

‘Soins basés sur des faits scientifiques’: de la théorie à la pratique: une stratégie double

Recherche dans le cadre du programme « Cohésion Sociale » du Service Public
Fédéral de Programmation Politique Scientifique

Résumé descriptif de la recherche

Introduction

Evidence Based Medicine (EBM) est une évolution récente importante dans la médecine. EBM implique un usage consciencieux, explicite et judicieux de faits scientifiques, actuellement les mieux fondés sur la science, dans le but de prendre des décisions concernant les soins pour des patients individuels.

L'application de l'EBM comprend l'intégration d'une expertise individuelle avec les meilleures preuves externes, disponibles dans la recherche systématique. Dans un nombre croissant de pays cette "évidence" ("médecine factuelle") est traduite en "directives cliniques" (guidelines ou standards), qui peuvent apporter une contribution importante à la qualité des soins, e.a. dans la médecine générale. Or, lors de l'implémentation des ces directives un nombre de problèmes se pose:

1. problèmes conceptuels: les conclusions de la recherche ne sont pas toujours transmissibles sur la pratique quotidienne du généraliste.
2. problèmes techniques: les résultats provenant de la recherche, comme par exemple le NNT (number needed to treat) doivent être traduits vers la pratique clinique (quand le NNT est-il acceptable et quand ne l'est-il pas?).
3. implémentation: la notion et la connaissance ne résultent pas toujours dans un changement de comportement. La résistance envers l'evidence scientifique existe aussi bien auprès des médecins qu'auprès de la population (beaucoup de personnes éprouvent la communication "pour une bronchite aiguë on a pas besoin d'antibiotiques" comme une "mauvaise nouvelle").

D'une part il y a une offre croissante d'information concernant l'EBM sous la forme de guidelines et de recommandations, d'autre part, on constate que l'application de cette information n'est pas évidente et probablement insuffisante.

Une stratégie d'implémentation avec une approche double est nécessaire: concentrée aussi bien sur les médecins que sur les patients.

Antibiotiques pour maux de gorge aigus

L'usage d'antibiotiques en Belgique est loin d'être "evidence based"; la consommation est une des plus hautes de l'Europe Occidentale et un problème croissant de germes résistants se manifeste. Récemment la Commission Belge pour la Coordination de la Gestion Antibiotique a publié et dispersé quelques guidelines dans le but d'inciter les médecins à faire un usage plus approprié des antibiotiques. La campagne "Sauvez les antibiotiques" lancée par les pouvoirs publics a résulté en une connaissance plus approfondie du thème. Vu l'importance du sujet pour la santé publique et le fait qu'il y a déjà de bonnes directives EBM disponibles pour les médecins belges, la consommation d'antibiotiques a été choisie comme question prioritaire de cette recherche, plus spécifiquement dans les cas de maux de gorge aigus. Pour cette affection en principe auto-restrictive on prescrit en Belgique encore dans 55% des cas un antibiotique (Institut Scientifique de la Santé publique-ISP 2000), malgré les messages EBM clairs et simples. *En outre on choisit dans la majorité des cas pour des antibiotiques attaquant une large gamme de germes, bien que la pénicilline attaquant des germes plus spécifiques soit toujours très adéquate pour le traitement d'une angine streptococcique.*

Buts

Le but le plus important de cette recherche est de mieux percevoir les problèmes qui apparaissent lors de l'application de l'EBM, notamment la recommandation multidisciplinaire "maux de gorges aigus" dans la pratique quotidienne. Ensuite un scénario a été mis au point afin de jeter un pont entre l'EBM et l'application de l'EBM dans la pratique. Ce scénario a également été testé sur sa faisabilité. De cette façon ce projet essaye de donner des conseils qui répondent à la politique fixée lors de la planification de scénarios en ce qui concerne le développement futur de directives locales et leurs implémentations dans le contexte belge.

Méthode

Afin de réaliser les buts mentionnés ci-dessus les méthodes suivantes ont été appliquées:

1. recherche de la littérature, analyse de scénarios existants
2. recherche qualitative: interviews avec des médecins de famille
3. recherche quantitative descriptive de consultations concernant les maux de gorge aigus

4. intervention auprès de groupes "GLEM" comme teste sur le terrain concernant l'application de la recommandation maux de gorge aigus.

1. Recherche de la littérature

Stratégies d'implémentation

Dans la littérature on est tous d'accord que le fait de faire connaître des guidelines ne mène pas nécessairement à l'application de ceux-ci dans la pratique. Les groupes "GLEM", les réunions locales de "peers", peuvent former un canal éventuel pour l'implémentation. De plus amples recherches à ce sujet ne sont pas nécessaires. "Outreach visits" ("academic detailing" ou bien des "visiteurs de médecins" indépendants), s'avère être un scénario effectif. Dans le contexte flamand le projet concernant les "visiteurs de médecins" indépendants dans la région de Gand et de Brugge du Projet Farmaka en est un exemple.

Plusieurs auteurs qui examinent l'effet de stratégies d'implémentation dans la pratique concluent qu'il n'y a pas de stratégie idéale, mais que différentes interventions sont réalisables sous certaines conditions, mais aucune sous toutes les conditions.

Les interventions 'Multi-faceted', qui forment une combinaison de stratégies d'implémentation sélectionnées, doivent être adaptées répétitivement au changement de comportement souhaité. Ce changement de comportement doit être basé sur des faits et sur des consensus, il doit être bien décrit dans tous ses aspects et en plus doit être attractif, simple et intégrable dans les routines existantes. Ceci est le mieux testé à échelle réduite et doit être éventuellement adapté aux besoins locaux (Effective Health Care 1999; Grol en Wensing 2001).

Les facteurs reliant le médecin et le patient en cas de prescription d'antibiotiques dans application du EBM.

Dans la littérature on constate que les patients souhaitent surtout être apaiser, informer et soulager. Les espoirs envers un antibiotique étaient plus grands lorsque le patient se sentait plus malade ou lorsque le patient avait déjà reçu de l'antibiotique dans le passé pour la même affection. Les espoirs ne sont souvent pas exprimés par les patients et l'évaluation de ces espoirs par le médecin est souvent incorrecte. Pourtant l'évaluation par le médecin s'avère être le facteur qui prévoit le mieux la nécessité d'une prescription pour un antibiotique. **La**

satisfaction des patients dépend de l'attention et du temps que le médecin leur consacre et non du fait de recevoir une prescription.

Dans la consultation les interventions suivantes sont utiles afin d'améliorer l'application (réduction de la prescription d'antibiotiques) du EBM:

- expliciter la demande d'aide du patient, le "reason for encounter", examiner les préférences et les espoirs
- impliquer le patient activement dans le procès de décision concernant le traitement en donnant des explications
- procurer des brochures d'information au patient peut réduire le nombre de prescriptions d'antibiotiques

2. Recherche qualitative: interviews des médecins de famille

Methodologie et problématique

Dix-sept médecins de famille ont été interrogés au moyen d'interviews semi-structurées.

Ils ont été sélectionnés se basant sur les données suivantes: sexe, âge, attitude envers l'EBM (positive en négative), ville – campagne, le type de la pratique (solo - groupe) et la location (la Flandre Occidentale, la Flandre Orientale, la Flandre Zélandaise). Ils ont été questionnés concernant leurs opinions et attitudes vis-à-vis du EBM et les facteurs restrictifs et engageants pour l'application des recommandations dans leur propre pratique. les résultats des interviews sont rapportés dans le paragraphe 5 "Conclusion et Recommandations".

3. Recherche de la registration descriptive quantitative concernant les maux de gorges aigus

Au total 343 consultations de maux de gorges aigus ont été registrées auprès de 74 médecins de famille. L'âge moyen du patient était 36,9 ans et 42,3% était mâle. L'âge moyen du médecin était 47,1 ans, 81,8% était mâle et 75,9% travaillait en solo.

Pourquoi les patients consultent-ils?

Le questionnaire mentionnait 13 raisons possibles pour le patient de consulter un médecin. On a demandé au patient d'indiquer sur une échelle de 4 points dans quelle mesure chaque

raison avait de l'importance pour lui. Les patients consultent surtout pour des analgésiques, des renseignements et des examens médicaux. Ceci est conforme aux résultats de la recherche internationale. **"Je veux un antibiotique" est l'une des trois raisons les moins importantes. Pour 38,1% des patients cette raison n'est même pas importante pour consulter un médecin.** Au médecin également on a demandé d'indiquer sur la même échelle dans quelle mesure ces 13 raisons étaient selon lui importantes pour le patient. Les médecins n'ont pu évaluer ceci que très modérément (gamma-statistique 0,22-0,79) surtout tenant compte du fait qu'avec le temps chez la plupart des patients un lien grandit entre le médecin et le patient. On retrouve la meilleure concordance pour "je veux un certificat pour le travail ou l'école" et "je veux savoir quand je serai guéri" (gamma 0,79). La raison la plus importante pour la mauvaise évaluation des espoirs du patient est probablement le fait que cela n'est **pas expliciter** pendant la consultation.

Satisfaction

On a demandé aux patients s'ils étaient satisfaits du fait que les raisons étaient ou n'étaient pas mentionnées. On constate que le patient est plus satisfait lorsqu'une raison est mentionnée, sans tenir compte du fait s'il trouvait initialement cette raison importante pour venir à la consultation. Cette constatation confirme les résultats de la littérature internationale que la satisfaction dépend de l'attention et du temps que le médecin consacre au patient.

On constate une différence minimale dans la satisfaction entre les patients qui ont reçu une prescription pour un antibiotique (score de satisfaction moyen 4,54) et les patients qui n'ont pas reçu de prescription pour un antibiotique (score de satisfaction moyen 4,44). Cette différence n'est pas significative ($p=0,187$).

Chez les patients qui n'ont pas reçu d'antibiotiques on constate bien une petite, mais significative différence ($p=0,02$) dans la satisfaction entre les patients qui trouvaient les antibiotiques importants (score de satisfaction 4,37) et les patients qui ne les trouvaient pas importants (score 4.44).

Comment traite-t-on les maux de gorges aigus ?

Dans 40,8% des cas les patients reçoivent un antibiotique pour les plaintes de maux de gorges aigus. 64,6% des patients savent qu'il s'agit d'un antibiotique, 13,8% des patients pensent qu'il s'agit ou bien d'un analgésique, d'un antiseptique ou d'un antitussif. Des 130 patients qui ont reçu une prescription pour un antibiotique seulement 53,4% trouvaient que recevoir un

antibiotique était une raison très importante ou assez importante pour aller à la consultation. En ce qui concerne le genre d'antibiotique on constate que chez seulement 22,8% un antibiotique de premier choix est prescrit (pénicilline).

Ce pourcentage déforme quelque peu la situation réelle puisque seulement un groupe GLEM prescrit de la pénicilline. Un néomacrolide est prescrit dans 25,2% des cas.

Table : Traitements prescrits.

	N	%
Pas de traitement médicamenteux	68	21,3
Renvoi à un spécialiste	7	2,2
Certificat pour employeur ou école	71	22,3
Traitement médicamenteux	252	79,0
Antibiotique	130	40,8
Analgesique	136	42,6
Antiseptique	56	17,6

Relation entre la perception du médecin et la prescription d'un antibiotique

La perception du médecin concernant les espoirs d'un patient est également dans cette recherche un facteur important pour la prescription d'antibiotiques. Les médecins qui prescrivent des antibiotiques trouvent la raison "je voudrais un antibiotique" significativement plus importante pour leur patient.

Est-ce que les médecins trouvaient qu'ils suivaient la recommandation?

Dans 68 registrations de médecins une prescription d'antibiotique est mentionnée, dont 79,4% trouve qu'ils ont suivi la directive "maux de gorges aigus". La directive stipule que pour des maux de gorges les antibiotiques ne sont pas indiqués, les patients à risque exceptés. 13,2% trouve qu'ils n'ont pas suivi la directive à cause de l'attitude du patient, 4,4% à cause d'une connaissance insuffisante de la directive, 1,5% à cause de l'incertitude concernant l'application de cette dernière et 1,5% pour une autre raison.

4. Les interventions auprès des groupes GLEM

Dans la littérature scientifique et nos propres résultats de recherche il appert que le processus de communication entre le médecin et le patient ne se déroule pas toujours de façon optimale. C'est pour cela qu'une intervention complémentaire - sur une petite échelle - a été ajoutée à la recherche lors d'une réunion de groupes GLEM participant à l'enquête.

L'intervention/ entraînement comprenait 3 parties:

1. On a commencé par un exercice concernant la signification **du contexte lors de la prescription** d'antibiotiques pour des maux de gorge aigus (Howie 1976). Le but de cet exercice était de faire connaître par expérience aux participants que la connaissance du contexte du patient est un facteur important pour décider de prescrire des antibiotiques ou non.
2. Ensuite la recherche a été brièvement présentée ainsi que les **résultats des registrations** des groupes GLEM en question. On a discuté de la recommandation "maux de gorges", ce qui a souvent donné lieu à des discussions concernant les résistances intrinsèques et pratiques lors de l'application de celle-ci.
3. Finalement on a présenté un modèle de consultation auprès duquel l'explicitation de la demande d'aide et de l'attente du patient est accentuée, ainsi que l'empathie, le transfert compréhensible du message EBM et la confrontation de propositions thérapeutiques aux résistances et réactions des patients. Ce modèle a été élaboré en coopération avec le Département de Médecine Générale et des Soins de Santé Primaire de l'Université de Gand. Sur cette base le message "les antibiotiques ne sont pas nécessaires" peut être discuté plus facilement avec le patient. On a demandé à deux médecins de famille de jouer un jeu de rôle: médecin et patient "difficile". Après le jeu de rôle nous avons discuté des différents aspects de la consultation et confronté nos constatations au modèle proposé.

A la fin de la soirée on a demandé aux médecins de remplir un formulaire d'évaluation concernant l'écoulement et le contenu de l'entraînement. Environ 70% des médecins participants trouvaient l'exercice introducteur concernant les facteurs contextuels psychosociaux utile. En ce qui concerne le modèle de consultation proposé les avis divergeaient quelque peu. Néanmoins, un grand nombre de médecins a remarqué vouloir coopérer à une recherche complémentaire concernant la communication et EBM. **Presque**

70% des participants trouve qu'un groupe GLEM peut soutenir l'implémentation des guidelines EBM dans la pratique.

5. Conclusions et recommandations.

Sur base des 17 interviews avec des médecins de famille.

1. Les médecins de famille accueillent l'EBM, mais notent quelques restrictions importantes:

- 1.1. Conflit entre ce qui est objectivement et généralement applicable et le patient individuel.
- 1.2. Besoin de traduction des résultats de la recherche scientifique vers des instruments utilisables et un langage compréhensible pour les patients.
- 1.3. Abus par l'industrie pharmaceutique.

2. On est positif envers les guidelines, mais:

- 2.1. Certains guidelines sont trop minimalisés et susceptibles de changements.
- 2.2. Opinion ferme des patients: difficile à contredire.
- 2.3. Si le guideline ne correspond pas à l'opinion du médecin cela pose des problèmes au niveau de l'application du guideline.
- 2.4. Le système de santé forme un obstacle parce que le lien entre le médecin et les patients n'est pas assez prononcé.
- 2.5. La concurrence avec la deuxième ligne entrave les possibilités de rester dans l'expectative.
- 2.6. Dans le système de médecine orientée sur la performance l'information au patient n'est pas encouragée.
- 2.7. Les guidelines doivent rester disponibles sur papier.
- 2.8. Les guidelines doivent être exprimés de façon plus simple et doivent être mieux structurés.

3. Quelques propositions afin d'éviter des obstacles:

- 3.1. Les groupes GLEM forment un excellent canal pour introduire des guidelines.
- 3.2. Les autorités doivent participer activement à solutionner la concurrence avec la deuxième ligne.

- 3.3. Le lien entre le médecin et le patient doit être renforcé; par exemple en reliant un remboursement différentiel au dossier médical informatisé.
- 3.4. Supprimer la médecine orientée en majorité sur la performance dans la première ligne; une meilleure proportion doit être établie entre le paiement forfaitaire et la prestation.
- 3.5. Introduire un label de qualité avec des encouragements financiers pour le médecin de famille.

Se basant sur la recherche descriptive quantitative concernant les maux de gorges aigus

4. Les patients consultent leur médecin surtout pour des analgésiques, de l'information et des examens. "Je voudrais un antibiotique" est l'une des 3 raisons le moins importantes pour consulter un médecin.
5. Les médecins de famille n'éclaircissent la demande d'aide du patient pas du tout ou insuffisamment.
6. Le patient est en général satisfait de son médecin, sans tenir compte du fait si le médecin a satisfait ses exigences.
7. Les patients sont plus satisfaits lorsque certains sujets sont mis sur le tapis durant la consultation, que lorsqu'ils ne sont pas mentionnés, sans compter s'ils trouvaient ce sujet important ou non. "Prendre le temps" et "prêter de l'attention" sont fort appréciés par les patients.
8. Les médecins de famille prescrivent des antibiotiques auprès de 40,8% des patients ayant des maux de gorge. Cela dépasse le pourcentage justifié par les guidelines!! Néanmoins les médecins disent suivre les guidelines dans 79,4% des cas. Il y a une digression entre ce que les médecins trouvent "guideline-based" et ce qui peut être considéré objectivement comme "guideline-based".
9. Les médecins de famille ne prescrivent en général pas d'antibiotiques de premier choix (selon le guideline). Un large échantillon est présenté.

Se basant sur l'intervention des groupes GLEM

10. Une intervention orientée sur la compréhension et l'acquisition d'une attitude concernant un guideline, et orienté sur la communication avec le patient est réalisable et est accueillie de façon positive dans les groupes GLEM.

11. Le groupe GLEM est un forum adéquat pour développer l'implémentation des guidelines EBM.

6. L'AVENIR...? Des questions surgissent

Se basant sur cette recherche descriptive un nombre de propositions et questions peuvent être formulées à l'attention des autorités. En plus, des questions doivent être éclaircies dans une recherche d'implémentation plus approfondie.

Le gouvernement/la politique:

Les groupes GLEM peuvent remplir une position centrale dans l'implémentation des guidelines EBM. La dynamique d'un GLEM est très appropriée pour entamer un dialogue nécessaire pour un réel changement de comportement.

- Comment faut-il soutenir ces groupes GLEM le plus efficacement lors de l'implémentation de guidelines? Quels rôles les modérateurs GLEM et les superformateurs peuvent-ils remplir ?
- Il serait désirable que lors de l'introduction de ces nouveaux guidelines on en discute systématiquement dans les GLEM. Comment peut-on veiller à ce que ceci fasse part d'un programme d'un groupe GLEM?
- Est-ce qu'une telle intervention par le GLEM peut être reliée à un système de normes qualitatives?
- Comment peut-on assurer la continuité, puisque les effets des interventions uniques sont insuffisants pour obtenir un changement de comportement permanent?
- Dans la recherche internationale il appert qu'une combinaison d'interventions individuelles (visiteurs indépendants de médecins) et d'interventions par groupe est plus effective.
- Comment peut-on améliorer les facteurs structurels concernant le système de soin de santé qui forment un obstacle à l'implémentation de l'EBM dans la pratique?

Agenda de recherche:

- Jusqu'à présent il y a une résistance vis-à-vis de l'assimilation des directives qui se distinguent des propres actions. Est-ce que cette résistance peut être suffisamment résolue

dans une intervention GLEM? Comment peut-on s'y prendre le mieux? Comment peut-on implémenter ceci dans l'entraînement de modérateurs GLEM?

- Quels éléments d'une pareille intervention sont cruciaux pour l'obtention d'un changement de comportement (durable)? Quel est le rôle d'aptitudes communicatives?
- Quel est l'effet des interventions GLEM sur le comportement des médecins lorsqu'ils prescrivent (en ce qui concerne les antibiotiques) des ordonnances? Comment peut-on le mieux évaluer et mesurer ceci?
- Quelle est l'analyse coût-efficacité d'une intervention structurée sur la prescription d'antibiotiques dans la pratique?
- Quel est l'effet d'une intervention combinée, orientée vers des groupes GLEM et vers des médecins individuels ("visiteurs de médecins" indépendants) sur le comportement de prescription des médecins? Quelle en est ici l'analyse coût-efficacité?

30 Avril 2003