

Recommandations pour les dossiers patients électroniques dans la prise en charge du diabète de type 2 dans les soins primaires.

1. Situation initiale

1.1. Logiciels des cabinets médicaux : fonctions de rappel et tableau de bord

Les cabinets médicaux de premier recours utilisent de plus en plus le dossier patient médical électronique pour la prise en charge de leurs patients. En effet, des études observationnelles ont montré que l'utilisation de tels dossiers permet d'améliorer la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques sur la base de recommandations.

En France, une étude contrôlée et randomisée centrée sur un réseau de médecin a montré que l'utilisation d'un „module de pilotage“ avec un rappel des examens à effectuer a un effet positif sur la prise en charge standardisée du diabète.¹ Selon d'autres études, les rappels électroniques, les listes de rappel pour l'équipe du cabinet médical et les e-mails automatisés pour les patients² ont également des effets positifs sur la prise en charge et l'évolution de la maladie.

Malgré la réticence des médecins à utiliser le dossier patient électronique, les avantages sont indéniables dans la profession médicale, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques. Plusieurs arguments devraient influencer favorablement le développement et l'utilisation du dossier patient électronique à l'avenir.

Un groupe interdisciplinaire composé de médecins, de représentants de l'Association des producteurs de logiciels pour cabinets médicaux (Verband der Fachhäuser für Medizinalinformatik, VSFM), d'experts du domaine de l'utilisateur (un représentant de l'Institut für Praxisinformatik (IPI) et un responsable de l'informatique d'une grande chaîne de cabinets), etc. ont élaboré des recommandations à l'attention des producteurs de logiciels dans le but de leur fournir une vue d'ensemble des exigences relatives à un système de gestion du diabète. Ce dernier pourra aussi être appliqué à d'autres maladies chroniques.

Du point de vue des experts, il faut différencier d'un côté les exigences minimales concernant les paramètres à saisir et les fonctionnalités de rappel des logiciels, et de l'autre côté d'autres fonctionnalités souhaitables pour la prise en charge des personnes diabétiques, mais aussi souffrant d'autres maladies chroniques.

¹ Falcoff H et al. Development and impact of an electronic follow-up module for chronic conditions in general practice. *Prat Organ Soins* 2009;40:177-189.

² Zhou YY et al. Improved quality at Kaiser Permanente through e-mail between physicians and patients. *Health Aff (Millwood)* 2010;29:1370-1375.

1.2. Critères pour une „bonne gestion de la maladie du diabète“

En été 2012, le comité de la Société Suisse d'Endocrinologie/Diabétologie (SSED) a adopté huit critères pour une „bonne gestion du diabète“ sur la base du „programme de reconnaissance du diabète“ de la NCQA et ADA³ adaptés aux conditions en Suisse⁴. Ces huit critères couvrent les aspects les plus importants dans la prise en charge des patients diabétiques. Ils ne sont pas applicables à un individu seul. Ils sont pondérés et évalués pour une population de patients et débouchent sur le calcul d'un score final pour cette population. Ils comprennent des procédures pertinentes et facilement saisissables (nombre d'entretiens relatifs au diabète / conseils sur le style de vie / examens des yeux et des pieds) et des analyses de laboratoire (HbA1c, pression artérielle, lipides). Les critères d'évaluation ne peuvent et ne doivent pas non plus être appliqués à un patient individuel. Les objectifs prévus pour chaque patient individuel doivent être formulés individuellement en fonction de la situation clinique⁵.

Les modèles de prise en charge des patients diabétique et la population de patients peuvent varier largement (par exemple, centres de consultations, prise en charge partagée, nombre de patients souffrant du diabète, stades de la maladie, âge des patients, etc.). Ainsi, le score variera selon la structure de l'encadrement. Dans un premier temps, le score requis pour une « bonne prise en charge » (75 sur 100 points possibles) est un résultat estimatif et fait office de proposition. Afin de valider les critères et le score, des projets pilotes sont prévus en partenariat avec les cabinets médicaux suisses de premier recours.

Une saisie continue de données anonymes et de scores permettra à l'avenir une comparaison qualitative des soins médicaux en diabétologie (indice de référence avec auto-contrôle), en particulier lors de similitude dans la structure de prise en charge. Le score s'appliquera non seulement à un médecin individuel et à ses patients atteints de diabète, mais aussi aux grandes unités de soins (cabinets collectifs ou réseaux) pour autant que le modèle des soins intégrés soit utilisé (« disease management »).

³ Weiterführende Informationen unter <http://www.ncqa.org/tabid/1023/Default.aspx>

⁴ Weiterführende Informationen unter <http://www.ncqa.org/tabid/1023/Default.aspx>

⁵ Inzucchi SE et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes – a patient centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the study of diabetes (EASD). Diabetes Care 2012;35:1364-1379

Image 1: critères et évaluation d'une „bonne“ gestion du diabète

Critères	Fréquence (p.a.)	Paramètres	Valeurs cibles (se rapportant à la population de patients)	Points
Contrôles réguliers (10 points)	min. 3	Contrôle du diabète (épisode)	chez ≥80 % des patients	10
Interventions sur le mode de vie (10 points)	min. 1	a) IMC<25 ou conseils concernant le poids et l'activité physique → poids, taille	IMC<25 ∨ conseils chez ≥80 %	5
		b) Non-fumeur ou traitement/conseils concernant sevrage tabagique → statut tabagique (nombre de paquets)	Non-fumeur ∨ traitement/ conseils chez ≥80 %	5
HbA_{1c} (25 points)	min. 2	HbA _{1c} (DCCT-traceable)	Moyenne annuelle : < 9,0 % chez ≥85 %	12
			< 8,0 % chez ≥60 %	+8
			< 7,0 % chez ≥40 %	+5
Pression artérielle (15 points)	min. 2	Pression artérielle, <i>en position assise après 5 min de repos</i>	Moyenne annuelle : < 140/90 mmHg chez ≥65 %	15
LDL-cholestérol chez les patients de moins de 75 ans (20 points)	min. 1	LDL-C chez les patients de moins de 75 ans (en cas de plusieurs mesures : moyenne annuelle)	< 3,37 mmol/l chez ≥63 %	10
			< 2,60 mmol/l chez ≥36 %	+10
Recherche d'une néphropathie (5 points)	min. 1	Détermination de la créatinine sérique + microalbuminurie	chez ≥80 % des patients	5
Examen des yeux (10 points)	min. 1	Contrôle annuel des yeux chez l'ophtalmologue	chez ≥60 % des patients	10
Examen des pieds (5 points)	min. 1	Pouls + monofilament ∨ Pouls + sensibilité vibratoire	chez ≥80 % des patients	5

2. Exigences minimales pour les dossiers patients électroniques dans la gestion du diabète

Même si les exigences suivantes s'appliquent à une prise en charge et à un traitement optimisés du diabète, certaines conditions préalables sont nécessaires pour organiser le recueil de données et soigner les patients, en particulier ceux souffrant de maladies chroniques.

2.1. Enquête des événements / diagnostics

*Diagnostics/codification des événements ; compatibilité-ICPC-2
Extraction des données du dossier patient d'après le code du diagnostic*

Afin de permettre l'identification des patients sur la base d'un diagnostic, ce dernier doit être nécessairement répertorié dans le dossier patient électronique.

Différents systèmes de classification existent, mais il semble nécessaire pour les cabinets médicaux privés d'assurer la *compatibilité avec l'ICPC-2*. Cela permet aux professionnels d'un cabinet d'identifier rapidement les patients à l'interne, mais aussi de transférer les données (par exemple fournir l'extrait du dossier médical à un autre médecin).

En outre, en utilisant l'analyse des épisodes du ICPC-2 dans le dossier patient électronique, il est possible de déterminer quand et à quelle fréquence les patients souffrant de maladies chroniques (dans ce cas le diabète de type 2) ont eu une consultation médicale. (Critère 1 „bonne“ gestion de la maladie du diabète)

2.2. Rappels concernant les bilans de santé

Rappel automatique pour un examen médical du diabète de type 2 une fois par année

Conformément aux critères de « bonne gestion » du diabète, il est nécessaire d'effectuer des examens médicaux (en plus de la consultation médicale annuelle) au moins une fois par an. Si cela n'a pas été fait durant les onze derniers mois (liste des épisodes), une *fonction de rappel automatique* sera activée dans le dossier patient électronique. Le premier enregistrement du diagnostic/épisode-code servira idéalement de valeur „zéro point“.

De nombreuses variantes de rappels existent. Il peut s'agir d'une liste de rappels générés automatiquement et mise à jour mensuellement ; d'une notice indicative dans le dossier patient électronique lorsqu'un nouveau traitement (et par conséquent, une nouvelle consultation) est mis sur pied, ou encore de rappels automatisés par e-mails envoyés aux patientes et patients.

2.3. Evaluation de la gestion de la maladie du diabète

Possibilités d'enregistrement des examens médicaux importants du diabète
Critères d'évaluation automatique de la „bonne gestion du diabète“

Conformément aux recommandations de pratique clinique⁶ pour la prise en charge du diabète, les contrôles importants sont à indiquer au moins une fois par année dans le dossier patient électronique. Toutefois, la plupart des systèmes ne permettent pas la saisie exhaustive de tous les paramètres nécessaires à une bonne prise en charge du diabète.

La figure 2 indique les paramètres minimaux à enregistrer, sous forme de texte libre ou de manière structurée, dans le dossier patient électronique. Afin d'assurer un transfert de données optimal, il est souhaitable d'avoir une compatibilité de saisie. (Idéalement ceci se fera en se référant aux nomenclatures systématiques définies au niveau national, p.ex. le LOINC et/ou SNOMED CT⁷).

Figure 2: **Paramètres minimaux à saisir dans le cadre des bilans de santé diabète**

Paramètre	Remarque	Modalité
Contrôle diabète	Episode	p.ex. ICPC-2 Code
IMC	Poids corporel, taille	Laborparameter mit entsprechenden Zahlenwerten
HbA1c		
Pression artérielle		
Cholestérol total		
LDL-Cholestérol		
Créatinine sérique		
Microalbuminurie		
Tabagisme		oui/non
Conseils concernant le poids	Applicable au IMC > 25	oui/non
Conseil rapide concernant le sevrage tabagique	Applicable si tabagisme et positif	oui/non
Examen des yeux	Orientation vers un ophtalmologue	oui/non

La possibilité d'approfondir la saisie des données d'un examen au moins sous forme de texte libre et/ou de manière structuré doit être assurée dans le dossier patient électronique.

Sur la base des examens médicaux saisis, il sera possible d'évaluer automatiquement la « gestion du diabète » agrégée sur l'ensemble des patients diabétiques (cf. image 1). Il serait souhaitable de prévoir une attribution aux prestataires individuels au sein des cabinets de groupe ou des réseaux de soins.

⁶ Appendix „RCP 9 : Suivi du patient diabétique“, Programme Cantonal Vaud Diabète, 2012

⁷ LOINC et SNOMED CT sont des systèmes de codification internationaux.

2.4. Caractéristiques du passeport-diabète

Le passeport-diabète est un instrument destiné au patient. Il lui permet, en concertation avec les médecins et autres professionnels, de noter les résultats de ses examens médicaux, mais aussi d'autres informations importantes liées au diabète (médicaments, etc.). Son utilisation facilite la coopération interdisciplinaire entre les différents professionnels concernés (p. ex. : médecins de famille et ophtalmologues) et aide les patients à gérer leur maladie.

Les paramètres ci-dessus doivent par conséquent être regroupés, imprimés et remis au patient. Pour la transmission des informations, une compatibilité électronique est nécessaire. Un modèle visuel du passeport-diabète est disponible auprès de l'Association Suisse du Diabète.

3. Options

3.1. Caractéristiques du tableau de bord

En pratique, il est nécessaire d'avoir une vue globale du statut du patient, comme l'âge, la taille, le poids, le tabagisme, ainsi que des données relatives aux différents épisodes. Cette vue globale sera automatisée sous forme de tableau de bord pour les principales maladies chroniques (KHK, DM, COPD, etc.), dès qu'un épisode est saisi (p. ex. : après ICPC-2).

En outre, le suivi des examens dans le temps est particulièrement pertinent pour la prise en charge des malades chroniques. Par conséquent l'utilisateur doit accéder facilement au moins aux quatre dernières valeurs mesurées d'un paramètre (en particulier le poids, le HbA1c, la tension artérielle, le cholestérol, etc.). En option, des informations supplémentaires peuvent être recueillies pour les paramètres avec la classification oui/non (cf. figure 2) par exemple : paquets par année pour les consommateurs de tabac, résultats des examens individuels des yeux - pieds.

3.2. Amélioration de la fonction de rappel

Die meisten Diabetes-spezifischen Kontrolluntersuchungen erfolgen einmal jährlich. Allerdings werden Blutdruck, Gewicht und insbesondere den HbA1c-Wert zwei- bis viermal jährlich kontrolliert – je nach Diabetes-Therapie, Stabilität der Diabetes-Kontrolle und weiteren patientenspezifischen Faktoren. Der behandelnde Arzt sollte daher bei diesen Parametern die Möglichkeit erhalten, die Kontrollintervalle individuell zu verkürzen, wobei eine Benachrichtigung zum Recall vier Wochen vor Ablauf des Intervalls erfolgt.

3.3. Amélioration des paramètres et des liens vers les documents importants

Idéalement, le médecin peut formuler et noter des valeurs cibles spécifiques par patient pour certains paramètres et ainsi évaluer le niveau d'atteinte des objectifs. En outre, ces derniers, fixés sur la base des recommandations de pratique clinique, pourront être indiqués dans le système afin de faciliter la formulation des buts à atteindre. Le système permettra de générer des graphiques dans le but d'avoir un aperçu rapide et complet de l'état du patient et de l'atteinte des objectifs.

Des formulaires spécifiques (p.ex., ordonnance de conseils en diététique, ordonnance pour l'ophtalmologue, etc.) seront non seulement stockés, mais surtout facilement accessibles. De même, les rapports importants provenant d'autres prestataires de soins seront accessibles facilement.

Auteurs et contributeurs:

Lukas Villiger (Société Suisse d'Endocrinologie/Diabétologie)

Peter Amherd (Vitodata AG & Verband Schweizerischer Fachhäuser für Medizinal-Informatik VSFM)

Sima Djalali (Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich)

Rolf Eggenberger (TMR AG & Verband Schweizerischer Fachhäuser für Medizinal-Informatik VSFM)

Aurélié Giger (Service de la santé publique du Canton de Vaud)

Sang-Il Kim (e-Health Suisse)

Thomas Müller (Santémed)

Gerhard Schilling (Société Suisse de Médecine Interne Générale)