



HAL
open science

Les maîtres de stage constituent-ils une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale: une enquête au grand-Duché du Luxembourg

Jean-Marc Rasquin

► To cite this version:

Jean-Marc Rasquin. Les maîtres de stage constituent-ils une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale: une enquête au grand-Duché du Luxembourg. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01734347

HAL Id: hal-01734347

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734347>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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-theses-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>



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

JEAN-MARC RASQUIN

le 30 octobre 2003

**LES MAITRES DE STAGE CONSTITUENT-ILS UNE CIBLE PRIVILEGIEE
POUR L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN
MEDECINE GENERALE ?**

UNE ENQUETE AU GRAND-DUCHE DU LUXEMBOURG.

Examineurs de la thèse

M. Serge BRIANCON	Professeur)	Président
M. Mario DICATO	Professeur)	Juges
M. Georges MICHEL	Professeur)	
M. Germain WAGNER	Docteur)	
M. Jacques BIRGE	Docteur)	



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

JEAN-MARC RASQUIN

le 30 octobre 2003

**LES MAITRES DE STAGE CONSTITUENT-ILS UNE CIBLE PRIVILEGIEE
POUR L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN
MEDECINE GENERALE ?**

UNE ENQUETE AU GRAND-DUCHE DU LUXEMBOURG.

Examineurs de la thèse

M. Serge BRIANCON	Professeur)	Président
M. Mario DICATO	Professeur)	Juges
M. Georges MICHEL	Professeur)	
M. Germain WAGNER	Docteur)	
M. Jacques BIRGE	Docteur)	



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – 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 Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – 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 – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

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

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

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

Professeur Guy PETIET – 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 ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

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 et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

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

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

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 Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

Professeur Gérard FIEVE

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

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

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

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

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

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)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (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 Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
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 (VIÊTNAM)*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Pour votre accueil, votre disponibilité, votre écoute et vos conseils.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Mario DICATO

Professeur de médecine interne

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de juger ce travail.
Pour l'intérêt et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Georges MICHEL

Professeur d'endocrinologie, métabolisme et nutrition

Nous vous sommes très reconnaissants d'accepter de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Germain WAGNER

Médecin généraliste

Directeur de thèse

Qui m'a offert ce sujet.

Votre dynamisme, votre enthousiasme ainsi que votre grande disponibilité nous ont beaucoup touché.

Pour vos conseils et votre compréhension tout au long de ce travail.

Recevez l'expression de notre profonde gratitude et de notre sympathie.

Monsieur le Docteur Jacques BIRGE

Médecin généraliste

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Recevez l'expression de notre profonde gratitude.

A tous les médecins généralistes luxembourgeois

Qui malgré leur charge de travail et leurs multiples engagements ont consacré du temps et ont répondu à l'audit.
Tous nos remerciements.

A mes parents

Que cette thèse puisse être un témoignage de l'amour que je leur porte et d'une profonde reconnaissance.

A mes grands-mères

Avec toute mon affection.

A la mémoire de mes grands-pères

A toute ma famille

A mes amis

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Introduction	p.19
1. Pourquoi faut-il évaluer les pratiques professionnelles en médecine ambulatoire ?	p.20
2. Les facteurs limitant le développement de l'évaluation des pratiques	p.21
3. Existe-t-il une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques ?	p.22
Objectifs de la thèse	p.23
1. Les médecins généralistes "Maîtres de stage"	p.24
2. Les généralistes "Non maîtres de stage"	p.24
3. Motivation des médecins "Maîtres de stage" à participer aux procédures d'évaluation des pratiques	p.25
4. L'outil pour vérifier notre hypothèse : l'audit médical	p.26
Méthodologie	p.27
1. Guide pratique de la méthodologie de l'audit clinique	p.28
1.1. Choix du sujet	p.29
1.1.1. Thèmes de l'audit	p.30
1.1.2. Critères d'un bon choix	p.30
1.2. Etablissement du référentiel et choix des critères	p.31
1.2.1. Choisir soi-même les références	p.31
1.2.2. Les références "clés en main"	p.31
1.2.3. Niveau de preuve - Grade de recommandation	p.32
1.2.4. Les critères	p.33
1.2.5. La notion de norme	p.34

1.3. Etablissement du questionnaire	p.34
1.3.1. Les variables à collecter	p.34
1.3.2. Types de réponses à prévoir	p.35
1.3.3. Libellé pour les questions	p.35
1.3.4. Nombre de questions (ou de critères)	p.35
1.3.5. Explications et mode d'emploi	p.36
1.4. Recueil des données	p.36
1.4.1. Rétrospectif/Prospectif	p.36
1.4.2. Confidentialité	p.37
1.5. L'analyse des données	p.37
1.5.1. Comment concevoir et préparer l'analyse des données d'un audit ?	p.37
1.5.1.1. L'analyse commence lors de la conception de l'audit	p.37
1.5.1.2. La fiche de recueil conditionne l'analyse	p.37
1.5.1.3. Le recueil des données doit représenter la pratique réelle	p.38
1.5.2. Comment produire et présenter les résultats	p.38
1.5.2.1. Principe général	p.38
1.5.2.2. Production des résultats	p.38
1.5.2.2.1. Qualité des données	p.38
1.5.2.2.2. Expression des résultats	p.39
1.5.2.2.3. Interprétation des résultats	p.39
1.5.2.3. Présentation des résultats	p.40
1.6. Adoption des mesures de correction	p.40
1.6.1. Les causes des écarts	p.40
1.6.2. Les mesures de correction	p.41

2. Méthodologie de l’audit “Tenue du dossier médical en médecine générale au G.-D. du Luxembourg”	p.42
2.1. Choix du sujet	p.43
2.2. Etablissement du référentiel et du questionnaire	p.43
2.3. Recueil des données, anonymat	p.45
2.4. Analyse des données	p.46
2.5. Remarque	p.47

Résultats bruts de l’audit p.48

1. Taux de participation	p.49
1.1. Global	p.49
1.2. Par groupe	p.49
2. Résultats par item	p.50
2.1. Nom	p.50
2.2. Sexe	p.50
2.3. Date de naissance	p.51
2.4. Adresse	p.51
2.5. Numéro de téléphone	p.52
2.6. Profession	p.52
2.7. Antécédents personnels	p.53
2.8. Antécédents familiaux	p.53
2.9. Allergies/Intolérances médicamenteuses	p.54
2.10. Tabagisme	p.54
2.11. Alcool	p.55
2.12. Vaccinations	p.55
2.13. Dernier traitement prescrit	p.56
3. Tableaux synoptiques	p.56
4. Remarque	p.60

Discussion	p.61
1. Les maîtres de stage sont une population cible pour l'évaluation des pratiques	p.62
2. Dossier médical et qualité des soins	p.62
3. Comparaison des résultats de l'audit entre les deux groupes	p.63
4. Les raisons du faible taux de participation du 2 nd groupe	p.64
5. Comment augmenter à l'avenir le taux de participation ?	p.64
6. Le financement des études d'évaluation des pratiques	p.66
7. Comparaison entre les résultats de l'audit "Le dossier médical en médecine générale" réalisé en France & l'audit "Tenue du dossier médical en médecine générale" réalisé au G.-D. du Luxembourg	p.67
7.1. Méthodologie	p.67
7.1.1. Choix du sujet	p.67
7.1.2. Etablissement du référentiel et du questionnaire	p.68
7.1.3. Recueil des données, anonymat	p.69
7.2. Résultats comparatifs	p.69
7.3. Discussion	p.71
8. Comparaison avec l'audit alcool - tabac du G.L.A.M.	p.72
8.1. Méthodologie	p.72
8.2. Résultats	p.73
8.3. Discussion	p.73
9. Un mot d'autocritique	p.74
Conclusion	p.76
Bibliographie	p.78
Annexes	p.87

Annexe I: Fiche de recueil et notice explicative envoyées aux participants	p.88
---	------

Annexe II: Enquête téléphonique auprès des non-répondeurs	p.94
--	------

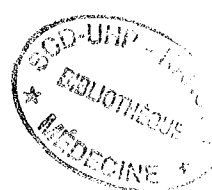
1. But	p.95
2. Méthodologie	p.95
3. Résultats	p.95

Annexe III : La médecine générale au G.-D. du Luxembourg. Ses difficultés - ses perspectives	p.97
---	------

1. Définition	p.98
2. Cadre législatif du conventionnement	p.98
3. Démographie médicale actuelle	p.99
4. Perspectives	p.105
5. L'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire au G.-D. du Luxembourg, comparée à des pays étrangers	p.107
5.1. A l'étranger	p.107
5.1.1. En Grande-Bretagne	p.107
5.1.2. En Belgique	p.107
5.1.3. En France	p.108
5.2. Au G.-D. du Luxembourg	p.110

“ Si nos dysfonctionnements ne font pas toujours courir à chaque fois un risque vital (bien heureusement) à nos patients, combien d’inquiétudes, combien de désagréments ou de coûts supplémentaires pourraient être évités si nous avions mis en place un véritable système de démarche qualité ? ... Qui sait combien de prescriptions sont inutiles du fait d’un dossier où ne figurent pas les anciennes prescriptions ? Combien de fois faisons-nous prendre à nos malades un risque iatrogénique qui aurait pu être évité ? ”

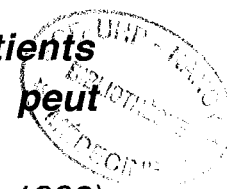
(Dr M. DOUMENC)



Introduction

“ L’amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients est un souci constant pour tout médecin. Celle-ci peut s’appliquer à tous les domaines de son exercice. “

(Prof. Y. MATILLON, 1993)



1. Pourquoi faut-il évaluer les pratiques professionnelles en médecine ambulatoire ?

Plusieurs facteurs professionnels et économiques incitent à la réalisation de cette démarche :

- ◇ Le développement de plus en plus rapide de la science médicale, la multiplication des publications, l’augmentation du nombre des examens à visée diagnostique et des stratégies thérapeutiques, imposent au praticien une mise à jour fréquente de ses connaissances, et par conséquent une vérification permanente de leur application dans son champ d’activité professionnelle devient souhaitable (45), (46).
- ◇ La variation des pratiques en médecine ambulatoire, d’un médecin à l’autre et d’une région à l’autre est une réalité. Cet élément essentiel tant sur le plan économique que sur celui de la santé publique fait douter des bases objectives de certaines pratiques (9), (25), (37), (43), (57).
- ◇ Par ailleurs, l’exercice médical doit permettre aux médecins et aux patients d’intégrer la dimension humaine dans la pratique (55). Les procédures d’évaluation contribuent à harmoniser ces points de vue techniques et humains de la médecine en étudiant en parallèle les procédures et les résultats.
- ◇ Une tendance se développe de plus en plus au sein du corps médical, le souci de se rattacher à des références ; il désire être aidé dans sa pratique par des recommandations. Cette attitude est dictée par des préoccupations professionnelles et présente un avantage évident sur le plan médico-légal (59).

Pour ce qui est de la médecine ambulatoire, l’évaluation est une nécessité (26) :

- ◇ Au cours de ses consultations et visites, le médecin reconnaît, apprécie, décide. Les mêmes opérations entrent en jeu dans l’évaluation. Utilisées dans des méthodes adaptées, elles lui permettent de mieux juger l’ensemble de son activité, et de mettre en évidence les qualités, les mérites, mais aussi les limites et

les insuffisances de son exercice (28).

- ◇ Le médecin doit pouvoir juger la valeur du service qu'il rend et se doter des moyens pour mesurer la qualité de son exercice et l'améliorer à tout moment (5).
- ◇ L'évaluation apprécie la qualité de l'activité du médecin et le cas échéant, permet d'y apporter une amélioration bénéfique pour le patient et pour le médecin (5). Elle n'est pas une activité négative, ni une menace (22).
- ◇ Les variations géographiques des pratiques médicales, diagnostiques ou thérapeutiques, sont souvent attribuées à des différences de populations ou de ressources. L'utilisation inappropriée de certaines ressources peut entraîner un accroissement des dépenses de santé (9), (43), sans pour cela améliorer l'état de santé de la population.

2. Les facteurs limitant le développement de l'évaluation des pratiques

Le médecin n'est pas très enthousiaste pour se livrer à des activités d'évaluation. Quatre raisons principales sont invoquées :

- ◇ Il n'aime pas les contraintes, et le caractère coercitif qu'il prête à l'évaluation ne favorise pas sa participation (21).
- ◇ Sans prétendre à l'infaillibilité, il est convaincu de délivrer les meilleurs soins et juge, au fond, ces procédures superflues et coûteuses en temps et en argent (19), (29), (58).
- ◇ Les travaux de recherches ont, jusqu'à présent, un plus grand prestige scientifique que les activités d'évaluation (29).
- ◇ Ni l'organisation et la réalisation, ni la participation à des procédures d'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire, ne sont indemnisées par une rémunération, alors que l'organisation d'un audit, par exemple, demande un investissement de temps considérable (66).

L'impact direct de ces difficultés peut être illustré grâce à un exemple. En effet, chez nos voisins lorrains, une enquête téléphonique, menée en 1997 au sujet des connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes vis-à-vis de l'audit des pratiques, a montré le peu de connaissances et d'expérience qu'ont les médecins à l'égard de l'audit (61).

D'ailleurs, le G.L.A.M. (Groupe Lorrain d'Audit Médical) seule association proposant des audits aux médecins généralistes lorrains et ceci depuis 10 ans maintenant, connaît des difficultés pour faire participer un petit nombre de médecins (61).

3. Existe-t-il une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques ?

De ces faits et observations connus et pour essayer de contourner ces difficultés, est née notre idée de chercher à définir à l'intérieur du groupe des médecins généralistes, un sous-groupe bien défini et limité en nombre, qui peut être qualifié de cible privilégiée (ou de "population cible") pour l'évaluation des pratiques. Cette "population cible" devrait être composée de généralistes dans laquelle la fréquence des médecins acceptant de participer aux audits des pratiques soit plus élevée que parmi l'ensemble des médecins généralistes.

Signalons que l'étude téléphonique lorraine précitée avait montré que les médecins qui accepteraient de participer à un audit s'ils y étaient conviés exercent plus souvent en cabinet de groupe (61). Par contre, l'analyse n'avait pas abouti à plus de corrélations significatives avec les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles, ce qui aurait permis de définir une "population cible" plus restreinte.

C'est cette idée qu'on a voulu reprendre avec notre thèse, en essayant de définir les maîtres de stage comme "population cible" pour l'évaluation des pratiques par l'audit et ainsi délimiter davantage encore cette "population cible". Cette dernière sera très utile pour promouvoir l'audit des pratiques dans un premier temps, avant d'essayer de généraliser cette pratique à l'ensemble des médecins généralistes luxembourgeois.

Objectifs de la thèse

L'objectif principal de la thèse est distinctement identifié : nous voulons essayer de vérifier, s'il est possible de qualifier les maîtres de stage luxembourgeois comme cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques en médecine générale. Cette population cible pourrait nous servir dès lors de base pour cette évaluation, dont la nécessité n'est plus à démontrer (1). Le nombre restreint de médecins appartenant à ce groupe des maîtres de stage enlèverait par ailleurs une bonne partie de la lourdeur administrative à l'organisation de l'évaluation des pratiques par l'audit clinique.

L'objectif secondaire est composé de deux comparaisons. La première concerne celle des résultats des deux groupes impliqués dans notre audit (maîtres de stage - "non maîtres de stage"). La deuxième découle directement du choix du sujet de notre audit, et est celle des résultats de notre audit avec les résultats de celui réalisé en 1998 en France par le service de l'évaluation en secteur libéral de l'ANAES et intitulé "Le dossier médical en médecine générale (Un audit clinique réalisé par 276 médecins généralistes)".

Présentons d'abord plus en détail le groupe des médecins généralistes luxembourgeois, en commençant par les maîtres de stage.

1. Les médecins généralistes "Maîtres de stage"

Actuellement, vingt médecins généralistes luxembourgeois exercent la fonction de maître de stage. Parmi ces médecins on dénombre 3 femmes pour 17 hommes. L'âge moyen d'un maître de stage est de 47 ans (âges extrêmes : 37 - 56 ans) et leur durée d'installation moyenne est de 19 années (durées extrêmes : 10 - 27 années). Afin de pouvoir poser sa candidature pour une nomination de maître de stage au G.-D. du Luxembourg, il faut être installé depuis au moins 5 ans.

La caractéristique particulière qui, par définition, les distingue de leurs confrères est la responsabilité qu'ils ont en ce qui concerne la formation du stagiaire qui est à leur charge. Au cours de son stage, ce dernier est progressivement introduit à toutes les facettes de l'exercice de la médecine générale (consultations, visites, gardes de nuit, gestion du cabinet, relation avec les partenaires conventionnels ... etc.). A la fin du stage, le futur médecin généraliste est censé être apte d'exercer son métier conformément aux règles de l'art, c'est-à-dire ayant acquis non seulement un savoir faire, mais aussi un savoir être, qu'il saura appliquer quotidiennement avec du bon sens.

2. Les généralistes "non maîtres de stage"

A l'heure actuelle, on compte 247 médecins généralistes "non maîtres de stage" actifs sur le territoire du Grand-Duché du Luxembourg. La sexe ratio est de 70/30 : on

dénombrer 173 hommes pour 74 femmes. L'âge moyen d'un médecin de ce groupe est de 43 ans (âges extrêmes : 29 - 66 ans) et leur durée d'installation moyenne de 14 ans (extrêmes : 1 - 44 ans). La plupart de ces médecins travaillent seuls, le phénomène d'association dans un cabinet commun étant un phénomène assez récent, mais qui pourrait par contre devenir plus important dans un futur proche (68).

La situation démographique médicale actuelle au Grand-Duché du Luxembourg est exposée plus en détail dans l'annexe III.

3. Motivation des médecins "Maîtres de stage" à participer aux procédures d'évaluation

Ce n'est pas par hasard qu'on a choisi le groupe des maîtres de stage pour essayer de les définir comme "population cible" pour l'évaluation des pratiques. Plusieurs caractéristiques pourraient en effet les définir comme tel :

- ◇ Le rôle important qu'ils jouent dans la formation des futurs médecins généralistes. En effet, les interactions entre stagiaire et maître de stage vont dans les deux sens. Les questions, les réflexions et les suggestions éventuelles de celui-là, constituent en soi déjà une certaine forme d'évaluation des pratiques du maître de stage.
- ◇ Leur notoriété. La plupart des maîtres de stage luxembourgeois mènent des actions syndicalistes (au sein du Cercle des Médecins Généralistes, par exemple) et ils sont non seulement des personnalités connus des professionnels du paysage médical, mais aussi du grand public (interventions à la radio et la télévision luxembourgeoises, interviews dans les journaux quotidiens etc...).
- ◇ Leur engagement professionnel. La majorité des maîtres de stage font partie de la Société Scientifique Luxembourgeoise de Médecine Générale et ils sont tous actifs au sein de l'ALFORMEC (Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue).

Ces caractéristiques particulières nous laissent penser que les maîtres de stage pourraient avoir une attitude très ouverte face aux procédures d'évaluation et, par conséquent, leur motivation à y participer pourrait être plus élevée que celle du reste des médecins généralistes. Ceci nous permettrait de les définir comme cible privilégiée à l'évaluation des pratiques et ainsi, ils pourraient jouer le rôle de "locomotive" et entraîner les autres généralistes dans leur sillon.

4. L'outil pour vérifier notre hypothèse : l'audit médical

Afin de vérifier cette hypothèse de la plus grande motivation des maîtres de stage face aux procédures d'évaluation des pratiques, nous allons nous servir d'un outil particulièrement bien adapté à l'évaluation des pratiques en médecine libérale, à savoir l'audit médical (28).

Un audit sera proposé aux médecins maîtres de stage et à un échantillon de médecins qui ne le sont pas. La comparaison ultérieure des taux de participation respectifs, tranchera la question de la motivation des deux groupes à participer à l'évaluation des pratiques. Ceci nous autorisera ou non, de qualifier les maîtres de stage luxembourgeois de cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques par l'audit.

Méthodologie

1. Guide pratique de la méthodologie de l'audit clinique

Remarque importante : *Ce guide ne prétend pas à l'exhaustivité, mais veut se comprendre comme un outil pratique qui pourra aider le médecin à comprendre l'organisation et le déroulement d'un audit clinique.*

Définition

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer (1). Il s'agit d'une étude quasi expérimentale au sens des épidémiologistes puisqu'elle va principalement comporter une enquête de pratique initiale (mesure avant), une intervention visant à améliorer les pratiques déviantes et une enquête de pratique finale (mesure après) avec idéalement un phénomène de bouclage permanent (8).

L'audit est un outil d'auto-évaluation et ne peut en aucun cas être utilisé pour un contrôle externe (22). Il doit être réalisé en toute indépendance par les praticiens qui n'y adhèrent que s'ils sont sûrs que les résultats ne pourront être utilisés à d'autres fins que l'amélioration de la qualité des soins. Mais c'est une méthode exigeante, en temps et en charges, pour le cabinet médical (secrétariat, finances...) et pour les praticiens qui l'utilisent : il est fondamental de ne s'en servir que si, a priori, on peut penser qu'elle apportera une solution au problème soulevé (40).

Le déroulement d'un audit comprend six phases (1) :

- ◇ Choix du sujet
- ◇ Constitution du référentiel
- ◇ Etablissement du questionnaire
- ◇ Recueil des données
- ◇ Analyse des données
- ◇ Adoption des mesures de correction

1.1. Choix du sujet

Le choix du sujet de l'audit est l'étape la plus importante de l'activité d'évaluation car c'est sa pertinence qui va être la principale source de motivation pour réaliser toutes les étapes ultérieures de l'audit (49).

Si les participants sont peu nombreux (moins d'une dizaine de membres), le choix incombe à l'ensemble des participants de l'audit car ils sont les mieux placés pour connaître les faiblesses de leur pratique (1).

Si les participants sont plus nombreux (au delà d'une dizaine de membres, un groupe devient difficile à gérer), il est préférable de constituer un **groupe de pilotage**. Le rôle de ce groupe est d'organiser la bonne marche de l'audit, de distribuer la

responsabilité des actions à chacun de ses membres et de répartir les charges (5). Il aura aussi un rôle d'information en rédigeant le compte-rendu de ses séances en y précisant les sujets de discussion, les interventions des participants, les conclusions qui en découlent et en tenant régulièrement informés les autres membres de l'équipe (1).

1.1.1. Thèmes de l'audit

Ils ont 3 traits dominants (8) : ils doivent intéresser les médecins ; ils doivent porter sur des actes courants et caractéristiques des soins donnés aux patients ; enfin, ils doivent être mesurables.

L'audit porte sur (49) :

- ◇ Les structures : personnels, locaux, matériel, organisation du cabinet
- ◇ Les procédures : actions médicales qui entourent la délivrance de soins médicaux, les stratégies diagnostiques, thérapeutiques, de dépistage ou de prévention
- ◇ Les résultats : modification de l'état de santé du patient et amélioration de sa qualité de vie qui se rapportent aux soins reçus ou aux modifications apportées aux structures

Ces thèmes peuvent être choisis à partir de l'analyse de difficultés ressenties dans l'exercice professionnel, être suggérés par la lecture d'articles médicaux, une séance de formation médicale continue, les réflexions des patients ou des stagiaires, les recommandations pour la pratique clinique ou les conclusions d'une conférence de consensus (49).

Ils peuvent se rapporter à (49) :

- ◇ Des activités de santé publique (prévention, dépistage)
- ◇ La prise en charge d'affections chroniques ou aiguës
- ◇ Une étude rétrospective d'événements inattendus ou indésirables
- ◇ L'organisation du cabinet médical

1.1.2. Critères d'un bon choix

Le choix de sujets concernant l'activité médicale (soins, prévention, dépistage etc.) portera sur des affections considérées comme des "traceurs" de cette activité (38). Pour mériter cette qualification, l'affection choisie doit répondre à des critères précis :

- ◇ Être clairement défini et facile à diagnostiquer
- ◇ Sa prévalence doit être élevée
- ◇ Elle doit avoir des conséquences en terme de morbidité et de mortalité

- ◇ Sa prise en charge doit être codifiée
- ◇ Son évolution doit pouvoir changer après une intervention médicale
- ◇ Son traitement doit amener une amélioration fonctionnelle

1.2. Établissement du référentiel et choix des critères

Les références doivent être acceptables par le praticien et irréprochables sur le plan scientifique (8). Trois critères de qualité sont indispensables : la validité, la fiabilité et à un moindre degré, la commodité (44).

1.2.1.- Choisir soi-même les références

Le praticien qui décide de choisir soi-même ses références doit s'assurer de se référer à des sources dont il peut apprécier le niveau de preuve scientifique et l'adaptabilité à sa pratique (44) :

- ◇ **Les manuels.** Source de références, à condition d'être récents et renommés (source peu utilisée en pratique).
- ◇ **Les règlements ou les lois.** Vaccinations obligatoires, rédaction de certificats d'internements (références irréfutables).
- ◇ **Articles scientifiques.** Une lecture critique pour sélectionner les bons articles est nécessaire.
- ◇ **Les méta-analyses** (synthèse qualitative et quantitative des données collectées dans des études différentes). Les méta-analyses sur des publications en médecine générale sont peu nombreuses. Elles doivent respecter une méthodologie rigoureuse et il faut savoir en faire une bonne analyse critique.

1.2.2. Les références "clés en main"

Elles répondent à des méthodologies différentes (44) :

- ◇ **Les conférences d'experts.** Des spécialistes se réunissent pour dégager un consensus sur un sujet. Le choix des experts n'est pas toujours exhaustif, les conclusions sont donc parfois controversées.
- ◇ **Les conférences de consensus.** Ces conférences sont basées sur une méthode qui permet de préciser les points de convergences mais aussi de divergences relatifs à une stratégie diagnostique ou thérapeutique, ou à un problème d'organisation du système de santé. Elles réalisent une synthèse des connaissances sur un sujet et représentent des références peu critiquables à condition que leur objet soit clairement identifié et que la méthodologie de la conférence soit explicite et correcte.

- ◇ **Les recommandations pour la pratique clinique ou RPC** (guidelines des Anglo-Saxons). Elles sont le fruit d'un travail permettant d'élaborer "*des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le malade dans leur décision concernant le caractère approprié des soins dans des circonstances cliniques données*". Le groupe de travail qui les rédige est multidisciplinaire. Chaque recommandation formulée doit indiquer son niveau de preuve et sa référence. Lorsque le groupe arrive à un consensus, le chargé de projet rédige les recommandations qui, après validation interne et externe, sont dotées d'un grade de recommandation, puis diffusées. Le référentiel établi à partir de ces recommandations est parfaitement valide. Des recommandations françaises étaient publiées sous la responsabilité de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), puis de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), mais aussi de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de Sociétés Savantes.

Cette liste, non exhaustive, permet au praticien d'élaborer un référentiel qu'il adaptera à l'audit qu'il souhaite réaliser (44).

1.2.3.- Niveau de preuve - Grade de recommandation

Les recommandations élaborées au sujet des pratiques médicales s'appuient sur des faits prouvés à partir d'études ayant une bonne méthodologie ou qui ont démontré l'intérêt réel d'un traitement.

Le **niveau de preuve** d'une étude peut être défini comme une gradation standardisée de la validité scientifique de l'étude, en fonction de la qualité de sa méthodologie et de sa réalisation, de l'analyse de ces résultats et de la pertinence de ces conclusions (20). En fonction d'une échelle préétablie de niveau de preuve, il est ainsi possible de classer systématiquement la littérature médicale en fonction de la qualité méthodologique intrinsèque de chaque étude. On peut ensuite attribuer un score à chaque recommandation selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles se fondent.

L'ANAES a proposé le classement suivant des interventions médicales en fonction du niveau de preuve des études disponibles (20) :

Force des recommandations		
Niveaux de preuve scientifique (I-IV)		Grade de recommandation
I	<ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés • Analyse de la décision basée sur des études bien menées 	A
II	<ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Etudes comparatives non randomisés bien menées • Etudes de cohorte 	B
III	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes cas-témoins 	C
IV	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes comparatives comportant des biais importants • Etudes rétrospectives • Séries de cas 	
En l'absence de niveau de preuve scientifique, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel fort.		

1.2.4. Les critères

Un critère est un élément sur lequel repose un jugement (15). Les données recueillies seront comparées à cet étalon de mesure qu'est le critère. Un bon critère est un instrument de mesure qui reflète bien l'état des pratiques, et qui permet de se comparer au référentiel.

Pour cela, tout critère doit être qualifiable de :

- ◇ **valide**, c.-à-d. apte à mesurer le paramètre qu'il doit évaluer
- ◇ **fiable**, c.-à-d. apte à mesurer de façon précise et reproductible
- ◇ **sensible**, c.-à-d. apte à mesurer les variations
- ◇ **spécifique**, c.-à-d. caractéristique de l'activité médicale

La sélection des critères à mesurer dans la réalité doit se limiter aux éléments représentatifs de la qualité, afin que l'évaluation des pratiques s'insère dans l'activité sans la perturber.

1.2.5.- La notion de norme

Les références servent aussi à définir **la norme** (*standard* des auteurs anglo-saxons) des critères sélectionnés.

Pour chaque critère il existe un seuil au-delà duquel le processus de soins étudié au moyen de ce critère est jugé acceptable. En-deça il ne l'est pas. Ce seuil constitue la norme des soins pour ce critère (65).

Il peut y avoir une norme pour un patient déterminé ou une norme pour un ensemble de patients.

Les normes peuvent être idéales ou empiriques (44). Dans la norme idéale, on définit comme qualité acceptable :

- ◇ Soit la meilleure qualité imaginable (**idéal absolu**)
- ◇ Soit la meilleure qualité atteinte dans les meilleures conditions des soins (**idéal optimal**)

La norme empirique correspond aux niveaux minima de performance acceptable pour chaque critère, mais elle doit cependant tenir compte de deux concepts : l'exhaustivité (a-t-on fait tout ce qui était nécessaire ?) et l'utilité (tout ce qui a été fait, était-il nécessaire ?). L'exhaustivité mesure la qualité scientifique et technique des soins, alors que l'utilité en mesure la logique.

Pour déterminer à quelles normes seront comparées les données recueillies pour chaque critère, l'approche la mieux adaptée pour chaque groupe de médecins est d'établir ses objectifs, ses critères et ses normes après s'être référé à d'autres sources (bibliographie, experts) en tenant compte de ses possibilités et de ses ressources (5).

1.3. Etablissement du questionnaire

1.3.1. Les variables à collecter

Habituellement, elles sont au nombre de quatre (24) :

- ◇ **Variables répondant aux objectifs.** Notre premier souci étant de répondre à la question générale posée par l'audit, ce type de variables sera constamment utilisé.

- ◇ **Variables d'identification.** Elles sont utiles à la fois pour identifier le médecin audité s'ils sont plusieurs et le patient inclus. Elles permettent secondairement de retrouver l'auteur de la fiche ou le patient incriminé pour corriger des erreurs de saisie patentes ou une réponse ininterprétable. Elles doivent, dans tous les cas, respecter le strict anonymat en codant par exemple chaque questionnaire reçu, en ne confiant à l'analyste que les versions codées et en lui demandant de donner les résultats personnels dans une enveloppe fermée sur laquelle est inscrit le numéro de code.
- ◇ **Variables de vérification des respects des critères d'inclusion.** Faire préciser l'âge d'un patient sur une fiche ne devant être remplie que pour des patients de plus de 70 ans ou la présence d'un diabète dans une fiche réservée aux diabétiques peut paraître du temps perdu. Cela peut permettre a posteriori un redressement des résultats.
- ◇ **Variables de vérification du recueil.** Si le recueil doit correspondre aux 20 premiers patients se présentant à la consultation, il peut être utile d'ajouter au questionnaire une variable correspondant à l'ordre du recueil.

1.3.2. Types de réponses à prévoir

Un **principe général** (24) : interdire de tout questionnaire d'audit médical les questions amenant une réponse ouverte. On n'admettra que des réponses fermées, sous forme numérique, de type binaire "oui/non", "présent/absent" ou encore extraites d'une liste simple et explicite de possibilités.

1.3.3. Libellé pour les questions

Pour éviter les difficultés lors du recueil, il faut respecter certaines règles très simples (24) :

- ◇ Chaque libellé doit correspondre à une seule question
- ◇ Les mots employés doivent être simples pour éviter une incompréhension
- ◇ Les phrases utilisées seront les plus courtes possibles en évitant les digressions
- ◇ Eviter les questions incluant une négation

1.3.4. Nombre de questions (ou critères)

Il est conseillé de ne pas dépasser un maximum de douze questions (critères). Une fiche ne doit pas prendre plus de 2 à 3 minutes pour être remplie. Indépendamment du nombre de questions retenues, l'ensemble doit tenir sur une page (24).

1.3.5. Explications et mode d'emploi

Une notice explicative doit toujours accompagner le questionnaire de l'audit.

Elle doit contenir (24) :

- ◇ Un rappel du thème de l'audit et de sa méthodologie
- ◇ Un résumé du référentiel adopté
- ◇ Les modalités du protocole de recueil : la cible, les conditions et les modalités d'inclusion
- ◇ Un rappel du groupe de médecins à l'origine de l'audit
- ◇ Les dates butoirs et l'adresse où renvoyer les fiches remplies

1.4. Le recueil des données

De sa réalisation va dépendre la réussite de la procédure d'évaluation. Les critères retenus pour évaluer l'activité des médecins participant à l'audit et le recueil des données qui se rapportent à ces critères vont permettre d'obtenir une représentation réelle de cette activité.

Trois principes sont à la base du recueil des données (50) :

- ◇ **Concordance** entre les critères retenus et les données recueillies
- ◇ **Simplicité** de la procédure de recueil
- ◇ **Confidentialité**

Il est indispensable de réserver une place sur la fiche de recueil pour **une colonne de commentaire**. Celle-ci doit, le cas échéant, permettre au médecin participant à l'audit d'exposer en texte libre un éventuel problème rencontré, une proposition ou tout autre commentaire relatif à l'audit. L'intérêt de cette colonne paraît évident : elle permet d'identifier les sources de dysfonctionnements.

1.4.1. Rétrospectif/Prospectif

Le recueil des données est réalisé soit dans les dossiers informatisés soit à l'aide d'une fiche manuscrite. Les informations individualisées sont recueillies selon le principe factuel et non déclaratif. On enregistre des faits et non des opinions (51).

Le type d'enquête le plus adéquat est l'étude rétrospective de façon à mesurer la pratique avant la préparation du référentiel, ou même la décision de réaliser l'audit, les professionnels modifiant souvent très rapidement leur pratique dès l'annonce de l'audit (8).

Les paramètres recherchés doivent être présents dans le dossier, exprimés en unités conformes aux critères retenus. Le recueil sera fait par le médecin, la secrétaire, un stagiaire ou un étudiant qui prépare une thèse sur le sujet, à l'aide d'une fiche préétablie.

Une étude prospective est nécessaire, au cas où le recueil des données n'est pas possible à partir des dossiers dans des conditions satisfaisantes (50).

La fiche de recueil doit être simple, que l'approche soit rétro-ou prospective. Elle permet de noter, au cours de la consultation lors des études prospectives, à partir des dossiers dans les études rétrospectives, les faits correspondants aux items à documenter (50). Cette simplicité doit être lapidaire : noter la présence ou l'absence du critère, inscrire les chiffres demandés dans la case correspondante ou cocher les réponses aux questions fermées du formulaire (51).

1.4.2. Confidentialité

La confidentialité est un souci permanent. En effet, pour un médecin donné qui pense faire de son mieux, perdre sa propre estime et exposer ses insuffisances ou ses négligences à des tiers peut être très décourageant. Son consentement pour les procédures d'évaluation serait très probablement limité par cette éventualité.

Il est donc indispensable de respecter la stricte confidentialité et présenter l'audit comme un moyen d'améliorer sa pratique et non comme un contrôle (36).

1.5. L'analyse des données

1.5.1. Comment concevoir et préparer l'analyse des données d'un audit ?

1.5.1.1. L'analyse commence lors de la conception de l'audit

Il est essentiel de consacrer du temps à la réflexion préalable de l'analyse des futures données afin d'éviter des problèmes lors de celle-ci. L'exemple le plus courant est la recherche, non prévue au départ, d'une explication à un écart constaté avec le référentiel.

Une question importante est de savoir jusqu'où aller avec le recueil des données. Veut-on se limiter à mettre en évidence des écarts par rapport au référentiel ou chercher également à expliquer ceux-ci (52) ?

1.5.1.2. La fiche de recueil conditionne l'analyse

Le type de réponse attendue définit non seulement le maniement et la présentation ultérieure des résultats, mais aussi l'utilisation éventuelle de tests statistiques (52).

On définit trois types de réponses (ou données) :

- ◇ Les données **quantitatives**, représentant des valeurs numériques
- ◇ Les données **ordinales**, définissant un ordre entre les valeurs
- ◇ Les données **qualitatives**, exprimant des caractéristiques non mesurables

Le principe général est d'obtenir le plus souvent possible des données quantitatives (52). Il est, en effet possible, lors de l'analyse, de "dégrader" des données quantitatives en données ordinales et celles-ci en données qualitatives.

1.5.1.3. Le recueil des données doit représenter la pratique réelle

La réalisation d'un recueil de données se fait habituellement sur une partie des dossiers ou consultations. Le recueil n'est que très rarement "exhaustif" (il ne portera pas sur l'ensemble des dossiers d'une clientèle), mais représente un échantillon qui doit cependant pouvoir refléter les pratiques habituelles (52). On admet que pour une situation fréquente, 30 à 50 dossiers sont habituellement suffisants; pour une situation peu fréquente, il est préférable de prendre l'ensemble des patients vus dans l'année.

Il n'est pas question ici de vouloir réaliser une étude épidémiologique. Il est question d'obtenir pour soi-même un reflet le moins déformé possible de sa pratique (52).

1.5.2. Comment produire et présenter les résultats ?

1.5.2.1. Principe général

L'analyse des données comprend deux temps (53) :

- ◇ Le 1^{er} temps de l'analyse comporte une approche descriptive des données recueillies et une approche comparative des résultats observés avec le référentiel. Ceci conduit à une réflexion sur la validité du référentiel et sur les causes des écarts observés. Cette réflexion aboutit à des recommandations d'actions à réaliser pour remédier à ces écarts.
- ◇ A l'issue du 2nd recueil, une comparaison avec les données du 1^{er} recueil est faite.

1.5.2.2. Production des résultats

1.5.2.2.1. Qualité des données

La qualité des données est appréciée par (53) :

- ◇ Le respect du nombre prévu de fiches de recueil
- ◇ La pertinence des informations recueillies
- ◇ La cohérence des informations entre-elles
- ◇ Le respect des critères d'inclusion

1.5.2.2.2. Expression des résultats

Si besoin, des compétences en statistiques ou l'aide d'un statisticien faciliteront l'obtention et l'interprétation de certains résultats.

Deux analyses sont envisageables (53) :

-Analyse descriptive : celle-ci décrit les patients ou situations pris en compte.

Pour des données quantitatives, plusieurs valeurs peuvent être calculées : la moyenne, l'étendue (valeur minimale et maximale) et la médiane (valeur atteinte par 50% des patients). Pour les données qualitatives binaires, les résultats s'expriment en valeur absolue et pourcentage.

-Analyse explicative : elle répond à quatre questions différentes :

- ◇ Ma pratique est-elle proche ou éloignée du référentiel ?
- ◇ Peut-on expliquer les écarts avec le référentiel ?
- ◇ Ma pratique est-elle différente de celle des autres médecins engagés dans l'audit ?
- ◇ Ma pratique s'est-elle améliorée entre les deux tours de l'audit ?

Ces quatre questions donnent lieu à des analyses différentes dont le principe est commun, basé sur la comparaison. La différence observée peut être interprétée directement ou analysée, si besoin, par des tests statistiques propres au type de données enregistrées.

1.5.2.2.3. Interprétation des résultats

Avant le 1^{er} recueil de données, on se posera deux questions (53) :

- ◇ Qu'est-ce qui sera considéré comme un écart significatif par rapport au référentiel ?
- ◇ Qu'est-ce qui sera considéré comme une amélioration significative entre les deux tours ?

Dans tout les cas, l'interprétation des résultats sera prudente et relative, c'est-à-dire qu'elle prendra en compte le descriptif des données.

1.5.2.3. Présentation des résultats

Celle-ci dépend des éléments suivants (53) :

- ◇ La cible, qui peut être les participants de l'audit, d'autres médecins ou une revue scientifique.
- ◇ Le message : que veut-on montrer ?
- ◇ Les actions : que va-t-on faire des résultats ?

Le message ne sera pas le même au 1^{er} et au 2^e tour de l'audit. Au 1^{er} tour, on constate les écarts au référentiel. Au 2nd tour, on détermine la progression entre les deux tours et le constat des écarts.

Il en est de même pour les actions qui diffèrent lors des deux tours. Au 1^{er} tour, elles tentent d'améliorer la situation. Au 2nd tour, elles adoptent le référentiel et agissent sur d'autres composantes explicatives des écarts constatés.

En définitif, l'analyse peut ou non faire appel à des calculs statistiques. Pour un médecin, une description simple peut être suffisante, à condition d'avoir un échantillon de dossiers qui représentent sa pratique générale et d'avoir défini la taille d'un écart considéré comme significatif (53).

1.6. Adoption des mesures de correction

L'objectif final de l'audit médical est l'amélioration des pratiques (40). La mise en place de mesures de correction est fondamentale, car, de leur pertinence et leur adéquation aux dysfonctionnements observés, vont dépendre les améliorations (28).

1.6.1. Les causes des écarts

Avant de proposer des mesures de correction aux participants de l'audit, il faut passer par l'étape de l'analyse des données qui a pour but la recherche des écarts. Ceux-ci une fois identifiés, il faut en trouver les causes. Suit une liste, non exhaustive, de causes possibles de dysfonctionnements (39) :

- ◇ **Besoin de formation.** Ce sont les connaissances du médecin, au travers des performances réalisées qui sont remises en cause.

- ◇ **Problèmes organisationnels, structurels, institutionnels.** Les écarts observés paraissent liés à des facteurs externes, problème d'organisation du système de soin par exemple.
- ◇ **Causes socio-démographiques.**
- ◇ **Causes psychoaffectives et personnelles.** Les dysfonctionnements dépendent de la motivation tant du médecin que du patient ou de problèmes d'observance, d'automédication, de transferts etc...

1.6.2. Les mesures de correction

Celles-ci peuvent revêtir plusieurs formes et dépendent de la nature des dysfonctionnements mis en évidence (39) :

- ◇ Un séminaire de FMC, dont les messages pédagogiques sont bien sûr ciblés sur les lacunes observées
- ◇ Mise en place d'une formation en adéquation avec les besoins de formation identifiés par l'audit
- ◇ Des mesures de correction directes avec prise de décisions concrètes (informatisation du dossier, par exemple)
- ◇ Des habitudes à modifier
- ◇ L'amélioration des relations avec les spécialistes
- ◇ Des campagnes d'information auprès des patients (discussions, affiches en salle d'attente...)

Au cas où les résultats seraient proches des résultats attendus, il est bien sûr inutile de mettre en place des mesures de correction (39).

2. Méthodologie de l'audit : Tenue du dossier en médecine générale au G.-D. du Luxembourg

2.1. Choix du sujet

Le thème de la tenue du dossier médical a été retenu pour plusieurs raisons :

- ◇ Il existe des **recommandations** pour la tenue du dossier du patient en médecine générale, publiées en 1996 par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et qui sont toujours d'actualité (3). L'objectif de ces recommandations est de contribuer à améliorer grâce à une meilleure tenue des dossiers la qualité des actes médicaux. Cet objectif ne saurait être atteint par des recommandations contraignantes, qui risquent au contraire de générer des effets pervers : on peut tenir de magnifiques dossiers et faire une mauvaise médecine. La méthode de travail suivi pour l'élaboration de ces recommandations, s'est appuyée sur l'expérience de l'ANDEM dans l'élaboration de "Recommandations pour la pratique clinique". Dans un premier temps, ont été menées conjointement une recherche documentaire systématique et une enquête auprès du réseau de médecins libéraux de l'ANDEM. Dans un second temps, l'ensemble de ces données a été présenté à un groupe d'experts, qui a élaboré et publié les recommandations.
- ◇ Un audit médical sur ce même sujet a été réalisé en France en 1998. Il existe donc une démarche à suivre dont on peut s'inspirer pour notre propre audit, et aussi procéder ultérieurement à une comparaison entre les deux audits (7).
- ◇ Les questions sont toutes de type binaire (présence/absence) ce qui non seulement diminue le temps de recueil, mais le facilite aussi. Ce type de question est adéquat pour des médecins ayant peu d'expérience avec des questionnaires d'audit.
- ◇ Le médecin généraliste constitue le "gérant" du dossier médical de ses patients. Celui-ci est le garant d'un suivi médical à long terme (par opposition aux spécialistes qui opèrent la plupart du temps par interventions ponctuelles) et constitue donc un exemple type d'une spécificité de la médecine générale. Sa bonne tenue est bien sûr la condition indispensable à ce suivi.

2.2. Établissement du référentiel et du questionnaire

Notre référentiel adopté est construit à partir des recommandations du document de l'ANDEM précité de 1996. Celui-ci regroupe les informations à collecter dans le dossier en six groupes (3) :

- ◇ Identification du patient
- ◇ Informations administratives
- ◇ L'histoire médicale actualisée
- ◇ Les facteurs de santé

- ◇ Les données d'alerte
- ◇ La rencontre

Notre audit médical concerne les cinq premiers groupes de données. Après réflexion, une liste de treize items a été retenue, items dont la présence dans le dossier nous semble absolument indispensable. A partir de cette décision, le questionnaire suivant a été élaboré :

Questionnaire audit médical.												
Tenue du dossier médical en médecine générale.												
<i>Dossiers médicaux</i>												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nombre de P	Nombre de A
Nom												
Sexe												
Date naissance												
Adresse												
Téléphone												
Profession												
ATCD perso.												
ATCD fam.												
Allergies/Intolérances méd.												
Tabac												
Alcool												
Vaccin												
Traitement												

Ce questionnaire a ensuite été envoyé d'un côté à l'ensemble des médecins généralistes maîtres de stage (*1^{er} groupe*) exerçant au Luxembourg, qui sont au nombre de vingt et de l'autre côté, à un nombre égal de généralistes "non maîtres de stage" (*2^e groupe*). Ce dernier est constitué d'un échantillon de médecins, représentatif de la population médicale luxembourgeoise (groupe de généralistes représentatif de l'ensemble des médecins généralistes "non maîtres de stage", en ce qui concerne leurs données socio-démographiques). Par la suite, le nombre de cet échantillon a dû être augmenté à 80 (ont donc été rajoutés 60 médecins au nombre initial), pour la raison suivante : à la fin de la date butoir de renvoi des questionnaires, à savoir six semaines à partir de la réception de ceux-ci, on ne comptait que trois médecins de ce 2^e groupe ayant répondu à notre audit, alors que dans le 1^{er} groupe ce nombre s'élevait à treize. Afin d'avoir une chance de réaliser ultérieurement une comparaison significative entre les réponses des deux groupes, ce rajout était devenu nécessaire.

Au total, les questionnaires ont donc été finalement envoyés à 100 médecins généralistes, ce qui correspond à 37% de leur effectif total exerçant au Luxembourg.

2.3. Recueil des données, anonymat

Chacun des médecins participant à l'audit, a dû analyser les dossiers des dix premiers patients consultant un jour choisi. Les critères d'inclusion sont l'âge du patient (supérieur ou égal à 18 ans) et l'existence d'un dossier préalable (il ne fallait pas inclure de nouveau patient). Les fiches de recueil sont conçues, nous l'avons vu plus haut, de manière à faire figurer sur un même tableau les 13 items et les 10 dossiers. Les réponses sont toutes de type binaire (présent/absent).

L'anonymat du répondeur est évidemment respecté, grâce à un système de codage qui attribue à chaque médecin participant un numéro d'identification anonyme. Cette méthode permet au médecin de comparer ses résultats à ceux des autres participants, sans que son nom soit communiqué au statisticien responsable de l'analyse des données.

Reste à préciser les indications pour remplir la grille :

- ◇ **Nom complet actualisé** : Pour les femmes, le nom comprend le nom de jeune fille et les modifications à la suite des mariages et des séparations éventuelles. Au cas où tous ces renseignements sont présents, il faut marquer "P" sinon "A".
- ◇ **Sexe** : marquer "P" si l'information est présente ou si le contexte permet facilement d'avoir le renseignement (prénom de fille ou de garçon, intitulé de la fiche, M^{le} ou M^{me}). Marquer "A" si doute.

- ◇ **Date de naissance** : Présente ou absente
- ◇ **Adresse** : Elle doit être précise et actualisée. Elle doit comporter les éléments qui permettront au médecin, non seulement d'envoyer un courrier, mais également de se rendre au domicile du patient. Si l'information existe, marquer "P", sinon "A".
- ◇ **Téléphone** : Vérifier que le numéro présent correspond bien au numéro indiqué. Quand le numéro est absent, erroné ou même présent seulement dans la fiche d'une autre personne de la famille, il faut marquer "A". Si le numéro est présent et juste, il faut marquer "P".
- ◇ **Profession** : Est considérée comme présente la profession actuelle indiquée. Si chômage ou retraite, indiquer la profession précédente et le caractère chômage ou retraite.
- ◇ **Antécédents personnels** : Marquer "P" si le médecin juge que le renseignement est suffisant pour prendre en charge le patient et "A" dans le cas inverse.
- ◇ **Antécédents familiaux** : Même remarque que pour antécédents personnels.
- ◇ **Allergies et intolérances médicamenteuses** : Une indication précise indiquant explicitement "absence d'allergie" ou "patient allergique à..." fait marquer "P". Si seule la mention "patient allergique à..." est présente, marquer "P". Si rien n'est indiqué (sujet probablement pas allergique ou renseignement non demandé), marquer "A". Les mêmes remarques sont valables pour les intolérances médicamenteuses.
- ◇ **Tabagisme** : Marquer "P" si on trouve dans le dossier une indication sur la consommation tabagique, sinon "A".
- ◇ **Consommation d'alcool** : Marquer "P" si on trouve dans le dossier une indication sur la consommation d'alcool, sinon "P".
- ◇ **Etat vaccinal** : Pour marquer "P", il faut que 2 conditions soient remplies: date des vaccins DT polio et mise à jour faite ou prévue.
- ◇ **Dernier traitement prescrit** : On notera "P" si le dernier traitement est indiqué sur l'observation, "A" dans le cas contraire.

Dans l'annexe I, on a présenté la fiche de recueil et le courrier ayant accompagné cette dernière, et qu'on a adressé à chaque médecin choisi pour participer à l'audit. L'ensemble était donc constitué d'une page explicative, de la grille du questionnaire et des indications pour la remplir.

2.4. Analyse des données

L'analyse des réponses obtenues a été réalisée avec le concours d'un statisticien du Centre de Recherche Public - Section Santé du Grand-Duché du Luxembourg. Le logiciel EXCEL a été utilisé pour le traitement des données. Cette analyse statistique des données est restée volontairement simple, pour la simple raison qu'une analyse

élémentaire est suffisante pour les besoins de notre travail.

Après l'analyse des résultats, on s'attendait à pouvoir trancher la question, à savoir si le pourcentage des médecins acceptant de participer à un audit est plus élevée parmi le groupe des maîtres de stage. Par ailleurs, cette analyse nous ouvre également la possibilité de comparer les réponses du 1^{er} et du 2^e groupe et ainsi mettre en évidence d'éventuelles différences existant dans la qualité de la tenue du dossier entre ces deux groupes. Une comparaison avec les résultats de deux audits français (Tenue du dossier médical de l'ANAES & Alcool-Tabagisme du GLAM), est aussi prévue.

2.5. Remarque

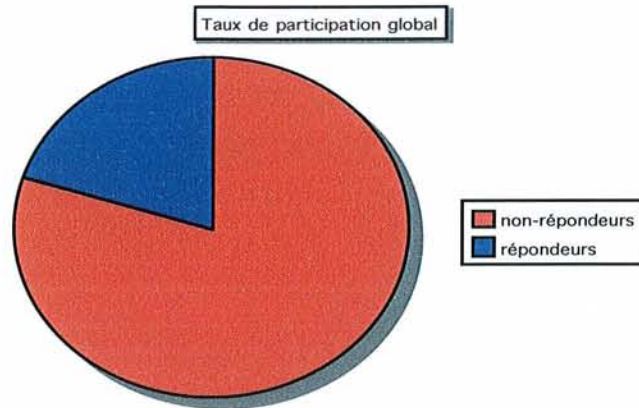
Pour l'audit de ce travail, nous avons repris la même méthodologie que l'ANAES a utilisée pour son audit sur la tenue du dossier médical, sans qu'on recherche de faiblesse dans cette méthodologie. Il ne faut pas perdre de vue que l'audit réalisé dans le cadre de ce travail, n'était qu'un **outil** pour répondre à notre interrogation initiale (les maîtres de stage constituent-ils une population cible pour l'évaluation des pratiques ?). En effet, pour y répondre, ni le sujet, ni la méthodologie de l'audit n'étaient d'une importance déterminante.

Résultats bruts de l'audit

1. Taux de participation

1.1. Global

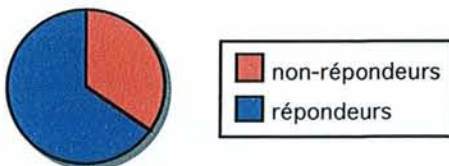
Vingt médecins sur cent au total ont répondu à l'audit et ont renvoyé les questionnaires. Le taux de participation global s'élève ainsi à **20%**.



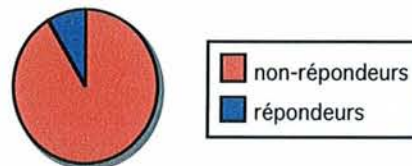
1.2. Par groupe

Dans le 1^{er} groupe, celui des "maîtres de stage", 13 médecins sur 20 (**65%**), ont répondu à notre enquête, alors que dans le 2^e groupe, celui des "non maîtres de stage", seulement 7 médecins sur 80 l'ont fait (**8,75%**).

Taux de participation maîtres de stage



Taux de participation non maîtres de stage

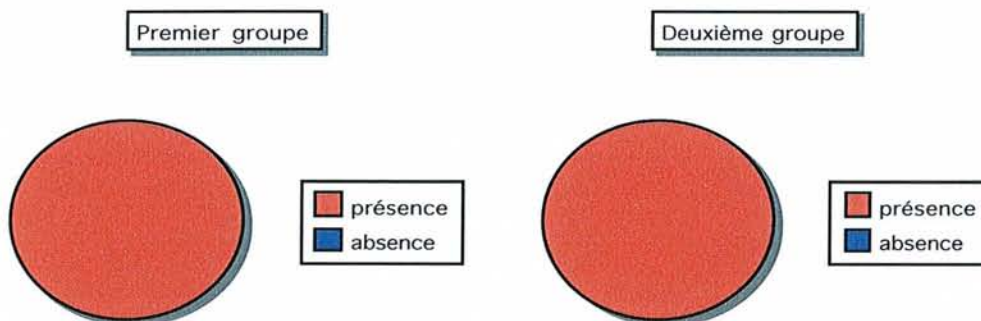


2. Résultats par item

Nous allons passer en revue les treize items et indiquer pour chacun le pourcentage qui représente le nombre de fois où l'item est présent par médecin, pour les 10 dossiers analysés.

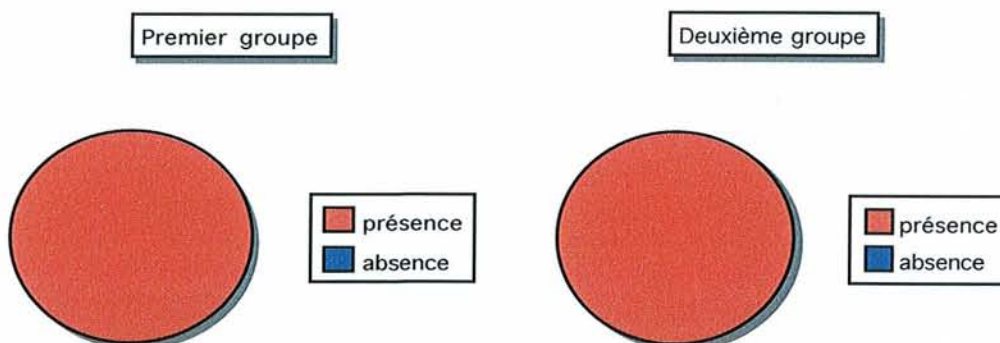
2.1. Nom

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **100**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **100**



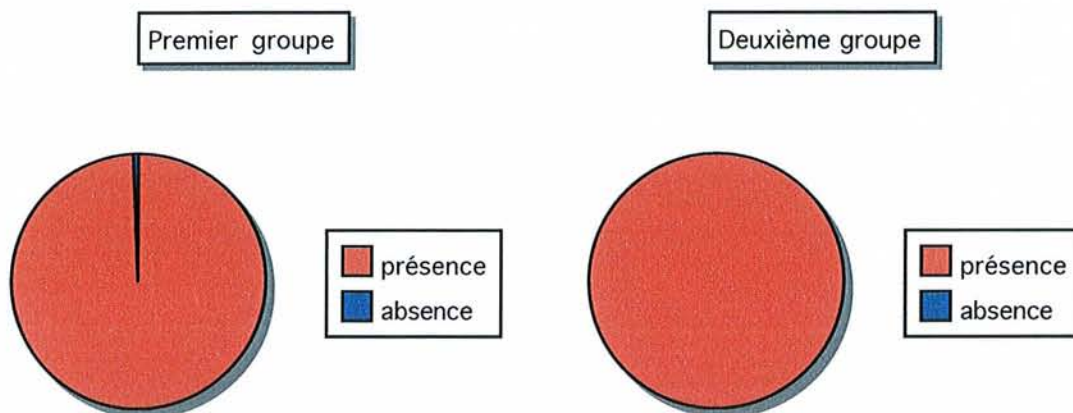
2.2. Sexe

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **100**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **100**



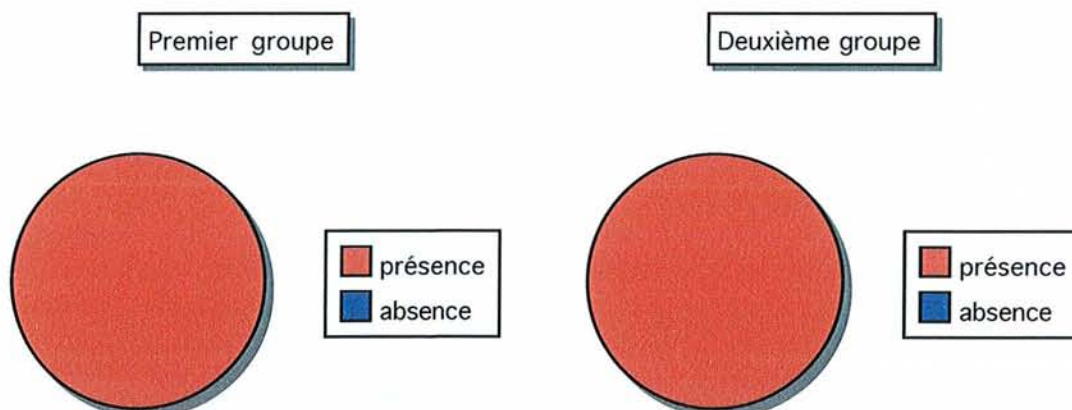
2.3. Date de naissance

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **99,2**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **100**



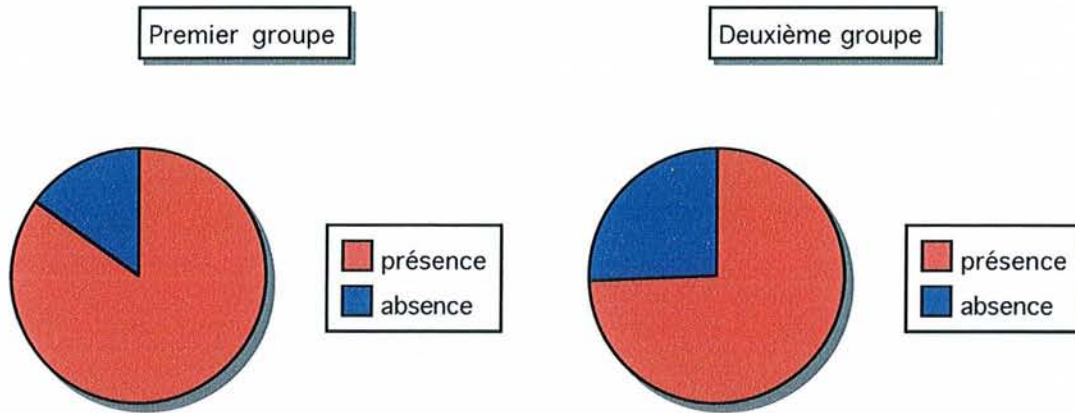
2.4. Adresse

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **100**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **100**



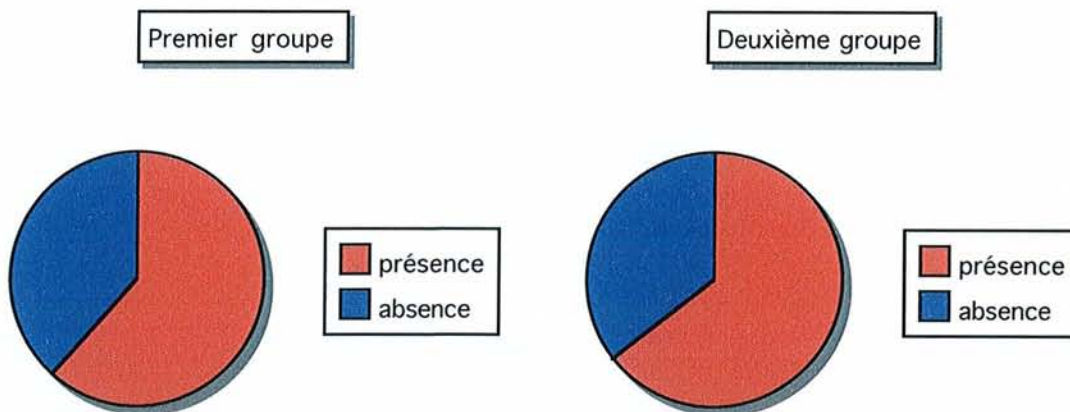
2.5. Numéro de téléphone

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **84,6**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **74,3**



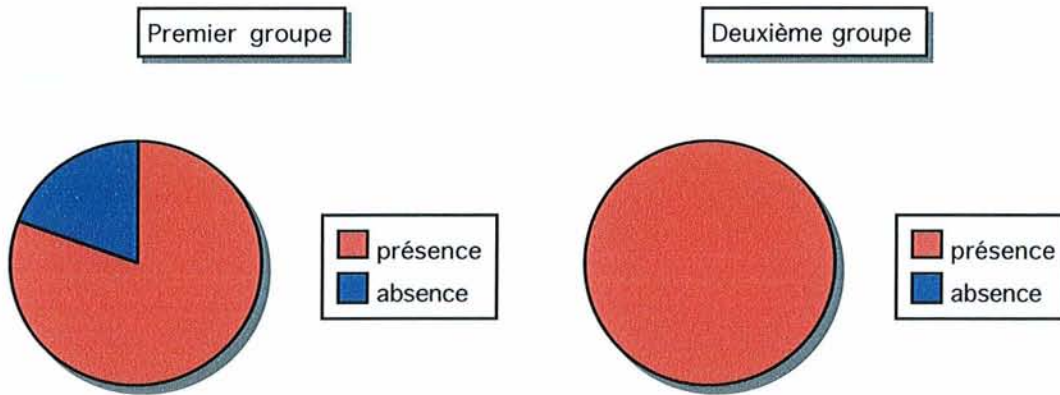
2.6. Profession

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **61,5**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **64,3**



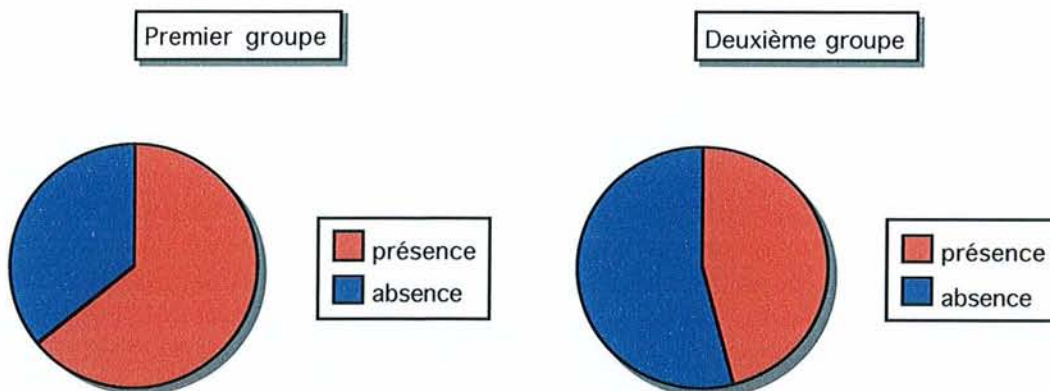
2.7. Antécédents personnels

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **80,8**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **100**



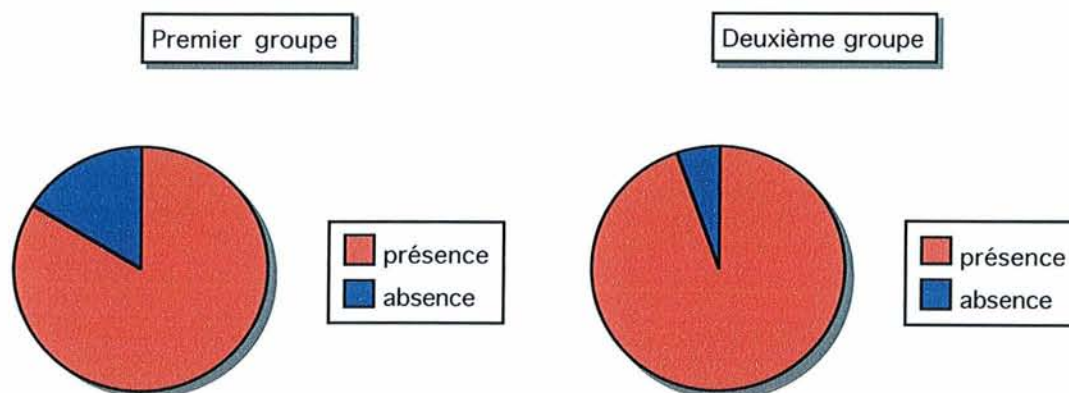
2.8. Antécédents familiaux

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **63,8**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **45,7**



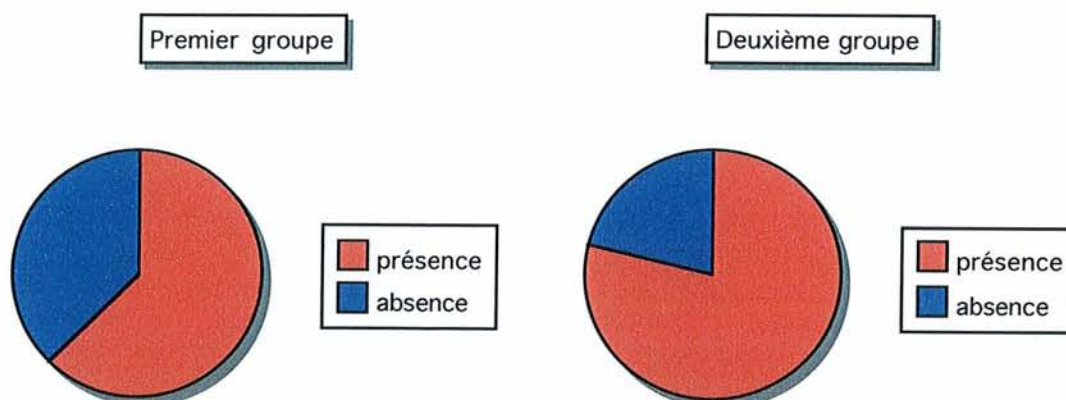
2.9. Allergies/Intolérances médicamenteuses

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **83,8**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **94,3**



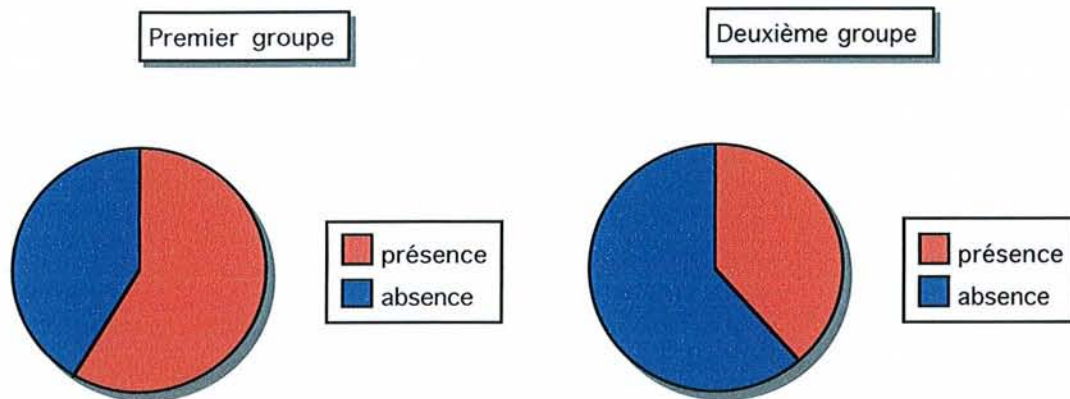
2.10. Tabagisme

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **62,3**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **78,6**



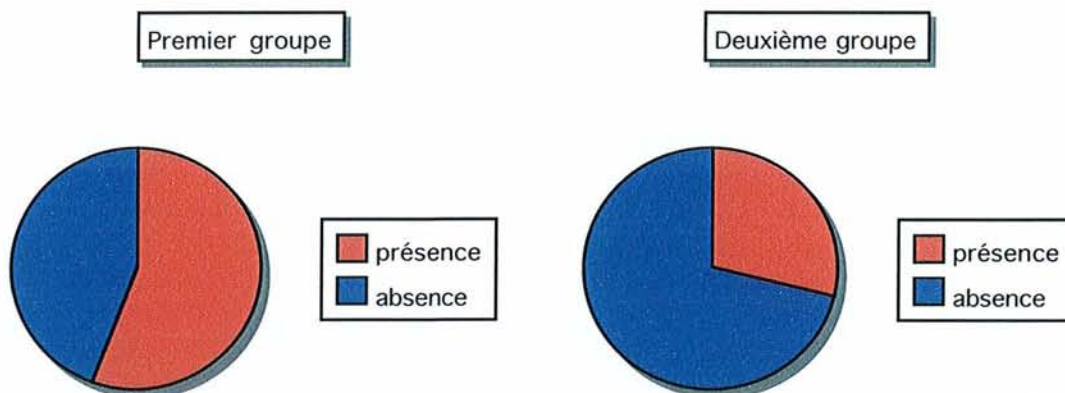
2.11. Alcool

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **58,5**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **38,6**



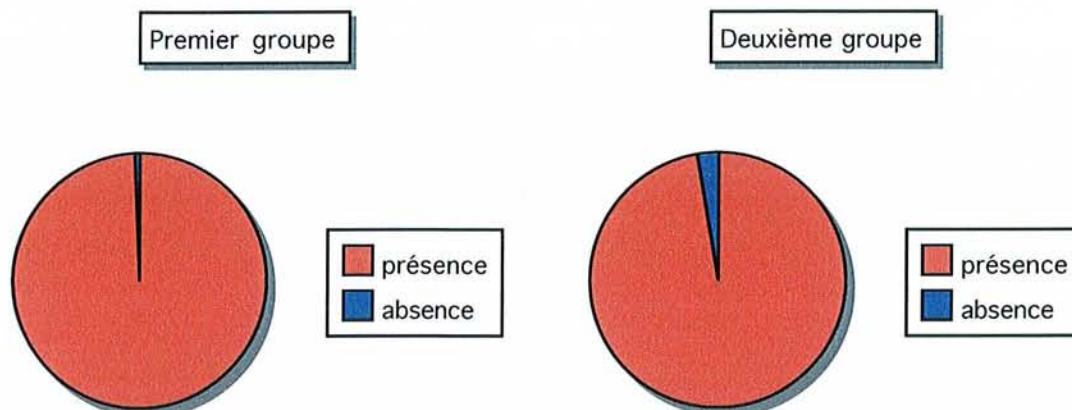
2.12. Vaccinations

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **56,9**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **28,6**



2.13. Dernier traitement prescrit

- ◇ Pourcentage de présence dans le 1^{er} groupe : **99,2**
- ◇ Pourcentage de présence dans le 2^e groupe : **97,1**



III. Tableaux synoptiques

Tableau I : Résultats comparatifs entre les deux groupes, pour chaque item (le pourcentage représente le nombre de fois où l'item est présent par médecin, pour les 10 dossiers analysés)

	Nom		Sexe		Date naissance		Adresse		Téléphone		Profession		ATCD personnels	
	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e
Groupe														
Moyenne (%)	100	100	100	100	99,2	100	100	100	84,6	74,3	61,5	64,3	80,8	100

	ATCD familiaux		Allergies/Intolérances médicamenteuses		Tabac		Alcool		Vaccin		Traitement	
	1er	2è	1er	2è	1er	2è	1er	2è	1er	2è	1er	2è
Moyenne	53,8	45,7	83,8	94,3	62,3	78,6	58,5	38,6	56,9	28,6	99,2	97,1

Le **nom**, le **sexe**, la **date de naissance**, l'**adresse**, le **numéro de téléphone**, les **antécédents personnels**, les **allergies et intolérances médicamenteuses**, le **dernier traitement prescrit** sont les données les plus souvent documentées (présence dans les dossiers supérieure à 70%). La profession et les antécédents familiaux sont des données retrouvées dans 40 à 70% des dossiers. Ceci est vrai pour les deux groupes étudiés.

En ce qui concerne les items restants, leur répartition diffère de façon plus importante selon les deux groupes :

- ◇ **Tabac** : donnée retrouvée dans **62,3%** des dossiers du 1^{er} groupe, contre **78,6%** du 2nd groupe
- ◇ **Alcool** : donnée retrouvée dans **58,5%** des dossiers du 1^{er} groupe, contre seulement **38,6%** du 2nd groupe
- ◇ **Etat vaccinal** : donnée retrouvée dans **56,9%** des dossiers du 1^{er} groupe, contre **28,6%** du 2nd groupe

Tableau II : Différence par item entre les deux groupes (exprimée en points de pourcentage)

Item	Groupe	
	Maîtres de stage	Non maîtres de stage
Nom	0	
Sexe	0	
Date de naissance	+0,8	
Adresse	0	
Téléphone	+10,3	
Profession	+2,8	
ATCD personnels	+19,2	
ATCD familiaux	+8,1	
Allergies/Intolérances médicamenteuses	+10,5	
Tabac	+16,3	
Alcool	+19,9	
Vaccins	+28,3	
Traitement	+2,1	
	Différence	

Pour cinq items, leur présence dans les dossiers du 1^{er} groupe est supérieure à celle du 2^e groupe : le numéro de téléphone, les antécédents familiaux, la consommation d'alcool, les vaccinations et le dernier traitement prescrit.

Pour les cinq items suivants l'inverse est vraie : la date de naissance, la profession, les antécédents personnels, les allergies/intolérances médicamenteuses, le tabagisme.

En ce qui concerne les trois items restants, à savoir le nom, le sexe et l'adresse, leur répartition dans les dossiers des deux groupes est la même.

Tableau III : Résultats comparatifs entre les deux groupes, médecin par médecin (le pourcentage représente la moyenne de présence des 13 items dans les dossiers d'un médecin donné)

Maîtres de stage													
médecin n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
moyenne des 13 items	91,5	83,1	51,5	78,5	76,1	95,4	87,7	70,0	76,9	83,1	82,3	89,2	75,4
moyenne globale	80,1%												

Non maîtres de stage							
médecin n°	1	2	3	4	5	6	7
moyenne des 13 items	82,3	80,8	76,9	78,5	81,5	60,0	90,0
moyenne globale	78,6%						

Dans le 1^{er} groupe, la moyenne varie de **51,5% à 95,4%**. En d'autres termes, la moyenne de présence des 13 items dans les dossiers oscille entre **6,7 items/13 et 12,4 items/13** en fonction du médecin.

Dans le 2nd groupe, cette moyenne varie de **7,8 items/13 à 11,7/13**.

La moyenne globale c.-à-d. le nombre d'items présent dans un dossier d'un médecin donné se chiffre à **80,1% (10,4 items/13)** dans le 1^{er} groupe. Dans le 2nd groupe, cette moyenne est de **78,6% (10,2 items/13)**.

La dispersion des résultats des différents médecins du 1^{er} groupe est plus importante que celle du 2nd groupe. Leurs moyennes globales respectives par contre sont pratiquement identiques.

4. Remarque

On constate que pour plusieurs items (antécédents familiaux, alcool, mais surtout profession et état vaccinal et à un moindre degré tabac), il existe **deux populations** de médecins. Certains considèrent que ces renseignements sont importants, alors que d'autres ne marquent que (très) peu souvent ces renseignements dans leurs dossiers médicaux. Notons que cette remarque vaut pour les deux groupes étudiés.

Discussion

1. Les maîtres de stage sont une “population cible” pour l'évaluation des pratiques

Après l'analyse des résultats de notre enquête, la constatation la plus évidente est la suivante : un taux de participation de 65% des médecins maîtres de stage à notre audit (sept fois plus élevé que celui du groupe des non maîtres de stage) reflète directement leur degré de motivation à l'égard de l'évaluation de leurs pratiques. Cette motivation nous permet de les définir comme une population cible pour l'évaluation des pratiques. Dès lors, ils pourront nous être utiles pour promouvoir l'audit des pratiques.

On peut en effet s'imaginer, par exemple, que les résultats des audits obtenus grâce à notre population cible soient publiés dans le Corps Médical (Bulletin d'information et organe officiel bimensuel de l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché du Luxembourg, envoyé gratuitement à tous les médecins exerçant au Luxembourg) et soient ainsi accessibles à l'ensemble des médecins généralistes. Ces publications pourraient ainsi les aider à améliorer leurs pratiques et par la même occasion augmenter leur curiosité et intérêt face aux procédés d'évaluation des pratiques.

2. Dossier médical et qualité des soins

Une autre question se posait à nous : la tenue du dossier médical permet-elle de statuer sur la qualité des soins délivrés aux patients ? En effet, un certain lien entre dossier médical et qualité des soins existe et peut être exprimé comme suit (27) :

- ◇ La recherche de la qualité des soins s'appuie sur une démarche systématique dite d'amélioration continue de la qualité
- ◇ La démarche d'amélioration continue de la qualité exige un travail d'analyse et de réflexion sur les données de la pratique
- ◇ La principale source de données sur la pratique est constituée par les dossiers médicaux

Le dossier constitue “la pierre angulaire de l'évaluation de l'exercice” (16) et de nombreux audits de pratique ont été réalisés à partir des données contenues dans les dossiers. Cependant, certains auteurs ont mis en évidence que les dossiers ne reflètent qu'imparfaitement et incomplètement les pratiques (27). Les données des dossiers doivent donc être interprétées avec prudence.

Faute d'études convaincantes, on n'est pas en mesure de statuer sur la qualité des pratiques des médecins généralistes luxembourgeois, à partir des résultats de notre audit. Cependant, on peut admettre intuitivement que le dossier est un élément

important du suivi du patient et qu'il est probablement plus simple de prendre en charge des patients quand tous les renseignements sont notés et facilement accessibles.

3. Comparaison des résultats de l'audit entre les deux groupes

Les "points forts" et les "points faibles" c'est-à-dire les items les plus souvent cités et ceux les moins souvent cités dans les dossiers, sont les mêmes dans les deux groupes (l'importance accordée aux différents items semble être la même dans les deux groupes de médecins). Aussi, la moyenne globale de présence des treize items dans un dossier donné, est sensiblement la même pour les deux groupes étudiés (80,1% dans le groupe des maîtres de stage, contre 78,6% dans l'autre groupe).

Les médecins généralistes ayant participé à l'audit ont donc globalement, la même qualité de tenue du dossier. On n'est bien sûr pas en mesure de qualifier leur tenue de bonne ou mauvaise, puisqu'il n'existe pas de norme pour qualifier un dossier de bon ou de mauvais. Et ne perdons pas de vue que le 1^{er} tour d'un audit est sensé donner un aperçu global d'une situation, aperçu à partir duquel on élabore des mesures de correction afin d'améliorer les pratiques, vérifié lors du second tour de l'audit, et non de désigner les bons et les mauvais médecins.

Le résultat des maîtres de stage reflète sans doute fidèlement la qualité de tenue du dossier au sein de leur groupe, en considérant leur taux de réponse élevé à l'audit (13 médecins/20). Par contre, le résultat du groupe des non maîtres de stage ne remplit pas cette condition, au vu de leur taux de participation insuffisant. Il est en effet impossible de prononcer un jugement représentatif pour l'ensemble des médecins non maîtres de stage, à partir de 7 médecins, issus d'un échantillon représentatif de 80 médecins, ayant répondu à notre questionnaire d'audit.

Cependant, la qualité de la tenue du dossier reste certainement améliorable pour les médecins des deux groupes analysés. Cette amélioration pourrait être constatée lors d'un second tour, après avoir mis en place les mesures de correction adaptées (sous forme de recommandations par exemple, envoyées par courrier aux médecins ayant participé au premier tour). Ainsi, le but ultime de tout audit des pratiques, à savoir une amélioration de celles-ci, pourrait être concrétisé.

4. Les raisons du faible taux de participation du 2nd groupe

Après le constat du faible taux de participation des médecins “non maîtres de stage”, par rapport au groupe des maîtres de stage, la question du pourquoi s’est imposée à nous. Pour trouver une réponse à cette question, nous avons décidé de mener une rapide enquête téléphonique auprès des “non-répondeurs ” du 2nd groupe et de leur demander la cause de leur abstention. Nous espérons que les réponses données nous permettraient de mieux comprendre les raisons de leur non participation à l’audit et de pouvoir y remédier à l’avenir le cas échéant. La méthodologie et les résultats détaillés se trouvent développés dans l’annexe II.

Notre enquête téléphonique a donné le résultat global suivant. Par ordre décroissant de fréquence, on retrouve comme réponse :

- ◇ **Le manque de temps** (54,6%)
- ◇ **L’oubli - la négligence** (31,8%)
- ◇ **Attitude de refus ou de méfiance** à l’égard des études d’évaluation des pratiques parce qu’elles représentent un moyen de juger et de surveiller les médecins (7,6%)
- ◇ **Autres** : peur d’une utilisation détournée des résultats, peur des propres résultats, doutes sur l’utilité ou l’efficacité des études d’évaluation (6,1%)

5. Comment augmenter à l’avenir le taux de participation ?

Ces raisons invoquées nous fournissent évidemment matière à réflexion. On peut se servir de la “population cible” identifiée, les maîtres de stage, pour promouvoir l’audit des pratiques. Mais, il est également important d’organiser une campagne visant à éclaircir certains points au sujet des études d’évaluation des pratiques par l’audit clinique. Les modalités de cette campagne restent à définir, mais on peut se l’imaginer sous forme de séances de FMC par exemple. Plus précisément, il faudra insister sur les points suivants :

- ◇ **Le facteur temps.** Ce fut la première raison invoquée de non participation à l’audit. Bon nombre de médecins ont rajouté qu’ils travaillent seuls et qu’ils ont un emploi du temps très chargé. Par conséquent, tout supplément de travail, qui de plus est n’est pas rémunéré, n’est pas accueilli les bras ouverts. Il faudra donc qu’on insiste sur le fait que le temps de recueil moyen d’une grille de questionnaire

d'un audit ne dépasse en principe pas les trois minutes et constitue donc un investissement de temps négligeable par rapport à la charge de travail journalière totale.

- ◇ **Attitude de méfiance ou de refus à l'égard de l'évaluation des pratiques par l'audit.** Il sera indispensable de lutter contre certains préjugés et malentendus concernant les études d'évaluation des pratiques, notamment le fait que l'audit ne sert nullement à juger, ni à surveiller les participants, mais uniquement à détecter et à corriger d'éventuels dysfonctionnements dans les pratiques, dans le but unique d'améliorer les soins apportés aux patients. Tout ceci bien sûr, en garantissant un anonymat sans faille, et pour les médecins et les patients inclus dans l'étude. Il est encourageant de noter que cet argument de non réponse à notre audit n'a été avancé que par 7,6% des médecins n'ayant pas répondu. Et ceci malgré le fait que l'évaluation des pratiques par l'audit ne soit pas encore une méthode de formation ancrée dans le paysage médical luxembourgeois.
- ◇ **L'oubli - la négligence.** Il est difficile d'influencer directement ce facteur qui concerne quand même presque un tiers des médecins "non -répondeurs" du 2nd groupe. Il faudra mettre en évidence la nécessité d'une évaluation régulière des pratiques en médecine générale, dont le but ultime représente le souci principal de tout médecin, à savoir l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients.

Une autre idée judicieuse nous semble le fait de proposer une indemnisation financière pour les médecins qui participent régulièrement aux actions FMC, dont font partie les audits des pratiques. Ce système est appliqué en Belgique actuellement (63). Ces avantages pourraient par exemple revêtir la forme de majoration des honoraires pour les médecins dont la participation assidue aux actions FMC est prouvée.

Remarque

En 2001, le G.L.A.M. (Groupe Lorrain d'Audit Médical) a réalisé un audit sur la qualité rédactionnelle des ordonnances (32), un audit pour lequel les participants n'avaient (presque) rien à faire. En effet, ils devaient uniquement donner leur accord permettant à une étudiante en pharmacie, d'assurer l'exploitation d'un certain nombre de leurs ordonnances. Les participants n'avaient donc pas de grille de questionnaire à remplir et par conséquent leur temps investi pour participer à cet audit, était nul.

Finalement, le nombre de médecins qui ont demandé de participer à cet audit (par renvoi d'un coupon réponse), le taux de participation en d'autres termes, n'était pas plus élevé que d'habitude. Il semble donc que le taux de participation à un audit ne dépende pas du temps que le médecin participant doit y investir (pour remplir la grille du questionnaire). En supposant que ce résultat soit transmissible aux médecins luxembourgeois, la question suivante se pose : l'argument "manque de temps" avancé par la moitié environ des médecins n'ayant pas participé à notre audit, pourrait "cacher" le véritable motif d'abstention. Celui-ci pourrait être, par méfiance et méconnaissance, la peur des résultats ou la peur d'être jugé par exemple.

Cette présomption mérite bien sûr d'être confirmée, mais, en attendant, ne remet pas en question la nécessité d'une campagne d'éclaircissement adaptée et à large échelle auprès du corps médical au sujet de l'audit des pratiques.

6. Le financement des études d'évaluation des pratiques

Reste une dernière question au sujet des audits, non moins importante néanmoins, à savoir celle de leur financement. La préparation d'un audit demande non seulement un investissement important en temps, mais également des moyens financiers pour la logistique. Il serait logique que ce temps investi, aussi bien du côté des organisateurs que de celui des participants, soit indemnisé de façon équitable. Ce financement pourrait trouver son origine dans le Centre de Recherche Publique (Secteur Santé), au sein duquel un département responsable pour la coordination et le financement de la FMC en médecine générale, pourrait être créé, comme c'est le cas pour les pratiques dans les hôpitaux publiques. En outre, les partenaires conventionnels, l'Union des Caisses de Maladie, auraient également intérêt à soutenir la démarche d'évaluation des pratiques en médecine générale, puisqu'une médecine exercée proche des référentiels est non seulement une médecine de qualité irréprochable, mais également sensible aux coûts qu'elle génère, c.-à-d. en se limitant aux dépenses qui sont utiles et nécessaires (34). De ce point de vue, on devrait pouvoir convaincre les instances publiques à financer les actions FMC en médecine générale, et par la même occasion la FMC pourrait enfin être libérée de sa dépendance perverse par rapport aux laboratoires pharmaceutiques. On pourrait citer comme exemple, le modèle en vigueur en Grande-Bretagne, où c'est le ministère de la santé qui couvre les frais de logistique et verse une indemnité aux médecins organisateurs et aux médecins participants aux audits (41).

Néanmoins, il reste vital qu'à la fois l'organisation et l'analyse des résultats soient uniquement réalisées par le groupe de médecins ayant initié l'audit, afin que les résultats de celui-ci ne puissent pas être utilisés par un tiers contre le corps médical.

7. Comparaison entre les résultats de l'audit "Le dossier médical en médecine générale" réalisé en France & l'audit "Tenue du dossier médical en médecine générale" réalisé au G.-D. du Luxembourg

“ Le dossier médical est le lieu naturel de recueil des données. Il doit devenir l'élément fondamental de l'évaluation et faire aussi l'objet d'une activité évaluative (1). ”

En 1998, fut organisé et réalisé par le service de l'évaluation en secteur libéral de l'ANAES, un audit clinique sur " l'évaluation de la qualité du dossier médical des généralistes " (7). Au total, 276 médecins généralistes ont accepté de participer à cet audit national et ont analysé 2530 dossiers au premier tour. Rappelons que l'audit luxembourgeois sur la tenue du dossier médical réalisé dans le cadre de notre thèse, a compté 20 participants avec 200 dossiers analysés.

7.1. Méthodologie

Détaillons la méthodologie suivie pour élaborer cet audit en France, en insistant sur les différences existant avec celle utilisée pour l'audit de notre thèse.

7.1.1. Choix du sujet

Le service de l'évaluation en secteur libéral de l'ANAES a retenu le thème du dossier médical pour les raisons suivantes :

- ◇ Les obligations déontologiques de tenir un dossier pour chaque patient (11).
- ◇ Les recommandations publiées en 1996 par l'ANDEM (2).
- ◇ L'informatisation rapide des cabinets médicaux qui repose le problème de l'organisation et de la structure des dossiers (64).
- ◇ La bonne tenue du dossier médical est considérée par la plupart des auteurs comme un indicateur d'une démarche qualité en médecine générale (10), (17), (18), (33), (42), (69).

Les raisons de notre choix pour le thème de l'audit de la thèse ont été exposées précédemment.

7.1.2. Etablissement du référentiel et du questionnaire

Le référentiel adopté pour les deux audits a été tiré des recommandations du document ANDEM de 1996 (2). Chacun comporte 13 items, avec cependant quelques légères différences illustrées dans le tableau qui suit (FR : France ; LU : Luxembourg) :

audit FR	nom	sexe	date de naissance	adresse	téléphone	profession	N° SS
audit LU	nom	sexe	date de naissance	adresse	téléphone	profession	ATCD personnels
audit FR	allergies	intolérance médic.	antécédents	facteurs de risque	vaccins	traitement	
audit LU	ATCD familiaux	allergies/intolérances médic.	tabac	alcool	vaccins	traitement	

Huit items sont en commun sur les questionnaires des deux audits : nom, sexe, date de naissance, adresse, numéro de téléphone, profession, vaccinations et dernier traitement prescrit.

Pour 4 autres items, de légères différences existent :

- ◇ **Les antécédents.** Nous avons décidé de diviser, à l'opposé de l'audit de l'ANAES, cet item en deux items, à savoir, les antécédents personnels et les antécédents familiaux. La raison en était simple : nous voulions savoir si les généralistes accordent autant d'importance aux uns qu'aux autres. Les antécédents familiaux n'ayant pas autant de poids dans la prise en charge d'un patient, on a pensé qu'ils pourraient être notés moins systématiquement dans les dossiers médicaux.
- ◇ **Les facteurs de risque.** Alors que la consommation d'alcool et le tabagisme ont été réunis sous un seul item dans l'audit de l'ANAES, nous les avons gardés séparés. Ceci devrait nous permettre de constater, comme pour les antécédents, l'importance accordée par les médecins à l'un et à l'autre des deux facteurs.

- ◇ **Allergies/Intolérances médicamenteuses.** Représentant deux items différents dans l'audit français, nous les avons mis ensemble sur notre questionnaire. D'expérience on sait que les patients confondent souvent ces deux notions et que dès lors il est difficile de faire la part des choses uniquement à l'interrogatoire. Dans le doute, il vaut mieux considérer un patient comme allergique à tel ou tel médicament et ne rien risquer et pour sa santé et d'un point de vue médico-légal.
- ◇ En ce qui concerne **le numéro de sécurité sociale**, nous avons décidé de ne pas le prendre en considération pour notre liste des items. En effet, comme ce numéro doit obligatoirement figurer sur chaque ordonnance et chaque mémoire d'honoraire, il est connu de facto pour tous les patients.

7.1.3. Recueil des données, anonymat

Pour les deux audits, chaque médecin participant devait analyser les 10 premiers dossiers ouverts au cours de la consultation d'un jour donné. Les critères d'inclusion étaient l'âge du patient (plus de 15 ans pour l'audit français, au moins 18 ans pour l'audit luxembourgeois) et l'existence d'un dossier préalable (il ne fallait pas inclure de nouveau patient).

Les fiches de recueil étaient conçues de manière à faire figurer sur un même tableau les 13 critères et les 10 dossiers. Les réponses étaient toutes de type binaire (présent/absent).

7.2. Résultats comparatifs

Tableaux n°1 & n°2 : Résultats comparatifs entre les deux audits, pour chaque item (le pourcentage représente le nombre de fois où l'item est présent par médecin, pour les 10 dossiers analysés)

Tableau n°1 : Items identiques aux 2 audits

	Nom		Sexe		Date naissance		Adresse		Téléphone	
Audit	FR 91,7	LU 100	FR 93,8	LU 100	FR 92,5	LU 99,5	FR 87,9	LU 100	FR 70,5	LU 81,0
Différence	8,3		6,2		7		12,1		10,5	
	Profession		Vaccins		Traitement		FR : France LU : Luxembourg			
Audit	FR 58,4	LU 62,5	FR 39,6	LU 47,0	FR 92,9	LU 98,5				
Différence	4,1		7,4		5,6					

Tableau n°2 : Items différents aux 2 audits

	Antécédents		Facteurs de risque		Allergies/intolérances médicamenteuses	
Audit	FR 85,9	LU 69,2 ¹	FR 48,3	LU 59,7 ²	FR 47,7 ³	LU 87,5
Différence	16,7		11,4		39,8	

(1) : Ce chiffre représente la moyenne des 2 critères antécédents familiaux et personnels

(2) : Ce chiffre représente la moyenne des 2 critères tabagisme et consommation d'alcool

(3) : Ce chiffre représente la moyenne des 2 critères présence d'allergies et intolérances médicamenteuses

Le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse, le numéro de téléphone, la présence du dernier traitement étaient les données les plus souvent documentées. Ceci est vrai pour les deux audits.

La profession et les facteurs de risque étaient des données retrouvées dans 40 à 70 % des dossiers dans les 2 audits.

En ce qui concerne les 3 items restants, leur répartition respective était la suivante :

- ◇ Vaccinations : 39,6% pour l'audit français, contre 47% pour l'audit luxembourgeois
- ◇ Antécédents : 85,9% (FR) contre 69,2% (LU)
- ◇ Allergies/Intolérances médicamenteuses : 47,7% (FR) contre 87,5 (LU)

On peut noter, et ceci concerne les deux audits, que pour deux des critères (profession et intolérances médicamenteuses pour l'audit français, profession et antécédents familiaux pour l'audit luxembourgeois) il existait deux populations de médecins. Certains considéraient que ces renseignements étaient importants, d'autres ne marquaient que très peu souvent ces renseignements dans leurs dossiers.

7.3. Discussion

Soulignons tout d'abord que la comparaison des résultats des 2 audits sera très prudente. En effet, quoique proche, la méthodologie utilisée n'était pas exactement la même pour les deux audits, de même que leurs objectifs primaires respectifs divergeaient et que le facteur temps joue probablement aussi un rôle. L'audit français a été réalisé en 1998, alors que celui de ce travail en 2001-2. On peut supposer que pendant cet intervalle de temps, la mentalité et la sensibilisation des généralistes face à l'évaluation des pratiques, ont quelque peu évolué. On peut même penser qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes luxembourgeois (notamment ceux suivant régulièrement la presse médicale française) aient eu connaissance des résultats et conclusions de l'audit réalisé par l'ANAES en 1998.

Les tableaux n°1 & n°2 montrent que pour 10 des 11 items comparés, le pourcentage de présence était plus élevé (de 4,1 à 39,8 points de %) dans l'audit luxembourgeois. Seulement les antécédents faisaient exception à cette règle. Mais, en y regardant de plus près, on s'aperçoit que ce sont les antécédents familiaux qui ont fait baisser le pourcentage global de l'item antécédents dans l'audit luxembourgeois (pourcentage calculé à partir de la moyenne des deux items antécédents personnels et antécédents familiaux). En ne prenant en compte que l'item antécédents personnels, cette exception disparaîtrait. De là à prétendre que la tenue du dossier médical en

médecine générale au G.-D. du Luxembourg soit meilleure que celle en France, serait une affirmation osée. En effet, plusieurs raisons, évoquées plus haut, peuvent expliquer ces résultats.

Les “points forts” c.-à-d. les données les plus souvent documentées des 2 côtés sont : le nom, le sexe, la date de naissance, l’adresse, le numéro de téléphone et le dernier traitement prescrit. Les “points faibles” c.-à-d. les données les moins souvent documentées des 2 côtés sont : les vaccinations et les facteurs de risque. On citera encore l’item profession qui, dans les deux audits, se trouve au milieu des deux catégories précédentes et ne constitue ni un point fort ni un point faible en termes de pourcentage de présence dans les dossiers. Neuf des onze items analysés se sont donc apparemment vus attribués la même importance par les médecins participants des deux audits.

En conclusion, et avec toute la prudence nécessaire, on dira qu’il semble que les deux audits réalisés plaident en faveur d’une tenue du dossier en médecine générale globalement semblable chez les médecins audités dans les deux camps. En effet, la majorité des points forts et faibles sont en commun, ou autrement dit, l’importance accordée aux différents items semble être la même chez les médecins des deux côtés. Un léger avantage en ce qui concerne le pourcentage de présence des items dans les dossiers, s’est dégagé pour les généralistes luxembourgeois, avantage dont la signification reste à préciser cependant.

8. Comparaison avec l’audit alcool-tabac du G.L.A.M.

8.1. Méthodologie

En 1999, le Groupe Lorrain d’Audit Médical (G.L.A.M.) a réalisé un audit qui a essayé de répondre à la question suivante : Le dossier médical permet-il de définir le statut du patient par rapport à l’alcool et au tabac ? (31). Le médecin participant fallait inclure dans l’étude les 25 premiers patients de plus de 15 ans, vus en consultation et suivis régulièrement (plus de trois consultations au cours des deux dernières années). Le recueil était rétrospectif : les informations sur le tabagisme et sur la consommation d’alcool étaient à chercher dans le dossier du patient.

8.2. Résultats

Les résultats de cet audit permettent une comparaison avec les résultats des deux critères alcool - tabac inclus dans l'audit réalisé dans le cadre de ce travail. Le tableau suivant regroupe les résultats respectifs des deux audits (sont représentés les résultats du 1^{er} tour) :

FR : audit France (GLAM) LU : audit Luxembourg	Score moyen du groupe	
	FR	LU
TABAC		
% de dossiers qui contiennent une information sur le tabagisme du patient	<u>41,6</u>	<u>68</u>
ALCOOL		
% de dossiers qui contiennent une information sur la consommation d'alcool du patient	<u>26,6</u>	<u>51,5</u>

8.3. Discussion

La présence des deux critères est supérieure dans les dossiers des médecins luxembourgeois : de 26,4 points de % (+63,5%) pour le tabac, de 24,9 (+93,6%) pour l'alcool. Notons que ceci reste vrai pour les résultats du 2nd tour de l'audit français, où le pourcentage du critère tabac monte à 62,1%, celui du critère alcool à 48,3% (donc toujours inférieur aux résultats luxembourgeois qui sont de 68% pour le critère tabac, respectivement 51,5% pour le critère alcool).

Est-on en mesure de donner une explication valable à cette "supériorité" luxembourgeoise, à cette nette différence de présence dans les dossiers des deux critères recherchés ? Les médecins luxembourgeois seraient-ils plus conscients de la nécessité de noter ces deux facteurs de risque dans les dossiers des patients ? L'information sur la consommation tabagique permet de donner le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac, à savoir si le patient a déjà envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Ce conseil minimal est efficace en terme de santé publique (35). L'information consommation d'alcool permet de repérer les patients à risque d'alcoolisme.

La meilleure présence des facteurs de risque (tabac-alcool) dans les dossiers luxembourgeois s'intègre peut-être dans le cadre général d'une meilleure tenue des dossiers au G.-D. du Luxembourg. Celle-ci pourrait s'expliquer par une mentalité plus "germanique" des médecins luxembourgeois, qui implique plus de rigueur face à la tenue du dossier, que la mentalité plutôt latine, donc plus laxiste des médecins français. C'est cette mentalité qui considère probablement l'alcool et le tabac, plus comme une menace pour la santé qu'un plaisir, à l'inverse de la mentalité latine qui favorise plutôt le plaisir. Ceci pourrait expliquer l'écart observé entre les deux audits.

Dans les deux audits comparés, la présence de l'information tabagisme dans les dossiers, est nettement supérieure à celle sur la consommation d'alcool. Une enquête française a constaté que les médecins posent plus facilement à leurs patients la question de la consommation de tabac, que celle de la consommation d'alcool (54). Ceci semble être vrai aussi pour les médecins luxembourgeois. Les difficultés des médecins à aborder la question de la consommation d'alcool de leurs patients tiennent peut-être aux sentiments ambivalents liés à la consommation de boissons alcoolisées. Les médecins pourraient craindre de culpabiliser leurs patients et de froisser leur susceptibilité en posant la question de la consommation d'alcool.

9. Un mot d'autocritique

Finalement, on est amené à prononcer quelques réflexions d'autocritique au sujet de la méthodologie de notre audit. Une première remarque concerne la participation des médecins. Certes, chaque grille de réponse fut accompagnée d'une lettre explicative, mais deux actions auraient pu être mises en place pour garantir une participation accrue des médecins :

- ◇ Ajouter au courrier envoyé, un mot de recommandation du Dr G. Wagner, président du C.M.G. (Cercle des médecins généralistes), ce qui aurait rajouté du sérieux à l'étude, motivé les participants à répondre et ainsi évité au questionnaire de terminer sur une pile de courrier mal rangée.
- ◇ Aller voir personnellement chaque médecin pour lui remettre en mains propres le questionnaire (ou à défaut téléphoner à chacun) et donner les explications nécessaires au sujet de l'étude. Ceci aurait évidemment coûté beaucoup de temps et n'est finalement possible que pour un nombre restreint de participants.

Une deuxième remarque concerne les critères d'inclusion des patients. Afin d'éviter l'inclusion d'un patient vu qu'une seule fois (avec un dossier probablement incomplet), on aurait dû préciser de n'inclure que les patients suivis régulièrement, c.-à-d. vus en consultation au moins trois fois au cours des deux dernières années.

Une dernière remarque est au sujet d'un des treize critères retenus, l'état vaccinal. Il aurait suffi de demander uniquement la présence dans le dossier de la date des vaccinations DT polio. Demander en plus la date de la mise à jour prévue, revient à faire un audit sur l'état vaccinal des patients et dépasse le cadre d'un audit sur la tenue du dossier.

Conclusion

Notre enquête nous a permis de définir les maîtres de stage luxembourgeois comme cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire. En effet, la fréquence des médecins acceptant de participer à un audit clinique y est plus élevée. Cette population cible nous sera utile dans un premier temps, pour promouvoir l'audit au G.-D. du Luxembourg.

La comparaison des résultats de notre audit avec ceux de deux audits français, a montré une plus grande motivation des généralistes luxembourgeois, en général, à participer à un audit, par rapport à leurs collègues français. Il pourrait s'agir là d'une simple question de mentalité (mentalité plutôt germanique du côté des médecins luxembourgeois versus mentalité plutôt latine des médecins français).

L'enquête téléphonique auprès des médecins " non-répondeurs " a fourni un résultat plutôt inattendu : les raisons de non participation invoquées (manque de temps, oubli) par les médecins, pourraient en effet cacher la vraie raison (peur des propres résultats p.ex.). Comme tout résultat inattendu, celui-ci a besoin d'être confirmé par une autre enquête.

A l'aide de la population cible identifiée et à l'aide aussi d'une campagne adaptée (dont les modalités exactes restent à définir), nous osons espérer mobiliser un jour une grande majorité des généralistes luxembourgeois, à participer aux audits des pratiques. Cette campagne insistera sur la nécessité absolue de l'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire. Celle-ci débouche en effet, sur une amélioration des pratiques et donc des soins prodigués aux patients, ce qui constitue une préoccupation majeure pour tout médecin.

En attendant, l'optimisme domine quant au devenir de l'utilisation de l'audit des pratiques comme méthode de formation pour les médecins généralistes luxembourgeois . Il semble en effet que leur mentalité plutôt " germanique ", puisse favoriser leur volonté de participer à l'évaluation des pratiques. Ainsi, nous pourrions rattraper notre retard dans la matière sur nos voisins français et belges, qui évaluent régulièrement et depuis longtemps leurs pratiques.

Bibliographie

- 1) **Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.**
L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire.
L'audit médical.
Paris : A.N.D.E.M. ; 1993 : 33p.
- 2) **Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.**
La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations.
Paris : A.N.D.E.M. ; 1996 : 80p.
- 3) **Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.**
Recommandations pour la tenue du dossier du patient en médecine générale.
Rev Prat MG 1996 ; 10 (361) : 41-9
- 4) **Arrêté interministériel du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins.**
Journal Officiel du 26 novembre 1993 : 16297-16311
- 5) **Baker R, Presley P.**
The practice audit plan. A handbook of medical audit for primary care teams.
Bristol : The severn faculty of The Royal College of General Practitioners. 1990, 32p.
- 6) **Bohigas L.**
Future of quality assurance in Spain.
Aust Clin Rev 1989 ; 9 : 98-100
- 7) **Brami J, Doumenc M, Lafont M.**
Le dossier médical en médecine générale.
Un audit clinique réalisé par 276 médecins généralistes.
Rev Prat MG 1999 ; 13 (481) : 2081-6
- 8) **Briançon S, Girard F, Empereur F, Guillemin F.**
Evaluation des pratiques professionnelles.
Rev Epidemiol Santé Publique 2000 ; 48(6) : 541-50
- 9) **Brook RH.**
Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible ?
JAMA 1989 ; 262 : 3027-30

- 10) **Carter BL, Helling DK, Burns EA, Johnson RE, Danielson SL.**
Associating between appropriateness of prescribing and prescription documentation.
Am J Hosp Pharm 1983 ; 40 : 1513-5
- 11) **Code de déontologie médicale (art. 45).**
Décret n° 95-1000, 6 sept. 1995
- 12) **Collège national des généralistes enseignants.**
Principes de médecine générale.
Médecine générale Concepts & Pratiques : 5-8
- 13) **Collège national des généralistes enseignants.**
Introduction aux fonctions de la médecine générale.
Médecine générale Concepts & Pratiques : 16-18
- 14) **Convention entre l'Union des Caisses de Maladie et l'Association des Médecins et Médecins Dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des Assurances Sociales.**
Luxembourg, 2000
- 15) **Corporation professionnelle des médecins du Québec.**
Guide de l'évaluation des actes médicaux par critères objectifs. 1983 ; 40p.
- 16) **Corporation professionnelle des médecins du Québec.**
Tenue du dossier. Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC.
Montréal : CPMQ, novembre 1989, 2p.
- 17) **Del Mar CB, Lowe JB, Adkins P, Arnold E.**
What is the quality of general practitioner records in Australia ?
Aust Fam Physician 1996 ; suppl. 1 : 21-5
- 18) **Del Mar CB, Lowe JB, Adkins P, Arnold E, Baadee P.**
Improving general practitioner clinical records with a quality assurance minimal intervention.
Br J Gen Pract. 1998 ; 48 (431) : 1307-11
- 19) **Deny J, Lawrence M, Griew K, Anderson J, Humpreys J, Pandher KS.**
Auditing audits : the method of Oxfordshire Medical Audit Advisory Group.
BMJ 1991 ; 303 : 1247-9

- 20) **Dosquet P et al.**
Les recommandations médicales et professionnelles.
Dans : Y Matillon P Durieux : L'évaluation médicale : du concept à la pratique.
2^{ème} édition Edts Med-Sciences Flammarion 2000
- 21) **Doumenc M.**
L'évaluation en médecine libérale.
In : Ordre des Médecins. 3^{ème} congrès international d'éthique médicale.
Paris 9-10 mars 1991 : 99-100
- 22) **Doumenc M.**
L'audit n'est pas une mode.
Rev Prat MG Audit 1996 ; 10 (347) : II
- 23) **Doumenc M.**
Les différentes phases de l'audit.
Rev Prat MG Audit 1996 ; 10 (347) : IV
- 24) **Doumenc M.**
Etablir un questionnaire.
Rev Prat MG Audit 1997 ; 11 (376) : III
- 25) **Eddy DM.**
Le défi. JAMA.
Ed. Française 1990 ; 15 : 425-33
- 26) **Etienne J.**
Evaluation et pratique médicale.
Conclusions. In : Ordre des Médecins. 3^{ème} congrès international d'éthique médicale.
Paris 9-10 mars 1991 : 103-5
- 27) **Falcoff H.**
Tenue du dossier : des recommandations toujours d'actualité.
Rev Prat MG 1999 ; 13(481) : 2068-69
- 28) **Girard F, Empereur F, Guillemin F, Briançon S.**
Recherche clinique, évaluation des soins et assurance de qualité.
Thérapie 1998 ; 53(6) : 559-63
- 29) **Giraud A.**
Medical audit in France : historical perspective.
BMJ 1992 ; 304 : 426-8

- 30) **G.L.A.M. : Groupe Lorrain d'Audit Médical.**
Site internet : www.glam-sante.org
- 31) **G.L.A.M. : Groupe Lorrain d'Audit Médical.**
Audit : Tabac - Alcool. 1999.
Site internet : www.glam-sante.org
- 32) **G.L.A.M. : Groupe Lorrain d'Audit Médical.**
Audit : La qualité rédactionnelle de nos ordonnances. 2001.
Site internet : www.glam-sante.org
- 33) **Grebe SK, Smith RB.**
Clinical audit and standardised follow up improve quality of documentation in diabetes care.
N Z Med J 1995 ; 108 : 339-42
- 34) **Grenier B.**
Mesurer les résultats.
Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0070, 2002, 5p.
- 35) **Hirsch A.**
Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme.
Efficacité d'une intervention médicale minimale.
Conc Méd. 1996 ; 477-81
- 36) **Humphrey C, Hughes J.**
Audit and development in primary care. Medical audit series 5.
London : King's fund center ; 1993 : 4-15
- 37) **Keller RB, Chapin AM, Soule DN.**
Informed inquiry into practice variations : the Maine medical assessment foundation.
Qual Assur Health Care 1990 ; 2 : 69-75
- 38) **Kessner DM, Kalk CE, Singer J.**
Assessing health quality - the case of tracers.
N Engl J Med 1973 ; 288 : 189-94
- 39) **Lafont L.**
Les mesures de correction.
Rev Prat MG Audit 1998 ; 12 (426) : III

- 40) **Lafont-Picton MJ.**
Une méthode pour améliorer les pratiques professionnelles.
Rev Prat MG Audit 1996 ; 10 (347) : III
- 41) **Léonard P.**
L'audit en Grande-Bretagne.
Rev Prat MG Audit 1998 ; 12 (426) : X
- 42) **Liesenfeld B, Heekeren H, Schade G, Hepp KD.**
Quality of documentation in medical records of diabetic patients.
Int J Qual Health Care 1996 ; 8 (6) : 537-42
- 43) **Linton AL, Peachey DK.**
Guidelines for medical practice : 1. The reason why.
Can Med Assoc J 1990 ; 143 : 485-90
- 44) **Mairesse JP.**
De la référence au référentiel.
Rev Prat MG Audit 1996 ; 10 (357) : IV
- 45) **Matillon Y.**
Qu'est-ce que l'évaluation ?
In : Ordre des médecins. 3^{ème} congrès international d'éthique médicale.
Paris 9-10 mars 1991 : 87-8
- 46) **Matillon Y.**
Qu'est-ce que l'évaluation en médecine ?
Rev Prat MG 1992 ; 42, 2p.
- 47) **Medical audit in general practice : a survival guide.**
Wiltshire MAAG
- 48) **Ministère de la Santé.**
Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant sur le code de déontologie médicale.
Journal Officiel 30 juin 1979 : 1568-73
- 49) **Molinari M.**
Le choix du sujet.
Rev Prat MG Audit 1996 ; 10 (357) : III

- 50) **Molinari M.**
Recueil des données.
Rev Prat MG Audit 1997 ; 11 (376) : IV
- 51) **Pazard L.**
Les enquêtes de pratiques.
In : Matillon Y. Durieux P (eds). L'évaluation médicale.
Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1994 : 43-7
- 52) **Pazart L.**
Analyse des données (I).
Rev Prat MG Audit 1997 ; 11 (387) : III
- 53) **Pazart L.**
Analyse des données (II).
Rev Prat MG Audit 1997 ; 11 (387) : IV
- 54) **Pouchain D, Huas D, Druais PL et Wolff B.**
Implication des médecins généralistes dans la prévention.
Rev Prat MG 1998 ; 440 : 31-37
- 55) **Royal College of General Practitioners.**
What sort of doctor ? Assessing quality of care in general practice.
London : Royal College of General Practitioners.
Report from general practice n°23, 1985 ; 27p.
- 56) **Schummer C.**
Le dossier médical global (DMG).
Luxembourg, 2002 ; 17p.
- 57) **Scott GWS.**
Guidelines are essential for quality assurance in practice.
Can Med Assoc J 1990 ; 143 : 473-4
- 58) **Shaw CD.**
Aspects of audit 4 : acceptability of audit.
BMJ 1980 ; 280 : 1443-6
- 59) **Smith R.**
Where is the wisdom...? the poverty of medical evidence.
BMJ 1991 ; 303 : 798-9

- 60) **Société Scientifique de Médecine Générale (S.S.M.G.).**
Recommandations de bonne pratique : Le dossier médical et travaux annexes.
Belgique, 2001
- 61) **Stenger S.**
Audit des pratiques : connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes.
Rev Prat MG 2000 ; 14 (493) : 571-80
- 62) **Stephan JC, Goupy F.**
La qualité des soins en médecine ambulatoire ?
De la théorie vers la pratique des évaluations.
Cah Sociol Démogr Méd 1980 ; 3 : 158-62
- 63) **Teheux J. Rochet JP.**
En Belgique, les médecins généralistes évaluent leur pratique depuis 4 ans.
Rev Prat MG Audit 1997 ; 11 (387) : IX
- 64) **Venot A, Falcoff H.**
L'informatisation du cabinet médical du futur. Comptes rendus du colloque organisé par l'association française pour les applications de l'informatique médicale (AIM) et la société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), Paris, janvier 1999.
Paris : Springer, 1999
- 65) **Vuori HV.**
L'assurance de la qualité des prestations de santé.
Concepts et méthodes.
Copenhague : OMS, Bureau Régional de l'Europe. La santé publique en Europe
16. 1984 ; 155p.
- 66) **Wagner G.**
Audit médical : déjà entendu ?
Le corps médical. 2000 ; 7 : 5-7
- 67) **Wagner G.**
Etude de la prise en charge des patients diabétiques de type II par les médecins généralistes.
Luxembourg, 2000 ; 59p.
- 68) **Wagner G.**
Démographie en médecine générale au Grand-Duché du Luxembourg.
Luxembourg, 2001 ; 9p.

69) **Zuckermann AE, Starfield B, Hochreiter C, Kovaszny B.**

Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape-recording doctor-patient encounters.

Pediatrics 1975 ; 56 : 407-11

Annexes

Annexe I : Fiche de recueil et
notice explicative envoyées aux
participants de l'audit

Madame, Monsieur

Permettez-moi de vous proposer une enquête d'audit médical sur le thème de la tenue du dossier médical en médecine générale. Cet audit me servira de base pour la réalisation d'une thèse en vue de l'obtention d'un doctorat en médecine.

Au cas où la notion d'audit médical ne vous serait pas familière, voici quelques brèves explications : l'audit est une méthode originale et efficace pour évaluer les pratiques médicales en vue d'améliorer la qualité des soins apportés aux patients. Il ne contrôle en aucun cas les connaissances du médecin, mais permet de mesurer ses performances en pratique quotidienne. En d'autres termes, il permet d'évaluer l'application des connaissances acquises. Il ne revêt nullement un aspect punitif, ni ne sert à montrer du doigt d'éventuelles bêtes noires (l'anonymat est une caractéristique essentielle de l'évaluation des pratiques par l'audit), mais sert uniquement à rapprocher la pratique de référentiels reconnus, dans le but de mieux traiter les patients. Dans ce cas précis, il s'agit d'une enquête relative à la tenue du dossier médical. Nous avons choisi treize critères dont la présence dans le dossier nous semble indispensable. A vous de vérifier leur présence (marquer "P") ou absence (marquer "A") dans le dossier d'un patient donné. La grille du questionnaire est à remplir pour les dix premiers patients répondant aux critères d'inclusion c.-à-d. un âge supérieur ou égal à 18 ans et ayant un dossier préalable (il ne faut pas inclure de nouveau patient), et qui franchissent le pas de votre cabinet un jour donné. Jointes à cette lettre, vous trouverez et la grille de recueil et une page avec les indications précises pour la remplir (explications pour chaque critère). Bien entendu, les questionnaires sont non seulement anonymes pour les médecins participants, mais également pour les patients inclus dans l'audit (il ne faut pas marquer leur nom sur la fiche de recueil). L'anonymat des médecins participants est garanti par un système de codage qui prévoit l'administration d'un numéro d'identification anonyme à chaque médecin. Ce dernier est différent pour chaque médecin et seul ce numéro est communiqué au statisticien qui traitera les données.

Une fois le questionnaire pour les dix premiers patients remplis, ce qui ne devrait pas vous faire perdre plus que 3 à 5 min. en tout de votre temps, je vous prierais de l'envoyer, si possible avant le 1^{er} novembre 2001, par courrier, sans oublier d'indiquer votre nom sur la fiche de recueil, à l'adresse suivante :

Rasquin Jean-Marc
3, rue Ermesinde
L-4992 Sanem

En vous remerciant d'avance, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sanem, le 15 septembre 2001

N.B. Si vous avez des questions ou désirez avoir des précisions, n'hésitez pas à me contacter au numéro de téléphone suivant : **594153**

N.B.B. Dès que l'analyse statistique des réponses aux questionnaires sera achevée, je vous ferai parvenir une copie de cette analyse (résultats global et individuel).

Audit - Tenue du dossier médical
Fiche de recueil

Questionnaire audit médical												
Tenue du dossier médical en médecine générale												
<i>Dossiers médicaux</i>												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nombre de P	Nombre de A
Nom												
Sexe												
Date naissance												
Adresse												
Téléphone												
Profession												
ATCD perso.												
ATCD fam.												
Allergies/Intolérances méd.												
Tabac												
Alcool												
Vaccin												
Traitement												

Indications pour remplir la grille

Pour chaque critère, marquer “P” s’il est présent dans le dossier du patient, marquer “A” s’il est absent de celui-ci.

Précisions pour chacun des 13 items :

- ◇ Nom complet actualisé : Pour les femmes, le nom comprend le nom de jeune fille et les modifications à la suite des mariages et des séparations éventuelles. Au cas où tous ces renseignements sont présents, il faut marquer “P” sinon “A”.
- ◇ Sexe : Marquer “P” si l’information est présente ou si le contexte permet facilement d’avoir le renseignement (prénom de fille ou de garçon, intitulé de la fiche, M^e ou M^{me}). Marquer “A” si doute.
- ◇ Date de naissance : Présente ou absente
- ◇ Adresse : Elle doit être précise et actualisée. Elle doit comporter les éléments qui permettront au médecin, non seulement d’envoyer un courrier, mais également de se rendre au domicile du patient. Si l’information existe, marquer “P”, sinon “A”.
- ◇ Téléphone : Vérifier que le numéro présent correspond bien au numéro indiqué. Quand le numéro est absent, erroné ou même présent seulement dans la fiche d’une autre personne de la famille, il faut marquer “A”. Si le numéro est présent et juste, il faut marquer “P”.
- ◇ Profession : Est considérée comme présente la profession actuelle indiquée. Si chômage ou retraite, indiquer la profession précédente et le caractère chômage ou retraite.
- ◇ Antécédents personnels : Marquer “P” s’il juge que le renseignement est suffisant pour prendre en charge le patient et “A” dans le cas inverse.
- ◇ Antécédents familiaux : Même remarque que pour antécédents personnels.
- ◇ Allergies et intolérances médicamenteuses : Une indication précise indiquant explicitement “absence d’allergie” ou “patient allergique à...” fait marquer “P”. Si seule la mention “patient allergique à...” est présente, marquer “P”. Si rien n’est indiqué (sujet probablement pas allergique ou renseignement non demandé), marquer “A”. Les mêmes remarques sont valables pour les intolérances médicamenteuses.
- ◇ Tabagisme : Marquer “P” si on trouve dans le dossier une indication sur la consommation tabagique, sinon “A”.
- ◇ Consommation d’alcool : Marquer “P” si on trouve dans le dossier une indication sur la consommation d’alcool, sinon “A”.
- ◇ Etat vaccinal : Pour marquer “P”, il faut que 2 conditions soient remplies : date des vaccins DT polio et mise à jour faite ou prévue.

- ◇ Dernier traitement prescrit : On notera "P" si le dernier traitement est indiqué sur l'observation, "A" dans le cas contraire.

Annexe II : Enquête téléphonique
auprès des “non-répondeurs”

1. But

Le but de notre enquête téléphonique est de demander aux médecins “non maîtres de stage” qui n’ont pas renvoyé le questionnaire de notre audit, pourquoi ils ne l’ont pas fait et ainsi connaître les causes de leur faible taux de participation (par rapport à l’autre groupe, celui des maîtres de stage) à notre étude. Cette connaissance est bien sûr d’une importance capitale pour essayer d’augmenter ce taux de participation lors de futurs audits.

2. Méthodologie

Nous avons choisi de mener une enquête téléphonique parce que ce moyen de communication a permis d’obtenir un taux de participation élevé. Les médecins peu intéressés par le sujet n’auraient sans doute encore une fois pas répondu à un questionnaire reçu par courrier. Ayant un souci constant de neutralité et étant conscient de l’influence possible de l’enquêteur sur le médecin interrogé, nous avons essayé de standardiser l’entretien en expliquant d’abord le pourquoi de l’appel, en posant la question du motif de non réponse à l’audit toujours de la même façon et en laissant au médecin interrogé le libre choix de sa réponse. Ce libre choix a été préféré à la possibilité de proposer un nombre fixe d’alternatives comme guise de réponses, afin d’éviter le phénomène de “désirabilité sociale”, selon lequel le médecin répond suivant ce qu’il pense que nous attendons de lui.

3. Résultats

On a tenté de contacter l’ensemble des médecins du 2nd groupe n’ayant pas répondu à notre audit. Sur ces 73 médecins, 4 n’étaient pas joignables et 3 n’ont pas souhaité répondre à notre question.

Donc, finalement les réponses des 66 généralistes (90,4% des médecins “non-répondeurs”) se répartissent de la manière suivante :

<u>Motif de non réponse à l'audit</u>	<u>Généralistes non-répondeurs</u>
Manque de temps	54,6% (36/66)
Oubli - Négligence	31,8% (21/66)
Refus et méfiance à l'égard des études d'évaluation	7,6 % (5/66)
Autres: utilisation détournée, peur des résultats, doute sur l'utilité, doute sur l'efficacité	6,1 % (4/66)

L'argument du manque de temps fut cité par un peu plus de la moitié (54,6%) des médecins; suit l'oubli - la négligence cité par presque un tiers (31,8%) des généralistes. Troisième argument par ordre décroissant de fréquence: les médecins qui ont répondu qu'ils avaient une attitude de refus et de méfiance à l'égard des études d'évaluation des pratiques (7,6%). Sous autres, on a regroupé les réponses suivantes: la peur d'une utilisation détournée des résultats, la peur des propres résultats, les doutes sur l'utilité et l'efficacité des études d'évaluation. Elles représentent 6,1% du total des réponses.

Annexe III : La médecine générale
au Grand-Duché du Luxembourg.
Ses difficultés - ses perspectives.

1. Définition

“ Le médecin généraliste est un *spécialiste* formé à travailler au premier plan d'un système médical et à prendre les mesures initiales en réponse à *quelque problème de santé* que les patients puissent avoir. Le médecin généraliste s'occupe d'individus ancrés dans une société *indépendamment* du type de maladie du patient ou d'autres critères personnels ou sociaux, et il organise les ressources dont le système de santé dispose au *meilleur avantage du patient*. Le médecin généraliste s'engage auprès d'individus autonomes dans les domaines de la *prévention*, du *diagnostic*, de la *thérapeutique*, des *soins*, de la *médication palliative* en utilisant et en intégrant les sciences de la bio-médecine, de la psychologie médicale et de la sociologie médicale. “

(Dr Jean-Michel LAMPERIN, 2001)

La médecine générale repose sur un modèle global, construit sur un modèle théorique différent de celui de la médecine spécialisée, malgré le fait qu'il repose sur des connaissances biomédicales de base commune. Ce modèle est centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. La médecine générale nécessite une formation spécifique, un mélange de sciences biologiques et de sciences humaines, visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles. Elle doit s'appliquer sur une recherche appliquée, permettant d'affiner et de valider son contenu (12). Son originalité réside dans un certain nombre de traits spécifiques qui sont tous des traits de la médecine en général, mais que la médecine générale est seule à réunir.

Habituellement, elle est la première à intervenir lorsque se pose un problème de santé parce qu'elle est capable de répondre en première intention à n'importe quelle demande, et le plus souvent elle peut la mener à son terme, sans aucune aide extérieure. Ainsi, la pratique de la médecine générale requiert un savoir théorique, un savoir être, un savoir faire et surtout des modes de pensée spécifiques (schémas ou arbres décisionnels)(13).

De toutes les disciplines médicales, la médecine générale est la seule qui ait pour fonction, et qui soit en fonction, de prodiguer des soins intégrés, c.-à-d. des soins qui incluent simultanément tous les facteurs de morbidité et toutes les manifestations pathologiques du patient.

2. Cadre législatif du conventionnement

La législation luxembourgeoise prévoit le conventionnement obligatoire de tous les prestataires de soins de santé. En effet, les règles de l'exercice des professions

médicales et de santé, dans le cadre du système de soins de santé et d'assurance maladie/accidents professionnels au Luxembourg, font l'objet de lois spécifiques ainsi que de nomenclatures et de conventions qui sont d'obligation générale (14).

Notons également que, suivant un autre article du Code des Assurances Sociales (article 1 al. 4), tous les prestataires sont soumis à l'assurance obligatoire (assurance maladie/pension/accidents) du chef de l'exercice personnel de leur profession.

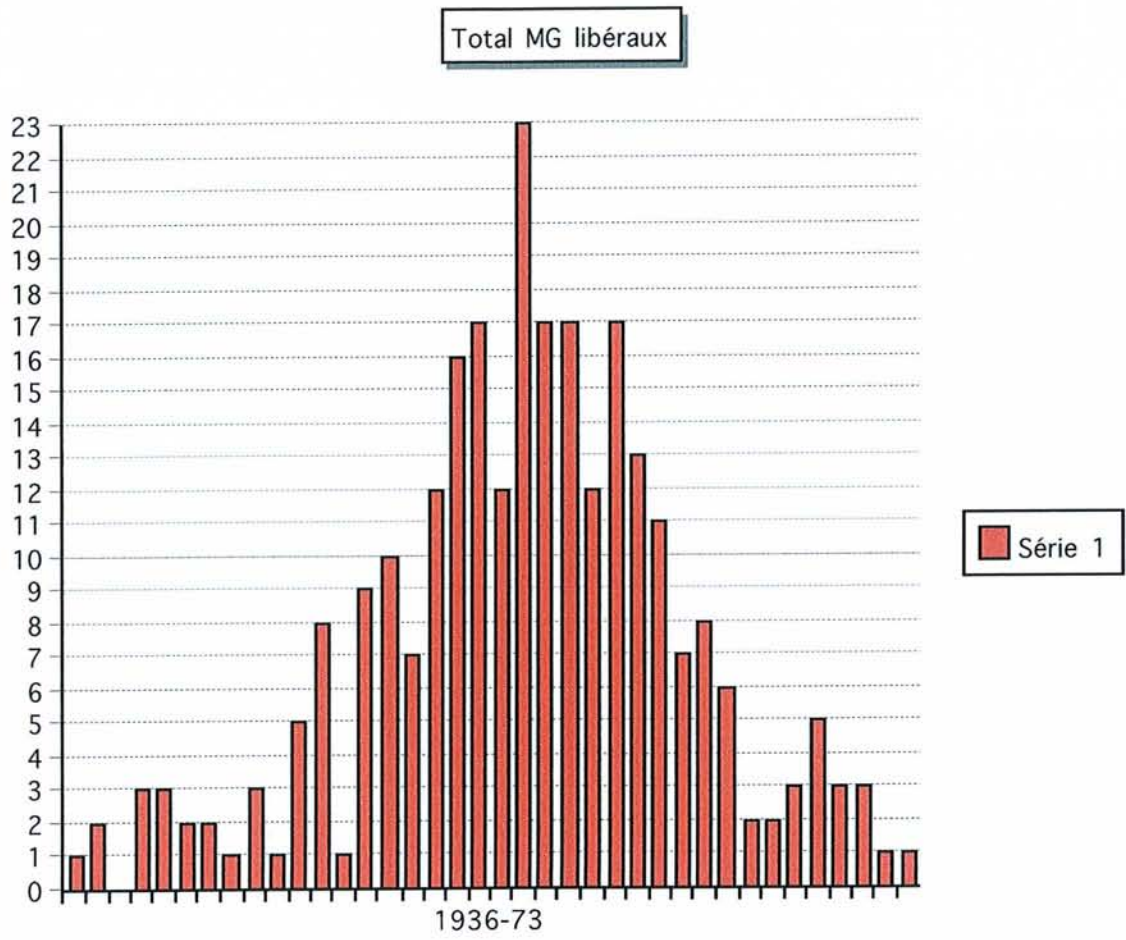
3. Démographie médicale actuelle

En ce qui concerne l'origine des chiffres de la démographie médicale dont on s'est servi, elle est issue de trois listes: celle du Collège Médical (Organisation comparable à l'Ordre des médecins en France), celle de l'A.M.M.D. (Association des Médecins et Médecins Dentistes) et enfin celle du service de remplacement des gardes de nuit en médecine générale (68). Ce recours était nécessaire, puisqu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun registre unique reprenant à la fois l'ensemble des médecins généralistes actifs sur le territoire et les renseignements sur leur statut (libéral, salarié, fonctionnaire).

L'analyse de ces différentes listes nous procure les informations suivantes :

- ◇ Les médecins généralistes nés entre 1949 et 1962 représentent 72,3 % de l'effectif actuellement actif.
- ◇ Ceux nés avant 1949 en constituent 12,3 %, alors que ceux nés après 1962, 15,4 %.
- ◇ Une évolution inquiétante s'en dégage : en effet, le nombre d'installations par an est passé de 13,8 pour les années de naissance 1949 à 1962, à 3,7 pour les années de naissance 1963 à 1973.

Graphique n°1 : Répartition des médecins libéraux en fonction de leur année de naissance (en abscisse, années de naissance de 1936-73)



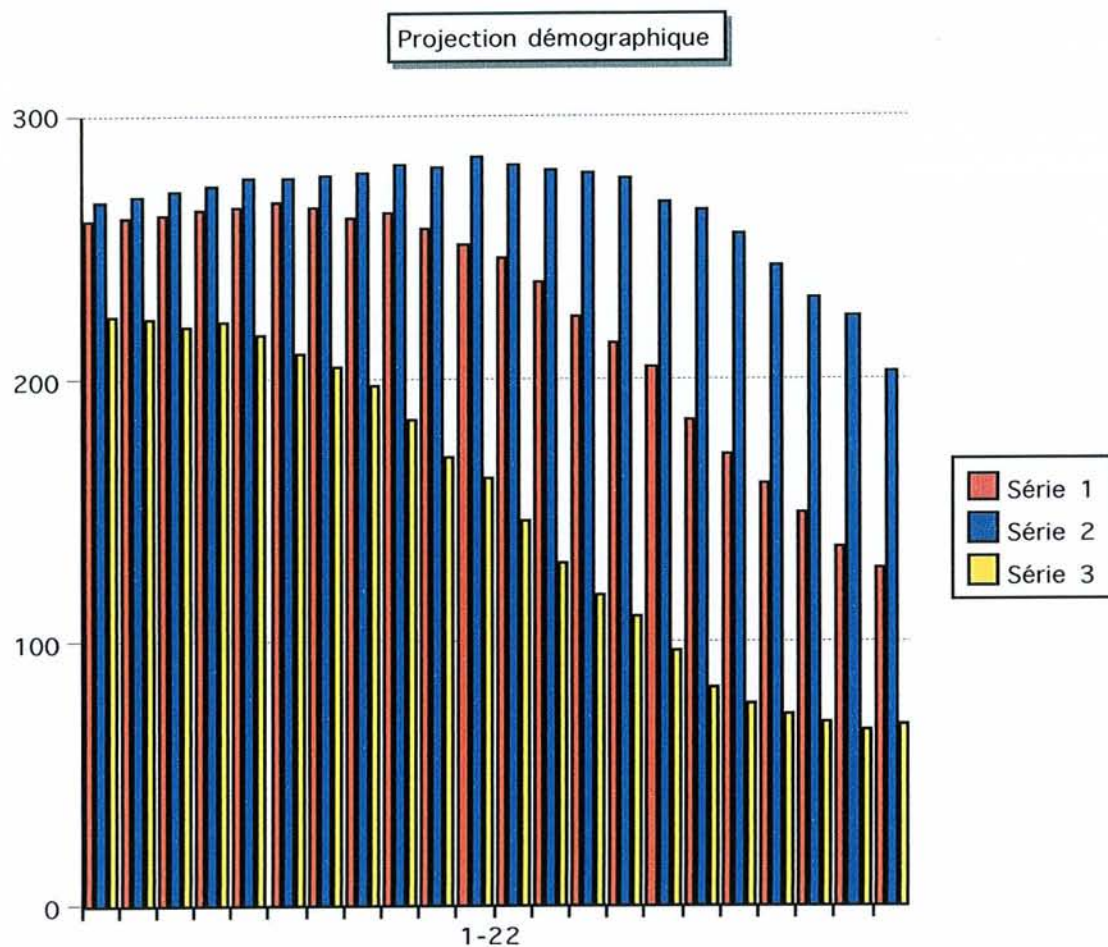
En se basant sur ces données, on peut tenter de réaliser une projection démographique (voire graphique n°2) en tenant compte de deux facteurs: d'un côté, le nombre de nouvelles installations par an et de l'autre côté, le nombre de sorties liées aux seuls départs à la retraite (il est impossible de prévoir l'importance des arrêts d'activité pour passage au fonctionnariat, pour maladie ou décès).

Cette projection nous autorise les affirmations suivantes :

- ◇ La situation démographique actuelle restera plus ou moins stable jusqu'en l'an 2009 ou 2013 selon que l'on fixe l'âge moyen de retraite à 60 ou 65 ans.
- ◇ Au delà de ces dates, il aurait été difficile de maintenir en vie l'ancien service de garde de remplacement, puisque le nombre de généralistes y participant serait tombé en-dessous de la barre des 200 dès 2008, pour atteindre les 150 en 2012. Cette pénurie serait d'abord ressentie dans le nord du pays, à cause d'une densité médicale plus faible qui y règne, pour atteindre le reste du pays aussi, en 2015 environ.

Pour résumer la situation, l'évolution de la démographie médicale actuelle entraînera à moyen, voire à court terme, une **pénurie de généralistes** et n'aurait pas permis de maintenir en vigueur l'ancien système de garde.

Graphique n°2 : Projection démographique en médecine générale au G.-D. du Luxembourg (en abscisse, années : 2000+x).

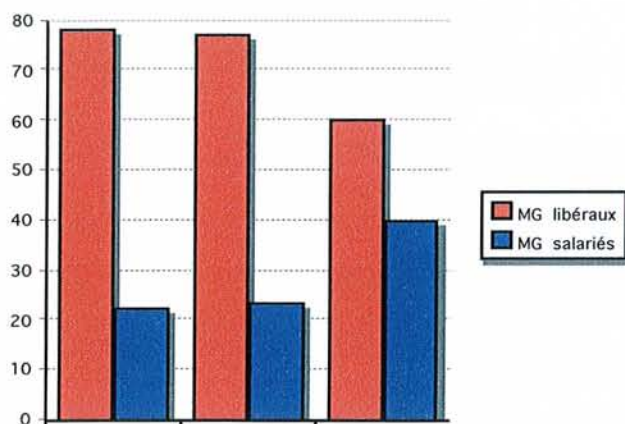


Série 1: Nombre corrigé de MG si retraite à **60 ans**
Série 2: Nombre corrigé de MG si retraite à **65 ans**
Série 3: MG participant au système de **garde (<55 ans)**

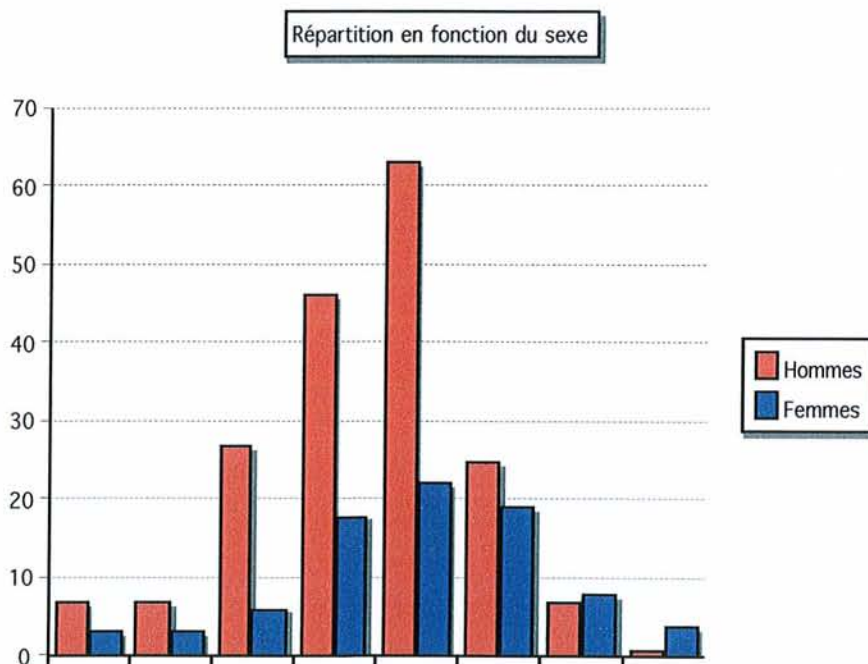
Par ailleurs, plusieurs autres facteurs potentialiseront cette pénurie de médecins généralistes :

- ◇ **Viellissement de la population** (inversion de la pyramide des âges dès 2010 et doublement du nombre de sujets de plus de 85 ans au cours des 20 années à venir), d'où accroissement des recours aux médecins et de la demande de soins.
- ◇ **Croissance démographique** de la population luxembourgeoise: certains prévoient un état à 700000 habitants pour 2050 (actuellement, 420000). Cette croissance fera fortement augmenter les besoins en personnel de santé.
- ◇ Une priorité affichée depuis quelques années dans l'ensemble des pays économiquement développés, a été le développement d'une **médecine de soins primaires**. L'idéal serait d'atteindre un équilibre de 50/50 entre généralistes et spécialistes, et ainsi favoriser l'accès aux soins pour tous et permettre d'utiliser au mieux les ressources consacrées à la santé. Or, au Grand-Duché du Luxembourg, le rapport généralistes/spécialistes est de 30/70.
- ◇ Des enquêtes menées en milieu médical montrent une tendance croissante, en particulier chez les jeunes médecins, à la **valorisation de la qualité de vie et du temps libre**, phénomène de société qui, comme partout ailleurs, a logiquement fait son entrée dans le milieu médical.
- ◇ Cette tendance des jeunes médecins de privilégier une certaine qualité de vie, ainsi que la perte d'attractivité de la profession, expliquent en partie aussi le fait qu'une proportion croissante des médecins s'engagent dans le **secteur salarié** (médecine du travail, ministères, contrôle médical etc...) plutôt que dans le secteur libéral. Il est évident que tôt ou tard, ces médecins partiront à la retraite et devront être remplacés à leur tour, limitant ainsi davantage "l'offre" dans le secteur libéral (voire *graphique n°3*)
- ◇ La **féménisation** du corps médical (le rapport hommes/femmes s'inverse pour les années de naissance 1966-70!) joue dans le même sens (voire *graphique n°4*). En effet, on sait que le temps d'activité des femmes est inférieur au temps d'activité des hommes et qu'elles s'engagent plus volontiers dans le secteur salarié que dans le secteur libéral.

Graphique n°3 : Evolution du rapport médecins généralistes “statut libéral” versus “statut salarié” (en abscisse : années de naissance 1940-49, 1950-59, 1960-69)



Graphique n°4 : Répartition des médecins généralistes en fonction du sexe et par tranches d'âge (en abscisse : années de naissance 1936-40, 1941-45, 1946-50, 1951-55, 1956-60, 1961-65, 1966-70, 1971-73)



4. Perspectives

Afin de non seulement faire face à cette évolution démographique défavorable, mais aussi pour tenter de l'inverser, plusieurs projets vont voir le jour prochainement, ou ont déjà été réalisés récemment :

- ◇ Depuis avril 2002, un **nouveau système de garde de nuit** (de 22h à 7h) en médecine générale, est entré en vigueur. Le pays a été divisé en 3 zones (Nord, Sud, ville de Luxembourg et alentours). Grâce à cette division, chaque médecin participant ne sera de garde de nuit qu'une seule fois par mois environ. Les lendemains de garde de nuit "difficiles" sont ainsi réduits au strict minimum. Pour chacune des 3 zones définies, on compte soit deux généralistes de garde (pour les zones nord et sud), soit trois (pour la zone Luxembourg-Ville). A 22 heures, ils se rendent dans des locaux mis à leur disposition pour passer la nuit. Pour effectuer les visites, ils ont à leur disposition un chauffeur avec une voiture équipée du matériel médical nécessaire. Les appels des patients passent tous par la centrale du 112 où un premier tri est effectué (envoi sur place du SAMU, d'une ambulance ou alors d'un médecin généraliste). La rémunération se compose non seulement des visites effectuées, mais également d'un forfait de base pour la garde.
- ◇ Le C.M.G. (Cercle des Médecins Généralistes) avec l'appui de l'A.M.M.D. (Association des Médecins et Médecins Dentistes), a demandé au ministère responsable une **valorisation des actes dits "intellectuels"** par rapport aux actes techniques. Il est évident que cette mesure concerne surtout la médecine générale, où la grande majorité des actes est constituée d'actes intellectuels, à l'inverse des spécialités où ce sont les actes techniques qui prévalent. Le projet suivant sera prochainement analysé par la commission de nomenclature de l'U.C.M. (Union des Caisses de Maladie). Il prévoit de prendre en compte le facteur temps pour le calcul du tarif de la consultation. Une durée de base, considérée comme temps moyen "normal" pour une consultation, sera fixée. Chaque fois que cet intervalle de temps sera dépassé de cinq minutes, un forfait sera rajouté au tarif de base de la consultation.
- ◇ Le projet d'une implantation d'un **troisième cycle** d'études médicales pour la médecine générale au Grand-Duché du Luxembourg, est en train de prendre des formes. Exigé depuis de nombreuses années par diverses associations d'étudiants en médecine, ce projet espère bien sûr attirer plus d'étudiants vers la médecine générale. En effet, l'intégration dans le système de soins luxembourgeois serait plus aisé pour un étudiant en médecine luxembourgeois ayant fait sa formation dans son pays natal. Les détails de ce projet n'ont cependant pas encore été fixés.

◇ Depuis le 1^{er} juillet 2003 et ceci pour une durée d'essai de deux ans, a démarré l'application du projet DMG, le **dossier médical global**. Le contenu et la forme du DMG se basent sur les réflexions et publications depuis 1996 de nos voisins français et belges (3), (60). Il comprend entre autres un aperçu de l'histoire médicale du patient, les visites et examens exécutés, l'emploi des médicaments, les rapports des spécialistes et autres prestataires de soins. La participation des généralistes à ce projet pilote est basée sur le volontariat, tout comme l'ouverture du DMG ne se fait pas automatiquement, mais à la demande formelle du patient (56). Une population cible a été définie pour la durée du projet pilote : patients ayant au moins 60 ans et atteints d'au moins une pathologie chronique (HTA, diabète, insuffisance cardiaque...). Afin de pouvoir préjuger de l'intérêt du projet et de son applicabilité future, une évaluation étroite et régulière est absolument nécessaire.

L'objectif du projet est double (56) :

- améliorer le suivi médical par une centralisation des données en matière de santé et optimiser les soins par la prévention de doubles emplois, en particulier concernant les actes diagnostiques et les prescriptions de médicaments
- rendre à la médecine générale la place qui lui revient dans notre système de santé ; la gestion du DMG par le généraliste est la pierre angulaire de toute politique visant à la valorisation indispensable des professionnels de soins primaires

Le principe du libre choix du médecin pour le patient n'est pas remis en cause par ce dernier projet. Les généralistes refusent un rôle de " gate keeper " pour gérer l'accès aux soins de leurs patients qui devront pouvoir consulter sans préalables tout médecin de tout échelon (56). Une rémunération forfaitaire pour la gestion des fichiers de suivi thématique du DMG est prévue pour les médecins participants. Un avantage financier (réduction sur la quote-part pour les consultations) pour les patients ayant demandé l'ouverture d'un DMG est envisagé par les organismes assureurs (Union des Caisses de Maladie) (56), mais une décision n'a pas encore été prise.

5. L'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire au Grand-Duché du Luxembourg, comparée à des pays étrangers

5.1. A l'étranger

Dans certains pays, l'évaluation des pratiques médicales est très développée : les Etats-Unis, le Royaume Uni, le Canada, les Pays-Bas, l'Australie, le Danemark...(6). Selon le pays, l'évaluation peut s'exprimer de différentes manières. Celles-ci dépendent de l'ampleur de l'engagement des acteurs de santé et selon qu'elle s'adresse à des activités médicales hospitalières ou aux soins ambulatoires. L'évaluation dépend du système de soins du pays car l'organisation de la santé et le rôle joué par les organismes payeurs et professionnels lui donnent des aspects particuliers (62).

5.1.1.- En Grande-Bretagne

L'audit des pratiques médicales n'intéressait, au départ, que quelques "mordus". En 1990, les autorités ont proposé à l'ensemble des médecins d'inclure dans leurs obligations la participation régulière à ce type d'évaluation (41).

Afin de faciliter la tâche des médecins, chaque région a mis sur pied une structure pour piloter les audits : les **MAAG** (Medical Audit Advisory Group). Ceux-ci se composent de groupes de 6 à 10 généralistes et de 1 ou 2 spécialistes, chacun recevant une rémunération pour leur travail. En même temps, le Royal College of General Practitioners a fait une grande campagne d'information sur ce thème. Quant au gouvernement, il a mis en place une procédure spéciale pour financer la réalisation des audits.

Depuis, les médecins qui ont pris l'habitude d'évaluer leur travail sont très enthousiastes, mais l'audit sert également à motiver l'ensemble du personnel de santé (secrétaires, infirmières) en montrant l'importance que chacun prend à son fonctionnement et, au total, c'est bien la qualité des soins et donc le service rendu aux patients qui sont améliorés.

5.1.2.- En Belgique

En 1993, la convention signée entre organismes assureurs et syndicats médicaux a défini un système d' "accréditation" pour les médecins (63). Un label de qualité répond à l'adoption de critères de pratique médicale élaborés et contrôlés par les praticiens.

Parmi les critères établissant la reconnaissance du médecin accrédité, figure la participation à des initiatives d'évaluation de la qualité. Pour répondre à ce critère, les groupes locaux d'évaluation médicale (**G.L.E.M.**) ont été créés. Les GLEM rassemblent, par région, un nombre limité (8 à 25) de médecins généralistes. En confrontant leur pratique respective, les médecins participant à ces groupes doivent viser à améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent aux malades.

Les médecins généralistes ont réagi de deux façons à la mise en place de ce système les invitant à s'évaluer au sein de groupes de pairs. D'une part, beaucoup de généralistes ont mal vécu cette nouvelle intrusion du pouvoir politique et des organismes assureurs dans l'évaluation de la qualité de leur pratique professionnelle. La majorité des rapports de GLEM disponibles montrent bien l'abord timoré ou mitigé de l'évaluation. Les sujets retenus sont abordés sans fil conducteur évaluatif. Cette attitude traduit l'insuffisance d'information et de formation du généraliste aux objectifs et aux techniques d'évaluation appliqués à la médecine générale. Préparer les généralistes à l'évaluation de leur pratique doit donc être une priorité pour les sociétés scientifiques de médecins, les facultés universitaires de médecine et même les organismes de défense professionnelle.

D'autre part, il s'est trouvé d'autres généralistes désireux de s'impliquer dans l'évaluation de certains aspects de leur pratique. L'évaluation a été comprise comme un atout pour améliorer la qualité des soins dispensés. La méthode utilisée dans ces GLEM est d'emblée rigoureuse ; pertinente par rapport au sujet évalué et économe de l'énergie déployée en sus du travail quotidien.

L'évaluation a permis de porter un regard critique sur les formations dispensées aux généralistes. Celles-ci sont plus proches des besoins qu'ils rencontrent dans leur pratique.

Les médecins qui saisissent l'enjeu de l'évaluation de leur pratique savent qu'ils peuvent se positionner comme acteurs de santé publique dans les domaines qu'ils définissent eux-mêmes comme les plus nécessaires au regard des impératifs de la société.

5.1.3.- En France

La première expérience française d'évaluation de la qualité des soins, réalisée sous forme d'audit, a eu lieu en 1978, à l'hôpital Henri Mondor à Créteil (94) par le professeur RAPIN.

En 1989, suite à un rapport demandé par le ministre de la santé (Claude EVIN) au docteur ARMOGATHE, président de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (U.N.A.F.O.R.M.E.C.), l'Agence Nationale pour le Développement de L'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.) fut créée. Les missions de celle-ci étaient de recenser l'état des connaissances à propos des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, en médecine libérale et hospitalière et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En 1991, le réseau de médecins libéraux de l'ANDEM met en place un audit sur les pratiques vaccinales chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Parmi les autres actions, on peut citer la réalisation et la diffusion des conférences de consensus, des recommandations pour la pratique clinique et de guides méthodologiques dont celui concernant l'audit en médecine ambulatoire (1).

Par le décret du 7 avril 1997, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) remplace l'ANDEM dans le cadre de la réforme du système de soins français. Outre de poursuivre les missions de l'ANDEM, l'ANAES a aussi en charge la procédure d'accréditation et donne son avis sur l'admission au remboursement.

Avec l'obligation réglementaire et morale faite au médecin de participer à la formation médicale continue (F.M.C.), l'évaluation est vite devenue une notion importante. La FMC est une obligation morale et déontologique inscrite dans le code de déontologie (48). La convention d'octobre 1993 rappelle les objectifs de la FMC et introduit les notions d'évaluation (4). L'évaluation de la formation continue des médecins se trouve à l'interface de deux courants en évaluation : l'évaluation en formation et l'évaluation en médecine. L'évaluation en médecine se développe et fait partie des moyens pour identifier et hiérarchiser les besoins de formation des médecins en exercice. L'audit permet d'identifier les critères de réussite d'une FMC en démontrant l'amélioration des pratiques.

Au niveau régional, de nombreux médecins se sont engagés dans le processus et ont réalisé des audits. C'est ainsi que s'est créé en Lorraine, en 1993, le Groupe Lorrain d'Audit Médical (G.L.A.M.), à la suite d'un séminaire d'initiation à l'évaluation médicale organisé par la Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue. Ce groupe a pour objectif le développement et la promotion de l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire, au moyen de l'audit médical. Au départ, il s'est constitué d'un groupe informel de médecins généralistes qui s'est proposé de réaliser régulièrement des audits. Depuis, le GLAM s'est constitué en association autonome (2002) et une charte a été ratifiée. Les médecins du GLAM se réunissent au moins cinq fois par an. Un courrier annonçant l'ordre du jour est envoyé aux acteurs et suite à cette réunion, un compte rendu leur est adressé. Le GLAM

possède un site internet (www.glam.fr.st) qui relate l'ordre du jour, les nouvelles des audits en cours et le résumé des réunions.

Ainsi, depuis sa création, le GLAM a organisé et réalisé 16 audits, dont 4 ont fait l'objet d'une publication et environ 250 médecins ont participé à au moins un audit (30). Il est également à l'origine du premier audit indemnisé en France (Prise en charge de l'insuffisance coronaire stable en médecine ambulatoire, 2002-3). Tous les audits sont réalisés sur la base d'enquêtes rétrospectives s'appuyant sur des dossiers médicaux, des ordonnances ou le patient. L'anonymat des médecins et des patients est toujours scrupuleusement respecté.

Malgré l'ensemble de ces engagements, l'audit rencontre actuellement toujours des obstacles et est peu utilisé par les médecins généralistes français. La majorité des médecins connaissent peu ou pas l'audit des pratiques ; le mot audit est souvent assimilé à d'autres notions très différentes (61). Ceci malgré le fait, qu'une revue de la littérature médicale, au niveau national, permet de constater qu'il existe un nombre croissant d'articles au sujet de l'audit des pratiques. Par contre, une enquête renseignant sur la connaissance ou la participation des médecins généralistes français à des audits n'a pas encore été réalisée (61).

5.2. Au Grand-Duché du Luxembourg

Au Luxembourg, l'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire se trouve encore au stade embryonnaire. En effet, à l'heure actuelle, un seul audit a été organisé et réalisé et ceci en l'an 2000. Le sujet était la surveillance des patients atteints d'un diabète de type II et les médecins participants faisaient partie du DODECA-GROUPE ESCH-SUR-ALZETTE (groupe loco-régional dont l'objectif de base est de dispenser une formation médicale continue axée sur la pratique).

Le taux de réponse fut de 58% (7 médecins répondeurs sur 12), mais de nombreux rappels étaient nécessaires pour motiver les médecins (67).

Il est clair que cette situation doit évoluer. Les généralistes ont tout intérêt à mettre rapidement sur pied une démarche qualité via l'évaluation des pratiques par l'audit, avant que d'autres personnes leur reprochent leurs insuffisances. Cependant, l'audit doit être un acte interne au cabinet médical, décidé et effectué par le médecin lui-même, qui doit rester entièrement maître du processus. La profession médicale ne doit pas laisser les autorités utiliser l'audit pour identifier les médecins dont la pratique ne serait pas conforme à tel ou tel référentiel (66). Par contre, les médecins devraient faire pression auprès des pouvoirs publics pour qu'ils reconnaissent l'importance de cette méthode pour améliorer la qualité des soins, sans qu'ils soient obligés de mettre eux-mêmes la

main à la poche pour financer cette procédure d'intérêt général. Il faut convaincre le ministère responsable à mettre sur pied une procédure spéciale pour financer la réalisation des audits (66).





VU

NANCY, le 18 AOÛT 2003
Le Président de Thèse

Professeur S. BRIANÇON

NANCY, le 2 SEPTEMBRE 2003
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur M.C. BENE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 8 SEPTEMBRE 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE THESE :

L'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire est une nécessité, mais les généralistes ne sont pas très enthousiastes pour se livrer à des activités d'évaluation. Dès lors, l'idée d'essayer de définir une "population cible" pour l'évaluation des pratiques, se comprend aisément. En effet, cette population serait utile pour promouvoir cette évaluation.

Objectif : l'objectif principal sera de déterminer si oui ou non les maîtres de stage luxembourgeois constituent une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques. Ces derniers possèdent en effet plusieurs caractéristiques particulières qui pourraient les qualifier comme telle.

Méthode : l'outil utilisé pour vérifier cette hypothèse est l'audit des pratiques. Un audit sur le thème de la tenue du dossier médical est proposé à l'ensemble des maîtres de stage et à un échantillon représentatif de médecins généralistes qui ne le sont pas. La comparaison ultérieure des taux de participation respectifs permettra de trancher la question de l'existence ou non de la population cible recherchée.

Résultat : le taux de participation du 1^{er} groupe, celui des "maîtres de stage" est de 65%. Celui du 2nd groupe, les "non maîtres de stage" est de 8,75%. Cette nette différence montre le plus de motivation des maîtres de stage luxembourgeois à participer à l'évaluation des pratiques par l'audit, par rapport aux reste des généralistes.

Conclusion : le groupe des maîtres de stage luxembourgeois représente une population cible pour l'évaluation des pratiques, dans la mesure où le pourcentage de médecins participant à un audit y est plus élevé.

TITRE EN ANGLAIS :

DO THE GP TEACHERS REPRESENT A PRIVILEGED TARGET FOR EVALUATION OF PROFESSIONAL PRACTICES IN GENERAL MEDICINE ?
AN INVESTIGATION IN THE GRAND-DUCHY OF LUXEMBOURG.

THESE : MEDECINE GENERALE - 2003

MOTS CLEFS : évaluation des pratiques, population cible, maîtres de stage

INTITULE ET ADRESSE DE L' U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
F - 54505 Vandoeuvre-les-Nancy Cedex