plus. En cas de filtre cave, l'objectif de l'INR est supérieur en raison d'un état d'hypercoagulabilité lié à la stase.

Les marqueurs de gravités et de suivi de l'insuffisance rénale

La créatinine et l'urée sont utiles en cas d'insuffisance rénale aiguë. L'urée est également utile au cours de l'insuffisance rénale chronique sévère avec une clairance inférieure à 15 ml/min : son taux renseigne alors sur le niveau d'intoxication urémique, aux alentours de 1,5g/l.

Le débit de filtration glomérulaire est un marqueur en situation stable de l'insuffisance rénale chronique. Son estimation par les formules de Cockcroft et MDRD est sous-évaluée. De plus, en raison des erreurs apportées par l'intégration de l'âge et du poids dans la formule de Cockcroft, il faut privilégier le MDRD pour les patients âgés et en surcharge pondérale.

L'hyperuricémie est quasiment constante dans l'insuffisance rénale ; on la prend en compte uniquement lorsqu'elle devient symptomatique.

Le suivi biologique d'une insuffisance rénale chronique, impose de doser systématiquement la parathormone, qui sera élevée (clairance 30-40 ml/min), et de rechercher une acidose métabolique.

Pharmacologie

Devant toute insuffisance rénale aiguë, le réflexe est d'arrêter tout traitement non indispensable, potentiellement néphrotoxique.

Il faut penser à supplémenter un insuffisant rénal chronique en vitamine D, sauf en cas de lithiase calcique.

Pour les patients hypertendus, les diurétiques thiazidiques sont à éviter en cas de majoration d'insuffisance rénale. Par ailleurs, la rilménidine n'est pas très efficace sur le plan anti hypertenseur, mais appréciée pour son peu d'effets secondaires, et sa prescription est autorisée même en cas de

clairance effondrée. Seulement, elle se situe en troisième voire quatrième intention dans la liste des antihypertenseurs. Enfin, une autre possibilité chez ces patients est d'instaurer un anticalcique.

Concernant l'arthropathie goutteuse, on ne donne pas de dose de charge de Colchicine dans une insuffisance rénale chronique, mais un comprimé par jour ou tous les deux jours ; la consistance des selles témoigne de l'imprégnation en Colchicine.

L'utilisation de l'Adénuric® est déconseillée en cas d'insuffisance rénale, et contre indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère.

D'une manière générale, il faut se méfier des nouveaux médicaments et de l'absence de recul pour juger des effets secondaires et de la tolérance.

Dans le cas présenté, il n'y a pas de risque majeur avec les petites doses d'allopurinol employées, mais sous réserve d'une surveillance de l'INR.

Le Bénévide® (probenécide) représente une alternative, notamment en cas de greffe.

Au sujet des AINS, leur prescription est bien sûr exclue. Si l'on souhaite un effet anti inflammatoire, on peut éventuellement utiliser les corticoïdes. En fait, les AINS ne sont pas directement néphrotoxiques, mais posent le problème de la majoration de leurs effets secondaires.

Si le DFG est supérieur à 40 ml/min, le traitement par AINS ne doit pas dépasser quatre jours, mais on constate une utilisation souvent plus longue, et associée à d'autres traitements.

Une protéinurie importante sans insuffisance rénale ni obésité contre-indique-t-elle l'injection de produits de contraste ? Dans ce cas, on est dans le flou diagnostique, et il convient avant tout de faire une ponction biopsie rénale dans le cadre du bilan étiologique.

En cas de coloscopie, les solutions au phosphate sont contre indiquées et il convient de prescrire du PEG

ANNEXE 9 : Relative à l'audit « Qualité rédactionnelle des ordonnances »

ANNEXE 9.1 : Grille d'audit du GLAM

PUBLICATION : Perdreau St., Bonneaux Fr., Birgé J., Labrude P.
Qualité rédactionnelle des Ordonnances. Résultat d'une enquête menée auprès de médecins
généralistes lorrains.
Ann Pharm 2005 ; 63 : 228-232

ANNEXE 9.2 : le dialogue pharmaciens-expert lors de la réunion plénière

Durée des prescriptions

Il est préférable de faire figurer sur les ordonnances la durée en jours plutôt que le nombre de boîtes.

Ceci concerne surtout les ordonnances pour renouvellement de traitements chroniques (diabète, HTA...) : il est en général évident pour le patient comme pour le pharmacien qu'il s'agit d'un renouvellement, et que les boîtes doivent être terminées. Cependant, la durée doit normalement toujours figurer sur les prescriptions.

Il faut pouvoir justifier chaque prescription et chaque adaptation de dose.

L'informatisation

L'informatisation des cabinets médicaux, et plus précisément les logiciels de prescriptions ont certes apporté un réel progrès. Mais l'inconvénient des ordonnances informatisées est qu'elles sont devenues plus anonymes, avec un risque de falsification plus important (copies sur ordinateur).

D'où l'intérêt d'avoir une signature difficilement imitable, avec une encre de couleur.

Parfois, le prescripteur est difficilement identifiable à la lecture de l'ordonnance, mais le pharmacien sait en général associer un patient à son praticien référent. Par contre, il y a le problème des patients de passage, des clients occasionnels à qui il faut parfois bien faire confiance lors de la délivrance des traitements.

Les médicaments génériques

Le problème des médicaments génériques se pose avec plus d'acuité pour les personnes âgées ; ils posent en effet le problème d'une présentation sous différentes galéniques, dans des blisters difficiles à ouvrir, ils portent des noms en DCI souvent complexes... Il y a donc un risque de mauvaise observance, voire de confusion.

Le groupe s'est posé la question quant à la possibilité d'imposer un laboratoire pharmaceutique particulier sur la prescription afin que le patient garde ses repères. Selon l'expert, cela est difficile.

Chaque traitement générique est imposé aux pharmaciens comme aux médecins, et les pharmaciens ne peuvent disposer dans leur officine de tous les laboratoires pour chaque molécule. Par exemple, même lorsque le médecin précise « biogaran non substituable », le pharmacien peut dispenser la molécule d'un laboratoire différent.

Les offres proposées par les différents laboratoires sont équivalentes. Après une progression rapide du marché des génériques, l'offre s'est stabilisée, et de petits génériqueurs ont depuis disparu du marché.

Le groupe s'est également interrogé sur la responsabilité des génériqueurs qui proposent des conditionnements identiques pour des thérapeutiques complètement différentes.

L'expert a répondu que dans ces situations, il ne faut pas hésiter à réaliser un signalement à l'AFSSAPS et ou à la pharmacovigilance, de même qu'en cas d'effets secondaires constatés avec des génériques.

Enfin, il est convenu de souligner l'importance du dialogue médecin-pharmacien.

**ANNEXE 10 : Relative à l'audit « Diabète 2 : prise en charge des facteurs de risque vasculaire
et objectifs thérapeutiques »**

ANNEXE 10.1 : Grille d'audit du GLAM



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL
1A Place du Marché - 57220 Boulay - 03 87 57 33 66
S'évaluer pour évoluer
<http://www.glam-sante.org>
Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEC - EPP, organisme agréé par la HAS

Définition du patient diabétique à haut risque vasculaire

1/Prévention secondaire (angor, revascularisation, IDM, accident vasculaire ischémique, artériopathie périphérique stade 1 ou supérieur) ou

2/ Atteinte rénale : protéinurie > 300 mg/24 h et/ou créatinine de la créatinine < 60 ml/min ou

3/ Diabète évoluant depuis plus de 10 ans et au moins deux des facteurs suivants :

- Age : homme de 50 ans ou + , femme de 60 ans ou +
- ATCD familiaux d'IDM ou de mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1er degré de sexe masculin et 65 ans chez la mère ou une sœur patiente du 1er degré de sexe féminin,
- ATCD familiaux d'AVC constatés avant 45 ans
- Tabagisme actuel ou récent depuis moins de trois ans
- HTA permanente traitée ou non
- HDL cholestérol < 0,4g/l (localiser un facteur de risque si HDL > 0,5)
- LDL cholestérol > 1,9g/l
- Microalbuminurie > 30 mg/24 h

Diabète de type II : Prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques

Médecins concernés : généralistes et diabétologues

Qui inclure ?

- ☐ Les patients diabétiques de type 2 suivis par vous-même
- ☐ Les patients vus au minimum trois fois en consultation au cours des 12 derniers mois
- ☐ Les patients dont le T1 antidiabétique et antihypertenseur est stable depuis au moins 6 mois
- ☐ Sont exclus les patients sous insulinothérapie

Comment inclure ?

- ☐ Inclure les vingt prochains patients qui consultent, répondant aux critères d'inclusion

Code médecin :		Code médecin :		Date de début de recueil :		Audit Diabète											
Partie à conserver				Partie à adresser à : GLAM - 6 quai Paul Wiltzer - 57000 Metz													
N°	Nom et Prénom	N°	Age	Le patient est à haut risque vasculaire (cf. encadré)		Nature du traitement anti diabétique suivi			Suivi				Aspirine			Commentaires	
									TA		HbA1C						LDL - chol
				OUI	NON	Mono thérapie	Bithérapie	Trithérapie	Moyenne des 2 dernières valeurs	Dernière valeur	Début depuis le dernier dosage (mois)	Dernière valeur (g/l)	Début depuis le dernier dosage (mois)	OUI	NON		Non prise
Ex	OU PONT François	Ex	65	x				x	138/83	7,8	3	1,32	5		x	AVK	ACFA
Ex	OU POND Françoise	Ex	48	x				x	142/85	6,6	2	1,65	10		x	Plavix	intolérance aspirine
Ex	DURAND Michel	Ex	54	x				x	150/80	6,3	2	1,4	6	x			trithérapie antiHTA
1		1															
2		2															
3		3															
4		4															
5		5															
6		6															
7		7															
8		8															
9		9															
10		10															
11		11															
12		12															
13		13															
14		14															
15		15															
16		16															
17		17															
18		18															
19		19															
20		20															

ANNEXE 10.2 : Cas clinique

Patiente de 62 ans vue une fois en 1987, deux fois en 1989, puis régulièrement depuis 1998

Antécédents

- *Familiaux : néoplasie colique avec métastases osseuses en 1998 (père), HTA (les deux parents), diabète (tante côté maternel)*
- *Personnels*
 - *Médicaux : HTA, diabète de type 2, psoriasis important, coliques néphrétiques droites avec dilatation d'amont*
 - *Chirurgicaux : amygdalectomie*

Anamnèse :

Glycémie limite à 1.10 g/l sans dyslipidémie mise en évidence à l'occasion d'un bilan d'HTA sévère (190/100mmHg) dans un contexte de surcharge pondérale (117 Kg) en 1998.

Installation du diabète en 1999 avec des glycémies à jeun à 1.5 g/l : instauration d'un régime bien observé, hypocalorique, pauvre en sucres.

Arrêt de tout régime et traitement à compter de mai 2001 jusque janvier 2003, où s'installent un syndrome polyuropolydypsique avec une perte de poids importante ; la glycémie est dosée à 4.04 g/l et HbA1C à 13.1 %, présence d'acétonurie. TA 170/110 mmHg.

Consultations spécialisées : instauration de Metformine® 3g/j, Aprovel® 300 mg/j, Physiotens® 0.4/j, reprise du régime. (Elle avait eu Fludex® puis Cotareg® pour son HTA.)

Régression de l'HbA1C sous traitement de 13.1 à 9 %, de janvier à mars 2003. Pas de rétinopathie.

Amélioration continue : novembre 2003 (HbA1C à 6.6), avril 2004 (HbA1C à 6.5), août 2004 (HbA1C à 6.6). Stabilité de 2005 à 2006 : HbA1C 7.1 %.

Consultation de cardiologie en septembre 2006 : instauration de Kardégic® 75 mg, bilan lipidique normal et test d'effort négatif.

Aggravation lente de mai 2006 à juin 2007 : HbA1C 7.4 puis 8%.

- *Instauration d'Avandamet® 2/j en l'absence de contre-indication cardiovasculaire aux glitazones.*

Amélioration lente : HbA1C 7.3, 7.1 %, puis ré-ascension en avril 2009 HbA1C 7.7 %.

- *Metformine® 3/j et Gliclazide® LM 30 1/j.*
- *Plaques d'athérome MI et CID à 30%.*

Aggravation en octobre 2009 : HbA1C 8.8 %.

- *gliclazide /j, LDL et HDL toujours dans les normes, hypertriglycémie 2.57 g/l.*

Stabilisation jusqu'en novembre 2010, puis nouvelle dégradation.

- *Metformine® 2/j, gliclazide LM 60 1/j, Victoza® et Kardégic® 75, Aprovel® 300 mg/j, Physiotens® 0.4/j, allopurinol 200 mg/j.*

ANNEXE 10.3 : Interrogations et réflexions du groupe

Rappel des questions et de la discussion du groupe

Y a-t-il une indication à prescrire une statine chez cette patiente compte tenu des facteurs de risque (HTA, diabète non insulino-dépendant, âge supérieur à 60 ans, artériopathie modérée) ? A noter que son diabète n'est pas compliqué, à savoir il n'y a pas de rétinopathie ni de neuropathie ni coronaropathie identifiées. Le GAPP retient l'indication d'une statine

Soit une patiente hypertendue (hors cas présenté), traitée successivement par Tareg® puis Cotareg®, puis Aprovel® et Fludex®, puis Aprovel® et Physiotens® sur les conseils du diabétologue. Quel anti-hypertenseur choisir en priorité ? Et quelle est la place des diurétiques ?

Soit une patiente hypertendue, diabétique avec une artériopathie (sténose à 50 % à gauche de la jonction artère fémorale superficielle et poplitée, sténose modérée de la carotide interne à 30 %). Y a-t-il indication à prescrire un antiagrégant plaquettaire ? Le GAPP répond oui.

Analyse de la littérature et recommandations par le GAPP

La prescription d'un antiagrégant et d'une statine est réservée aux patients avec une maladie coronaire ou vasculaire avérée, ou aux patients sans antécédents cardio-vasculaires mais avec une protéinurie supérieure à 300mg/24h, ou un diabète évoluant depuis plus de 10 ans, ou ayant au moins deux facteurs de risque.

Les facteurs de risques retenus sont :

- Un âge supérieur à 50 ans pour l'homme, 60 ans pour la femme
- Des antécédents d'infarctus du myocarde ou de mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou 65 ans chez la mère
- Des antécédents familiaux d'accident vasculaire cérébral avant l'âge de 45 ans
- Un tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
- Une HTA permanente, traitée ou non
- Un taux de HDL-cholestérol inférieur à 0.40g/l, ou de LDL-cholestérol supérieur à 1.60g/l
- Une microalbuminurie supérieure à 20 mg/l ou supérieure à 30mg/24h

En cas d'HTA associée au diabète, il y a une indication aux bêtabloquants cardio sélectifs, aux inhibiteurs du système rénine angiotensine, aux diurétiques thiazidiques, à un antiagrégant et une statine.

Les bêtabloquants ont une place privilégiée, et les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, notamment en cas de protéinurie ou d'altération de la fraction d'éjection ventriculaire.

Questions laissées en suspens par le groupe

Quel est le rôle de l'hyperglycémie post prandiale dans les complications cardio-vasculaires, notamment macro vasculaires ?

ANNEXE 10.4 : Réponses de l'expert

Prise en charge diététique des patients diabétiques

Il n'y a pas d'indication à un régime pauvre en sucres lents chez les diabétiques, il faut plutôt déconseiller les sucres rapides.

Les objectifs sont une réduction pondérale si l'IMC (Indice de masse corporel) est supérieur à 25, et comporte l'amélioration des paramètres lipidiques, la réduction de l'hyperglycémie, et la prévention des hypoglycémies iatrogènes.

Ces objectifs doivent demeurer réalistes et durables et tenir compte de la participation, de la motivation du patient. De plus, une perte de 3% à 5% du poids corporel améliore déjà les paramètres métaboliques.

Afin de les atteindre, on peut proposer aux patients un régime hypocalorique modéré en cas de nécessité de perte de poids ; ce régime se compose de 50% de glucides, 35% de lipides, en privilégiant les acides gras mono insaturés, et de 30% de protides.

Il n'y a pas d'interdiction des aliments sucrés, jusqu'à 10% des apports totaux, ils sont à privilégier en fin de repas. Il convient d'éviter les sodas sucrés et les prises extra-prandiales, de faire attention aux lipides. Il est important de proposer aux patients une éducation thérapeutique, et de l'aider à corriger les erreurs diététiques évidentes.

Enfin, une activité physique modérée et régulière est bien sûr requise.

En cas de décompensation aiguë

Le syndrome polyuro-polydypsique est un signe de décompensation aiguë.

En premier lieu, le praticien doit rechercher un facteur déclenchant ; l'acétonurie et la perte de poids en sont des facteurs de gravité, et témoignent d'une insulinopénie au moins relative et de la nécessité d'une prise en charge urgente.

Une glycémie à 4g/l chez un diabétique de type 2, qui ne décompense pas souvent en acétonurie, s'interprète d'une autre manière.

Dans ce cas clinique présenté, la baisse de 13 % à 6,6 % de l'HbA1C est surprenante.

Concernant l'indication d'une statine

Dans le cas d'un diabète d'évolution supérieure à 10 ans, d'une HTA, d'un âge supérieur à 60 ans, d'athérome, il y a une indication théorique à la prescription d'une statine si le LDL-cholestérol est supérieur à 1 g/l, mais pas systématiquement.

Selon les recommandations de la HAS de 2006 sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2, il faut cibler un LDL-cholestérol inférieur à 1g/l.

(Il est à noter que les recommandations de 2006 de la HAS ont été suspendues ; elles sont en cours de réécriture, et doivent être publiées fin 2012.)

Or, selon des essais d'intervention par hypolipémiant consacrés spécifiquement aux diabétiques, (les études HPS et CARDS) et la compilation des essais comportant des sous-groupes de diabétiques, l'introduction d'une statine est recommandée quel que soit le niveau du LDL-cholestérol. On choisira alors une statine ayant démontré une efficacité sur la réduction du risque de complication ischémique : atorvastatine ou simvastatine.

Donc, concernant la patiente du cas présenté : l'âge supérieur à 60 ans avec un diabète connu depuis plus de 10 ans, HTA, athérome, l'indication d'une statine est retenue quel que soit le taux de LDL-cholestérol du fait des plaques athéromateuses.

Par ailleurs, en cas de haut risque cardiovasculaire sans athérome et d'un taux de LDL-cholestérol inférieur à 1g/l spontanément, situation rare et moins consensuelle, il convient de ne pas introduire de statine systématiquement.

Traitement antihypertenseur

Les recommandations de la HAS de 2006 sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2 :

Les IEC, ARA II, diurétiques thiazidiques, bêtabloquants cardio sélectifs ou inhibiteurs calciques peuvent être utilisés en première intention en monothérapie.

En cas de micro albuminurie il faut privilégier un IEC ou un ARA II. Il n'existe pas d'étude comparant les deux chez un diabétique. Les IEC posent le problème des effets secondaires (toux), et les ARA II celui de leur coût plus élevé.

Il est à noter que le Triatec® (ramipril) dispose de l'AMM dans la néphropathie diabétique même en l'absence d'HTA ; le choix de l'IEC ne se porte cependant pas uniquement sur le ramipril.

Si une bi thérapie est nécessaire, il faut privilégier l'association à un diurétique thiazidique, en l'absence de contre-indication notamment d'insuffisance rénale sévère.

Pour le traitement de l'HTA chez le diabétique sans insuffisance rénale, il n'y a pas de recommandation pour le choix d'une molécule en première intention. En deuxième intention, on peut associer un anticalcique ou un diurétique thiazidique, qui sont synergiques.

Le furosémide n'a pas sa place dans le cas présenté, et on se pose la question du Physiotens® en association avec un ARA II.

Les associations médicamenteuses présentent un intérêt pour l'observance du patient.

Traitement antiagrégant plaquettaire

Recommandations de la HAS 2006 sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2
« L'administration de faibles doses d'aspirine (75 mg à 300 mg) est recommandée chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire »

Mais, cette attitude est actuellement controversée, en raison d'un rapport bénéfice-risque non évident.

Il n'y a pas d'AMM des antiagrégants plaquettaires en prévention primaire en cas de haut risque cardiovasculaire.

Etat de la question et consensus d'experts : Pignone et al. "Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes. Journal of the American College of Cardiology. 2010 ;25 : 2878-86"

Chez cette patiente, l'indication est retenue, renforcée par la présence de plaques athéromateuses avec sténose à 50%. Kardegic® 75mg.

Le Plavix® a un effet supérieur à l'aspirine sur le territoire des coronaires et des artères des membres inférieurs.

Hyperglycémie post prandiale

A l'échelon fondamental, l'hyperglycémie post prandiale augmente le stress oxydatif et elle crée un état d'hypercoagulabilité responsable de lésion endothéliale.

L'hyperglycémie post prandiale peut donc être considérée comme un marqueur de risque de complications cardio-vasculaires.

Revue d'études épidémiologiques :

Chez des patients présentant une intolérance au glucose, il existe une corrélation entre la glycémie post prandiale et la survenue d'événements cardiovasculaires ; on peut à ce titre la considérer comme un marqueur de risque cardio vasculaire. (DECODE Study Group, European Diabetes Epidemiology Group. Is the current definition for diabetes relevant to mortality risk from all causes and cardiovascular and non cardiovascular diseases ? Diabetes Care 2003;26:688-96)

Chez les patients diabétiques de type 2, il y a peu d'études, qui sont discutables. Le risque d'événements cardio-vasculaires est corrélé indépendamment à la glycémie après le petit déjeuner (Cavalot et al. Postprandial blood glucose is a stronger predictor of cardiovascular events than fasting blood glucose in type 2 diabetes mellitus, particularly in women : lessons from the San Luigi Gonzaga Diabetes Study. JJ Clin Endocrinol Metab. 2006 ; 91 : 813-9)

Revue d'études d'intervention

Une étude d'intervention a été réalisée sur le Glucor® ; il permet de diminuer la survenue d'événements cardio-vasculaires. (Etude faite chez des personnes intolérantes au glucose, et non diabétiques.)

L'ascarbose est une cible spécifique pour la glycémie post prandiale. Dans une population de patients intolérants au glucose, le risque d'infarctus du myocarde est significativement réduit dans le groupe ascarbose mais il y a peu d'événements et pas de critère principal (Chiasson et al. Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patient with impaired glucose tolerance : the STOP-NIDDM trial. JAMA 2003 ; 290 : 486-94)

Au total on dispose d'arguments permettant de suspecter un rôle propre de l'hyperglycémie post prandiale dans la survenue des complications cardiovasculaires mais cela nécessiterait une grande étude de morbi-mortalité. Le débat reste ouvert.

Dossier thématique Glycémie postprandiale. Médecines des Maladies métaboliques.2007 ;
1 :22-50

Il n'y a pas de bénéfice à prescrire plus de 2 g/jour de Metformine®.

Objectif d'HbA1c

Il doit être individualisé ; en début de maladie chez un sujet jeune, il faut viser une HbA1c inférieure à 6,5%, et adapter en fonction du terrain, des complications, des comorbidités, du risque potentiel lié aux hypoglycémies.

L'objectif de l'HbA1C dépend du patient : au début de la maladie, il faut viser le plus fort et le plus bas possible. Mais dans un cas de diabète chronique, il faut savoir être tolérant et adapter ses objectifs aux possibilités d'observance du patient.

Concernant les patients ayant une artérite des membres inférieurs : à partir de quel pourcentage de sténose peut-on poser ce diagnostic chez un diabétique : le critère est un indice IPS (index de pression systolique) inférieur à 0.9.

La leucoaraïose est considérée comme une lésion vasculaire et un cofacteur de démence. Elle entraîne des lésions indirectes avec artérite.

ANNEXE 11 : Relative à l'audit « Les indications des antiagrégants sont-elles respectées ? »

Annexe 11.1 : Grille d'audit du GLAM



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL
 1A place du Marché 57220 BOULAY - 03 87 57 33 46
 S'évaluer pour évoluer
<http://www.glam-sante.org>
 Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMER, organisme agréé par la HAS
 Médecins concernés : Généralistes

Insuffisance coronaire (IC)
 Accident vasculaire cérébral ischémique (AVC)
 Fibrillation auriculaire : âge < 75 ans et sans facteurs de risque (FA)
 Prothèse valvulaire (PV)
 Diabète à haut risque vasculaire (D)
 Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
 Sténose carotidienne après chirurgie ou angioplastie carotidienne (SC)
 Syndrome myélodysplasique (SM)
 Pathologie vasculaire placentaire (PVP)
 Syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL)
 Autres situations (AS)

Les indications des Traitements par Antiagrégants Plaquettaire sont-elles respectées ?

Qui inclure ? Tout patient vu en consultation sous traitement antiagrégant plaquettaire depuis au moins un mois et chez lequel vous avez réalisé au moins une fois la prescription.

Comment inclure ? Complétez la grille avec les 20 prochains patients vus en consultation et répondant aux critères d'inclusion

3<

PARTIE A CONSERVER			PARTIE A ADRESSER AU GLAM, 6 quai Paul Weber 57000 METZ				
Code			Code médecin :		AAP - 1 ^{er} tour		
N°	Nom Prénom	N°	Age	Quel est le ou les codes correspondant à l'indication du traitement ? (*)	autres situations	Depuis combien de temps le patient est-il sous AAP ?	Quelles est la ou les molécules utilisées et à quelle posologie?
ex	Dupont Marcel	ex	55	I C		5 ans	Aspirine 75mg
ex	Dumont Gérard	ex	50	A S	sténose carotidienne sans indication chirurgicale	1 an	Clopidogrel 75 mg
ex	Marchal Hervé	ex	60	I C		9 mois	Aspirine 75mg + clopidogrel 75mg
ex	François Henri	ex	80	A S	fibrillation auriculaire > 75 ans	4 mois	Aspirine 75mg
1		1					
2		2					
3		3					
4		4					
5		5					
6		6					
7		7					
8		8					
9		9					
10		10					
11		11					
12		12					
13		13					
14		14					
15		15					
16		16					
17		17					
18		18					
19		19					
20		20					

* se reporter au document joint. Si l'indication ne figure pas dans la liste, écrire "AS" et la mentionner en toutes lettres dans la partie "autres situations"

ANNEXE 11.2 : Cas clinique

Cas clinique : *Madame C, 74 ans*

Antécédents

- *Familiaux : deux frères décédés d'AVC à 42 ans et 49 ans ; deux autres frères et quatre sœurs.*
- *Personnels : zona, thrombose veineuse superficielle secondaire à une immobilisation pour fracture malléolaire, gonarthrose banale, sciatalgies sur discarthrose lombaire, hypertension artérielle traitée depuis 20 ans et stable à 140/85 mmHg*

Facteurs de risque cardio-vasculaires

- *Age, antécédents familiaux, hypertension artérielle*
- *Pas de tabagisme ni de diabète*

Bilan cardio-vasculaire

Asymptomatique sur le plan clinique

Biologie : LDL-cholestérol 1,64 g/l et HDL-cholestérol 0,74 g/l

ECG : sans particularité, pas de trouble de repolarisation

Echocardiographie : remaniement aorto sigmoïdien sans sténose ni conséquence hémodynamique, pas de cardiomyopathie

Echo-doppler des troncs supra-aortiques : petites plaques fibro calcaires non sténosantes de la bifurcation carotidienne droite, aucune sténose hémodynamiquement significative, flux vertébraux symétriques.

Traitement

Micardis® 80 mg : 1/j, vérapamil LP 240 mg : 1/j, Kardégic® 75 mg : 1/j.

ANNEXE 11.3 : Interrogations et réflexions du groupe

Le Kardégic® a été prescrit par le cardiologue ; quelle est sa justification dans cette situation ?
Quand instaurer des antiagrégants plaquettaires en prévention primaire ?

Question sur le rapport bénéfice risque des AVK par rapport aux antiagrégants plaquettaires à partir d'une situation clinique

Patient de 89 ans vivant seul à domicile dans un village à 8 Km du cabinet médical. Dort à l'étage (escalier dans lequel son épouse a fait une chute mortelle il y a 10 ans) Son fils habite à proximité mais est accaparé par son métier. Assez bon état général, mais hypoacousie, dyspnée d'effort et troubles de la marche.

Antécédents : insuffisance rénale modérée (MDRD stable 45 ml/min), gammopathie monoclonale non myélomateuse stable ; ACFA chronique ayant récidivé suite à un CEE en 1998 ; contrôle ETT normal

Jusqu'à présent sous Kardégic® (risque de chutes, problèmes de communication...) ; suite à cet audit et hospitalisation incitative pour les AVK, instauration de Coumadine®.

Est-ce le bon choix ?

ANNEXE 11.4 : Réponses de l'expert

L'indication des antiagrégants plaquettaires en prévention primaire se pose en fonction du calcul du risque cardiovasculaire global d'après la formule de Framingham (sexe, âge, cholestérol total et HDL cholestérol, pression artérielle, diabète, tabac).

Le risque cardiovasculaire à 10 ans intéresse les trois territoires : cœur (maladie coronarienne et insuffisance cardiaque), membres inférieurs (claudication intermittente) et cérébral (AVC). En cas d'atteinte de l'un de ces organes cibles, il faut rechercher systématiquement une atteinte des autres.

Si le risque est cardiovasculaire est inférieur à 10%, il n'y a pas d'indication aux antiagrégants plaquettaires.

En présence d'une HTA sans autre facteur de risque et si l'âge est inférieur à 50 ans, il n'y a pas d'indication aux antiagrégants plaquettaires.

En présence d'une HTA et l'âge est supérieur à 50 ans, on peut légitimement mettre un antiagrégant plaquettaire.

La mise en évidence d'un bénéfice à un traitement par antiagrégant plaquettaire en prévention primaire est difficile. Il existe des études (2007 et 2008 Société américaine de cardiologie), mais qui nécessitent d'inclure beaucoup de patients pour mesurer les effets bénéfiques car les personnes incluses sont asymptomatiques par définition. Par ailleurs, il existe des recommandations basées sur des niveaux de preuve importants mais ne débouchant pas sur une AMM.

La découverte d'une plaque carotidienne non compliquée lors d'un dépistage systématique ne conduit pas à la prescription d'une antiplaquettaire, sauf chez le patient à haut risque cardio-vasculaire.

Dans le cas clinique présenté, il n'y a pas d'indication formelle à donner de l'aspirine. De même, il n'y a pas d'indication à une statine.

En cas d'antécédent d'ulcère gastroduodénal, les recommandations imposent la recherche et l'éradication éventuelle d'*Helicobacter pylori*.

Cas clinique concernant le rapport bénéfice risque d'une anticoagulation

On note l'absence d'antécédents d'AVC ou d'HTA.

Scores d'évaluation du risque thrombotique : le CHADS2 (figure 24), remplacé par le CHADS-VASC (figure 25).

Figure 24 : le score CHADS2

Facteurs de risque	Score
Insuffisance cardiaque clinique ou FEVG altérée	1
HTA	1
Age > 75 ans	1
Diabète	1
AVC ou embolie artérielle	2

CHADS2 nul : risque faible, pas d'AVK

CHADS2 = 1 : risque intermédiaire, discussion au cas par cas

CHADS2 supérieur à 1 : risque élevé, indication des AVK

Figure 25 : le score CHADS-VASC

Risk factor-based point-based scoring system - CHA₂DS₂-VASc

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LV dysfunction	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thromboembolism	2
Vascular disease*	1
Age 65-74	1
Sex category [i.e. female sex]	1
Maximum score	9

www.escardio.org

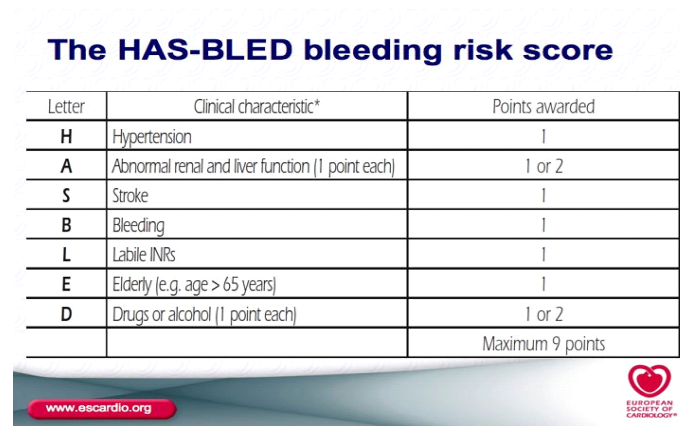
EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

En cas de score supérieur ou égal à 2 : indication à un traitement par AVK

Par exemple, si > 75 ans et ACFA

Par conséquent, les AVK sont bien indiqués en théorie chez ce patient.

Figure 26 : le score d'évaluation du risque hémorragique : HAS-BLED



The HAS-BLED bleeding risk score

Letter	Clinical characteristic*	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age > 65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

www.escardio.org

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

Les nouveaux anticoagulants présentent le même risque hémorragique, ou peut-être même diminué pour certains ; ils ne possèdent pas d'antidote mais auraient un effet plus stable.

Selon une nouvelle recommandation, il existe un bénéfice des anticoagulants oraux avec un INR seulement compris entre 1,5 et 2, qui est supérieur à celui de l'aspirine. Ainsi, dans le deuxième cas présenté, alors que les AVK sont effectivement indiqués, on peut néanmoins se contenter d'un INR entre 1,5 et 2, ce qui est aisé sous Coumadine®. Cela concerne principalement les patients ayant un risque hémorragique élevé (INR supérieur à 4 voire 5), et a fortiori si le score de CHADS2-VASC est peu élevé (2 à 3).

Pour calculer le score HAS-BLED (figure 26), il est nécessaire de disposer des informations correspondant aux critères.

Dans le cas qui nous intéresse, ce score est faible, à 2 (insuffisance rénale et âge élevé). Donc, il y a une indication théorique aux AVK plutôt qu'à l'aspirine pour ce patient, avec un INR cible compris entre 2 et 3 en raison du CHADS2-VASC à 2 et HAS-BLED à 2.

Attention, la situation particulière du patient, son environnement, doivent également être pris en compte et intégrés aux recommandations. Son avis, et les autres éléments issus du contexte clinique ayant fait préférer jusqu'à présent l'aspirine aux AVK (difficultés de communications, risque de chute).

Compte tenu de la longueur d'évolution sans accident hémorragique, il pourrait être raisonnable de maintenir l'aspirine, par exemple Kardégic® 300 mg/jour, surtout si la surveillance de l'INR pose des problèmes. (En allant ainsi à l'encontre des recommandations théoriques.)

ANNEXE 12.2 : Cas clinique

Cas clinique : *Monsieur E, 39 ans*

Antécédents

Tabagisme actif sevré, anxiété, glomérulonéphrite extra membraneuse diagnostiquée en 2003 suite à un syndrome néphrotique, ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales en janvier 2010, iatrogène, secondaire à la corticothérapie, arthroplastie totale de hanche droite non cimentée en mars 2011

Traitement

Préviscan® selon INR, Kardégic® 160 mg : 1/j, Rasilez® 300mg 1/j, Lercan® 20 mg : 1/j, Co-Aprovel®300/25mg : 1/j, Nébilox® 5 mg : 1/j, Inexium® 20 mg : 1/j

Le patient dispose d'ampoules de vitamine K1 à domicile.

Anamnèse

Consultation pour douleur du membre inférieur droit et diagnostic d'ischémie aiguë devant un pied froid, douloureux et cyanosé.

A noter une première consultation un à deux mois auparavant pour douleur de membre : un écho-doppler demandé à cette occasion était sans particularité.

Le patient est adressé en urgence en chirurgie : réalisation d'une thrombolyse et sortie sous Calciparine® et Préviscan®.

Bilan de thrombophilie en médecine interne négatif.

Il revient pour un contrôle clinique : sous Préviscan® (1 et $\frac{3}{4}$) et Kardégic® 160 mg.

Attente de l'avis du chirurgien et de l'interniste pour arrêter la bithérapie

ANNEXE 12.3 : Interrogations et réflexions du groupe

- Questions en rapport avec le cas

Pourquoi ce patient a-t-il été mis sous AVK ? Prévention des complications thrombotiques veineuses ? Et contexte de syndrome néphrotique ? Faut-il les poursuivre ?

Les thrombophilies sont-elles responsables de manifestations plutôt artérielles, veineuses, ou les deux ?

Le bilan de thrombophilie impose l'arrêt des anticoagulants ; alors quel traitement mettre en relais ? Modalités de ce relais ?

- Autres questions

- Interactions médicamenteuses et alimentaires, pathologies associées

Le Colchimax® est-il un potentialisateur des AVK ? Peut-on associer le Colchimax® aux AINS ? Et qu'en est-il des antibiotiques ?

Existe-t-il une liste officielle des aliments ayant une interaction avec les AVK ?

Quelle est la conduite à tenir chez les patients cirrhotiques sous AVK ? Doit-on les maintenir ou pas ? Et dans ce dernier cas par quoi les remplacer ?

Alcool et AVK : à partir de quelle consommation y a-t-il danger ?

- Interaction alcool-AVK
- Evolution cirrhotique d'une consommation chronique

- Gestion de l'équilibration au quotidien

Chez certains patients, l'équilibration de l'INR impose une alternance sur deux voire trois jours de la posologie ; l'alternance sur trois jours a-t-elle une réelle utilité ?

Après combien de temps doit-on doser l'INR : après instauration du traitement, après adaptation de posologie ? Pour un patient bien stabilisé en fonction des différentes molécules ?

Comment prendre en compte dans la fréquence des contrôles l'importance du déséquilibre, la sensibilité du patient aux AVK, certaines associations médicamenteuses ?

Quelle est la prévalence des patients concernés par une hypersensibilité aux AVK ? Est-il légitime de contrôler à deux jours les patients hypersensibles ? Comment les reconnaître pour anticiper ? A l'opposé, y a-t-il une résistance aux AVK de la même manière qu'il existe une résistance à l'héparine ? Si oui, et dans le cas d'une escalade posologique, quelle conduite à tenir ? Changement de molécule d'AVK ? Autre ?

A partir de quand doit-on hospitaliser un surdosage, et quels sont les autres critères permettant de prendre cette décision ?

Quelle conduite adopter, quelle est notre responsabilité chez des patients informés d'un surdosage important et qui malgré les consignes de sécurité persistent dans une conduite à risque (long trajet automobile par exemple)

Problème de l'observance chez les patients, qui ne comprenant pas leur traitement, le gèrent de manière aléatoire ou sont à risque de chute ?

- Vie quotidienne

Quels sont les sports autorisés et contre indiqués sous AVK ?

Quel est l'intérêt pour le patient de porter un carnet de surveillance par rapport à une simple carte AVK ? Auprès de qui se fournir un tel carnet : commande internet, hôpitaux, laboratoires ?

- Les indications, en fonction des situations

La durée d'un traitement anticoagulant est-elle identique, en fonction de l'indication, chez un patient avec terrain néoplasique, ou faut-il dans ce cas poursuivre à vie ?

Y a-t-il un âge limite pour un traitement anticoagulant, en fonction du rapport bénéfice-risque ?

Les anticoagulants sont indiqués en cas de fibrillation atriale, mais qu'en est-il du flutter ? Quel est le risque emboligène d'un flutter par rapport à la fibrillation atriale ? Quand est-on sûr, si l'on peut l'être, qu'une fibrillation atriale ne récidive pas ?

Quelle est la durée d'un traitement anticoagulant en cas d'embolie pulmonaire, et si le bilan de thrombophilie et néoplasique sont négatifs ?

D'après la revue Prescrire, la Coumadine® est l'anticoagulant le plus stable, une fois l'équilibre obtenu. Cet équilibre serait toutefois long à obtenir. Quel anticoagulant privilégier en fonction des différentes situations cliniques ?

- Divers

Le score CHADS est-il une vraie référence ? Quelle est sa place en médecine générale ?

Quels sont les critères de qualité du prélèvement sanguin pour un INR à domicile ?

Lorsqu'il y a plusieurs référentiels sur un thème, et qu'ils divergent, lequel doit-on suivre ?

Quel est l'intérêt des D-Dimères : sont-ils à doser uniquement si pas de risque de faux positifs ?

Quel est le devenir des AVK par rapport aux nouvelles molécules ? Sont-elles un réel progrès qui conduira à la suppression des AVK ?

- Questions résolues par le groupe :

Il n'y a pas d'intérêt à associer le dosage du TP à celui de l'INR, seul ce dernier faisant référence

Conduite à tenir en cas de surdosage : référentiel HAS

ANNEXE 12.4 : Réponses de l'expert

La glomérulonéphrite extra membraneuse peut-être associée à des pathologies inflammatoires. Dans le cas du syndrome néphrotique, la fuite de facteurs anticoagulants crée un état d'hypercoagulabilité favorisant la maladie thromboembolique veineuse.

Proposition d'explication de la thrombose du membre inférieur survenue chez ce patient qui avait bénéficié récemment d'un écho-doppler

- Une embolie artérielle sur un anévrisme de l'aorte, ce qui n'est pas le cas
- Une thrombophilie, mais le bilan est négatif

Le traitement anticoagulant et antiagrégant plaquettaire sont justifiés dans cette situation, pour une durée limitée en fonction du type de thrombose initial. S'il y a persistance des facteurs de risque de thrombose (immobilisation, syndrome néphrotique, thrombophilie), le traitement doit être maintenu.

Différentes pathologies thrombotiques selon les territoires concernés, artériels et/ou veineux

Les thrombophilies constitutionnelles sont secondaires à des mutations génétiques diminuant les facteurs inhibiteurs de la coagulation : l'anti thrombine 3 (1/2000 à 1/5000, anomalie la plus à risque), la protéine C, protéine S, et la mutation du facteur V de Leiden (5% mais risque faible), dépistée par la mise en évidence d'une résistance à la protéine C activée.

Elles sont associées à une augmentation du risque d'évènements thromboemboliques veineux.

Après 60 ans, le principal risque d'évènement thromboembolique est l'âge ; le risque de thrombophilie est négligeable après cet âge.

Il arrive qu'on retrouve des facteurs de thrombophilie avant 50 ans dans le bilan étiologique, alors qu'une cause de thrombose est déjà identifiée (chirurgie, immobilisation plâtrée...).

- Le syndrome des antiphospholipides est responsable de thromboses artérielles ou veineuses et d'accidents obstétricaux (avortements spontanés, fausses couches).

- L'hémoglobinurie paroxystique nocturne (très rare) : thromboses touchant les vaisseaux de moyens et gros calibres, essentiellement les veines sus hépatiques et le système nerveux central.
- L'hyperhomocystéinémie : forme infantile et forme adulte : thromboses artérielles (surtout par déficit en vitamines B9 ou B12).

Particularités à prendre en compte dans la réalisation du bilan étiologique thromboembolique :

La protéine C et la protéine S surtout, et l'antithrombine 3 sont vitamine K dépendantes, il faut donc les doser avant l'instauration du traitement AVK. En revanche, l'antithrombine 3 peut être diminuée (modérément) sous héparinothérapie, à doser donc avant le traitement.

La résistance à la protéine C activée n'est pas influencée par le traitement anticoagulant.

L'idéal est de réaliser une biologie avant tout traitement anticoagulant ; par contre il ne faut pas interrompre un traitement par AVK déjà débuté.

Durée du traitement : dans le cas de TVP des membres inférieurs : 3 mois, 12 mois pour une embolie pulmonaire ; si persistance de facteurs de risques, traitement prolongé, à vie le cas échéant.

Pharmacologie et équilibration du traitement anticoagulant

Les nouvelles molécules anticoagulantes comme le gabidatran (Pradaxa®), diminuent le risque de récurrence de thrombose, au dépend d'un risque hémorragique au plus identique aux AVK, et sans nécessité de contrôle biologique. Prochainement AMM dans la FA et la maladie thromboembolique veineuse.

Le Colchimax® potentialise les AVK : faire un INR pendant et huit jours après la fin du traitement.

Il n'y a pas d'intérêt d'associer des AINS au Colchimax® (crise de goutte), qui a lui-même un effet anti-inflammatoire.

En cas d'association d'antibiotiques et aux AVK, les principaux risques sont présents avec les macrolides, la pristinaamycine et les quinolones. Ce risque est difficilement quantifiable et prévisible.

D'une manière générale, chaque fois que l'on introduit un nouveau médicament chez un patient sous AVK, il convient de doser l'INR après 48 heures, voire même après la fin du traitement (recommandations de la HAS).

Dans la surveillance de l'équilibration, faire attention aux changements de vie, aux voyages à l'étranger : penser à informer le patient

A noter : le Préviscan® n'est vendu qu'en France. La Coumadine® est l'AVK le plus prescrit aux USA.

Régime alimentaire : le régime doit être le plus stable possible, ne pas carencer le patient, ne pas lui inspirer de craintes alimentaires qui l'amèneraient à une restriction alimentaire.

D'après les règles de bonnes pratiques cliniques : les contre-indications aux AVK sont

- insuffisance hépatocellulaire grave (TQ spontané < 50%)
- cirrhose décompensée et ses complications : varices oesophagiennes, hypertension portale)
- ulcère en phase hémorragique. Sinon, traitement anticoagulant en cas de nécessité avec traitement antiulcéreux concomittant par IPP (après avoir éradiqué une éventuelle infection gastrique à *Helicobacter pylori*).

La cirrhose n'a de toute façon pas bon pronostic en soi.

Dans les situations à haut risque hémorragique, on a la possibilité de remplacer transitoirement les AVK par de l'héparine non fractionnée (surveillance du TCA) ou une HBPM (cas du CHC, surveillance de l'activité anti-Xa)

La consommation éthylique chronique entraine un hypercatabolisme qui diminue l'efficacité des AVK. A l'inverse, un sevrage entraine un surdosage.

A propos de l'alternance sur trois jours des doses d'AVK : le risque d'erreur augmente avec l'importance des variations de doses. La Coumadine® est en cela un avantage, de part sa stabilité et la possibilité d'utiliser de petites doses quotidiennes.

En cas d'hypersensibilité aux AVK, avantage du Sintrom® et du mini Sintrom®, moins prescrits en France, théoriquement en deux prises quotidiennes.

Après quelle durée contrôler l'INR : cela dépend de la durée de vie de la molécule

- Sintrom® : 24 à 48h
- Previscan® : 48h
- Coumadine® : 48 à 72h en se servant au mieux de l'abaque prévu pour l'initiation du traitement

Réponses aux autres questions

Afin de dépister une éventuelle hypersensibilité aux AVK, il est souhaitable d'effectuer un INR précoce, à 24 h par exemple avec Préviscan® ou d'utiliser l'abaque pour la prescription de Coumadine®.

En cas de surdosage en AVK, se référer aux recommandations de la HAS pour les mesures correctrices. Une complication hémorragique impose l'hospitalisation. Il faut informer le patient des risques et revoir les conditions de prescription en cas de surdosage.

L'évaluation du risque thrombotique se fait dorénavant par le score CHADS2VASC, qui remplace le CHADS2, et le risque hémorragique par le score HAS-BLED (cf supra).

Si risque hémorragique élevé et l'âge supérieur ou égal à 75 ans, viser un INR entre 1,6 et 2,5 en cas d'indication des AVK pour FA.

Le carnet de surveillance des AVK (disponible par exemple gratuitement auprès de la Société Française de Cardiologie) permet de suivre l'évolution des INR et des événements notamment lors des déplacements du patient.

Moyennant un INR bien équilibré, il n'y a pas de contre-indication à la pratique des sports, sauf ceux exposant à un risque élevé de traumatismes source d'hémorragie.

Il n'y a pas d'âge limite théorique contre indiquant le traitement anticoagulant. Au contraire, pour la FA, l'âge supérieur à 75 ans est une indication à lui seul (score CHADS2-VASC).

Concernant le flutter, l'indication des AVK n'est pas automatique et se discute avec le cardiologue (fibrillo-flutter...). Une FA isolée chez un sujet jeune sur cœur sain sans facteur de risque identifié ne nécessite pas d'antiplaquettaire, ni d'anticoagulant.

Pour la mesure de l'INR, il est préférable de faire le dosage dans les mêmes conditions à chaque fois (horaire...), le cas échéant à domicile, en respectant le protocole du laboratoire d'analyses médicales.

Les référentiels consensuels (panel d'experts pluridisciplinaire) qui se rapprochent le plus de la pratique nationale (exemple HAS et AFSSAPS, société savante française ou européenne) sont les plus appropriés.

ANNEXE 13.1 : courrier concernant le questionnaire d'opinion

Melle BONA Stéphanie
20, place de l'Alma
57600 FORBACH
Tel : 06 77 34 22 87
stephaniebona@yahoo.fr

Forbach, le 12 février 2012

Chers confrères, chers amis,

Vous avez participé à l'action **Pairs et Experts** en 2011, et nous vous en remercions. Nous vous rappelons que cette action sert de sujet à une thèse, et nous avons besoin de votre ressenti, pour pouvoir évaluer le projet, dans le but éventuel d'une pérennisation. Le premier point que nous pouvons déjà souligner, est la difficulté représentée par l'audit, dont le 2^{ème} tour a dû être abandonné. Les raisons en seront analysées dans ce travail.

Nous vous adressons donc en pièce jointe un **questionnaire de satisfaction**, afin que vous puissiez vous exprimer sur les points forts et les points faibles de cette action. Nous comptons sur vous, et pour vous faciliter la tâche, nous vous demandons de remplir et de remettre votre questionnaire à votre responsable de GAPP, dès la fin de votre prochaine réunion.

Stéphanie BONA, thésarde

Jean-Michel MARTY, directeur de thèse

ANNEXE 13.2 : questionnaire d'opinion

Thèse : Evaluation de l'intervention d'experts sur la performance des GAPP

Questionnaire de satisfaction destiné aux participants de l'action PAIRS et EXPERTS (2011)

1) Caractéristiques des participants

- Vous avez participé à la séance d'audit thématifiée dans votre groupe : OUI NON
- Thème d'audit choisi :
 - Qualité rédactionnelle des ordonnances
 - Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique
 - Les indications de prescription des traitements par antiagrégants plaquettaires sont-elles respectées ?
 - AVK et sécurité de prescription
 - Diabète de type 2 : prise en charge des facteurs de risque vasculaire et objectifs thérapeutiques
 - Diagnostic précoce et prévention du mélanome
- Vous avez participé à la soirée finale à Nancy le 15 juin 2011 OUI NON

2) Questionnaire portant sur les GAPP

- Depuis combien de temps participez-vous à un GAPP ?
- Quels sont pour vous les apports d'un GAPP ?

3) Questionnaire portant sur l'audit

- Réalisez-vous régulièrement des audits ? OUI NON
- Cette action vous a-t-elle donné envie d'en faire (ou d'en refaire ?) OUI NON

4) Questionnaire portant sur l'apport et l'arbitrage des experts à l'issue des séances thématiques des GAPP (Veuillez coter de 0 (nul) à 5 (parfait) votre accord sur chacune des propositions suivantes)

Vous avez obtenu des solutions aux questions posées

Les réponses obtenues sont en adéquation avec votre pratique

Les réponses ont été documentées et référencées (niveau de preuve, bibliographie)

Les informations obtenues vous ont permis d'accroître vos connaissances

Vous avez obtenu des perspectives d'amélioration de vos pratiques

Les solutions proposées ont permis de modifier votre pratique dans certains cas

La présence des experts a permis des échanges fructueux

5) Questionnaire portant sur l'organisation pratique et la logistique (Veuillez coter de 0 (nul) à 5 (parfait) votre accord sur chacune des propositions suivantes)

La localisation géographique de la réunion finale vous convenait

La méthode pédagogique de la réunion finale vous convenait

Vous avez pu vous exprimer et poser vos questions résiduelles

6) Questionnaire portant sur les conditions d'une pérennisation de l'action

Vous seriez d'accord pour reconduire cette action dans les mêmes conditions OUI NON

Vous seriez d'accord pour reconduire cette action, mais en supprimant l'audit OUI NON

Vous seriez d'accord pour reconduire cette action, mais en délocalisant par département OUI NON

Vous ne souhaitez pas reparticiper à ce genre d'action : OUI NON SANS OPINION

VU

NANCY, le **18 septembre 2012**

Le Président de Thèse

Professeur J.D. DE KORWIN

NANCY, le **9 octobre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/5055

NANCY, le **15 octobre 2012**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

Résumé de la thèse

La loi HPST a introduit le DPC (Développement Professionnel Continu) qui associe désormais la FMC (Formation Médicale Continue) et l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles). Les groupes d'analyse des pratiques sont un moyen efficace d'EPP : la confrontation de dossiers cliniques à la pratique des pairs et aux référentiels permet de constater un écart avec les bonnes pratiques et d'en tirer des voies d'amélioration. Il arrive qu'à l'issue des séances classiques, subsistent des questions résiduelles sur des dossiers particulièrement complexes. Ainsi, il serait intéressant de soumettre ces problématiques non résolues à des experts des spécialités concernées.

Les GAPP (Groupes d'Analyse des Pratiques entre Pairs) de Lorraine ont été sollicités pour participer à l'étude. Chaque groupe volontaire a choisi un audit dans une liste d'audits réalisés par le GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical). Après le premier tour, chaque groupe a réalisé une séance thématique à l'issue de laquelle ont été gardés un cas clinique complexe et les questions résiduelles. Ceux-ci ont été exposés aux experts lors d'une réunion plénière organisée le 15 juin 2011 à la Faculté de médecine de Nancy. Le deuxième tour d'audit était prévu à distance de la réunion plénière. De plus, un questionnaire d'opinion a été envoyé aux membres de GAPP. L'audit devait évaluer l'amélioration des pratiques induites par l'apport des experts, et le questionnaire d'opinion la satisfaction des participants.

6 GAPP sur les 29 sollicités ont été volontaires (1 en Meurthe et Moselle, 1 en Meuse et 4 en Moselle). Les refus ont relevé du ressenti d'un projet complexe, de manque de temps et d'une opposition au principe de l'apport d'experts aux GAPP (crainte d'ingérence). La réunion plénière comptait 23 participants dont 5 experts et les représentants des 6 GAPP. Peu de grilles d'audit ont été récupérées au premier tour, aucune au deuxième, rendant l'exploitation impossible. 35 questionnaires d'opinion furent retournés par les membres des GAPP. Leur participation aux GAPP remonte pour l'essentiel à moins de 5 ans (34.3%) et de 5 à 10 ans (34.3%). Parmi ceux-ci, 34 (97%) ont participé à la séance thématique et 15 (42.8%) à la réunion plénière. 77% pratiquaient déjà régulièrement l'audit, aussi cette étude ne sera pas plus incitative à la conduite de futurs audits pour 65.7% des participants ayant répondu. Les questionnaires rendus de 15 participants à la plénière ont révélé un sentiment d'adéquation et une satisfaction moyennes quant aux réponses des experts. Par contre les échanges ont été perçus comme riches et de qualité. Concernant l'organisation pédagogique de la réunion plénière, ses participants en ont été satisfaits hormis un temps d'expression individuel trop restreint de par le nombre de sujets abordés, et le choix du lieu géographique. Aussi, une reconduction de l'action est envisageable (96% des participants), mais dans d'autres conditions (54%) : une délocalisation (73% des questionnaires) et la place de l'audit à revoir. Ce projet a permis une réalisation d'une vraie action de DPC avec une interaction entre spécialistes généralistes et experts, et pourrait être reconduit. L'audit justifiant le volet DPC de l'action, sa suppression demeure difficile, peut-être faudrait-il mieux l'intégrer à l'activité des généralistes grâce au GLAM.

Titre en anglais

Evaluation of Experts intervention in Peer Groups in General practise : the "Pairs et Experts" experiment

Thèse de Médecine Générale, année 2012

Mots clés :

Développement professionnel continu, Groupes d'analyse des pratiques entre pairs, Expertise, Audit

Adresse et intitulé de l'UFR :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex