

Amato Giani, Stefan Schäfer

Démarche qualité dans un réseau de médecins: les recommandations médicales sont-elles suivies pour la prise en charge des cas complexes?

Situation initiale, objectif, problématique

Les membres du réseau de médecins mednetbern se sont mutuellement engagés par contrat à respecter des critères de qualité. En fait partie la prise en charge de nos patients conformément aux recommandations médicales actuellement en vigueur. Nous sommes convaincus que les recommandations doivent être mises en œuvre pour obtenir la meilleure qualité possible en matière de diagnostic et de traitement [1]. La nécessité d'analyser des cas complexes a initialement résulté du fait que par le passé, mednetbern devait régulièrement verser des remboursements considérables aux caisses-maladie dans le cadre de la «coresponsabilité budgétaire» convenue par contrats [2]. Bien que nous attachions une grande importance à la qualité de la prise en charge et au devenir de nos patients, nous ne voulons tout de même pas ignorer l'aspect financier. Des analyses détaillées minutieuses conduites sur une période prolongée doivent permettre d'identifier les points faibles et les possibilités d'amélioration. La question qui se pose est donc la suivante: les recommandations médicales courantes sont-elles respectées dans les cas complexes étudiés?

Description, méthodologie

En raison de la particularité de l'approche des «soins intégrés», qui consiste notamment à mettre à disposition du médecin de famille impliqué toutes les informations, un réseau de médecins a pour la première fois accès à toutes les données médicales et aux factures de tous les prestataires. La présentation et l'exploitation des cas anonymisés se font au moyen du mednetbern Case Analyzer, un logiciel développé par le réseau mednetbern [3]. Dans le cadre du présent travail, nous avons confronté quatre cas complexes avec les recommandations internationales [4, 6, 9, 10]. D'après la terminologie des assurances, ces quatre cas font partie de la catégorie «cas à risque élevé» (coûts annuels de l'assurance obligatoire des soins [AOS] >30000 CHF). La durée d'observation s'élevait à un an. Dans cette mission, nous avons été soutenus par des médecins-cadres de notre *preferred provider*, à savoir la clinique de médecine interne générale de l'Inselspital de Berne, par un codeur hospitalier externe ainsi que, sur le plan financier et logistique, par Novartis et Assura.

Bénéfices, résultats

Les conclusions des analyses de cas complexes sont discutées avec les membres de notre réseau et avec les prestataires impliqués. Ces conclusions aboutissent à une amélioration de la qualité de la prise en charge de nos patients et permettent aussi, en général, de réaliser des économies financières.

Conclusion, perspectives

Pour les deux premiers des quatre cas complexes analysés, les recommandations actuelles ont été respectées pratiquement à la lettre et ces cas convainquent également par leur évolution favorable. Les deux cas suivants sont nettement plus compliqués, plus agressifs et incontestablement plus difficiles à traiter. Pour ces cas, les recommandations ont uniquement été suivies en partie et elles ont totalement été ignorées pour certains aspects. Personne n'est en mesure de déterminer si le «syndrome de la porte tournante» de notre patient aurait

Cas 1, patient de 75 ans

Problème de fond: Myélome multiple, stade 2, avec légère insuffisance rénale et anémie symptomatique révélée à l'anamnèse (incidence d'env. 5/100000/an) [4].

Principaux symptômes: Douleurs lombaires dans le cadre d'un tassement de la vertèbre thoracique T12.

Interventions: Chimiothérapie par Alkeran®, prednisone, thalidomide (MPT) de 09/08 à 02/09, monothérapie par thalidomide jusqu'en 12/09, lénalidomide, dexaméthasone depuis 03/10 pendant toute la période d'observation, jusqu'à fin 2011. Perfusions de bisphosphonate. Traitement par érythropoïétine.

Diagnostics secondaires: Chutes récidivantes avec fracture de la dent de l'axis et fracture du col du fémur. Hypertension artérielle. Suspicion de cardiopathie coronaire et valvulaire. Diverticulose sigmoïdienne. Dystrophie unguéale.

Interventions: Ostéosynthèse des deux fractures.

Commentaire: Les recommandations de l'ESMO sur le myélome multiple [4] sont respectées. Seule la monothérapie par thalidomide n'est pas conforme aux recommandations. Le traitement par érythropoïétine en cas d'anémie légère avec clairance de la créatinine de 60 ml/min n'est pas recommandé dans la littérature et doit être remis en question [5]. Le traitement par benzodiazépine, au cours duquel les deux chutes se sont produites, doit être reconsidéré.

Cas 2, patiente de 26 ans

Problème de fond: *Echinococcosse hydatique* (*Echinococcus granulosus*) avec kystes hépatiques et spléniques (incidence estimée en Suisse d'env. 40–70/8000000/an)¹.

Principaux symptômes: Depuis 2–3 ans, douleurs spasmodiques abdominales hautes récidivantes.

Interventions: En 01/13, résection hépatique modifiée, périkystectomie splénique, cholécystectomie. Chimiothérapie pré-, péri- et postopératoire par albendazole.

Diagnostics secondaires: Ulcère gastrique Forrest IIc 03/13, gastroparésie postopératoire 05/13, salpingite 09/12, reflux gastro-œsophagien, myoarthropathie de l'articulation temporo-mandibulaire gauche.

Commentaire: Chez cette jeune patiente au demeurant en bonne santé, le traitement opératoire des kystes hydatiques avec chimiothérapie consécutive constitue le traitement de choix d'après les recommandations de l'OMS [6]. Concernant la durée du traitement médicamenteux postopératoire, les recommandations ne sont pas bien validées, mais la durée d'un an est sans doute justifiée dans le cas présent, où un kyste a accidentellement été ouvert durant l'opération [7, 8].

Cas 3, patient de 52 ans

Problème de fond: Trouble schizo-affectif F25.0, intoxication aiguë à l'alcool F10.1 (la prévalence vie-entière du trouble schizo-affectif est incertaine. Il est probable que 10 à 20% des patients atteints de schizophrénie, manie ou dépression soient également en proie à des phases où deux voire les trois affections sont présentes, ce qui pourrait concerner jusqu'à 2% de la population) [9].

Principaux symptômes: Etats maniformes récidivants, violence domestique, manque de conscience de la maladie.

Interventions: Hospitalisations répétées, privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA), traitement au long cours par rispéridone (à libé-

¹ Gottstein B. Communication personnelle à Giani A., 25.03.2014

ration prolongée), prise en charge ambulatoire en centre de jour avec *case management* durant cinq demi-journées par semaine.

Diagnostics secondaires: Hypertension artérielle, lombalgies récurrentes, diverticulite sigmoïdienne [8, 10].

Interventions: Traitement de la lombalgie par prednisone, traitement antihypertenseur par losartan.

Commentaire: Etant donné que le patient n'a pas conscience de sa maladie, l'équipe médico-soignante a un grand défi thérapeutique à relever. Les directives préfectorales dans le cadre de la PLFA facilitent sans doute la mise en œuvre des mesures thérapeutiques. Les recommandations thérapeutiques relatives à la schizophrénie de la *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* (DGPPN) [9] préconisent un traitement médicamenteux par neuroleptiques atypiques. Dans le cas de ce patient, le fait d'avoir persévéré dans le traitement par rispéridone à libération prolongée doit être examiné dans le contexte des 15 hospitalisations au cours des 3 années ayant suivi la pose du diagnostic. Le traitement au long cours par valproate n'est certes pas recommandé dans le contexte ambulatoire en cas de schizophrénie, mais il a certainement sa place dans la stabilisation de l'humeur en cas de manie; toutefois, en l'absence d'efficacité après une aussi longue période, il pourrait être remplacé à titre d'essai par le lithium, qui est le médicament de premier choix. Sur le plan psychothérapeutique, la thérapie cognitivo-comportementale en contexte ambulatoire est appuyée par des preuves scientifiques pour la prévention des récurrences et elle est préconisée à la fois dans les recommandations relatives à la schizophrénie et dans celles relatives aux troubles affectifs. Notre patient n'a pourtant pas bénéficié d'une telle prise en charge, mais il a été admis en ambulatoire dans un centre de jour avec un *case manager*. Or, il a été prouvé que cette forme thérapeutique précisément était inefficace et elle est dès lors explicitement déconseillée dans les recommandations. Cette divergence a pu être abordée et clarifiée avec les spécialistes en charge du patient. La consommation abusive d'alcool par intermittence reste un problème non résolu. En raison de son effet potentiellement déclencheur de poussées, un traitement par disulfirame n'est pas envisageable, les données concernant l'acamprosate font défaut [9]. Le traitement de la lombalgie par prednisone peut avoir été déclencheur de poussées et doit être arrêté.

Cas 4, patiente de 91 ans

Problème de fond: Adénocarcinome de l'œsophage (incidence d'env. 5/100 000/an) [10]. Œsophagite mycosique.

Principaux symptômes: Dysphagie, malnutrition.

Interventions: Sonde de gastrostomie endoscopique percutanée, curiethérapie endoluminale, 24 endoscopies hautes pour bougirages, poses de stents, repositionnements de stents et retraits de corps étrangers en l'espace de 9 mois.

Diagnostics secondaires: Légers troubles cognitifs. Tendance aux chutes et ostéoporose avec antécédents de nombreuses fractures. Durant la période d'observation, fracture du sacrum et fracture pubienne. Cyphoscoliose sévère. Petite taille (135 cm). Insuffisance rénale modérée. Antécédents de cholécystectomie. Antécédents d'opération de hernie hiatale (deux opérations). Surdité bilatérale avec prothèse auditive à gauche.

Interventions: Traitement conservateur des fractures en mode stationnaire. Perfusions de bisphosphonate. Réadaptation gériatrique.

Commentaire: Les recommandations de l'ESMO relatives au cancer de l'œsophage [10] préconisent dans le cas présent un traitement palliatif et une radiochimiothérapie combinée. Les raisons pour lesquelles la chimiothérapie n'a pas été réalisée ne sont pas précisées dans les dossiers dont nous disposons. Nous considérons que les nombreuses endoscopies hautes s'inscrivent dans un contexte de «local palliation». Dans cette situation palliative, les perfusions de bisphosphonate pour la prévention de l'ostéoporose et la réadaptation gériatrique de 29 jours en milieu stationnaire doivent être remises en question. Il manque des médicaments contre la démence.

pu être atténué. Et nous ne saurons jamais si la qualité de vie de la patiente très âgée atteinte d'un carcinome de l'œsophage aurait été «améliorée» avec une prise en charge conforme aux recommandations. Au cours des discussions et échanges avec les directions hospitalières impliquées, elles ont montré une compréhension certaine de notre travail et nous ont assuré de leur volonté d'une prise en charge conforme aux recommandations. Les psychiatres déploraient l'absence de recommandations relatives aux troubles schizo-affectifs, les recommandations en matière de schizophrénie et des troubles affectifs n'étant que des solutions d'appoint. Nous avons également été rassurés concernant le patient atteint de troubles schizo-affectifs, qui a bel et bien été pris en charge grâce à des éléments de psychoéducation, bien que supervisée par du personnel non-médical et sans que ces traitements n'aient été facturés ou que son suivi n'ait été explicité auprès du médecin traitant. Nous ne cherchons pas de bouc émissaire à rendre responsable des échecs. Aucun d'entre nous, médecins de premier recours, ne prétend être en mesure d'évaluer de manière compétente une maladie rare ou un trouble schizo-affectif grave. Néanmoins, il nous apparaît clairement que dans les cas où nous constatons que des problèmes se posent en rapport avec le respect des recommandations, il convient de rechercher le dialogue avec les collègues en charge de ces cas. Nous devons prendre la mesure de nos responsabilités et faire le lien entre le patient et le spécialiste. Aussi bien un traitement poussé à l'extrême qu'un traitement insuffisant doivent être évités. Seule une connaissance approfondie du cas nous permet d'en discuter de manière adéquate. Ainsi, nous pourrions réaliser correctement notre mission de soignant, informer dans le détail et impliquer le patient dans les processus décisionnels.

Références

- Hostettler S, Kraft E, Bosshard C. Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(3):45–51.
- Berchtold P. Budgetverantwortung in der integrierten Versorgung. Schweiz. Ärztezeitung. 2010;91(18):714.
- Giani A, Schäfer S. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – Erkenntnisse aus der Analyse von Komplexfällen mit dem neuen Fallauswertungstool «Case Analyzer» von mednetbern. PrimaryCare. 2014;14(2):33–34.
- Moreau P, San Miguel J, Ludwig H, Schouten H, Mohty M, Dimopoulos M, Dreyling M. Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013;24(Suppl 6):vi133–vi137.
- Bohlius J, Tonia T, Schwarzer G. Twist and shout: one decade of meta-analyses of erythropoiesis-stimulation agents in cancer patients. Acta Haematol. 2011;125(1–2):55–67.
- Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski ZS. WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global Concern. Paris: World Organisation for Animal Health 2001.
- Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop. 2010;114(1):1–16.
- Junghans T, da Silva AM, Horton J, Chiodini PL, Brunetti E. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. Am J Trop Med Hyg. 2008;79(3):301–11.
- Gaebel W, Falkai P, Weinmann S, Wobrock T. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) 2006. Kurzversion Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) 2001.
- Stahl M, Mariette C, Haustermans K, Cervantes A, Arnold D. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013;24(Suppl 6):vi51–vi56.

Conflit d'intérêts

Aucun. Le développement des recommandations a été soutenu par des *médecins-cadres de la clinique de médecine interne générale de l'hôpital de l'île de Berne* sur le plan du contenu, par *Novartis Suisse* sur le plan financier (développement de logiciel) et par *Assura* sur le plan logistique (mise à disposition des factures).

Correspondance: Dr Amato Giani, spécialiste FMH en médecine interne générale, Gesellschaftsstrasse 30, 3012 Bern, amato.giani[at]hin.ch