

Heinz Bhend, Marco Zoller, Thomas Rosemann

FIRE is lit – la flamme est allumée

Voici une année, nous avons présenté le projet FIRE dans cette revue¹. Maintenant le «feu» a pris: dans le cadre de l'étude pilote, treize collègues enregistrent déjà leurs consultations selon la classification CISP-2 et plus de 70000 consultations sont prêtes à l'analyse. Les aspects techniques sont maîtrisés. Désormais, il s'agit d'élargir la base de données et d'en maximiser la qualité.

Approche

Lorsqu'un dossier médical est informatisé, on peut en utiliser certaines informations pour les rendre disponibles: données sur les consultations, données vitales, résultats d'analyse et données de l'ordonnance. FIRE (Family Medicine ICPC-Research using Electronic Medical Record) se propose de compléter ces informations par les codes CISP et de les mettre en ligne, à disposition de la recherche en soins primaires. Grâce à ce système de recherche, on pourra trouver en peu de temps des réponses aux questions importantes dans le domaine clinique, en politique de la santé et en politique professionnelle. Au préalable, il faut toutefois qu'un nombre suffisant de collègues ait fourni des données de bonne qualité. Les collègues et les entreprises pharmaceutiques ont témoigné d'un grand intérêt pour ce projet. Seuls les fabricants de logiciels n'en ont pas encore saisi toute l'importance.

Rétrospective

Préparatifs

Après avoir élaboré la séquence des données et le schéma XML correspondant, nous avons communiqué ces informations aux fabricants de logiciels. Pour chaque consultation, le projet FIRE met à disposition les données suivantes: année de naissance, sexe, date de consultation, données vitales (pression systolique et diastolique, pouls, poids, IMC, périmètre abdominal), médicaments, résultats d'analyse, codes CISP.

Entre-temps, nous avons convaincu six entreprises² de mettre gratuitement à disposition de leurs clients un module d'exportation pour les données FIRE. Certaines entreprises ont promis de réaliser un pareil module dès que leurs clients en feraient la demande.

Séminaires de formation

Jusqu'à présent, nous avons réalisé trois séminaires de formation sur l'utilisation de CISP-2 dans la routine quotidienne. Les collègues participants nous ont confirmé de manière unanime qu'après une brève période d'introduction, le supplément d'effort se justifiait. Ce supplément disparaît même lorsque l'on tient de toutes manières une liste des problèmes³. La feuille de route exige que cette liste soit établie selon la classification CISP [1]. Pour assurer la qualité des données et l'homogénéité de la classification, il faudra que les utilisateurs suivent des cours de formation basés sur des vignettes de cas. A l'avenir, une partie de ces cours seront proposés en ligne également.

Exporter et télécharger

L'utilisateur peut très facilement exporter les données à partir des différents logiciels professionnels implémentant cette fonction. En général, deux à trois clics de souris suffisent à générer un fichier actualisé. La direction du projet fournit à chaque participant un outil FTP (un petit logiciel spécial ayant l'aspect de l'Explorer de Windows) lui permettant de télécharger ses données vers un répertoire en ligne personnel. Depuis là, elles sont téléchargées à nouveau par la direction du projet, qui les vérifie avant de les enregistrer dans la banque de données.

Nombre de participants et volume de données

Jusqu'ici, les collègues qui ont fourni les données étaient au nombre de treize; quatre autres ont manifesté leur intérêt ou préparent déjà la livraison de données. Actuellement, nous avons récolté les données de plus de 70000 consultations pour 2009. Dans la deuxième étape du projet, nous allons analyser les données de laboratoire et d'ordonnance qui nous ont été fournies par la même occasion.

Validation des données

Avant de les valider, nous comparons les données livrées avec leur schéma XML. Après ce contrôle, nous utilisons un logiciel spécial⁴ pour enregistrer les données dans la banque de données (MySQL), où nous pouvons les analyser immédiatement. Nous effectuons cette analyse à l'aide d'un autre logiciel acheté à cet effet.⁵

Après avoir téléchargé les données, nous les soumettons à d'autres tests de validation. De cette manière, nous pouvons fournir des indications précieuses aux programmeurs des outils d'exportation et améliorer constamment la qualité des données.

Protection et conservation des données

Selon le préposé fédéral à la protection des données, l'anonymisation obtenue en réduisant les informations identitaires à la date de naissance et au sexe est suffisante pour garantir la protection des données. Après leur téléchargement, les données livrées demeurent enregistrées dans l'archive du serveur. La direction du projet en possède un double identique. Un système de copies de sécurité en garantit la conservation. Les données sont saisies dans la banque de données aménagée spécialement à cet effet et mise à notre disposition par la Haute école spécialisée de Suisse centrale (professeur Olnhoff).

Potentiel d'exploitation des données: questions et réponses, graphiques

En exploitant la séquence de données présentée plus haut, on peut trouver directement la réponse à de nombreuses questions inté-

1 Bhend H, Rosemann T, Zoller M. CISP-2: le lien manquant pour la recherche et la promotion de la qualité en médecine de famille. PrimaryCare 2008;8(13):261-3.

2 InfoCall, Vitodata, Kernconcept, Praxinova, AdvancedConcept, MedElexis.

3 En documentation électronique, il est absolument recommandé de tenir la liste des problèmes, qui par ailleurs satisfait au standard de la SSMG.

4 Exult MySql 1.3.

5 Tableau 4.1.

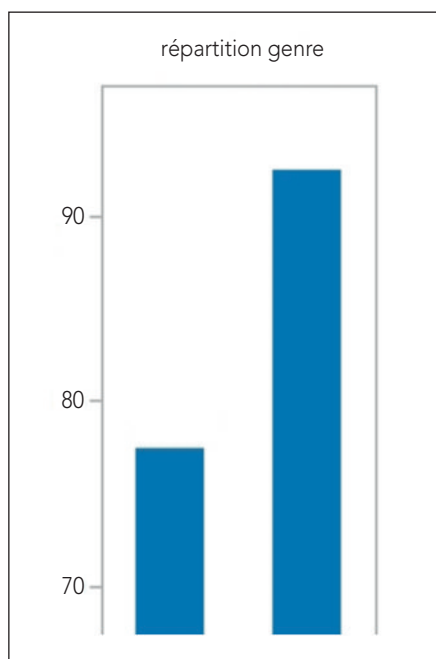


Figure 1
Pression diastolique moyenne (à gauche: femmes; à droite: hommes).

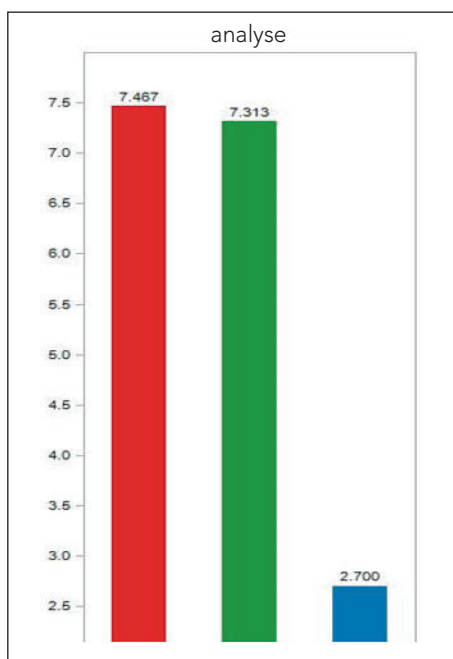


Figure 2
Glycémies moyennes à jeun (rouge), HbA1c (vert) et LDL (bleu) chez des patients au code CISP T-90 (diabète non insulino-dépendant).

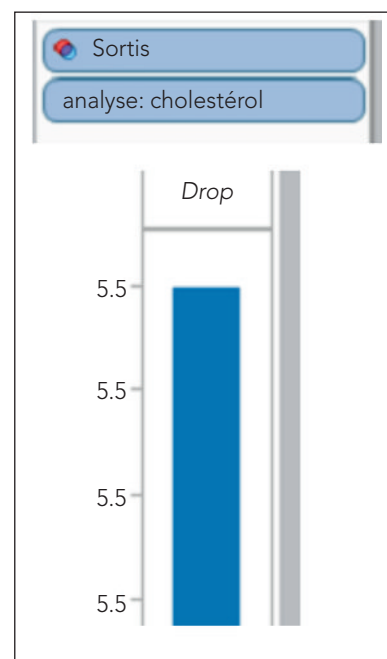


Figure 3
Valeurs moyennes de cholestérol de patients traités par Sortis (atorvastatine).

ressantes et la présenter sous forme graphique en quelques clics de souris. Il est clair que les données actuelles du projet pilote ne permettent pas encore de fournir des réponses valides. En guise d'exemple, voici quelques questionnements possibles:

- Quel est le nombre de problèmes évoqués/traités par unité de consultation?
- Quels sont les problèmes et quelle est leur fréquence?
- Quel est le profil d'un cabinet isolé (distribution de la fréquence des problèmes)?
- Quel est le nombre de patients présentant plusieurs problèmes, calculé pour le collectif ou par participant isolé? Quelle est son évolution au cours du temps?
- Quel est le poids moyen des patients dont le code est T-82 (obésité) ou T-83 (surcharge pondérale)? Comment ce poids varie-t-il chez les patients diabétiques et non diabétiques?
- Quel est le taux moyen d'HbA1c observé chez les patients dont le code est T-90 (diabète) calculé pour le collectif? Chez un participant particulier? Comment ce taux varie-t-il dans les divers sous-groupes?
- Quel est le taux moyen de cholestérol LDL et HDL calculé pour l'ensemble de tous les patients prenant de l'atorvastatine (Sortis)?

Nous montrons ici trois graphiques en exemple (fig. 1 à 3). En raison du nombre de données encore restreint, il ne faut pas en tirer une interprétation quantitative; ils servent uniquement à illustrer les possibilités techniques du logiciel. Vous pouvez consulter d'autres exemples de graphiques sur le site www.icpc.ch, sous «projet FIRE».

Perspectives

Élargir la base de données

Nous devons absolument atteindre un ensemble représentatif. L'objectif est de gagner environ 100 collègues à notre projet d'ici fin 2010. Ainsi pourrions-nous parvenir à évaluer quelque 600 000 consultations par année.

Qualité des données

Le codage sera exercé lors d'ateliers de formation, à l'aide de vignettes de cas, afin qu'il devienne homogène. La priorité revient à la saisie intégrale (en ce qui concerne les détails de l'utilisation de la CISP, voir [2]). Pour des raisons de facilité, nous prévoyons des phases de codage «à chaud». Pendant une durée d'une à deux semaines, tous les participants introduisent, après chaque consultation, les codes dans leur intégralité. En routine, ou en fonctionnement normal, les codes ne sont introduits qu'en fonction des possibilités laissées par le travail au cabinet médical. Au milieu de l'agitation quotidienne, il arrive souvent qu'un problème ou un sujet tombe dans l'oubli même si l'on vient de l'évoquer récemment, ou que l'on ne sache plus pourquoi l'on avait ordonné telle analyse ou prescrit tel médicament. La comparaison entre les phases de codage à chaud et celles de codage en routine permet d'obtenir des éclaircissements sur la validité des données saisies en phase normale.

L'analyse subséquente et le codage des enregistrements audio formeront la référence ou l'étalon or.

RFE

Comme étape d'élaboration suivante, la feuille de route indique la possibilité de saisir la raison de la consultation, ou RFE (*reason for encounter*), toujours selon la CISP-2. Même si cela représente un travail supplémentaire, cette saisie en vaut la peine. Par exemple, elle permet de rechercher le nombre de consultations incitées par des motifs extérieurs au patient lui-même. Ou alors, de préciser les divergences entre la raison de la consultation et le résultat du conseil. Cette fonction charnière incombe au médecin de famille. Jusqu'ici, nous n'avons malheureusement presque aucune donnée chiffrée à ce sujet en Suisse.

Concept d'épisode

Le concept d'épisode représente une autre amélioration de la vue

d'ensemble et de l'évaluation au niveau du dossier médical. Cependant son introduction dans le logiciel n'est pas aisée sur le plan technique, et la plupart des fournisseurs ne seront en mesure de l'offrir qu'à partir de 2011 ou 2012 (voir www.icpc.ch).

Analyses partielles dans les réseaux ou autres groupements

Bientôt les groupements de médecins pourront effectuer des requêtes en leur propre nom. Ainsi un groupe de médecins pourra-t-il comparer au collectif sa position dans les questions évoquées plus haut. Pour pouvoir utiliser cette option, il faut acquérir au préalable la version de serveur, plus coûteuse, du logiciel d'évaluation. Etant donné que les groupements tels que les divers services des urgences, la policlinique médicale de l'Hôpital universitaire de Zurich, Medgate, et divers réseaux de médecins, s'intéressent à participer à ce projet, nous sommes persuadés de pouvoir acquérir cette extension dès l'année prochaine.

Financement

C'est grâce à l'aide financière de la Société de médecine générale du canton de Zurich (GAZ⁶) et aux efforts du groupe de travail SSMG.Informatics que le projet pilote FIRE a pu atteindre son développement actuel. SSMG.Informatics a dirigé les opérations de saisie et d'exportation entre les divers logiciels, ainsi que le téléchargement ultérieur des données. L'Institut de médecine générale et de recherche en santé publique de Zurich s'est chargé de l'analyse proprement dite des données. Comme dans tout projet pilote,

⁶ Gesellschaft für Allgemeinmedizin des Kantons Zürich.

il était difficile d'en estimer les coûts. Toutefois, malgré la limitation des moyens à disposition jusqu'ici, le projet présente déjà de beaux résultats. Pour continuer le projet, nous avons besoin d'une base financière plus large. Le budget du 2^e semestre 2009 s'élève à quelque 60 000 francs; l'an prochain, il faudra y consacrer au moins 150 000 francs. Quelques sponsors nous ont d'ores et déjà assuré leur soutien: les médecins de famille du canton de Berne, l'Institut de médecine générale de l'Université de Berne, Ponte Nova, les médecins de famille du canton d'Argovie (ArgoDoc), le groupe de travail Littérature et Documentation de la SSMG et la Société de médecine générale de Suisse orientale (OSGAM) ont déjà promis des contributions pour l'année en cours. Les responsables du projet ont également contacté d'autres sponsors éventuels et ils les ont invités à octroyer un soutien financier à la Fondation pour l'avenir de la médecine de famille, ce qui revient également à soutenir ce projet. Les versements à cette fondation permettent de garantir l'indépendance des projets de recherche ainsi soutenus. Nous nous faisons un plaisir de fournir une documentation plus détaillée aux intéressés.

Références

- 1 Bhend H, Zoller M. Feuille de route pour le dossier électronique du patient au cabinet du médecin de famille. BMS. 2008;89:32.
- 2 Bhend H. ICPC-2: premiers pas. PrimaryCare. 2008;6:108-11.

Correspondance:

Dr Heinz Bhend
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Oltnerstrasse 9, 4663 Aarburg
 heinz.bhend@sgam.ch

Toujours pas d'évidence convaincante pour le dépistage PSA du cancer de la prostate

Il faut un dépistage sur 1410 hommes et un traitement sur 48 hommes de plus pour éviter un seul cas de décès par cancer de la prostate.

European RCT of PSA screening

The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer was initiated in the early 1990s to evaluate the effect of screening with prostate-specific-antigen (PSA) testing on death rates from prostate cancer. The authors from multiple European countries identified 182,000 men between the ages of 50 and 74 years through registries in seven European countries for inclusion. The men were randomly assigned to a group that was offered PSA screening at an average of once every 4 years or to a control group that did not receive such screening. The pre-defined core age group for this study included 162,243 men between the ages of 55 and 69 years.

They found: «In the screening group, 82% of men accepted at least one offer of screening. During a median follow-up of 9 years, the cumulative incidence of prostate cancer was 8.2% in the screening group and 4.8% in the control group. The rate ratio for death from prostate cancer in the screening group, as compared with the control group, was 0.80. The absolute risk difference was 0.71 death per 1000 men. This means that 1410 men would need to be screened and 48 additional cases of prostate cancer would need to be treated to prevent one death from prostate cancer. The analysis of men who were actually screened during the first round (excluding subjects with noncompliance) provided a rate ratio for death from prostate cancer of 0.73.»

The authors concluded: «PSA-based screening reduced the rate of death from prostate cancer by 20% but was associated with a high risk of overdiagnosis.»

Schröder F H, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. NEJM. 2009;360:1320-8. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMoa0810084>. Synopsis edited by Dr Linda French, Toledo, Ohio. Posted on Global Family Doctor 31 March 2009.

Sur le même thème: The United States Preventive Services Task Force has concluded that the evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms in men 75 years and younger. So they do not – cannot make a decision on screening there. However, they have come down outright against screening for men 75 years and older. <http://content.nejm.org/cgi/reprint/NEJMp0901825.pdf>

Bernhard Rindlisbacher