

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2006

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 7 avril 1988)

Présentée et soutenue publiquement
Le 7 juin 2006 à Poitiers par
Madame Claire ROY

**Audit de pratique sur la tenue du dossier médical
en médecine générale**

Test de faisabilité dans un cabinet, sur la prise en charge des patients dépendants de l'alcool.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Madame le Professeur Christine SILVAIN

Monsieur le Docteur Bernard GAVID

Madame le Docteur Virginie MIGEOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2006

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 7 avril 1988)

Présentée et soutenue publiquement
Le 7 juin 2006 à Poitiers par
Madame Claire ROY

**Audit de pratique sur la tenue du dossier médical
en médecine générale**

Test de faisabilité dans un cabinet, sur la prise en charge des patients dépendants de l'alcool.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Docteur Bernard GAVID
Madame le Docteur Virginie MIGEOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Nous remercions le Professeur Pascal ROBLOT, qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

Nous remercions le Professeur Pierre INGRAND, vous acceptez de siéger à ce jury, nous avons apprécié la finesse de votre jugement et votre soutien.

Nous remercions le Professeur Christine SILVAIN, vous acceptez de siéger à ce jury, nous avons apprécié votre soutien.

Nous remercions également le docteur Bernard GAVID, responsable de la commission recherche du Département de Médecine Générale de l'UFR de Poitiers, pour son aide dans la définition du sujet de ce travail.

Nous remercions le docteur Virginie MIGEOT, vous acceptez de siéger à ce jury.

Nous remercions tout particulièrement le docteur Olivier KANDEL, vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse, nous avons apprécié votre disponibilité et votre soutien. Vous avez été une aide salvatrice pour ce travail.

Nous remercions le docteur Jean François MAUGARD, associé du docteur Olivier KANDEL, nous avons eu le plaisir de travailler à vos côtés et d'apprécier votre disponibilité. Les six mois passés dans votre cabinet ont été très enrichissants et ont permis la réalisation de ce travail.

À Christophe, Chloé et Côme,

À mes parents, et à l'ensemble de ma famille.

À Alix.

SOMMAIRE

1. Introduction	2
L'évaluation des pratiques	2
L'alcoolisme un problème de santé publique	4
La dépendance à l'alcool	5
2. Matériel et méthode	7
2.1 La question de recherche	7
2.2 Objectif général	7
2.3 Objectifs opérationnels	7
2.4 Description de l'étude	8
2.4.1 Type d'étude	
2.4.2 Population étudiée	
2.4.3 Population de l'étude	
2.4.4 Unité statistique	
2.4.5 Période de recueil	
2.4.6 Stratégie d'analyse	
2.5 Les référentiels	9
2.5.1 La RCP sur le dossier médical	
2.5.2 La conférence de consensus sur le sevrage à l'alcool	
2.6 Les critères retenus et les scores attendus	14
2.6.1 Pour le dossier médical	
2.6.2 Pour la conférence de consensus sur le sevrage alcoolique	
2.7 La méthode de relevé des pathologies	18
2.8 Outils de recueil	19
2.9 Les variables	20
3. Résultats	22
3.1 Echantillon étudié	22
3.2 Tenue du dossier médical comparée à la recommandation sur le dossier	22
3.2.1 Critères retenus	
3.2.2 Eléments supplémentaires	
3.3 Tenue du dossier médical comparée à la recommandation sur le sevrage	23
3.3.1 Critères retenus	
3.3.2 Eléments supplémentaires	
3.4 Niveau d'analyse de la pratique à partir du dossier médical	25
3.4.1 Connaissance du patient	
3.4.2 La maladie alcoolique	
3.4.3 Prise en charge	
3.4.4 La cure ambulatoire	
4. Discussion	31
5. Conclusion	42
Bibliographie	44
Résumé et mots clefs	46
Annexe 1: référentiel dossier médical	
Annexe 2: référentiel sevrage ambulatoire	

Introduction

1- INTRODUCTION

L'évaluation des pratiques

Si la qualité des soins médicaux fournis aux patients est une préoccupation essentielle des médecins, l'idée d'évaluer les pratiques médicales ne s'est développée en France que depuis les années 80. Elle prend forme avec la création dix ans plus tard de l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) puis en 1998 d'un organisme public, regroupant l'évaluation et l'accréditation, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Enfin la Loi du 13 août 2004 concernant la réforme de l'assurance maladie substitue à l'ANAES la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette Loi soumet tous les médecins à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Elle charge la Haute Autorité de Santé « de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles ». La Haute Autorité de Santé doit entre autres promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

Le cadre réglementaire de l'évaluation des pratiques médicales est précisément défini, par le décret no 99-1130 du 28 décembre 1999 qui précisait déjà l'instauration de la possibilité de deux modalités d'évaluation des pratiques, individuelle et collective, toujours sur la base du volontariat.

Évaluer c'est apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle méthode pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est mettre en place les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, imaginer et fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction. L'évaluation médicale est l'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de transformer et diffuser la production scientifique pour la rendre acceptable par les praticiens et offrir aux patients des soins de qualité pour une pratique éclairée et améliorée.

Le décret du 14 avril 2005 définit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et [qui] inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. »

L'EPP est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectives et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Cette démarche est inspirée du « formative assessment » des anglo-saxons. L'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement,

ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci (1).

Les modalités de mise en œuvre de l'EPP par les médecins ou les équipes médicales peuvent être nombreuses et diversifiées.

L'audit médical

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet de comparer, à l'aide de critères déterminés, la pratique d'un médecin à des références admises par la collectivité médicale, dans le but d'améliorer la qualité de la pratique de ce médecin et des soins qu'il délivre à ses patients (2).

L'audit n'est pas une activité de contrôle des connaissances et n'a de conséquences que pour le médecin qui la pratique. L'audit n'évalue pas un savoir, mais l'application de ce savoir à une pratique professionnelle. La participation à un audit est une démarche individuelle, basée sur le volontariat.

L'audit peut porter sur l'ensemble des activités médicales. Certains domaines de la médecine se prêtent mieux que d'autres à cette activité; ce sont le suivi des patients, le dépistage ou les actes de prévention, par exemple. Ceci est lié au fait qu'ils font l'objet de critères faciles à déterminer. Le dossier médical étant le lieu naturel de recueil des données, il peut aussi faire l'objet d'une évaluation.

Pour réaliser un audit, il est nécessaire de disposer d'informations sur les pratiques médicales, la principale source de données sur les pratiques est constituée par les dossiers médicaux.

Le dossier médical

En médecine générale, les dossiers médicaux (fichiers patients) peuvent constituer une source de données essentielle pour l'évaluation des pratiques, et l'informatique peut renforcer le rôle des dossiers dans la recherche de qualité de soins. L'évaluation de la tenue du dossier médical informatisé semble être un élément possible voire essentiel dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995. Cependant, contrairement aux médecins généralistes d'autres pays, les praticiens français ne disposaient pas jusqu'ici de données évaluées ni de recommandations sur la tenue des dossiers en médecine générale. À la demande de la Direction Générale de la Santé, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale a mené un travail qui vise à rattraper ce retard. La méthodologie

appliquée dans ce travail est celle des Recommandations pour la Pratique Clinique (RCP) élaborée en 1999 par l'ANAES. Actuellement seulement une douzaine de recommandations pour la pratique clinique (RPC) sont spécifiques à la médecine générale. Il en existe une sur la « tenue du dossier médical en médecine générale » (3). Cette RCP a été validée par la profession.

La récente Loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie institue la notion de Dossier Médical Personnel (DMP) (4). Celui-ci après avoir été dénommé « dossier médical partagé », devrait être opérationnel en 2007. Si, pour tous les observateurs, le but semble trop ambitieux, il affiche la volonté de clarifier les principaux objectifs du dossier médical (5). Il est maintenant acquis que le DMP ne sera pas « le dossier médical patient » du médecin (6). Si les informations du DMP pourront se limiter dans un premier temps au « plus petit dénominateur commun », le dossier médical du médecin doit être un outil de suivi du patient avec sa dimension médicolégale. En effet, la Loi sur le droit des patients (7) impose au médecin de la rigueur dans la tenue de ce dossier médical.

L'alcoolisme, un problème de santé publique

La mise en place par les pouvoirs publics d'une politique structurée de lutte contre les drogues a évolué depuis les années 1980 vers une amélioration des dispositifs de coordination de la lutte contre la toxicomanie. Alors que les efforts étaient concentrés sur les substances dites «dures», la notion de dangerosité des substances consommées a émergé avec la publication du rapport «Roques» (8). Dans ce rapport, l'alcool a été classé parmi les substances dangereuses, parce qu'il induit de très fortes dépendances physique, psychique et présente de fortes toxicités générales, neuronales et sociales.

Le dernier rapport de l'OFDT (9) montre que dans la population générale adulte, l'alcool est de loin la substance psycho active la plus consommée. Neuf pour cent des français présentent des signes de dépendance actuelle ou passée et peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique avec l'alcool. La consommation d'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies (cirrhose du foie, névrite optique, polynévrite, syndrome d'alcoolisme fœtal) pour lesquelles l'imputabilité ne fait aucun doute. Mais l'alcool intervient aussi de façon plus ou moins directe dans un grand nombre de pathologies : cancers des voies aéro-digestives supérieures, cancers du foie chez les patients ayant développé une cirrhose. L'alcool est aussi de façon certaine, impliqué dans le développement de pathologies cardio-vasculaires et psychiatriques, et directement dans les

accidents (conduite automobile, vie domestique, lieux de travail) et dans les comportements violents, chez l'adulte et chez le jeune.

Des études récentes (10) montrent que l'alcool représente une partie importante du coût de l'ensemble des pathologies considérées. Le montant global des dépenses imputables à l'alcool est estimé à 17.6 milliards d'euros. La prévalence des problèmes d'alcool chez les personnes hospitalisées peut atteindre 24% dans les services de court séjour (11) et 30 à 40% dans les services de psychiatrie, ce qui signe sans ambiguïté la morbidité liée à la consommation excessive d'alcool et ou à la dépendance. Dans son rapport 2002, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) (12) dénonce le rôle prépondérant de l'alcoolisme dans la mortalité prématurée évitable, avant l'âge de 65 ans. En effet, chaque année en France, le nombre de décès liés à la consommation excessive d'alcool est estimé à 45 000 (y compris accidents et suicides). Le coût sanitaire est évalué à près de 3 milliards d'euros. On évalue à 5 millions le nombre de buveurs excessifs et à 2.5 millions le nombre de personnes dépendantes de l'alcool (13). Bien que la consommation de boissons alcoolisées diminue régulièrement dans notre pays, celle-ci reste parmi les plus élevée d'Europe (14,15).

En matière de consommation d'alcool, à côté de « l'usage à faible risque ou usage simple » de boissons alcoolisées qui renvoie à une approche gustative ou conviviale, il existe des « mésusages » de l'alcool. La Société Française d'Alcoologie (SFA) en définit 3 principaux : « l'usage à risque », « l'usage nocif », et « l'usage avec dépendance » qu'il convient naturellement de prendre en charge le plus tôt possible. Le groupe d'experts en alcoologie, réunis dans le cadre de l'élaboration de la loi quinquennale relative à la politique de santé publique (2003), insiste sur l'amélioration de la prise en charge des personnes alcoolo dépendantes.

Dans cette perspective, le rôle du médecin généraliste est indiscutable. Il est l'interface du patient avec sa famille, son environnement, les médecins spécialistes de ville et les structures de soins. On sait qu'au moins 80% de la population a recours au moins une fois par an au médecin généraliste (16). Il a été montré que plus de 20% des hommes et 10% des femmes, consultant un médecin généraliste, auraient des problèmes direct ou indirect liés au mésusage de l'alcool (17). En revanche, la prise en charge effective des problèmes d'alcool par le médecin généraliste est encore insuffisante (18, 19).

La dépendance à l'alcool

Toutes les modalités de consommation d'alcool ne deviennent pas des consommations pathologiques et le comportement de dépendance, défini comme la perte du contrôle de la consommation, ne concerne que 8 à 10% des consommateurs (20). S'il est impossible d'établir

un "seuil" individuel de consommation induisant une dépendance, de nombreuses études montrent que la dépendance à l'alcool est une pathologie très polymorphe, tant dans son expression que dans son étiologie au sein d'une même population. La dépendance à l'alcool est désormais considérée comme une maladie dont la prise en charge relève des interventions médicales et médico-sociales.

La mise en place d'un référentiel de méthodologie d'accompagnement des malades est indispensable pour éviter des complications sévères et - ou des décès prématurés par défaut de diagnostic ou d'indication thérapeutique. La première étape, incontournable de la démarche thérapeutique est le sevrage. Il prévient les troubles somatiques de l'arrêt de la consommation d'alcool ainsi que les symptômes de la dépendance physique. Il doit être aussi une occasion pour le malade de s'engager dans un processus de soins continus qui doit l'aider à maintenir l'abstinence préconisée et à améliorer sa qualité de vie.

La nécessité de l'harmonisation des procédures thérapeutiques a conduit la Société Française d'Alcoologie, soutenue par l'ANAES, à organiser une conférence de consensus en 1999 intitulée « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo dépendant » (21). Des recommandations ont été élaborées et diffusées.

Au regard des ces éléments et de l'actualité sur le futur dossier médical personnel (DMP), il nous a semblé intéressant de réaliser un audit de pratique sur la tenue du dossier médical. La fonction de ce dossier est le stockage des informations concernant le patient, ses pathologies et leurs prises en charge, mais la question doit maintenant porter sur la pertinence et « l'exploitabilité » de celles-ci pour la qualité des soins.

Afin de rendre concrète notre étude, nous avons voulu évaluer les données recueillies dans les dossiers médicaux d'un cabinet de médecine générale ; en prenant l'exemple d'un problème de santé publique, majeur et fréquent en médecine générale et sollicitant une prise en charge diversifiée.

Matériel & Méthode

2 – MATERIEL ET METHODE

2.1 La question de recherche

Notre travail a consisté à tenter de répondre la question suivante : Les données recueillies dans le dossier médical sont-elles utilisables et suffisantes pour évaluer la pratique médicale ?

2.2 Objectif général

Réaliser un audit de pratique sur la tenue du dossier médical dans un cabinet de médecine générale uniquement à partir des informations issues du dossier médical informatisé, en prenant l'exemple de la prise en charge des patients dépendants d'alcool.

Notre objectif était donc d'évaluer à partir de cet exemple la pertinence des informations recueillies dans les dossiers médicaux.

2.3 Objectifs opérationnels

> **Décrire** par une analyse descriptive rétrospective, issue des dossiers médicaux de patients dépendants de l'alcool entre 2002 et 2004, les prises en charge pour sevrage ambulatoire, réalisée par deux médecins généralistes d'un cabinet de ville.

> **Comparer** les résultats aux recommandations issues de deux référentiels : la recommandation pour la pratique clinique sur le dossier médical publiée en 1996 par l'ANAES (3) et la conférence de consensus de 1999 sur le sevrage ambulatoire des patients dépendants (21).

> **Évaluer**, si les seules informations retrouvées dans les dossiers médicaux permettent une analyse de pratique.

2.4 Description de l'étude

2.4.1 Type d'étude

Il s'agit d'un audit de pratique à partir :

- > D'une étude descriptive rétrospective de dossiers médicaux étudiés entre 2002 et 2004.
- > D'une comparaison à deux référentiels.

2.4.2 Population étudiée

Les dossiers médicaux, de patients dépendants de l'alcool, pris au moins une fois en charge par les médecins d'un cabinet de médecine générale à Poitiers (France) entre 2002 et 2004.

2.4.3 Population de l'étude

Nous avons étudié l'activité de deux médecins généralistes d'un même cabinet. Il s'agit de deux hommes qui se sont installés simultanément en 1986 dans une ville de 100000 habitants. Chaque médecin relève en direct et en continu l'ensemble des consultations depuis 1993. Les deux médecins sont généralistes enseignants et le cabinet est un service universitaire de médecine générale ambulatoire (SUMGA). Nous avons réalisé ce travail pendant la période d'un stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée (SASPAS).

2.4.4 Unité statistique

L'unité statistique est le dossier médical. L'échantillon étudié est composé du regroupement des dossiers des deux médecins du cabinet lorsque le diagnostic de dépendance à l'alcool était relevé au moins une fois dans la période de l'étude.

2.4.5 Période de recueil

La période de sélection des dossiers s'échelonne sur trois ans du 1 janvier 2002 au 31 décembre 2004.

2.4.6 Méthodologie de l'étude

Nous avons volontairement choisi de faire porter l'étude sur un seul cabinet de médecine générale étant dans un test de faisabilité. Les médecins de ce cabinet ont l'habitude de prendre en charge les patients dépendants d'alcool. Cette expérience nous permettait de lier plus facilement les éventuels écarts de résultats par rapport aux scores attendus à la tenue de leurs dossiers plus qu'à une méconnaissance des recommandations et protocoles.

Pour ce travail, nous avons retenu les deux références françaises concernant d'une part, le dossier médical et d'autre part, le sevrage des patients dépendants de l'alcool en médecine générale.

A partir de ces recommandations, nous avons défini une liste de critères objectifs pour servir d'indicateurs d'évaluation. Ce sont les variables à étudier. Celles-ci sont soit des critères de mesure, soit des variables explicatives des écarts éventuels.

Puis nous avons associé à chacun d'eux un score de résultat attendu.

Un questionnaire, grille de recueil pour la lecture des dossiers médicaux, a ensuite été préparé sous logiciel Excel.

Pour la sélection des dossiers médicaux à étudier, le logiciel de dossier médical (Easyprat V6) nous permet d'extraire la liste des dossiers contenant au moins une fois, dans la période étudiée, le diagnostic d'alcoolisme.

Enfin, parmi ces dossiers, seuls ont été inclus dans l'étude ceux dont le critère de dépendance à l'alcool était présent. Les autres problèmes d'alcool n'ont pas été retenus.

La stratégie d'analyse est la suivante :

1. Calcul du score de chaque indicateur.
2. Comparaison aux scores définis de bonne tenue.

La discussion des résultats s'attachera à :

1. Comparer les résultats aux données connues de la littérature.
2. Estimer la possibilité d'utiliser des données standardisées issues du dossier médical pour l'analyse des pratiques.

2.5 Les référentiels

Pour construire l'audit de pratique nous avons choisi la recommandation pour la pratique clinique (RCP) sur la « Tenue du dossier médical en médecine générale » (3) et, La conférence de consensus « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo dépendant » (21). Ces deux références ont été diffusées aux médecins. (Voir en annexe)

2.5.1 La RCP sur le dossier médical

La méthode de travail s'est appuyée sur l'expérience de l'ANDEM dans l'élaboration des RCP. Le dossier doit s'adapter à la diversité des pratiques et des personnalités des médecins, c'est pourquoi le groupe de travail de l'ANDEM a distingué les informations dont le recueil est indispensable ou seulement souhaitable.

Voici le tableau issu de la RCP de l'ANAES sur « Tenue du dossier médical en médecine générale » (3).

<u>Chapitre et éléments du dossier</u>	<u>Niveau d'exigence</u>
<u>Identification du patient</u>	
Nom complet actualisé	Indispensable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Numéro du dossier	Souhaitable
Symbole pour signaler les homonymes	Souhaitable
<u>Informations administratives</u>	
Adresse	Indispensable
Téléphone	Indispensable
Profession	Indispensable
Numéro de Sécurité sociale	Souhaitable
Affection de longue durée	Souhaitable
Tuteur, curateur	Souhaitable
Mutuelle	Souhaitable
Données d'alerte (dont les allergies et les intolérances médicamenteuses)	Indispensable
<u>Rencontre</u>	
Nom du médecin	Indispensable
Date de la rencontre	Indispensable
Type de rencontre (consultation, visite.)	Indispensable
Données significatives de la rencontre	Souhaitable
Conclusion de la rencontre	Indispensable
Décisions prises	Indispensable
<u>Histoire médicale actualisée</u>	
Antécédents personnels	Indispensable
Antécédents familiaux	Indispensable
Facteur de risque	Indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage	Indispensable
Evènements bibliographiques significatifs	Souhaitable

2.5.2 La conférence de consensus sur le sevrage à l'alcool

La nécessité de l'harmonisation des procédures thérapeutiques a conduit la Société Française d'Alcoologie, soutenue par l'ANAES, à organiser une conférence de consensus en 1999.

Celle-ci a pour titre : « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant » (21).

Nous présentons ci-dessous les 11 recommandations issues de cette conférence de consensus.

Pour chacune d'elles nous avons proposé un ou des indicateurs devant être retrouvés dans le dossier médical des patients.

> Recommandations 1

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage complet et prolongé en l'intégrant dans un projet dont les objectifs doivent être précisés par le patient.

Toute proposition de sevrage doit tenir le plus grand compte de la personne en difficulté, qui doit être consultée et informée. Son consentement éclairé doit être recueilli pour la réalisation du projet thérapeutique.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Autres diagnostics relevés avec alcoolisme
- Sevrage prescrit à un moment ou un autre.

> Recommandations 2

Le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire dans un travail en réseau. Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire, en respectant les contre-indications. La prévention médicamenteuse des accidents de sevrage doit être systématique lors d'un sevrage ambulatoire. Les indications et les résultats des hospitalisations prolongées en milieu alcoologique sont à évaluer par des études complémentaires.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Partenariat médical et social

> Recommandations 3

La prescription médicamenteuse ne doit pas occulter l'importance fondamentale de la prise en charge psychologique et sociale. Les mouvements d'entraide doivent être impliqués dès le temps du sevrage.

Les BZD sont les médicaments de première intention du traitement préventif du syndrome de sevrage.

La durée du traitement par BZD, prescrites à doses dégressives, ne doit pas excéder sept jours sauf complication. La prescription personnalisée est à développer. Elle peut être aidée par l'usage des échelles d'évaluation de la sévérité des symptômes; ces échelles restent à valider en français. L'hydratation doit être orale chez le malade conscient. La thiamine doit être prescrite systématiquement de façon préventive (par voie parentérale en cas de signes cliniques de carence).

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Mouvement d'entre aide d'anciens malade ou groupe de parole
- Prescription d'hydratation
- Prescription de Thiamine

> Recommandations 4

Le jury souligne la nécessité de :

- prendre en compte le tabagisme précoce et de renforcer les actions d'information en particulier auprès des adolescents sur les dangers des consommations de substances psycho actives
- proposer un sevrage simultané dès que le stade de motivation des patients le permet, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information et les modalités du sevrage tabagique.

Le jury souligne l'importance de la motivation, et recommande de susciter ou renforcer chez le patient la confiance en soi et en ses capacités à réussir un double sevrage.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Prise en charge simultanée pour tabagisme
- Prescription de conseils

> Recommandations 5

Le jury recommande de ne pas prescrire de BZD chez un alcoolo dépendant non sevré. Il faut exclure tout sevrage brutal et savoir admettre un sevrage en deux temps : alcool puis BZD, plus long et complexe.

Le jury propose de choisir en première intention : le maintien de la même molécule et de la même posologie pendant la phase initiale de sevrage de l'alcool (sept jours).

Après cette étape, la posologie de BZD doit être réduite de 25 % par paliers de trois jours.

D'autres stratégies peuvent être rendues nécessaires par la situation clinique: augmentation de la posologie, changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue.

L'utilisation des médicaments neuroleptiques sédatifs est a priori déconseillée en raison du risque majeur de convulsions.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Durée de traitement par Benzodiazépine
- Prescription d'un neuroleptique

> Recommandations 6

Le sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne impose une hospitalisation. Compte tenu du nombre croissant de polys dépendances associant alcool, produits opiacés (héroïne ou produits de substitution) et BZD le jury note la nécessité d'études :

- Incidence de l'alcool dépendance ?
- Interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques ?
- Pronostic psychopathologique ?

Aucun indicateur pour cette recommandation.

> Recommandations 7

Nécessité de mener des études sur les complications psychopathologiques de cette association. Un accompagnement psychothérapeutique et un soutien socio-éducatif longuement poursuivis sont indispensables pour le traitement des patients polydépendants.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Existence d'un partenariat médical et social

> Recommandations 8

Le traitement de l'anxiété de sevrage impose la surveillance régulière du patient et la prescription éventuelle d'un anxiolytique adaptée à la sévérité des troubles. Le niveau de preuve d'efficacité est plus élevé pour les BZD que pour les carbamates. En ambulatoire, les prescriptions seront établies pour une semaine au maximum. Le traitement d'un trouble anxieux primaire peut être entrepris au moment du sevrage ou immédiatement après, selon les modalités admises pour chacune de ses formes cliniques.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Prescription de Carbamate (Equanil°)

> Recommandations 9

Un délai d'au moins deux à quatre semaines de sevrage est conseillé avant d'introduire un traitement anti-dépresseur. Ce délai doit être remis en cause en cas d'acuité et d'intensité particulière du syndrome dépressif, accentuant le risque suicidaire. Les anti-dépresseurs seront prescrits, lorsqu'ils sont indiqués, aux mêmes posologies et pendant le même temps que pour les autres formes de dépression. Les psychothérapies seront adaptées à la nature du trouble qui sous-tend la dépression.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Prescription d'antidépresseur
- Délai de prescription/sevrage

> Recommandations 10

L'association d'une psychose et d'une alcoolodépendance impose une prise en charge intégrée des deux troubles.

Aucun indicateur pour cette recommandation

> Recommandations 11

Le sevrage fait partie intégrante du traitement des complications somatiques de l'alcool. En cas d'insuffisance hépatocellulaire ou de cirrhose l'éventuelle prescription de BZD doit être très prudente et faite en milieu spécialisé. A l'occasion du sevrage, des adaptations posologiques des médicaments sont à envisager.

Proposition d'indicateur dans le dossier

- Prescription d'une biologie avant sevrage

2.6 Les critères retenus et les scores attendus

Nous avons affecté, aux critères des 2 référentiels, un score que nous estimons nécessaire pour valider la bonne tenue du dossier médical et son utilisation possible pour évaluer la pratique.

2.6.1 Pour le dossier médical

Nous avons établi notre choix à la lumière de trois éléments :

- Le nombre limité des critères retenus par l'ANAES pour la RCP sur le dossier médical en médecine générale.
- L'automatisation de certaines saisies d'informations dans le dossier médical, grâce au logiciel utilisé dans le cabinet étudié.
- Les limites de l'informatique avec les pannes ou « plantages » intempestifs qui perturbent involontairement le recueil dans le temps et la durée.

Un score de 90% est attendu :

- Pour les données qualifiées par l'ANAES d'obligatoires et que nous considérons comme indispensables au médecin au quotidien.
- Pour les données qualifiées par l'ANAES de souhaitable, mais qui sont obligatoirement saisies pour travailler avec le logiciel utilisé.

Un score de 75% est attendu pour les autres informations qualifiées d'indispensables.

Un score de 50% est attendu pour les autres informations qualifiées de souhaitables mais considérées après discussion moins indispensables au soin.

Critères	Questions	Modalités	Scores attendus
Identification	Nom complet actualisé	Oui/non	90%
	Sexe	Oui/non	90%
	Date de naissance	Oui/non	90%
	Numéro de dossier	Oui/non	90%
	Symboles pour signaler les homonymes	Oui/non	90%
Informations administratives	Adresse	Oui/non	75%
	Téléphone	Oui/non	75%
	Profession	Oui/non	75%
	Numéro de sécurité sociale		Non retenu
	Affection de longue durée		Non retenu
	Tuteur, curateur Mutuelle		Non retenu Non retenu
Consultation	Nom du médecin	Oui/non	90%
	Date de la rencontre	Oui/non	90%
	Type de contact	Oui/non	90%
	Données significatives de la rencontre (commentaires)		50%
	Conclusions/synthèse	Oui/non	90%
	Décisions (ordonnance)	Oui/non	90%
Histoire médicale actualisée et facteurs de santé	Antécédents (ATCD et synthèse)	Oui/non	75%
	Allergie, intolérance, risque (ATCD, allergie)	Oui/non	75%
	Vaccination, dépistage	Oui/non	
	Évènements bibliographiques significatifs (commentaires)	Oui/non	50%

Les critères non retenus pour le dossier médical correspondent :

- soit à des informations très exceptionnellement retrouvées dans les dossiers donc d'emblée avec des scores réalisés inférieurs à 50%.
- soit à des informations non évaluables (ex ALD, mutuelle) car n'indiquent pas la qualité de tenue du dossier médical, mais la présence ou non d'une affection longue durée.

Les items antécédents personnels et familiaux ont été regroupés.

De même les items allergie, intolérance médicamenteuse et facteurs de risque ont été regroupés.

2.6.2 Pour la conférence de consensus sur le sevrage alcoolique

Nous avons établi notre choix à la lumière des éléments suivants :

> Il n'est pas toujours facile de rédiger des critères précis et exploitables à partir de la conférence de consensus. Il s'agit en général de conseil sans graduation comme pour la RCP sur le dossier médical.

> Certaines questions sont conditionnées par une question préalable. Exemple : « Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire avant une orientation vers une structure spécialisée ».

> Comme pour la RCP sur la tenue du dossier médical, il nous a fallu tenir compte des limites de l'informatique avec les pannes ou « plantages » intempestifs qui perturbent involontairement le recueil dans le temps et la durée et qui sont indépendantes de la volonté du médecin.

Nous avons estimé qu'un score de 80% pour les critères de type obligatoire serait satisfaisant et de 50% pour les critères souhaitables.

Pour ceux qui sont dépendant de situations particulières (ex : dépressions associées...) nous avons retenu le score de 66% (2/3).

Critères	Questions	Scores
Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage	Un sevrage a-t-il été proposé ?	80%
Evaluation des risques avant sevrage	La comorbidité a-t-elle été relevée ?	-
	Une biologie a-t-elle été demandée ?	80%
Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire	Une cure ambulatoire est-elle en place ?	50%
	Si non autre soin a-t-il été fait ?	-
Le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire	D'autres professionnels ont-ils été sollicités ? Une association a-t-elle été conseillée ?	66%
L'hydratation doit être orale chez le malade conscient	L'hydratation est-elle systématique ?	80%
La thiamine doit être prescrite systématiquement de façon préventive	La thiamine est-elle prescrite systématiquement ?	80%
Proposer un sevrage simultané du tabac dès que le stade de motivation des patients le permet	Prise en charge simultanée du tabac ?	66%
La posologie de BZD doit être prioritaire et réduite de 25 % par paliers de 3 jours.	Une BZD a-t-elle été prescrite ?	80%
	Sa diminution après 15 jours ?	80%
En ambulatoire, les prescriptions seront établies pour une semaine maximum	Au moins 3 consultations dans le premier mois ?	80%
Un délai d'au moins 2 à 4 semaines de sevrage est conseillé avant d'introduire un traitement anti-dépresseur.	Délai de prescription de 15 jours	66%
	Durée de prescription ?	-

2.7 La méthode de relevé des pathologies

Dans le logiciel métier utilisé par les médecins du cabinet, la pathologie est inscrite dans celui-ci à l'aide du « Dictionnaire des Résultats de Consultation » (22).

Issu des travaux de R.N. BRAUN (médecin autrichien), le Dictionnaire définit la sémiologie des états morbides le plus fréquemment rencontrés dans l'activité quotidienne des médecins généralistes. Il décrit des « symptômes et syndromes », des « tableaux de maladie » et des « diagnostics certifiés » observés en médecine générale (23).

Ce Dictionnaire est un langage standardisé, conçu sur le choix de définitions exclusives les unes des autres. Il a pour objectifs, de dénommer et décrire les états pris en charge en soins de premier recours, et en particulier les états non caractéristiques qui en représentent les deux tiers, de permettre au praticien de prendre sa décision dans un esprit à la fois de certitude sémiologique, mais aussi d'ouverture et de vigilance, d'ordonner la tenue des dossiers médicaux pour un meilleur suivi des malades.

Il comporte 270 résultats de consultation qui recouvrent 95 % de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.

La définition du résultat de consultation relevé pour notre étude est le suivant :

PROBLÈME AVEC L'ALCOOL

CIM : F10-9

++++ PLAINTÉ ou TROUBLE LIÉS à une CONSOMMATION ANORMALE de BOISSON ALCOOLISÉE, de TYPE

++1| buveur excessif à l'interrogatoire (h >28 verres d'alcool par semaine et f > 14 verres)

++1| dépendance psychologique (désir irrésistible de boire par moments dans certaines situations)

++1| dépendance physique (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours)

++1| ivresse aiguë (violence, blessure, coma, etc.)

++1| syndrome de sevrage, pré-DT (anxiété, énervement, insomnie, tremblements, sueurs...)

+ - problème évoqué par

++1| le patient

++1| l'entourage (famille, amis, entreprise, autres professionnels, etc.)

++1| le médecin

+ - prise en charge avec d'autres intervenants (médical, social, structure spécialisée, etc.)

+ - entourage reçu pendant la séance (à préciser en commentaire)

+ - déni malgré des troubles évidents (peur, honte...)

+ - poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat

+ - crainte de ré-alcoolisation

+ - Ré-alcoolisation (rechute)

Critères d'inclusion

S'agissant d'étudier la pratique de la prise en charge par sevrage ambulatoire des patients dépendants de l'alcool, les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants :

1 - Rechercher tous les dossiers comportant au moins une fois le diagnostic « problème avec l'alcool » entre le 1/01/2002 et le 31/12/2004.

2- Parmi ceux-ci ne sont alors retenus que ceux pour lesquels un au moins des deux critères (items) suivants était présent :

++1| *dépendance psychologique*

++1| *dépendance physique.*

2.8 Outils de recueil

Les investigateurs utilisent un dossier médical informatisé dont les informations sont standardisées. Le logiciel utilisé est Easyprat version 6 (Biostat®).

3. Visualisation d'une consultation du dossier médical informatisé (logiciel Easyprat V6).

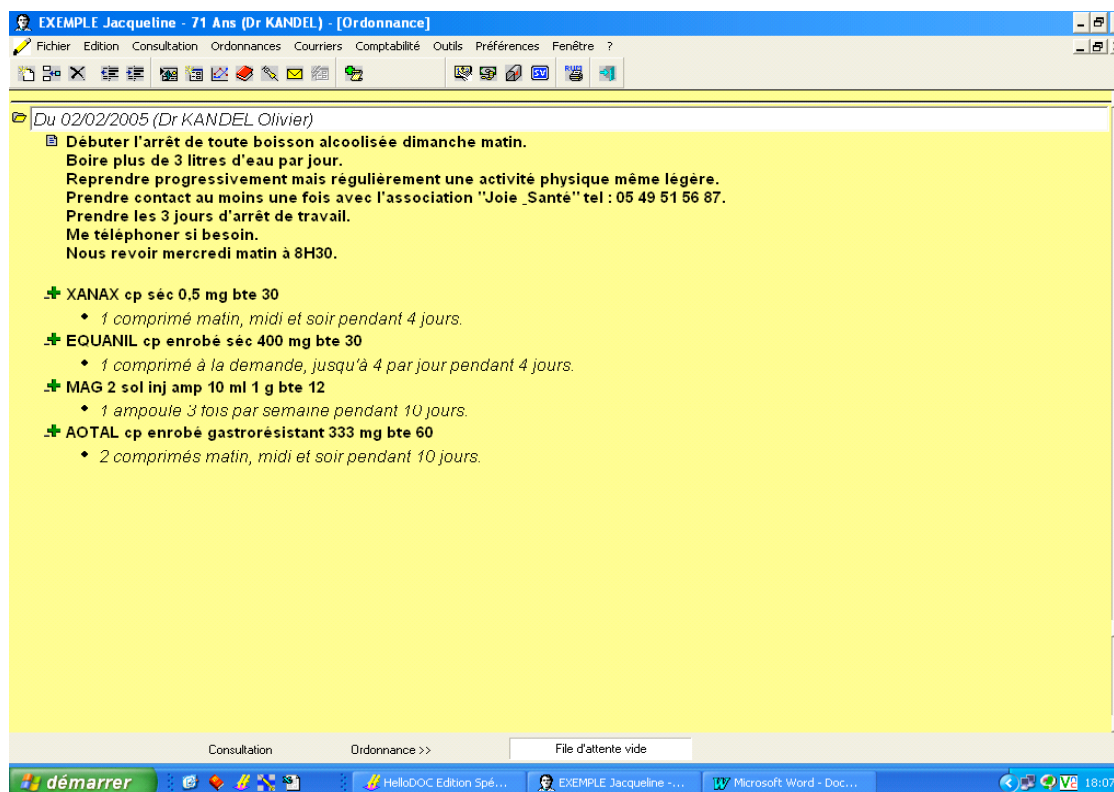
The screenshot displays the Easyprat V6 medical software interface. The window title is "EXEMPLE Jacqueline - 69 Ans (Dr KANDEL)". The menu bar includes "Fichier", "Edition", "Consultation", "Ordonnances", "Courriers", "Comptabilité", "Outils", "Préférences", "Fenêtre", and "?". The toolbar contains various icons for file operations and medical functions.

The main window is divided into two panes:

- Consultation:** Shows a record for "Le 21/08/2003 (Age : 69 ANS) (Dr KANDEL)". The results include:
 - RC Résultats de consultation:**
 - RC ANGOR - INSUFFISANCE CORONARIENNE (D/P):**
 - asymptomatique
 - RC ARTHROSE (C/P):**
 - DOULEUR ARTICULAIRE de TYPE MECANIQUE
 - ABSENCE de SIGNE BIOLOGIQUE d'INFLAMMATION
 - SIGNES d'IMAGERIE d'ARTHROSE (Radiographie, Scanner, IRM)
 - pincement d'un interligne articulaire
 - Genou(x)
 - récidive
 - RC DHL 14 - Maladies de l'appareil génito-urinaire (D/P):**
 - HYDROCÈLE : N43.3
- Ordonnance:** Shows two orders for "Du 21/08/2003 (Dr KANDEL Olivier) Fait le 22/08/2003".
 - First order:**
 - CORDIPATCH dispositif transderm 10 mg/24 h bte 30**
 - 1 patch par jour de 8H00 à 20H00 pendant 1 mois.
 - DIANTALVIC gél ad 30 mg + 400 mg bte 20**
 - 2 gélules matin, midi et soir si douleurs. 2 boîtes.
 - Second order:**
 - Faire à jeun au laboratoire:**
 - NFS - PCR - Plaquettes
 - Glycémie
 - Bilan lipidique
 - Acide urique
 - Transaminases - GGT
 - Créatinine

The bottom of the window shows a taskbar with the "Démarrer" button, several open applications including "HelloDOC Edition Spéciale...", and the system clock showing "09:46".

3. Visualisation d'une ordonnance du dossier médical informatisé (logiciel Easyprat V6).



2.9 Les variables

Pour notre analyse nous avons retenu 50 critères (ou variables)

- soit directement liés à chaque référence.
- soit ajoutés afin d'expliquer les écarts éventuels.

N°	Variable	Modalités
0	N° de dossier	En chiffre, ex : 9572
1	Sexe	0 : absent, 1 homme, 2 femme
2	Age	35 pour 35 ans
3	Adresse	0 : absent, 1 présent
4	Téléphone	0 : absent, 1 présent
5	Antécédents, allergies	0 : absent, 1 présent
6	Vaccins	0 : absent, 1 présent
7	Niveau scolaire	0 : absent, 1 : < brevet, 2 : brevet, 3 : bac, 4 : bac + 3, 5 : bac + 5
8	Profession	0 : absent, 1 présent
9	CMU, AME	0 : absent, 1 présent
10	ALD	0 : absent, 1 présent
11	Situation familiale	0 : absent, 1 : célibataire, 2 : marié/couple, 3 : divorcé/séparé/veuf
12	Nombre de consultation dans le premier mois	nombre

13	Commentaire (texte libre dans la consultation)	0 : absent, 1 présent
14	Sevrage proposé dans le premier mois	0 : non, 1 oui
15	Patient revu après l'évocation du problème d'alcool	0 : non, 1 oui
16	Dépendance physique	0 : non, 1 oui
17	Dépendance psychique	0 : non, 1 oui
18	Problème évoqué par :	0 : NSP, 1 : patient, 2 : entourage, 3 médecin
19	Biologie prescrite lors des premières consultations	0 : non, 1 oui
20	Signes cliniques et biologiques	1 : hépatique, 2 : cardiologique, 3 : neurologique, 4 : biologiques, 5 : autres
21	HTA	0 : non, 1 oui
22	Anxiété	0 : non, 1 oui
23	Dépression	0 : non, 1 oui
24	Humeur dépressive	0 : non, 1 oui
25	Trouble psychique et du comportement	0 : non, 1 oui
26	Tabagisme	0 : non, 1 oui
27	Toxicomanie	0 : non, 1 oui
28	Troubles sexuels	0 : non, 1 oui
29	Troubles du sommeil	0 : non, 1 oui
30	Prise en charge antérieure	0 : non, 1 oui
31	Hospitalisation antérieure	0 : non, 1 oui
32	Plusieurs tentatives dans le cabinet	0 : non, 1 oui
33	Patient orienté	0 : non, 1 oui
34	Cure ambulatoire	0 : non, 1 oui
35	Adressé à	1 : hôpital, 2 : centre de cure, 3 : post-cure
36	Partenariat	0 : non, 1 oui
37	Orienté vers association d'anciens malades	0 : non, 1 oui
38	Arrêt de travail	0 : non, 1 oui
39	Hydratation, eau	0 : non, 1 oui
40	Consultation programmée	0 : non, 1 oui
41	Sevrage tabac	0 : non, 1 oui
42	Prescription de Benzodiazépine	0 : non, 1 oui
43	Diminution de la BZD dans les 15 jours	0 : non, 1 oui
44	Prescription d'Equanil°	0 : non, 1 oui
45	Prescription d'Antidépresseur	0 : non, 1 oui
46	Délai d'institution d'un antidépresseur	0 : non, 1 oui
47	Prescription d'Espéral°	0 : non, 1 oui
48	Prescription de Vit B, Thiamine	0 : non, 1 oui
49	Prescription d'Aotal°, Revia°	0 : non, 1 oui
50	Prescription d'un Autre médicament	0 : non, 1 oui

Résultats

3 – RESULTATS

3.1 Echantillon étudié

Notre étude concerne les dossiers des patients dépendants de l'alcool pris en charge, par au moins un des deux médecins du cabinet médical, au moins une fois entre le 1/01/2002 et le 31/12/2004.

Pendant cette période de 3 ans, nous avons retrouvé 217 dossiers contenant au moins une fois le diagnostic « problème avec l'alcool ». Parmi ces 217 dossiers, 177 dossiers contenaient le critère de dépendance (psychologique et ou physique) à l'alcool.

Notre échantillon d'étude est donc constitué de 177 dossiers patients.

3.2 Tenue du dossier médical comparée à la recommandation

Nous allons présenter les résultats sous forme de tableaux mettant en miroir les scores attendus et ceux qui sont réalisés à partir de la lecture des dossiers. On aura le chiffre brut et le pourcentage. Les résultats sont égaux ou supérieurs aux scores attendus pour 17 des 18 indicateurs retenus (tableau n°1).

Tableau 1 : Résultat des scores pour la recommandation dossier médical				
Critères	Score attendu	Nbr de dossiers	Score réalisé	Adéquation
Nom complet actualisé	90%	177	100%	+
Sexe	90%	177	100%	+
Date de naissance	90%	177	100%	+
Numéro de dossier	90%	177	100%	+
Homonymes signaler	90%	177	100%	+
Adresse	75%	171	96%	++
Téléphone	75%	132	75%	=
Profession	75%	137	77%	=
Nom du médecin	90%	177	100%	+
Date de la rencontre	90%	177	100%	+
Type de rencontre	90%	177	100%	+
Donnée sur rencontre	50%	172	97%	++
Conclusion/synthèse	90%	177	100%	+
Décisions	90%	177	100%	+
Antécédents	75%	150	85%	+
Allergie, Intol. Risque	75%	150	85%	+
Vaccination, dépistage	75%	54	31%	Moins
Evènements, Biblio	50%	172	97%	++

D'autres critères, relevés pour l'analyse de la prise des patients dépendants de l'alcool, non retenus dans la recommandation sur le dossier médical, mais de ce domaine, montrent des

résultats du même niveau. Par exemple une information sur la situation familiale est retrouvée dans 79,6% des dossiers et le niveau scolaire dans 76,8% des cas.

3.3 Tenue du dossier médical comparée à la recommandation sur le sevrage

À noter que dans les 177 dossiers (patients) contenant le critère de dépendance (physique et ou psychologique), 83 patients (dossiers) ont été pris en charge par une cure ambulatoire. Une cure ambulatoire a donc été initiée pour près d'un patient dépendant sur deux (47%).

Les résultats sont égaux ou supérieurs aux scores attendus pour 6 des 11 indicateurs retenus (tableau n°2).

Tableau 2 : Résultat des scores pour la recommandation sur le sevrage alcool				
Critères	Score attendu	Nbr de dossiers	Score réalisé	Adéquation
Sevrage proposé	80%	168/177	95%	++
Biologie demandée	80%	113/177	64%	Moins
Cure ambulatoire	50%	83/177	47%	Moins
Partenariat	66%	66/83	79%	++
Hydratation	80%	75/83	90%	++
Thiamine	80%	5/83	6%	Moins
Sevrage tabac	66%	6/34	17%	Moins
Prescription de BZD	80%	52/83	69%	=
Diminution des BZD dans 15 jours	80%	45/52	85%	+
> 2 consultations dans le 1 ^{er} mois	80%	41/83	49%	Moins
Prescription antidépresseur		63/83	76%	
Délai d'institution antidépresseur	66%	19/83	30%	Moins

Le score attendu est nettement dépassé pour deux critères : La proposition de sevrage qui a été proposée à quasiment tous les patients (95%) et l'hydratation qui est quasi systématiquement (90%) retrouvée dans les prescriptions de cure ambulatoire. Un partenariat est institué dans 4 cures sur 5 (79%).

À l'inverse le score n'est pas atteint pour la prescription de biologie, la prescription de thiamine, c'est le résultat le plus discordant, la prescription de benzodiazépine qui n'est réalisée que dans 69% des cas contre 80% attendu. Enfin on ne retrouve dans les dossiers la trace de plus de deux consultations que dans la moitié des cures ambulatoires.

53 patients ont été pris en charge pour un tabagisme parallèlement à la dépendance à l'alcool. En revanche parmi les 34 patients qui ont bénéficié d'un sevrage alcoolique, seulement six ont reçu de manière concomitante un sevrage au tabac (17%).

3.3.1 Éléments supplémentaires

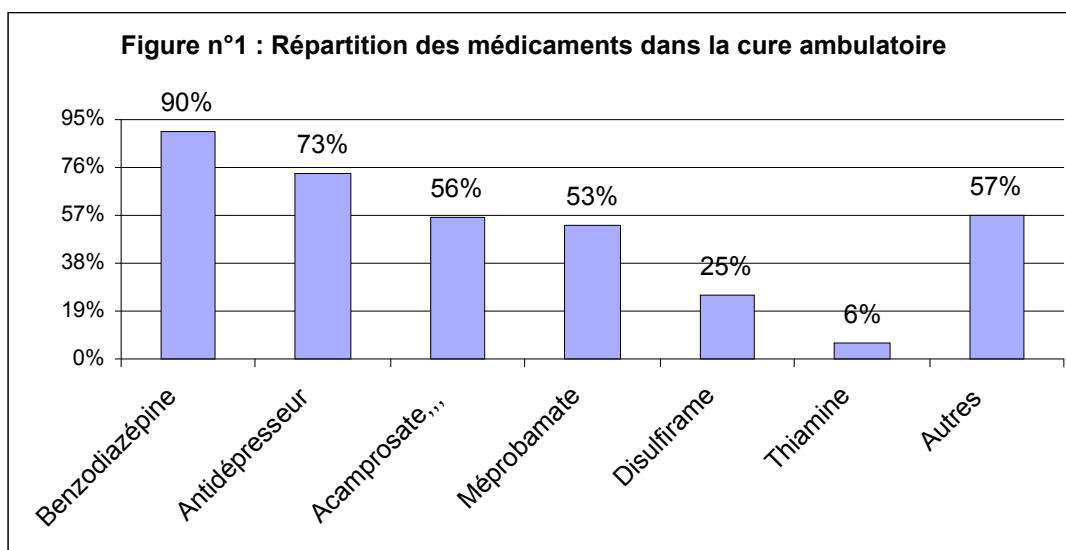
Nous avons initialement retenu quelques critères supplémentaires afin de pouvoir analyser la prise en charge du sevrage. Pour le suivi et la programmation des rendez-vous on peut préciser que 80% des patients ont été revus au moins une fois après l'évocation du problème alcool (premier relevé du diagnostic « problème avec l'alcool »). La trace d'une consultation programmée est retrouvée dans les 2/3 des cas. En cas de sevrage ambulatoire, la programmation d'un rendez-vous est retrouvée quasi systématiquement (tableau n°3).

Tableau n°3 : Suivi et programmation de consultations ultérieures	
Dossiers avec le diagnostic « problème avec l'alcool »	Patients revus 173/217 soit 80%
Dossiers des patients dépendants de l'alcool	Consultation programmée 118/177 soit 67%
Dossiers avec cure ambulatoire initialisée	Programmation d'un rendez-vous 75/83 soit 90%

La prise de contact avec une association d'ancien malade (association néphaliste) est proposée dans 46% des cas lors d'une cure ambulatoire.

Lors d'une cure ambulatoire, un arrêt de travail est prescrit dans plus 1 cas sur quatre (27%).

Les éléments quant aux prescriptions de médicaments sont présentés dans la figure n°1.

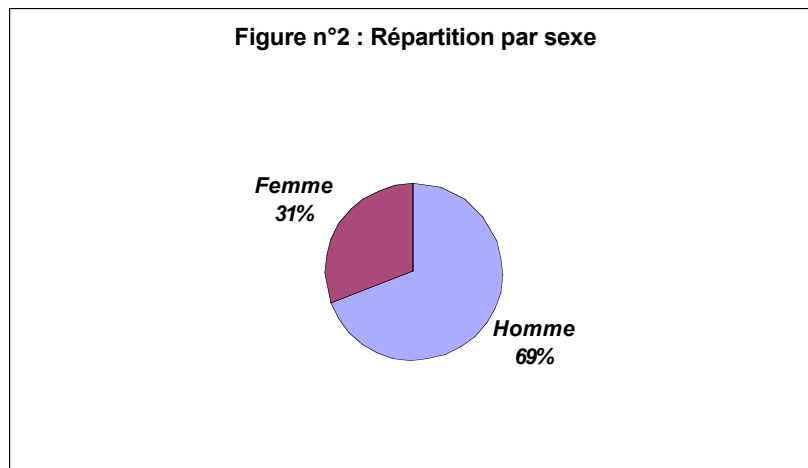


3.4 Niveau d'analyse de la pratique à partir du dossier médical

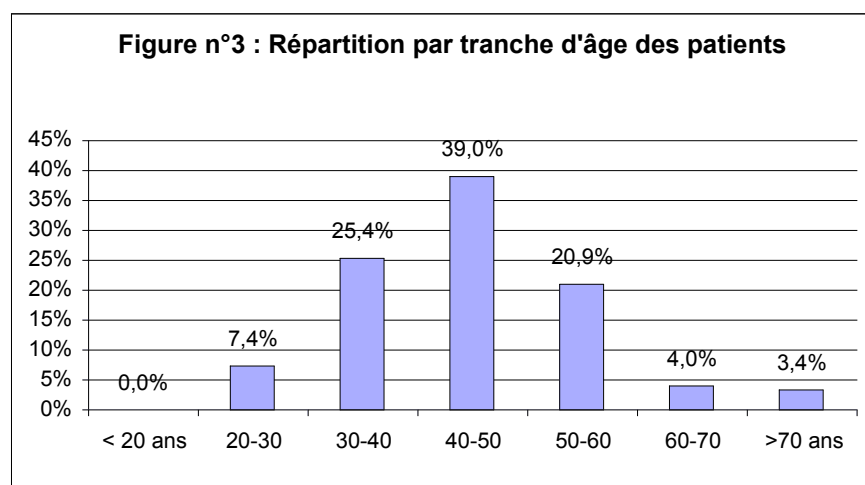
3.4.1 Connaissance du patient

Sexe et âge des patients

Sur les 177 dossiers sélectionnés, on retrouve 122 dossiers d'hommes et 55 de femmes (figure n°2).



Dans les 177 dossiers, la moyenne d'âge des patients est de 44 ans, avec un minimum à 20 et un maximum à 79 ans (figure n°3).



Niveau scolaire

Dans près d'un quart des dossiers (24%) le niveau scolaire n'est pas renseigné. Plus d'un tiers des patients n'a pas le baccalauréat (tableau n°4).

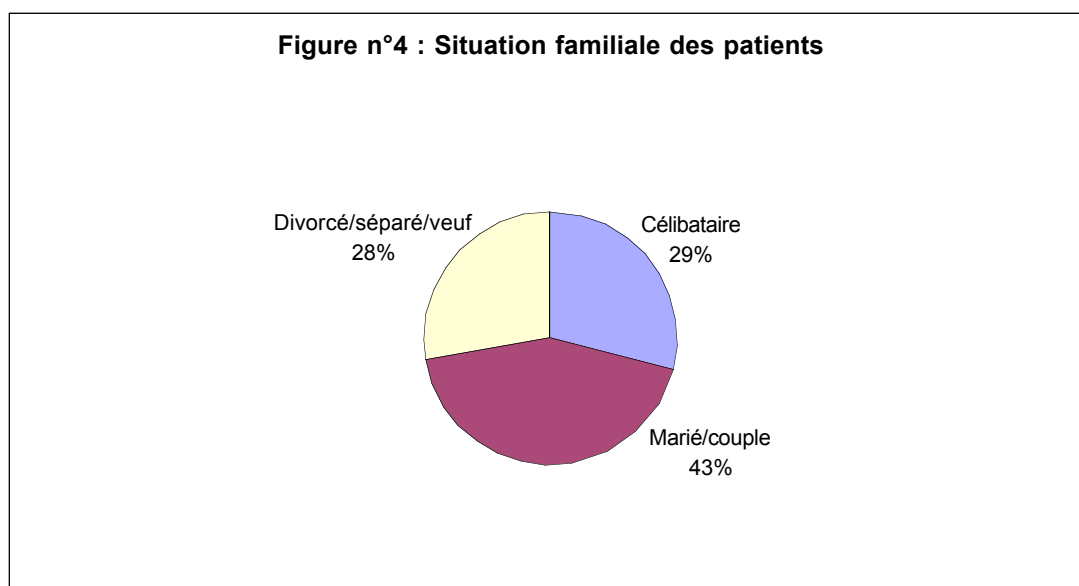
Niveau scolaire	Nombre	Pourcentage
< Brevet	11	6%
Brevet des collèges	54	31%
Baccalauréat	39	22%
Bac +3	20	11%
Bac +5	12	7%
<i>Non renseigné</i>	41	24%
Total	177	100 %

Situation familiale

Une information sur la situation familiale est retrouvée dans 80% des dossiers (tableau n°5).

Situation	Nombre	Pourcentage
Célibataire	41	23%
Marié/couple	61	34%
Divorcé/séparé/veuf	39	22%
<i>Non renseigné</i>	36	20%
Total	177	

Si l'on ne retient que les dossiers dont cette variable est renseignée, on obtient la répartition suivante : figure n°4.



Protection sociale

Quant à la protection sociale, nous avons retrouvé des éléments indirects avec 22% de patients en dispense d'avance de frais par la couverture maladie universelle (CMU) et 13,5% de patients sont pris en charge en affection longue durée (ALD).

3.4.2 La maladie alcoolique

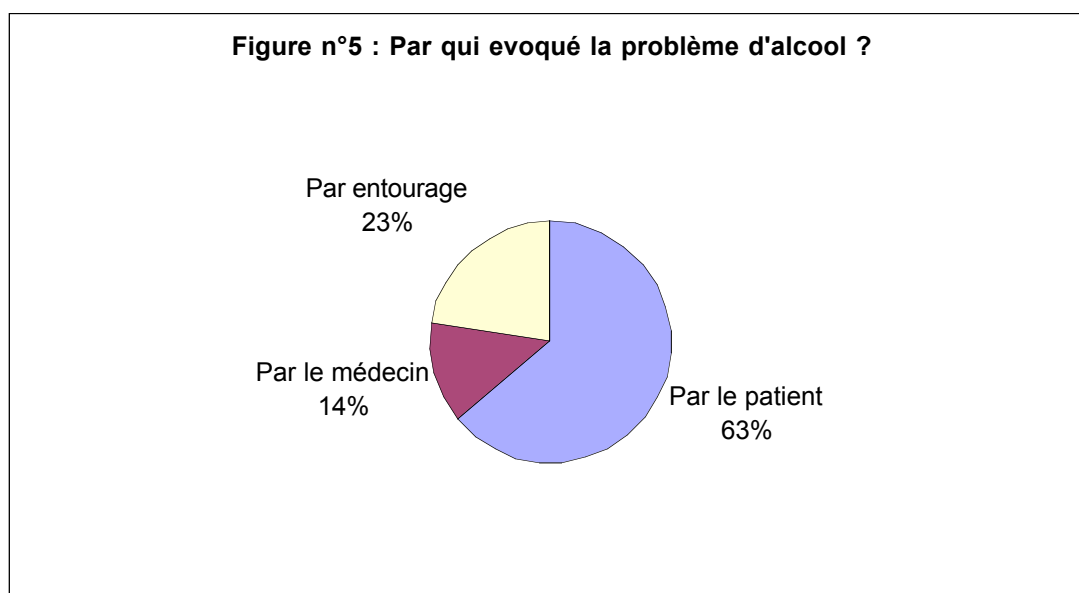
Le type de dépendance

On trouve une dépendance associée physique et psychique à l'alcool pour moins de la moitié des patients (42%). Près de la moitié des patients ont une dépendance physique à l'alcool (47%). Presque tous les patients sont porteurs d'une dépendance qualifiée de psychique (95%). Plus d'un patient dépendant sur deux l'est uniquement sur le plan psychique (tableau n°6).

Dépendance	n	%	Isolée	% Isolée
Physique	84	47%	9/177	5%
Psychique	169	95%	94/177	53%
Physique et psychique	75	42%		

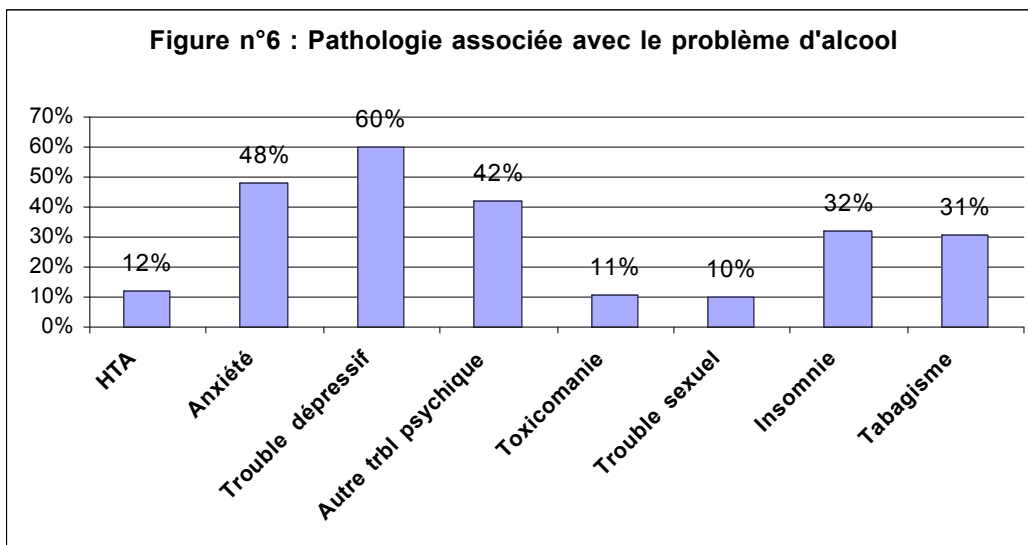
Qui évoque le problème d'alcool ?

Pour ces patients alcoolo dépendants le problème a été évoqué initialement 24 fois par le médecin, 40 fois par l'entourage du patient et 113 fois par le patient lui-même (figure n°5).



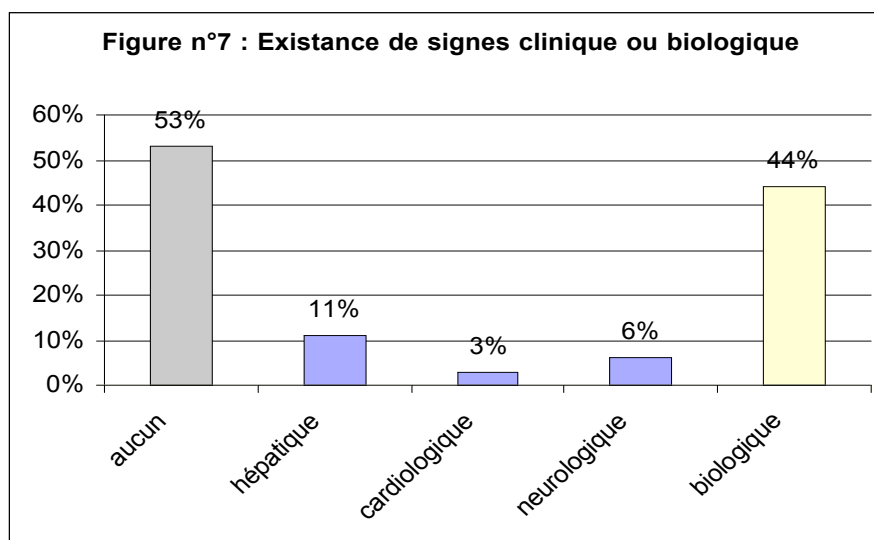
Pathologies associées prises en charge

Nous avons pu retrouver les pathologies ou troubles les plus souvent pris en charge parallèlement au problème avec l'alcool (figures n°6).



Existence de signes cliniques ou biologiques

On ne retrouvait pas de signe clinique, ni biologique dans 53% des dossiers. On peut noter que cela correspond aux chiffres des patients porteurs d'une dépendance psychique uniquement. Il existait des anomalies biologiques dans 44% des dossiers (figure n°7)



3.4.3 Prise en charge ambulatoire

À noter parmi ces 177 patients dépendants d'alcool pris en charge au cabinet, plus de la moitié des patients ont déjà eu une prise en charge antérieure soit 97, 61 ont déjà été hospitalisés antérieurement et 71 patients ont été adressés au cabinet. Pour la prise en charge au cabinet

64 patients ont été institutionnalisés et 83 patients ont effectué une cure ambulatoire. 62 patients ont effectué plusieurs tentatives de sevrage (ambulatoires et-ou institutionnalisés) (tableau n°7).

Prise en charge antérieure	97 sur 177	55%
Hospitalisation antérieure	61/177	34%
Patients orientés	71/177	40%
Patients institutionnalisés (hosto, cure...)	64/177	36%
Cure ambulatoire	83/177	47%
Plusieurs tentatives de sevrage	62/177	35%

3.4.4 La cure ambulatoire

Nous avons donc retenu les 83 dossiers pour lesquels une cure ambulatoire a été initialisée au cabinet. Nous avons pu faire une analyse descriptive un peu plus détaillée sur ces 83 dossiers à partir du dossier médical.

Connaissance du patient

Pour ces 83 dossiers, on retrouve 48 hommes et 35 femmes pour un sexe ratio H/F à 1,37 (tableau n°8).

	Alcool dépendant		Cure ambulatoire	
	n dossiers	%	n dossiers	%
Homme	122	69%	48	58%
Femme	55	31%	35	42%
Total	177	100%	83	100%

Pour ces 83 dossiers, un tiers des patients n'a pas le baccalauréat (36%) et près d'un patient sur cinq (19%) a au moins Bac plus 3 (tableau n°9).

Niveau scolaire	Alcooliques		Cure ambulatoire	
	Nombre	%	Nombre	%
< Brevet	11	6%	4	5%
Brevet des collèges	54	31%	26	31%
Baccalauréat	39	22%	21	25%
Bac +3	20	11%	10	12%
Bac +5	12	7%	6	7%
<i>Non renseigné</i>	41	24%	16	16%
Total	177		83	

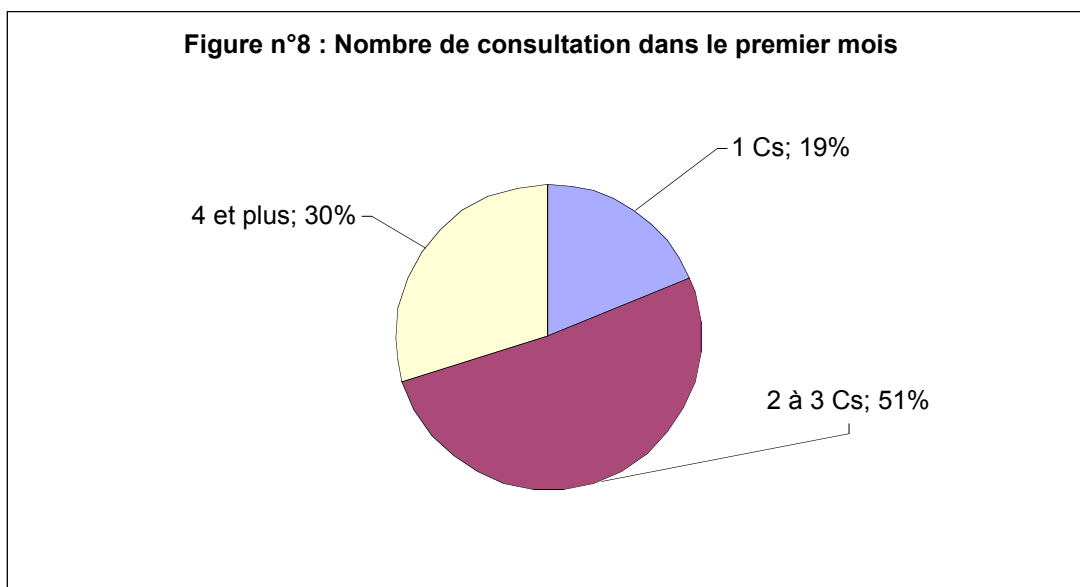
Pour la situation familiale, on ne retrouve aucun renseignement dans 10 dossiers sur les 83 (12%). Plus de la moitié des patients vivent seuls. 17 patients sont célibataires (23%). 34 mariés ou en couple (47%) et 22 divorcés ou veufs (30%).

12 ont une dispense d'avance de frais (14%) et 10 sont en ALD (12%).

Nombre de consultations dans le premier mois

Dans 90% des dossiers, un rendez-vous est clairement programmé pour la consultation suivante.

L'habitude du cabinet étant de prévoir un rythme de consultation hebdomadaire le premier mois, on peut noter que c'est le cas dans 18 cas (22%). Dans 7 cas, il y a eu plus de 4 consultations dans le premier mois. Dans les autres cas, le nombre est inférieur à 4 (figure n°8).



Discussion

4 – DISCUSSION

Nous avons étudié dans cet audit des dossiers de patients dépendants de l'alcool tels qu'ils ont été documentés par les médecins dans le temps de chaque consultation.

Ces dossiers représentent donc l'image de la pratique relevée chez les médecins plus proche du « telle qu'elle est » que du « telle qu'ils pensent la faire ».

De plus, le choix d'une étude rétrospective, minimise l'effet Hawthorne. Lorsque les médecins savent que leurs dossiers vont être étudiés pour un sujet particulier, ils sont souvent plus vigilants sur ce point faussant ainsi les résultats.

Enfin, le recueil des données a été effectué par un tiers, ce qui évite ou minimise un « biais lié au facteur humain » lors du recueil. Lorsque l'on demande à des investigateurs de recueillir eux-mêmes les données d'une étude à partir de leur dossier, ils ont tendance, même sans le vouloir, à optimiser leurs résultats.

Notre échantillon n'est pas, bien sûr représentatif puisqu'il ne concerne qu'un cabinet médical. L'objectif de notre travail était de tester un moyen d'étudier la qualité des pratiques. Nous n'avons donc pas cherché à faire une étude épidémiologique mais bien un test de faisabilité.

Le choix du type de dossier dans ce cabinet n'était pas anodin. Les médecins du cabinet étudié ont une expérience ancienne est soutenue dans la prise en charge des patients alcooliques et toxicomanes. Leur implication dans ce domaine (alcoologie) et à la Société Française de Médecine Générale (dictionnaire des résultats de consultation) nous permettait de penser qu'ils connaissaient bien les référentiels requis. Ceci nous permet de minimiser le facteur connaissance des référentiels sur les résultats de l'audit. Dans ces conditions, les écarts éventuels de scores seraient plus aisément imputables à la qualité de la documentation des dossiers, élément indispensable à la validation de notre hypothèse.

4.1 Comparaison des résultats du cabinet par rapport au référentiel sur la tenue du dossier médical

Les critères ayant obtenu les meilleurs résultats (score réalisé supérieur ou égal au score attendu) sont :

- Nom complet actualisé : 100%
- Sexe : 100%
- Date de naissance : 100%
- Numéro de dossier : 100%
- Homonyme signalé : 100%
- Nom du médecin : 100%
- Date de la rencontre : 100%
- Type de rencontre : 100%
- Conclusion/synthèse : 100%
- Décisions : 100%
- Adresse : 96%
- Données significatives de la rencontre : 97%
- Évènements bibliographiques significatifs : 97%
- Antécédents : 85%
- Allergie, intolérance médicamenteuse, facteurs de risque : 85%
- Téléphone : 75%
- Profession : 77%

Les critères ayant obtenu des résultats inférieurs aux chiffres attendus sont : Vaccination, dépistage : 31%

On conclut que les objectifs sont atteints pour 17 des 18 indicateurs, ce qui peut être considéré comme un bon résultat.

4.1.1 Résultats supérieurs ou égaux aux résultats attendus

Un certain nombre de critères sont retrouvés dans la totalité des dossiers (100%). Ceci s'explique facilement dans la mesure où ces données doivent être obligatoirement saisies ou le sont de manière automatique (exemple : nom du patient, du médecin, date, mode de rencontre...).

Par ailleurs, l'adresse, les données significatives de la rencontre et événements bibliographiques significatifs sont retrouvées dans une grande majorité des dossiers.

Les antécédents, le téléphone, la profession, la présence éventuelle d'allergie ou d'intolérance, de facteurs de risque sont retrouvés moins systématiquement, même si les résultats restent proches des résultats attendus.

La situation familiale, le niveau scolaire, items non proposés par le document de l'ANDEM (HAS) sont retrouvés dans 80% et 77% des cas.

4.1.2 Résultats inférieurs aux scores attendus

Le score réalisé le plus éloigné du score attendu concerne la mention vaccination dépistage, ceci s'explique en partie par un problème informatique ayant entraîné la perte d'une partie des données. Il semble que les problèmes techniques et les « plantages » informatiques interviennent comme une limite récurrente à la tenue du dossier médical.

La Comparaison avec d'autres études montre des résultats proches des nôtres, si l'on tient compte de la différence des critères retenus :

> 1992, un audit avait été organisé par le groupe d'Avignon du réseau de médecine libérale de l'ANDEM. 36 médecins volontaires avaient analysé à l'aide d'une grille de 19 items, les dossiers de 1139 patients âgés de plus de 20 ans connus depuis plus de 2 ans.

Les taux avaient été de :

- 90% pour l'adresse
- 48% pour la situation familiale.
- 74% pour la profession.
- 50% pour les vaccinations.
- 96% pour le motif de consultation.
- 93% pour le traitement en cours.
- 52% des visites étaient reportées sur les dossiers (24).

> Au début de l'année 98, l'ANAES a initialisé un audit sur la tenue du dossier médical à échelle nationale, incluant la participation d'un grand nombre de médecins : J.Brami et Al ont mis en place entre 1998 et 1999 un audit sur le dossier médical en France (25), faisant participer à cet audit tous les correspondants régionaux de l'ANAES qui devaient eux-mêmes recruter des participants au sein de leur région. En tout 276 médecins ont participé. Les résultats de cet audit sont assez analogues aux nôtres, si l'on tient compte de la différence des critères retenus : on obtient une mauvaise moyenne pour les facteurs de risque, les allergies, intolérances médicamenteuses et les vaccinations.

> En 2002, un audit de pratique sur le dossier médical en médecine générale a été réalisé dans le cadre d'une thèse pour le doctorat en médecine à Paris (26). 41 médecins volontaires ont analysé à l'aide d'une grille de 12 items les dossiers de 820 patients adultes (>15 ans), ayant consulté au moins 2 fois dans leur cabinet. Les taux de remplissage retrouvés étaient de :

- 99% pour le nom,
- 95% pour la date de naissance,
- 89% pour l'adresse,
- 83% pour le téléphone,
- 74% pour les allergies et intolérances,
- 54% pour les ATCD familiaux,
- 88% pour les ATCD personnels,
- 51% pour les facteurs de risque,
- 98% pour la date de la consultation,
- 92% pour la conclusion de la consultation
- 87% pour les décisions
- 36% pour les vaccinations et actions de prévention.

On retrouve dans l'ensemble un faible taux de réponse dans les différentes études aux items allergie, intolérances médicamenteuses, facteurs de risque, vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage.

Les médecins consultés pendant la phase préparatoire de l'audit mis en place par J Bami (25) ont tous donné la même réponse, à savoir qu'ils n'indiquent dans leurs dossiers la présence éventuelle d'allergie ou d'intolérance que lorsque le patient est effectivement allergique ou intolérant. Dans le cas contraire, ils ne notent rien (27).

Il en est de même pour le faible taux de réponse à l'item facteur de risque. Comme pour notre étude, les renseignements sur les vaccins ne sont retrouvés que dans moins de la moitié des dossiers.

On peut conclure que les résultats de notre, quant à la tenue du dossier médical, montrent un niveau de scores attendus comparables aux études voisines sur le sujet, y compris pour les vaccins. Le respect des critères de qualité édictés par la HAS sur la tenue du dossier médical est donc faisable. Ces bons résultats sont tout de même à relativiser vis à vis du nombre pour le moins raisonnable sinon restreint de critères dans la recommandation de l'ANAES sur le dossier médical.

4.2 Comparaison des résultats par rapport au référentiel sur le sevrage

Les données pour lesquelles le score réalisé est proche du score attendu sont :

- Sevrage proposé, donnée retrouvée dans 95% des dossiers,
- Hydratation, retrouvée dans 90% des dossiers,
- Prescription de benzodiazépines, retrouvée dans 69% des dossiers,
- Diminution de la posologie des benzodiazépines dans les 15 jours, retrouvée dans 85% des dossiers,
- Partenariat, retrouvé dans 79% des dossiers,
- Cure ambulatoire, retrouvée dans 47% des dossiers.

Les données pour lesquelles le score réalisé est inférieur au score attendu sont :

- Biologie demandée, retrouvée dans 64% des dossiers, contre 80% attendu
- Au moins 3 consultations dans le premier mois, retrouvé dans 49% des dossiers, contre 80% attendu
- Délai de prescription de 15 jours pour les antidépresseurs, retrouvée dans 30% des dossiers, contre 66% attendu
- Prise en charge simultanée du tabac, retrouvée dans 17% des dossiers, contre 66% attendu
- Prescription de thiamine, retrouvée uniquement dans 6% des dossiers. contre 80% attendu

On peut donc conclure que les scores sont atteints pour 6 des 11 indicateurs retenus. Ces résultats corrects peuvent s'expliquer en partie par notre choix méthodologique. On estime que les médecins du cabinet ayant l'habitude de prendre en charge les patients dépendants de l'alcool connaissent les recommandations et en tiennent compte lors de la prise en charge. Qu'en est-il des autres critères ou les scores sont moins bons ?

4.2.2 Résultats inférieurs aux résultats attendus

Biologie demandée avant sevrage (64% réalisé / 80% attendu)

Ceci peut partiellement s'expliquer par les différentes et souvent multiples méthodes de prise en charge des patients. En effet, parmi les 177 patients dépendants d'alcool pris en charge au cabinet, on retrouve une prise en charge antérieure dans 55% des cas, une hospitalisation antérieure dans 34% des cas, et 40% des patients adressés au cabinet. On peut penser que parmi ces différentes prises en charge antérieures une biologie avait déjà été prescrite et donc

non redemandée. Cette hypothèse est confirmée par les médecins du cabinet malheureusement ils ne peuvent la quantifier.

Au moins 3 consultations dans le premier mois (49% / 80%)

On peut penser que les patients pris en charge en cure ambulatoire ne sont pas tous revenus aux consultations prévues. En effet 90% des dossiers des patients suivis en cure ambulatoire comportaient une consultation programmée. Les médecins confirment qu'ils programment systématiquement une consultation par écrit lors de l'initialisation d'un sevrage. Le dossier est bien un reflet de la réalité de ce qui s'est fait (patient non revu), mais ceci n'est pas nécessairement du fait du praticien.

Délai de 15 jours avant prescription d'un antidépresseur (30% / 66%)

Parmi les pathologies associées, prises en charge au cabinet parallèlement à celle de l'alcool, on retrouve 60% de troubles dépressifs ; on peut déduire que parmi ces patients une grande partie était déjà sous antidépresseur avant le sevrage ou justifie une coprescription immédiate. La possibilité d'analyser les comorbidités (alcoolisme + dépression) montre qu'une recommandation peut nécessiter d'être adaptée à la réalité du terrain. Précisons que le thésaurus utilisé par les médecins différencie la dépression de l'humeur dépressive.

Prise en charge simultanée du tabac (17% / 66%)

Cette absence s'explique clairement puisque les médecins du cabinet reconnaissent ne prendre en charge simultanément le tabagisme que très rarement, ayant l'expérience de trop d'échecs des sevrages simultanés. Le dossier est donc bien un reflet de la pratique du médecin.

Prescription de thiamine (6% / 80%)

De même les médecins du cabinet constatent que depuis 20 ans, ils prescrivent rarement la thiamine. Une des principales raisons est que cette molécule n'est pas remboursée par la sécurité sociale. De plus son observance est difficile compte tenu de l'importance déjà bien conséquente des ordonnances dans le sevrage. Ils réservent ces prescriptions aux patients qui présentent des signes objectifs ou sont à fort risque de troubles.

Au total, les objectifs non atteints peuvent s'expliquer facilement : soit les médecins reconnaissent ne pas suivre les recommandations pour les raisons qu'ils explicitent, soit plusieurs critères ou situations particulières permettent d'expliquer ces mauvais résultats : dépression associée, prise en charge antérieure, patients non revus.

Nous n'avons pas pu comparer notre travail à d'autres études dans la mesure où l'on n'en retrouve pas dans « la revue de la littérature » sur le suivi ambulatoire des patients alcoolos dépendants. Parmi les études trouvées sur ce thème en médecine générale, la seule qui pourrait permettre une comparaison avec notre travail porte sur les pathologies associées prises en charge en médecine générale en marge du problème de dépendance à l'alcool.

Ainsi en 1994, une publication de l'Observatoire de la médecine générale de la Société Française de Médecine Générale portait sur les perceptions explicites et implicites du « risque alcool » en pratique médicale (18). Le but de l'enquête était d'analyser un an de recueil (1994-1995) en double insu, en continu et en temps réel, de données médicales homogènes par 71 médecins généralistes et présentées par classe d'âge (15-39, 40-59, 60 ans et plus). Dans cette enquête, les diagnostics associés à la prise en charge du problème de dépendance à l'alcool le plus souvent retrouvés, toutes classes d'âge confondues, étaient par ordre de fréquence :

- Dépression
- Réaction à une situation éprouvante
- Hypertension artérielle
- Anxiété, angoisse
- Toxicomanie
- Troubles psychiques
- Problème de couple
- Insomnie
- Humeur dépressive
- Épilepsie
- Tabagisme

Les résultats de notre étude sont relativement proches : les pathologies associées prises en charge parallèlement à l'alcoololo dépendance étaient :

- Troubles dépressifs : 60%
- Anxiété Angoisse : 48%
- Autres troubles psychiques : 42%
- Insomnie : 32%
- Tabagisme : 31%
- Hypertension artérielle : 12%
- Toxicomanie : 11%
- Troubles sexuels : 10%

Ces comorbidités soulignent la nécessité d'une approche globale du problème alcool du fait de l'interaction de ces paramètres somatiques, psychiques et sociaux.

4.3 Quels enseignements peut-on tirer de ce travail ?

À la question « les seules informations du dossier médical permettent-elles d'évaluer la pratique ? », la réponse est affirmative. Nous avons, en effet, une vue globale de la prise en charge ambulatoire des patients dépendants de l'alcool dans ce cabinet de médecine générale. Ceci est incontestablement facilité par la possibilité d'un recueil de données simple et uniforme, grâce à un logiciel structuré utilisant des sources d'informations comme un thésaurus de diagnostics.

Mais ce test est-il extensible en particulier à des médecins qui utiliseraient un dossier médical informatisé non structuré ? Il existe en effet une grande diversité, tant sur son support, sa structure, son organisation interne que sur son contenu.

La revue de « la revue de la littérature », retrouve une étude proche de la nôtre évaluant la prise en charge des patients diabétiques de type II chez 12 médecins généralistes à partir d'une étude des dossiers médicaux informatisés (29). La réponse à la question était affirmative avec une réserve quant à la diversité des données enregistrées dans les dossiers. « Simplifier l'étude des dossiers informatiques impliquerait que les médecins adoptent un langage commun, qu'ils soient formés au recueil de données et qu'ils aient des dossiers structurés de manière cohérente. » (29).

On constate aussi dans cette étude, un faible taux de réponse aux items allergie, facteurs de risque, vaccination et actions de prévention et dépistage ; doit-on conclure que la qualité de la tenue du dossier médical est insuffisante ? Faut-il penser qu'un malade n'est pas allergique parce qu'aucune allergie n'a été notée, qu'un patient n'est pas tabagique si cela n'est pas noté ? Si une information, un résultat d'examen n'est pas noté dans le dossier, doit-on considérer qu'elle n'a pas été demandée, qu'il n'a pas été réalisé ?

La réponse est probablement nuancée. Si l'on se réfère à l'étude d'A. de la Seiglière (30), la réponse est « oui » 2 ou 3 fois sur 4.

Si l'on prend l'exemple du statut vis-à-vis du tabac, il n'y a pas d'endroit spécifique dans les dossiers pour noter la consommation de tabac, excepté si l'on crée un « antécédents » tabac ou une rubrique habitus, ce qui n'est pas toujours fait.

Chaque médecin note différemment le statut vis-à-vis du tabac.

Trois explications peuvent être données :

- Le médecin ne note pas dans son dossier tout ce qui est « normal » même si la question a été posée : donc si le patient ne fume pas, il n'inscrit rien dans le dossier. L'inconvénient est que cette méthode n'est interprétable que par son utilisateur.

- Le médecin ne note dans son dossier que ce qu'il prend réellement en charge. Le dossier est donc révélateur de sa seule activité de soins.
- L'absence de règles a pour inconvénient majeur de ne pas mettre en évidence l'absence de tabagisme s'il n'est pas spécifié que le patient ne fume pas, ou si le médecin n'a pas pris en charge cet élément ou encore s'il a oublié de le noter.

Dans notre étude, les médecins notaient systématiquement tous les phénomènes morbides qu'ils prenaient en charge lors de chaque consultation. Ainsi, si le tabagisme du patient est connu du médecin mais non pris en charge pendant l'acte, il n'est pas noté dans la consultation. En revanche dès qu'il est pris en charge, ne serait-ce qu'une fois, il sera impérativement relevé. Le dossier est ainsi le reflet de ce que fait le médecin et pas nécessairement ce que fait le patient.

Actuellement, il n'existe pas de consensus pour les médecins français sur la structuration et le contenu de leurs dossiers, et les pratiques liées à la tenue du dossier médical en France sont très hétérogènes. J. Bami s'était demandé s'il ne fallait pas définir un contenu minimal du dossier en se basant sur les recommandations de l'ANDEM (27).

Il faut préciser que dans notre étude, le fait que les médecins utilisaient un thésaurus de diagnostics (dictionnaire des résultats de consultation) apportait une bonne structuration aux informations recueillies.

4.4 Limites ou biais

Au terme de ce travail de recherche, il est possible de répondre de manière affirmative à notre question d'étude, en tenant compte des biais ou limites de cette dernière.

Données manquantes :

Nous avons analysé la pratique telle qu'elle apparaît dans les dossiers. Il est probable que les patients ont reçu davantage de soins que ce qui a été enregistré, soins donnés par d'autres médecins de ville ou à l'hôpital, par le médecin lui-même mais qu'il a oublié ou négligé de noter.

Identification du médecin du suivi :

L'ensemble des dossiers des patients dépendants de l'alcool pris en charge au cabinet a été étudié. Nous ne savons pas si les médecins du cabinet sont les médecins « référents » des patients ou s'ils ont pris en charge ponctuellement ces patients pour leur dépendance à l'alcool. Nous avons sélectionné l'ensemble des patients dépendants de l'alcool pris en charge au moins une fois au cabinet, au risque d'étudier des patients suivis par quelqu'un d'autre pour cette même dépendance. La situation a légèrement changé depuis la fin de notre étude puisque le principe du médecin traitant est officiellement entré en vigueur depuis janvier 2006.

Evaluation à un temps donné :

Notre étude ne peut pas représenter la prise en charge totale de ces patients par les médecins du cabinet, dans la mesure où l'évaluation s'est effectuée à un moment déterminé T (période de sélection des dossiers s'échelonnant sur 3 ans) d'une prise en charge et d'un suivi qui se fait nécessairement sur une durée D.

4.5 Dossier médical et qualité de soins

La « revue de la littérature » dans ce domaine permet de souligner les éléments suivants : la qualité de soins s'appuie d'une part sur les activités de recherche et d'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles et d'autre part, sur la bonne prise en charge du patient au quotidien par le médecin. Certains concluent que « Dans la pratique, il est probablement plus facile d'assurer une meilleure prise en charge des patients lorsque toutes les informations médicales utiles à la prise de décisions sont notées, structurées et accessibles. Un recueil méthodique des informations sur un support structuré contribue à la rigueur du raisonnement du médecin et améliore la prise de décisions » (31). De cette conclusion découle l'importance de la bonne tenue du dossier médical.

Y a-t-il un impact de la qualité des dossiers sur la qualité des soins ? L'HAS précise que « Les arguments de bon sens ne suffisent pas pour répondre à cette question. Après tout, on pourrait

concevoir que d'excellents cliniciens passant beaucoup de temps auprès de leurs patients manqueraient de temps pour soigner les dossiers et qu'inversement des médecins pourraient se consacrer à une tenue exemplaire, voir obsessionnelle des dossiers, sans se soucier de la qualité des soins »(3).

En revanche, certaines études ont mis en évidence une corrélation entre la qualité des dossiers et certains aspects de la qualité des soins, mais elles ne permettent pas d'établir un rapport de cause à effet.

L'HAS concluait malgré tout « il n'est pas surprenant que de bons médecins tiennent de bons dossiers ! » (3). Bien qu'il n'existe pas de preuves de l'impact de la qualité des dossiers sur la qualité des soins, la bonne tenue du dossier médical est considérée par la plupart des auteurs comme un indicateur d'une démarche de qualité en médecine générale (32).

Conclusion

CONCLUSION

Depuis l'obligation en 2005 pour tout médecin français d'accomplir régulièrement une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), se pose de manière aiguë la question des outils pour la réaliser. Le dossier médical semble être un élément possible et peut être essentiel à cette expertise. La question qui se pose alors, est celle de la pertinence et de l'exploitation des informations issues de ce dossier médical. Nous avons décidé de réaliser un audit de pratique sur la tenue du dossier médical. Il s'agissait de voir si grâce aux informations contenues dans les dossiers médicaux informatisés d'un cabinet de deux médecins généralistes, nous pouvions réaliser une action d'EPP.

Nous avons appuyé notre travail sur deux référentiels : un sur la tenue du dossier médical en médecine générale et un autre sur le sevrage ambulatoire des patients alcooliques. Le premier pour valider la bonne tenue des dossiers médicaux. Le second d'une part, pour tester la faisabilité de cette évaluation de pratique, sur un sujet concret, majeur de santé publique et fréquent en médecine générale. Et d'autre part parce que les médecins de ce cabinet avaient une expérience ancienne dans la prise en charge des patients alcooliques. Cette notion nous permettait de penser qu'ils connaissaient bien les référentiels et donc d'expliquer plus aisément les écarts par rapport aux scores attendus par la qualité du recueil des informations dans le dossier et non par une méconnaissance de « la bonne pratique ».

Au terme de cet audit, il est possible de conclure que le dossier médical peut être un bon outil pour l'évaluation de la pratique professionnelle. Ceci à la condition qu'il soit adapté à la pratique quotidienne du médecin et que les données recueillies soient bien structurées dans la base du logiciel.

En effet, notre étude montre que les scores attendus quant à la tenue du dossier médical sont conformes et comparables aux études voisines sur le sujet et respectent les critères de qualité proposés par la HAS. Certains objectifs non atteints pour le sevrage alcoolique trouvent leur explication facilement :

- Soit les mauvais résultats s'expliquent par des situations particulières (dépression associée, prise en charge antérieure, patients non revus)
- Soit les médecins reconnaissent ne pas suivre les recommandations pour des raisons clairement explicitées.

Cependant, comme nous l'avons déjà signalé, on peut apporter quelques limites à notre étude, les dossiers étudiés ne reflétant pas systématiquement l'ensemble des soins délivrés aux patients (soins délivrés par un autre médecin de ville ou à l'hôpital ou soins non notés par les médecins du cabinet).

De même les problèmes techniques et les « plantages informatiques » ayant entraîné la perte d'une partie des données interviennent comme une limite à la tenue du dossier médical.

Enfin notre étude ne peut être totalement représentatif de la prise en charge globale des patients dans le cabinet étant donné que nous avons évalué à un temps donné T une prise en charge et un suivi qui ne peut se faire que sur la durée D

À la question « les seules informations du dossier médical permettent-elles d'évaluer la pratique ? » la réponse est donc affirmative à condition d'utiliser un dossier médical structuré, avec un langage commun permettant un recueil de données simple, uniforme et facilement exploitable.

Le fait que le dossier médical puisse être un bon outil au service de l'évaluation de la pratique professionnelle nous invite à deux remarques et propositions :

- Les structures professionnelles ne devraient-elles pas inciter les éditeurs à améliorer l'adaptation des logiciels à la pratique courante du médecin, garantissant notamment une structuration pertinente des bases de données intégrées à son logiciel professionnel ?
- La connaissance des recommandations est la référence sur laquelle l'évaluation va s'appuyer. Devant la multiplication des sources et la diversité des données de la science médicale, les praticiens ne peuvent avoir en tête la totalité des recommandations. Ne pourrait-on pas imaginer un accès à ces connaissances leur facilitant la tâche, par un affichage immédiat et contextuel de celles-ci pendant la consultation ?

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.anaes.fr/> site Internet visité le 10/09/2005.
2. ANDEM. Service Médecine Libérale « L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical ». Mars 1993.
3. ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. Septembre 1996.
4. <http://www.d-m-p.org/> site Internet visité le 16/02/2006.
5. Jay C. Le dossier médical dans le flou. La Tribune ; 29/12/2005.
6. Le DMP ne sera pas le dossier patient des médecins. L. Thranthimy. Impact Médecine ; n°142- 15/12/2005.
7. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO n°54 du 5/3/2002.
8. B. Roques. Problèmes posés par la dangerosité des "drogues". Odile Jacob. La documentation française. 1999.
9. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002.
10. Kopp et al. Le coût social des drogues licites (alcool, tabac) et illicites en France. Paris, OFDT 2000.
11. Com-Ruelle. L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés, Paris CreDES, p173. coll. rapp n°11641997.
12. Haut comité de santé publique. La santé en France 2002. La documentation française, 2002, p410.
13. CFES, CNAMTS, IPSOS. Les habitudes de consommation d'alcool des Français. Septembre 1998.
14. Legleye S, Ménard C, Baudier F et al. Baromètre Santé 2000 (Vol2). CFES, 2001, p473.
15. Alcool. Effets sur la santé. Editions Inserm, septembre 2001.
16. CREDES Enquête sur la Santé et la Protection sociale. Rapport n° 1282 - Décembre 1999
17. Huas D, Allemand H, Loiseau D et al. Prévalence du risque alcool et des maladies liées à l'alcool, dans la clientèle adulte du généraliste. La Revue du Praticien- Médecine Générale; 1993, tome 7, n°203,p39-44.

- 18.** Miche JN, Morel F, Gallais JL. " Perceptions du risque alcool et des co-morbidités dommageables en médecine générale ". La Revue du Praticien-Médecine Générale ; 1999 , n°470, p1402-8.
- 19.** Kandel O. Trois chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. La Revue du Praticien Médecine Générale ; tome 16 ; n°587, 14/10/2002, p1408-1410.
- 20.** Gache P. Repérage et diagnostic des malades alcooliques. La Revue du Praticien-Médecine Générale ; 1999 ; n°49 , p375-79.
- 21.** ANAES – Conférence de consensus du 17-03-99. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoololo dépendant.
- 22.** Ferru P, Kandel O et Al. Dictionnaire des Résultats de Consultation (révision 20001). Document de. Recherche-Médecine Générale ; n° 58 , p3-67.
- 23.** *Observatoire de la médecine générale 2004-10. Société Française de Médecine Générale. [http:// :omg.sfm.org](http://omg.sfm.org). Site visité le 7/03/2005.*
- 24.** Réseau de Médecine Libérale de l'ANDEM. « Enquête : étude du suivi du dossier médical par des praticiens libéraux » . Avignon.1992 , p13.
- 25.** Bami J, Dpumenc M, Lafont M. Le dossier médical en médecine générale: un audit clinique réalisé par 276 médecins généralistes. La Revue du Praticien-Médecine Générale ;1999 , tome13 , n°481, p2081-6.
- 26.** Gallière Sansot S. « Un audit de pratique sur le dossier médical en médecine générale » Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, université René Descartes.
- 27.** Bami J. Les enseignements d'un audit sur le dossier médical. La Revue du Praticien-Médecine Générale ; 1999, tome13, n°481, p2077-8.
- 28.** Cabrol H, Moula H. Etude du devenir à 5 ans de 158 hommes « malades de l'alcool » repérés en consultation de médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine générale. Paris, faculté de médecine Lariboisière Saint Louis.1995.
- 29.** Barthelon B, Falcoff H. La qualité de la prise en charge des patients diabétiques de type II chez 12 médecins généralistes : peut-on évaluer par une étude rétrospective des dossiers médicaux informatisés ? Quels facteurs peuvent l'influencer ? Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, université René Descartes.
- 30.** De la Seiglière A, Ketterer JP, Delforge B, Michel JP, Combe JC. (Health care in non-insulin dépendant diabetics in lower Normandy) Diabetes Metab.2000 sep ; n°26 suppl 6 : p86-945. French.
- 31.** , H. Falcoff. Dossier médical en médecine générale. La revue du Praticien Médecine Générale ; n°404, 17 décembre 1997, p71-8.
- 32.** Falcoff H. « Tenue du dossier : les recommandations toujours d'actualité ». La revue du Praticien-Médecine Générale ; 13 décembre 1999, tome 13, n°481, p2068-2069.

Résumé

RESUME

Depuis l'obligation en 2005 pour tout médecin français d'accomplir une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), se pose la question des outils pour la réaliser. Le dossier médical semble être un élément possible pour cette expertise, mais les informations qu'il contient sont-elles pertinentes et exploitables ? Nous avons réalisé un audit de pratique sur la tenue du dossier médical informatisé afin de répondre à cette question.

Notre audit a porté sur un cabinet de deux médecins généralistes français en zone urbaine. Afin d'effectuer un test concret de faisabilité de l'évaluation, nous avons pris l'exemple d'un problème majeur et fréquent à savoir la prise en charge des patients dépendant de l'alcool.

Nous nous sommes appuyés sur deux référentiels : un sur la tenue du dossier médical en médecine générale et un autre sur le sevrage ambulatoire des patients alcooliques. Le premier pour valider la bonne tenue des dossiers. Le second, comme test de faisabilité et parce que les médecins de ce cabinet avaient une expérience régulière dans la prise en charge des patients alcooliques. Ceci nous permettait d'expliquer plus directement les écarts de résultats par rapport aux scores attendus, par une déficience de la qualité des informations dans le dossier et non par une méconnaissance de « la bonne pratique ».

Nous avons fait une analyse descriptive rétrospective des dossiers des patients alcooliques entre le 01/01/2002 et le 31/12/2004. Puis nous avons comparé les résultats obtenus aux scores attendus.

Nous avons identifié les dossiers médicaux de 177 patients dépendants de l'alcool, dont 83 ont eu un sevrage ambulatoire. Pour la recommandation sur la tenue du dossier médical, les scores sont égaux ou supérieurs à ceux attendus pour 17 des 18 indicateurs. Les objectifs sont atteints pour le sevrage alcoolique pour 6 des 11 indicateurs.

Nos résultats sont conformes aux études retrouvées dans la littérature sur le dossier médical. Il n'existe pas de référence sur le sevrage ambulatoire en alcoologie, mais les conclusions d'études sur d'autres sujets médicaux (diabète...) sont voisines des notre. Pour les scores inférieurs à ceux attendus, en particulier pour le sevrage alcoolique, des explications objectives permettent le plus souvent de ne pas incriminer une mauvaise tenue du dossier médical. Il s'agit de pannes informatiques, de non respect de la recommandation... En revanche, l'analyse des informations du dossier médical, renseigne assez mal sur ce qui se passe en dehors du cabinet du médecin pour un problème de santé (avant, autre soignant...). Mais l'audit a été réalisé avant l'instauration officielle du médecin traitant.

Cet audit à de 177 dossiers médicaux ne concerne qu'un seul cabinet de deux médecins. Mais on peut conclure que le dossier médical peut être un excellent outil pour évaluer la pratique ceci à condition d'utiliser un dossier médical structuré et permettant un recueil des informations adapté à l'exercice quotidien du médecin.

Mots clés

Dossier médical informatisé,
évaluation,
audit,
alcoolisme,
sevrage ambulatoire.

Annexe 1

**Extrait de la conférence de consensus
Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient
alcoolodépendant.**

ANAES 17 mars 1999

INTRODUCTION

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant depuis 1970, la France se situe au troisième rang européen, avec la morbidité et la mortalité qui en découlent. L'usage inadapté de l'alcool est la cause directe ou indirecte d'une consultation sur cinq en médecine générale, de 15 à 25 % des hospitalisations, de 30 000 à 35 000 décès par an, dont 23 400 pour « alcoolisme chronique » en 1994. Il se traduit aussi dans de nombreux passages à l'acte, violences, suicides, accidents, etc.,...

Les modes de boire sont très variables : abstinence pour une faible minorité, consommation coutumière pour une large majorité. Parmi les consommateurs coutumiers, les plus nombreux usent de l'alcool sur un mode culturel et convivial non dangereux, mais une forte minorité pose un problème de santé publique. Deux millions et demi d'entre eux - le plus souvent dénommés consommateurs « menacés », « à risque », « abuseurs » - peuvent encore contrôler leur consommation, un million et demi ont perdu cette liberté : ce sont les alcoolodépendants. Dans la pratique, la démarcation entre ces deux dernières catégories n'est pas toujours claire, ni facile à déterminer. Quoi qu'il en soit, ce modèle bidimensionnel de l'alcoolisme chronique, adopté par la communauté scientifique internationale, a l'intérêt d'introduire une indication thérapeutique ; le diagnostic de dépendance a en effet pour corollaire la nécessité d'un sevrage thérapeutique et d'une abstinence durable, car la cicatrice psychobiologique de la dépendance a fait l'objet de preuves expérimentales. Si les consommateurs abuseurs non dépendants peuvent être concernés par le sevrage, leur prise en charge n'exclut pas le retour éventuel à une consommation modérée et contrôlée.

Consensus relativement récent en France, l'alcoolisme est désormais considéré comme une maladie dont le traitement relève de l'intervention médicale et médico-sociale. Sa prise en charge s'impose d'abord et avant tout au regard des souffrances individuelles, familiales et sociales qu'il entraîne. Elle s'impose aussi du point de vue économique. Dans une analyse coûts avantages, les dépenses ultérieures évitées se révèlent beaucoup plus importantes que les dépenses liées à la prise en charge.

Parmi les nombreux intervenants, l'absence ou l'insuffisance de formation en alcoologie et de recherche de concertation peuvent entraîner, par défaut de diagnostic ou d'indication thérapeutique, des complications sévères, des décès ou l'utilisation abusive de médicaments prescrits davantage par habitude que par référence à des données scientifiquement établies. Une démarche thérapeutique adaptée suppose un dépistage précoce de l'alcoolodépendance, à partir des données cliniques, paracliniques, et éventuellement l'usage de questionnaires standardisés.

Le sevrage thérapeutique ne prend tout son sens que lorsqu'il s'intègre dans une stratégie globale de soins du sujet alcoolodépendant. Il en constitue une étape incontournable et essentielle. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Il a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, à défaut une amélioration clinique à long terme. Moment de rupture, il favorise et renforce la prise de conscience de la dépendance à l'égard de l'alcool, prélude à la reconquête de l'autonomie et à la mise en œuvre d'un nouveau projet existentiel.

En France, le sevrage est souvent pratiqué au cours d'une hospitalisation de durée variable. Pour des raisons aussi bien théoriques qu'économiques, on assiste au développement récent d'alternatives ambulatoires. Elles ne sauraient s'appliquer aux cas les plus graves - avec leur potentialité de complications sévères du sevrage, crises convulsives, delirium tremens - ni aux pathologies complexes, avec la présence de comorbidités, tabagisme et toxicomanies illicites en particulier.

En l'état actuel, les méthodes thérapeutiques utilisées lors du sevrage sont hétérogènes. Les traitements médicamenteux, non médicamenteux, les indications d'hospitalisation, la durée optimum des traitements adaptée aux différentes formes cliniques d'alcoolodépendance sont très variables selon les lieux, les modes d'exercice, le type de formation des soignants.

Les études contrôlées concernent essentiellement les prescriptions médicamenteuses, laissant le plus souvent dans l'ombre le contexte psychothérapeutique et sociothérapeutique dont la pratique a depuis longtemps confirmé l'indispensable bien-fondé dans l'accompagnement au long cours du malade alcoolodépendant.

En somme, les disparités des méthodes diagnostiques et thérapeutiques constatées dans le sevrage physique de l'alcoolodépendant nécessitent la mise en place d'une harmonisation et

d'une rationalisation des stratégies. Ce constat a justifié la tenue d'une conférence de consensus le 17 mars 1999 à Paris.

Durant cette conférence, le jury a répondu aux six questions suivantes :

- **Quelles sont les approches conceptuelles du sevrage ?**
- **Quelles sont les indications et contre-indications du sevrage ?**
- **Quelles sont les modalités de sevrage ?**
- **Quelles modalités pratiques proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à une ou plusieurs substances psycho-actives ?**
- **Quelles modalités pratiques proposer en cas d'association à d'autres pathologies ?**
- **Quel traitement proposer devant un accident de sevrage ?**

QUESTION 1 - QUELLES SONT LES APPROCHES CONCEPTUELLES DU SEVRAGE ?

1 - LA NOTION DE SEVRAGE ET SES RAPPORTS AVEC L'ALCOOLODÉPENDANCE

Sevrage : arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique, chez l'alcoolodépendant.

Syndrome de sevrage : manifestations symptomatiques survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique.

Alcoolodépendance : les classifications internationales récentes ne considèrent plus les symptômes physiques de sevrage comme indispensables au diagnostic d'alcoolodépendance, qui recouvre aussi d'autres manifestations :

- psychiques : désir compulsif de boire de l'alcool qui rend le sujet incapable de maîtriser sa consommation.
- comportementales :
 - recherche de la consommation d'alcool qui prend le pas sur la plupart des activités du sujet,
 - phénomène d'évitement : le sujet consomme de l'alcool, souvent dès le matin, dans l'intention de prévenir ou de supprimer les symptômes de sevrage,
 - fixation progressive des modalités de consommation de l'alcool, dictée par la nécessité de maintenir une alcoolémie suffisante,
 - augmentation de la tolérance amenant le sujet dépendant à consommer des quantités croissantes d'alcool.

Sevrage et alcoolodépendance : les sujets alcoolodépendants doivent bénéficier d'une proposition de sevrage thérapeutique.

2 - DESCRIPTION DU SYNDROME DE SEVRAGE

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations.

Dans la grande majorité des cas :

- troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut se compliquer :

- de signes confusionnels ;
- d'hallucinations ;
- de delirium ;
- de convulsions ;
- d'hyperthermie.

Le syndrome est résolutif, spontanément ou sous traitement, en 2 à 5 jours.

L'apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au-delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines (BZD).

3 - OBJECTIF D'UN SEVRAGE THÉRAPEUTIQUE

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool.

Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques. En effet, lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation

modérée est considérée comme très difficile voire impossible par de nombreux experts.

Pour obtenir un sevrage de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies :

- réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage ;
- assurer en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé ;
- aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel.

4 - CRITÈRES D'ÉVALUATION DU SYNDROME DE SEVRAGE ET DE L'ALCOOLODÉPENDANCE

Les signes cliniques demeurent le critère essentiel de l'évaluation.

De nombreuses échelles sont proposées pour évaluer syndrome de sevrage et alcoolodépendance. On ne saurait sous-estimer l'intérêt épidémiologique, pédagogique et de recherche de tels instruments. Très peu sont validés en français.

RECOMMANDATIONS

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage complet et prolongé en l'intégrant dans un projet dont les objectifs doivent être précisés avec le patient.

Toute proposition de sevrage doit tenir le plus grand compte de la personne en difficulté, qui doit être consultée et informée. Son consentement éclairé doit être recueilli pour la réalisation du projet thérapeutique.

QUESTION 2 - QUELLES SONT LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU SEVRAGE ?

Pour toute personne alcoolodépendante, le sevrage thérapeutique est recommandé.

1 - INDICATIONS

Les sevrages programmés

Le sevrage est une étape nécessaire, entre un avant et un après, dans un projet thérapeutique, soutenu et accompagné par une équipe pluridisciplinaire.

- Qui demande ?
 - la famille,
 - les amis,
 - les divers intervenants médico-sociaux,
 - le malade lui-même.

Le choix du sevrage pour l'alcoolodépendant est fonction de son désir, de son besoin de changement, et de sa souffrance, physique et/ou psychologique.

- Pour quel projet de vie ?

La demande de sevrage suppose un minimum d'élaboration.

Tout projet thérapeutique doit tenir compte de la motivation, de l'implication et des capacités du patient.

- Quand ?

L'entrée dans la vie sans alcool est décidée par le patient et le médecin, à un moment où le contexte et la maturation du projet personnel du patient la rendent possible avec les meilleures chances de réussite.

Les sevrages non programmés

- Les sevrages « contraints » :
 - l'obligation de soins peut être le point de départ d'une prise de conscience et d'une demande de soins,
 - en milieu carcéral. Le sevrage brutal, non préparé de ces personnes, souvent polydépendantes majore le risque d'accidents.

RECOMMANDATIONS

Le jury propose :

Une évaluation des résultats et de l'intérêt d'obligation de soins.

La formation de l'équipe soignante à l'échelle DETA et la création d'espace de soins alcoolologiques en milieu carcéral.

La recherche systématique d'une dépendance à l'alcool dès l'entrée en prison.

- Les sevrages dans « l'urgence »

Il y a nécessité d'un dépistage systématique du syndrome de sevrage pour toutes les

hospitalisations en urgence.

RECOMMANDATION

Etablir un premier contact avec un référent santé en alcoologie avant la sortie du patient.

Les sevrages multiples

Les réalcoolisations ne sont pas exceptionnelles dans le parcours d'un malade alcoolodépendant. Il est utile de ne pas répondre systématiquement et immédiatement à chaque demande mais de travailler avec le patient pour une maturation de sa motivation.

Ces sevrages multiples doivent s'inscrire dans un processus d'accompagnement à long terme.

Les spécificités du sevrage

- Les femmes alcoolodépendantes ont souvent une consommation associée à des psychotropes. En cas de comorbidité dépressive, la mise en place d'une prise en charge spécialisée dès le début du sevrage est recommandée.

- Les femmes enceintes :

Le risque de malformation pour le nouveau-né justifie l'indication impérative d'un sevrage thérapeutique.

- L'enfant et l'adolescent :

Les modalités du sevrage thérapeutique ne sont pas spécifiquement codifiées. La recherche de troubles psychopathologiques et polyaddictions doit être systématique.

RECOMMANDATIONS

Le jury propose :

La recherche de pratiques adaptées au sevrage thérapeutique des adolescents.

La mise en place d'un accompagnement thérapeutique associé à une aide socio-éducative.

- Les personnes âgées de plus de 65 ans :

Une prise en charge thérapeutique spécifique au sein de groupes d'âge homogènes est recommandée.

- Les personnes en situation de précarité :

Il existe un consensus fort pour considérer que, pour ces personnes, l'isolement et la désinsertion sociale indiquent une hospitalisation.

- Les malades atteints d'une pathologie grave, telle que cancer, hépatite C, VIH, nécessitent un sevrage permettant une prise en charge thérapeutique spécifique.

2 - CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Mais il existe des non-indications au sevrage immédiat :

- non demande ;
- absence de projet thérapeutique et social ;
- situations de crises (affective, sociale, professionnelle).

Elles n'empêchent pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective d'un sevrage ultérieur.

QUESTION 3 - QUELLES SONT LES MODALITÉS DE SEVRAGE ?

Le sevrage nécessite une prise en charge médicalisée, avec l'appui concerté de différents intervenants. Pour assurer la qualité des soins et la sécurité du sevrage, une formation de chacun de ces intervenants est nécessaire.

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation (« sevrage institutionnel »).

Avantages du sevrage ambulatoire : poursuite de l'activité professionnelle, maintien des relations familiales et sociales ; meilleure acceptation car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade ; compatibilité avec un syndrome de sevrage modéré ; participation du patient et de son entourage.

Avantages du sevrage institutionnel : surveillance continue (personnes isolées) ; malade soustrait à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; garantie de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions ; indication formelle en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère.

1 - LES LIEUX DE SOINS

Le sevrage ambulatoire comporte des contre-indications (10 à 30 % des malades)

:alcoologiques (dépendance physique sévère ; antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée) ; somatiques ; psychiatriques ; socio-environnementales.**Lorsque le**

sevrage est institutionnel, les études ne montrent pas de bénéfice à poursuivre le séjour au-delà de dix jours, sauf complications somatiques ou psychiatriques.

Un traitement préventif par BZD réduit la fréquence des accidents de sevrage de 10 % à moins de 2 %. L'intérêt d'un traitement médicamenteux du sevrage chez les malades sans signes physiques de dépendance n'a pas été démontré. La précocité du traitement est un élément essentiel de l'efficacité préventive. En ambulatoire, sans possibilité d'évaluation a priori du risque et en l'absence d'une surveillance rapprochée, la prévention médicamenteuse doit être systématique. En institution, deux attitudes sont possibles : prescription systématique ou délivrance en fonction du tableau clinique initial et de son évolution.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire dans un travail en réseau.

Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire, en respectant les contre-indications.

La prévention médicamenteuse des accidents de sevrage doit être systématique lors d'un sevrage ambulatoire.

Les indications et les résultats des hospitalisations prolongées en milieu alcoolique sont à évaluer par des études complémentaires.

2 - LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE AU COURS DU SEVRAGE A TROIS FONCTIONS ESSENTIELLES

L'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante jouent un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. Elle permet de diminuer les doses de médicaments. Les techniques de relaxation et de réappropriation corporelle mériteraient d'être évaluées.

L'établissement d'une relation thérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage tend à la revalorisation de l'image de soi et à la restauration narcissique. Selon les sujets, les modalités de cette thérapie peuvent être individuelle, de groupe, familiale ou de couple, comportementale - cognitive. Dans une étude randomisée, il est montré que l'intervention des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.

L'accompagnement social complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

3 - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Les psychotropes

Les benzodiazépines (BZD) sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique ; elles réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du DT. Les BZD à demi-vie longue comme le diazépam préviennent mieux les crises comitiales, mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire. L'oxazépam a alors un intérêt particulier du fait d'un métabolisme non modifié.

Les BZD à demi-vie brève présentent un potentiel d'abus plus élevé.

Conduite pratique d'un sevrage avec une BZD

La voie orale doit être préférentiellement utilisée.

Trois schémas de prescription sont possibles :

- prescription de doses réparties sur 24 heures :
 - diazépam, un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours,
 - ou : diazépam 6 comprimés à 10 mg le premier jour et diminution d'un comprimé chaque jour jusqu'à arrêt.

Cette stratégie est recommandée en ambulatoire.

- prescription personnalisée, éventuellement guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes.
- utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue.

D'autres BZD que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam équivalent à 30 mg d'oxazépam, 2 mg de lorazépam, 1 mg d'alprazolam, et 15 mg de chlorazépate.

Autres psychotropes

Le méprobamate, le tétrabamate, les barbituriques et les neuroleptiques ont un rapport bénéfice-risque inférieur à celui des BZD.

Les traitements associés

L'hydratation : les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation. Les perfusions sont à éviter chez le malade conscient.

La prescription de magnésium n'est à envisager qu'en cas d'hypokaliémie.

La thiamine : le sevrage peut favoriser l'apparition de troubles graves neurologiques ou cardiaques par carence en thiamine, en particulier en cas d'apport glucosé associé. Il est nécessaire d'administrer de la thiamine (500 mg par jour) à tout patient débutant un sevrage. L'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine.

Aucune des méthodes thérapeutiques non conventionnelles, aussi appelées alternatives, n'a démontré un intérêt.

RECOMMANDATIONS

La prescription médicamenteuse ne doit pas occulter l'importance fondamentale de la prise en charge psychologique et sociale.

Les mouvements d'entraide doivent être impliqués dès le temps du sevrage.

Les BZD sont les médicaments de première intention du traitement préventif du syndrome de sevrage.

La durée du traitement par BZD, prescrites à doses dégressives, ne doit pas excéder 7 jours sauf complication.

La prescription personnalisée est à développer. Elle peut être aidée par l'usage des échelles d'évaluation de la sévérité des symptômes ; ces échelles restent à valider en français.

L'hydratation doit être orale chez le malade conscient.

La thiamine doit être prescrite systématiquement de façon préventive (par voie parentérale en cas de signes cliniques de carence).

QUESTION 4 - QUELLES MODALITÉS PROPOSER LORSQUE L'ALCOOLO-DÉPENDANCE EST ASSOCIÉE À LA DÉPENDANCE À UNE OU PLUSIEURS AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES ?

Engager une démarche de sevrage des polydépendances est un travail intensif et long. La sévérité des symptômes, la complexité des situations, la fréquence de troubles psychiatriques sous-jacents imposent souvent une hospitalisation dans une unité spécialisée.

Les stratégies thérapeutiques sont plus difficiles à élaborer; il est généralement inévitable de privilégier le traitement d'une dépendance par rapport à l'autre.

Il n'existe pas de données concernant l'association alcool-cannabis.

1 - ALCOOL ET TABAC

80 à 95 % des malades de l'alcool sont également des fumeurs. La surmortalité engendrée par cette double dépendance est supérieure à la surmortalité imputée séparément au tabac ou à l'alcool.

L'aide à l'arrêt du tabac est trop peu fréquemment proposée par les soignants. Les raisons invoquées en sont diverses : ne pas compromettre le sevrage alcoolique, dépendance nicotinique socialement bien acceptée et perçue à tort comme non dangereuse. Cette attitude s'observe davantage chez les soignants fumeurs.

Aujourd'hui, alcoologues et malades semblent accorder un intérêt croissant au sevrage alcoolique couplé au sevrage tabagique. Deux modalités pratiques sont possibles :

- un sevrage alcoolique associé à une substitution nicotinique qui permet en réalité de différer le sevrage tabagique ;
- une thérapeutique commune au sevrage alcoolique et tabagique par la clonidine. Ses effets secondaires justifient son utilisation en milieu hospitalier.

Aucune étude n'est en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation après arrêt du tabac.

RECOMMANDATIONS

Le jury souligne la nécessité de :

- prendre en compte le tabagisme précoce et de renforcer les actions d'information en particulier auprès des adolescents sur les dangers des consommations de substances psycho-actives ;
- proposer un sevrage simultané dès que le stade de motivation des patients le permet, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information et les modalités du sevrage tabagique.

Le jury souligne l'importance de la motivation, et recommande de susciter ou renforcer chez le patient la confiance en soi et en ses capacités à réussir un double sevrage.

2 - ALCOOL ET BENZODIAZÉPINES

La consommation concomitante d'alcool et de BZD est susceptible d'engendrer de graves troubles du comportement.

L'alcoolodépendant doit être considéré comme un sujet à risque de dépendance aux BZD.

L'usage des BZD pour traiter le syndrome de sevrage chez des patients déjà dépendants pose diverses questions : choix de la posologie, maintien de la molécule consommée ou prescription d'une autre BZD.

RECOMMANDATIONS

Le jury recommande de ne pas prescrire de BZD chez un alcoolodépendant non sevré.

Il faut exclure tout sevrage brutal et savoir admettre un sevrage en deux temps : alcool puis BZD, plus long et complexe.

Le jury propose de choisir en première intention : le maintien de la même molécule et de la même posologie pendant la phase initiale de sevrage de l'alcool (sept jours). Après cette étape, la posologie de BZD doit être réduite de 25 % par paliers de trois jours.

D'autres stratégies peuvent être rendues nécessaires par la situation clinique : augmentation de la posologie, changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue.

L'utilisation des médicaments neuroleptiques sédatifs est a priori déconseillée en raison du risque majeur de convulsions.

3 - ALCOOL ET OPIACÉS

Chez le sujet en traitement de substitution, le sevrage alcoolique est possible mais le risque d'induire une dépression respiratoire par l'association méthadone ou buprénorphine et BZD impose une extrême vigilance.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne impose une hospitalisation.

Compte tenu du nombre croissant de polydépendances associant alcool, produits opiacés (héroïne ou produits de substitution) et BZD le jury note la nécessité d'études : incidence de l'alcoolodépendance ? interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques ? pronostic psychopathologique ?

4 - ALCOOL ET COCAÏNE

Cette addiction simultanée est considérée comme fréquente. Il n'existe pas de traitement codifié pour le sevrage. L'utilisation de BZD n'a pas apporté la démonstration de sa pertinence.

RECOMMANDATIONS

Nécessité de mener des études sur les complications psychopathologiques de cette association.

Un accompagnement psychothérapeutique et un soutien socio-éducatif longuement poursuivis sont indispensables pour le traitement des patients polydépendants.

QUESTION 5 - QUELLES MODALITÉS PRATIQUES PROPOSER EN CAS D'ASSOCIATION À D'AUTRES PATHOLOGIES ?

1 - PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Anxiété

Trois causes sont possibles : liée au sevrage, induite par la dépendance, ou plus rarement pathologie psychiatrique (phobie, trouble panique, anxiété généralisée).

RECOMMANDATIONS

Le traitement de l'anxiété de sevrage impose la surveillance régulière du patient et la prescription éventuelle d'un anxiolytique adaptée à la sévérité des troubles. Le niveau de preuve d'efficacité est plus élevé pour les BZD que pour les carbamates. En ambulatoire, les prescriptions seront établies pour une semaine au maximum.

Le traitement d'un trouble anxieux primaire peut être entrepris au moment du sevrage ou immédiatement après, selon les modalités admises pour chacune de ses formes cliniques.

Dépression

Des symptômes dépressifs existent fréquemment lors du sevrage ; la plupart régressent en 2 à 4 semaines. Cependant, dans 10 à 15 % des cas, le tableau est plus sévère, pouvant inclure des caractéristiques mélancoliques.

Le risque suicidaire est toujours présent. Le jury souligne que les déterminants du risque suicidaire chez l'alcoolodépendant ne relèvent pas exclusivement de la dépression.

RECOMMANDATIONS

Un délai d'au moins 2 à 4 semaines de sevrage est conseillé avant d'introduire un traitement anti-dépresseur.

Ce délai doit être remis en cause en cas d'acuité et d'intensité particulière du syndrome dépressif, accentuant le risque suicidaire.

Les anti-dépresseurs seront prescrits, lorsqu'ils sont indiqués, aux mêmes posologies et pendant le même temps que pour les autres formes de dépression. Les psychothérapies seront adaptées à la nature du trouble qui sous-tend la dépression.

Alcoolodépendance et troubles psychotiques

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolodépendance ou à des conduites d'abus d'alcool.

RECOMMANDATIONS

L'association d'une psychose et d'une alcoolodépendance impose une prise en charge intégrée des deux troubles.

Troubles de la personnalité

Certains troubles de la personnalité préexistants peuvent compliquer la prise en charge notamment au niveau social.

RECOMMANDATIONS

Des études sont nécessaires pour mieux préciser leur nature et améliorer leur prise en charge .

2 - PATHOLOGIES SOMATIQUES

Pathologies hépatiques d'origine alcoolique ou d'origine virale

Le sevrage a un effet favorable sur ces pathologies, qu'elles soient d'origine alcoolique, ou d'origine virale B ou C.

Pancréatite chronique alcoolique

Elle justifie un sevrage.

Désordres nutritionnels et neuropathies

- *Malnutrition, encéphalopathies carencielles*

L'encéphalopathie de Gayet Wernicke doit être prévenue par l'apport systématique de vitamine B1 (cf. Q3).

Il s'agit d'une urgence métabolique dont le traitement est l'apport intraveineux de 1g par jour de thiamine.

- *Hyponatrémie sévère*

L'hyponatrémie profonde ou accompagnée de signes neurologiques impose l'hospitalisation.

Son traitement doit être progressif, basé sur la restriction hydrique et un apport normosodé.

- *Polynévrite et myopathie alcoolique*

Elles peuvent être améliorées par l'abstinence et une nutrition adaptée.

Complications cardiovasculaires

Le sevrage peut améliorer la cardiomyopathie alcoolique et diminuer le risque de troubles du rythme.

L'hypertension artérielle, fréquente chez les malades de l'alcool, doit être surveillée.

Interactions médicamenteuses

Le sevrage favorise l'accumulation des médicaments et incite à en adapter les doses.

Pathologie chirurgicale intercurrente et sevrage accidentel

La non connaissance de l'alcoolodépendance peut entraîner une sévérité accrue du syndrome de sevrage et des infections post-opératoires éventuelles.

RECOMMANDATIONS

Le sevrage fait partie intégrante du traitement des complications somatiques de l'alcool. En cas d'insuffisance hépatocellulaire ou de cirrhose l'éventuelle prescription de BZD doit être très prudente et faite en milieu spécialisé.

A l'occasion du sevrage, des adaptations posologiques des médicaments sont à envisager. En milieu chirurgical, le jury recommande la recherche pré-opératoire d'une alcoolodépendance, ainsi que des signes précurseurs des accidents neurologiques du sevrage en post-opératoire (cf. Q6).

QUESTION 6 - QUEL TRAITEMENT PROPOSER DEVANT UN ACCIDENT DE SEVRAGE ?

INTRODUCTION

Les accidents de sevrage sont représentés par les crises comitiales et le delirium tremens (DT).

Le terme de pré-DT, source de confusion, doit être abandonné, au profit d'un repérage des degrés de gravité du syndrome de sevrage.

Ces accidents surviennent lors d'un sevrage imposé ou résultent d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.

Ils justifient dans tous les cas, suivant le degré de gravité, une hospitalisation en unité de soins intensifs ou en unité médicale conventionnelle.

Un projet d'accompagnement médical de sevrage est proposé à l'issue de cette hospitalisation.

1 - DELIRIUM TREMENS

Le traitement psychotrope repose sur l'utilisation par voie intra-veineuse de BZD. Le diazépam et le flunitrazépam ont été validés dans cette indication. La préférence est donnée au diazépam à dose de charge (10 mg / heure). Le midazolam intra-veineux est aussi largement utilisé en pratique, bien que non validé.

Le risque de dépression respiratoire impose l'hospitalisation dans une structure disposant de moyens de réanimation et de l'antidote (flumazénil).

Les autres psychotropes, tiapride, phénothiazine, méprobamate, clométhiazole, barbituriques, ne peuvent être recommandés dans cette indication. L'halopéridol est utilisé en association aux BZD en cas de syndrome hallucinatoire persistant.

La rééquilibration hydroélectrolytique est indispensable, sous couvert d'un bilan paraclinique initial et renouvelé. Les apports hydriques (par voie parentérale) visent à corriger la déshydratation sans excès et relancer la diurèse. L'adjonction de 500 mg/j de thiamine est indiquée en cas d'apport glucosé.

- l'hyperthermie doit être corrigée ;

- le traitement de l'hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium.

La clonidine peut avoir un intérêt dans le traitement d'une poussée hypertensive majeure.

Le traitement étiologique doit être dans tous les cas appliqué conjointement.

CRISE(S) CONVULSIVE(S)

Les autres étiologies, fréquentes dans la maladie alcoolique, doivent être recherchées d'emblée

- hypoglycémie, hyponatrémie ;
- traumatisme crânien ;
- infection cérébro-méningée ;
- accident vasculaire cérébral ;
- intoxication médicamenteuse ;
- épilepsie alcoolique.

Les convulsions de sevrage

- elles touchent des sujets à risque (utilisation de psychotropes, antécédent convulsif, antécédent de traumatisme crânien) ;
- 90 % d'entre elles surviennent dans les 48 premières heures ;
- elles sont de type grand mal dans 95 % des cas ;
- elles récidivent de façon rapprochée à court terme dans les 12 heures ;
- elles ne comportent pas d'anomalies électroencéphalographiques.

Le traitement

Les convulsions indépendantes du sevrage font l'objet d'un traitement spécifique.

Une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial. Lorsque les crises se reproduisent, un traitement par voie intra-veineuse par diazépam ou clonazépam est justifié dans la mesure où l'on dispose de moyens de réanimation respiratoire. Dans le cas contraire une surveillance attentive est de mise jusqu'à l'arrivée des moyens médicalisés de transport. La reprise de conscience autorise l'administration d'une BZD per os, la voie intramusculaire étant déconseillée.

En conclusion, la plupart des études rapportées dans la littérature ne permettent pas d'étayer formellement les attitudes thérapeutiques. Ainsi, s'il existe un consensus fort sur la nécessité d'intégrer le sevrage du patient alcoolodépendant dans un projet de soins au long cours incluant l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool, celui-ci se fonde essentiellement sur l'expérience des professionnels. Si l'efficacité relative des différentes chimiothérapies, du traitement des complications majeures du sevrage et des co-morbidités sont assez bien documentées, les conditions du processus d'élaboration de la relation thérapeutique et d'un projet de soins multidisciplinaire ne sont pas scientifiquement étudiées. L'impact d'un sevrage programmé sur l'avenir du sujet alcoolodépendant est mal connu. C'est dire la nécessité

d'entreprendre une série d'études randomisées dont la méthodologie prendrait en compte l'ensemble des facteurs, bio-psycho-sociaux.

Le jury souligne la nécessité :

- de développer la formation des personnels impliqués en alcoologie ; la sensibilisation de l'ensemble des personnels de santé au dépistage précoce de l'alcoolodépendance, à la prévention des complications des sevrages non programmés, à l'orientation des sujets alcoolodépendants fortuitement dépistés vers des structures adaptées ;
- d'élaborer un programme de recherches randomisées, tant au plan national qu'au niveau des équipes exerçant au sein de réseaux.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13

Annexe 2

Extrait de la recommandation sur la tenue du dossier médical

ANAES Septembre 1996

RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

I. OBJECTIFS

La bonne tenue du dossier vise à :

- améliorer la démarche médicale en interagissant avec le dossier lors du recueil des données ;
- optimiser les différentes utilisations possibles des données déjà enregistrées.

Plus concrètement la nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier doivent permettre d'atteindre certains objectifs :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier ;
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes ;
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision ;
- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres ;
- expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions ;
- planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques et environnementaux ;
- favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, confrère en ville ou hospitalier, intervenant paramédical) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité et l'efficience de son intervention ;
- minimiser le risque iatrogène en disposant, lors de la prescription, des informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles (créatinine chez les personnes âgées par exemple), traitements en cours (prescrits par les différents médecins et / ou auto-prescrits), allergies et intolérances médicamenteuses antérieures ;
- documenter les faits liés à la prise en charge des patients.

II. NATURE DES INFORMATIONS À RECUEILLIR

Le dossier doit s'adapter à la diversité des pratiques et des personnalités des médecins. C'est pourquoi le groupe de travail a distingué les informations dont le recueil est indispensable et celles dont le recueil est souhaitable.

1. Tableau synthétique des informations à recueillir

Identification Nom complet actualisé Sexe Date de naissance Numéro du dossier Symbole pour signaler les homonymes	indispensable indispensable indispensable souhaitable souhaitable
Informations administratives Adresse Téléphone Profession Numéro de Sécurité Sociale Affection de longue durée (ALD) Tuteur, curateur, tiers payeur Mutuelle	indispensable indispensable indispensable souhaitable souhaitable souhaitable souhaitable
Données d'alerte	indispensable
Rencontre Nom du médecin Date de la rencontre Type de contact Données significatives de la rencontre Conclusion / synthèse de la rencontre Décisions	indispensable indispensable souhaitable souhaitable indispensable indispensable
Histoire médicale actualisée et facteurs de sante_ Antécédents personnels Antécédents familiaux Allergies et intolérances médicamenteuses Facteurs de risque Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage Événements biographiques significatifs	indispensable indispensable indispensable indispensable indispensable souhaitable

2. Présentation analytique des informations à recueillir

Identification

Nom complet actualisé (indispensable)

Pour les femmes, le nom comprend le nom de jeune fille et les modifications à la suite des mariages et des séparations éventuels.

Sexe (indispensable)

Cette information est justifiée avant tout en raison des prénoms mixtes et de beaucoup de prénoms étrangers dont on ne peut pas facilement distinguer le genre.

Date de naissance (indispensable)

Elle est évidemment préférable à l'âge lors de la constitution du dossier, puisque celui-ci doit le plus souvent servir pendant de nombreuses années.

Numéro du dossier (souhaitable)

Le classement des dossiers papier par ordre numérique est plus rapide et plus sûr (générant moins d'erreurs que le classement par ordre alphabétique). Chaque nouveau dossier est classé à la suite des précédents, évitant la saturation des tiroirs de classement (qui oblige à redistribuer l'ensemble des dossiers dans l'ensemble des tiroirs). Le système oblige à tenir une liste faisant correspondre les noms avec les numéros des dossiers. Dans cette liste, les noms sont classés par ordre alphabétique. Le problème du classement ne se pose pas pour les dossiers informatiques.

Symbole signalant les homonymes.

Le risque de confusion est faible mais ses conséquences peuvent être graves. L'existence d'un homonyme doit être clairement signalée en tête du dossier papier ou dès l'ouverture d'un dossier informatique.

Informations administratives

De nombreuses informations administratives peuvent être pertinentes pour la prise de décision médicale : profession à risque, adresse correspondant à un habitat insalubre... Elles peuvent donc figurer également dans la "zone médicale" du dossier. Seule l'informatique permet de saisir l'information une seule fois et de la présenter dans plusieurs parties du dossier en même temps.

Le médecin doit veiller à une mise à jour des données administratives, et en particulier à celle des informations qui permettent de contacter le patient.

Adresse (indispensable)

L'adresse doit être précise et actualisée ; elle doit comprendre le code d'accès éventuel du bâtiment, et des indications complémentaires lorsque l'accès au domicile du patient est difficile (certaines cités de banlieue, certains hameaux isolés).

Téléphone (indispensable)

L'information doit parfois être négociée (numéros sur "liste rouge"). Il faut expliquer au patient l'intérêt de cette information pour le suivi, ainsi que son caractère aussi confidentiel que celui des données médicales.

Profession (indispensable)

En réalité cette rubrique comprend trois informations différentes : la profession actuelle, les professions passées, et le statut actuel (actif, chômeur, étudiant, handicapé, retraité, etc.). L'actualisation régulière des informations de cette rubrique est essentielle.

Numéro de Sécurité Sociale (souhaitable)

Cette information est utile pour toute communication avec la Caisse de Sécurité Sociale du patient. La CNIL interdit l'indexation du N de S.S. ; celui-ci ne peut donc pas servir au classement des dossiers.

Affection de longue durée (ALD) (souhaitable)

Il est important de savoir que le patient bénéficie d'une exonération de ticket modérateur, et de connaître la ou les maladie(s) en cause. Le patient peut être incapable de préciser ce point au médecin au moment de la prescription. La connaissance de la date d'expiration de la prise en charge au titre d'une ALD peut permettre au médecin d'éviter une rupture dans la prise en charge en demandant le renouvellement en temps voulu.

Mutuelle (souhaitable)

Le taux de prise en charge et la somme laissée à la charge du patient peuvent avoir des conséquences importantes sur l'observance des prescriptions. Si le médecin possède ces informations il peut en tenir compte lors de la prise de certaines décisions et en discuter ouvertement avec le patient.

Données d'alerte (indispensable)

Certains antécédents et pathologies chroniques, certains facteurs de risque, les allergies, intolérances et effets indésirables des traitements prescrits antérieurement peuvent constituer des données d'alerte. La qualité de leur enregistrement dans le dossier est un facteur essentiel de la sécurité de la prescription. Dans les dossiers informatiques, le problème est théoriquement simple : la fiche contenant les données d'alerte peut s'ouvrir lors de l'ouverture du dossier. Mieux encore, si le dossier est interactif l'alerte peut se manifester en réponse à une décision du médecin. Dans les dossiers papier, pour que la fonction d'alerte soit efficace, ces données doivent être signalées toujours de la même manière et localisées au même endroit (exemple : notées en couleur ou surlignées, sur une des pages de couverture du dossier ou sur une fiche cartonnée de couleur, distincte des feuilles où sont saisies les données des rencontres).

Rencontre

Nom du médecin, date de la rencontre, type de contact (indispensables)

L'identification du médecin ayant enregistré des informations est importante en cas de dossier partagé (associés, remplaçant, successeur). Sur le dossier papier la calligraphie de chacun peut le plus souvent être reconnue, sauf lorsque l'auteur est un remplaçant étant intervenu plusieurs années auparavant. Sur le dossier informatique chaque donnée enregistrée doit pouvoir être attribuée à celui qui l'a saisie. Cette liaison doit se faire automatiquement.

Le type de contact précise les circonstances dans lesquelles les données ont été enregistrées : consultation, visite, contact téléphonique (fréquemment à l'origine de conseils, de modifications de posologie des traitements en cours, etc.), contact avec un proche ou un correspondant, contact épistolaire. L'enregistrement des contacts téléphoniques, très fréquents en médecine générale, est souhaitable mais difficile à réaliser avec les dossiers papier. Il est facilité par l'informatisation, qui permet un accès immédiat à l'ensemble du fichier. L'information sur le type de contact est indispensable en cas de codage des actes.

Données significatives de la rencontre (souhaitable)

Il est difficile de formaliser cette partie du dossier : le médecin est libre (et responsable) du choix des informations qui y sont enregistrées. Le contenu de cette partie devrait comprendre :

- 1 - les différentes demandes et plaintes exprimées, qui peuvent être enregistrées en utilisant les mots du patient,
- 2 - d'autres informations tirées de l'entretien,
- 3 - les informations tirées de l'examen clinique,
- 4 - les informations tirées de résultats d'examens complémentaires, lettres ou comptes-rendus apportés par le patient (ces documents allant également alimenter la base de données - voir plus bas),
- 5 - des informations tirées de l'observation de l'attitude du patient (communication non verbale), des informations sur le ressenti du médecin, sur l'interaction entre les protagonistes (négociation...).

De la grande quantité de données analysées au cours de la rencontre, il est recommandé d'enregistrer celles qui ont été opératoires, c'est à dire celles qui ont permis d'identifier des problèmes, d'aboutir à des conclusions, de prendre des décisions ou de planifier les actions à venir. Dans certaines situations cliniques, l'absence d'un symptôme ou d'un signe clinique peut être importante pour justifier une décision et mérite d'être notée. Il serait cependant dangereux de dériver vers une tenue des dossiers "défensive" ayant pour objectif principal de justifier les décisions.

Comment présenter les données correspondant à une rencontre ? Le praticien a le choix entre plusieurs options, parmi lesquelles le groupe de travail n'a pas souhaité trancher.

La distinction subjectif/objectif (cf. SOAP page...), qu'on peut rapprocher de symptômes/signes, a l'intérêt de prendre en compte ce qui se passe "dans la tête du patient". Mais la connotation des deux termes pourrait laisser penser que les éléments subjectifs (les mots du patient) ont moins de valeur décisionnelle que les éléments objectifs (les observations), ce qui est faux : d'une part certaines informations issues de l'entretien ont une valeur décisionnelle majeure (le rythme d'une douleur ulcéreuse, par exemple), d'autre part les signes cliniques sont toujours perçus à travers la subjectivité du médecin, enfin la décision est toujours fortement influencée par la subjectivité des deux protagonistes.

Une autre possibilité est de distinguer les éléments (subjectifs ou objectifs) livrés spontanément par le patient et ceux que le médecin découvre par l'investigation.

Une troisième possibilité est de mettre en exergue le(s) motif(s) de la rencontre.

Cependant, le motif ne se confond pas toujours avec la demande explicite. À un premier niveau, un patient hypertendu peut venir "pour renouveler l'ordonnance" :

le motif est alors "suivi d'HTA". À un niveau plus complexe, un patient peut exprimer une plainte ("je suis fatigué") et le motif peut n'être découvert qu'au cours, voire à la fin, de l'entretien ("demande d'arrêt de travail", "difficulté sexuelle", etc.) . L'identification du motif de la rencontre est un des résultats de la démarche médicale. La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) (137) comprend des codes pour les motifs de rencontre.

Le dossier informatique doit permettre de modifier la présentation des données significatives "à la demande". Par exemple, il doit être possible de visualiser toutes les données correspondant à des rencontres ayant le même motif, ou bien toutes les données d'une catégorie (signes cliniques, résultats biologiques, etc.) classées par ordre chronologique.

Certains praticiens peuvent faire le choix de n'enregistrer que les décisions, sans noter les données significatives ni les conclusions (voir ci-dessous). Parfois, le raccourci est parlant et le médecin peut reconstituer l'ensemble de sa démarche.

Par exemple, une prescription de paracétamol et sérum physiologique à un nourrisson permet à posteriori au médecin d'affirmer qu'il s'agissait d'une rhino- pharyngite. Cependant, le groupe de travail considère que :

1 - dès que la situation est imprécise ou potentiellement grave les éléments positifs et négatifs qui ont servi à la prise de décision doivent être explicités.

2 - les conclusions du médecin doivent toujours être enregistrées dans le dossier de manière explicite (cf. ci-dessous).

Conclusion / synthèse de la rencontre (indispensable)

Cette partie correspond au A (assessment) de SOAP. Le médecin doit y enregistrer les diagnostics avec leur degré d'incertitude, les problèmes identifiés en les formulant au plus haut

degré d'élaboration possible. Il est évident qu'il ne parvient pas forcément à une conclusion médicale à la fin de chaque acte, et qu'une telle conclusion est parfois apportée seulement à la suite d'un chaînage d'actes (notion d'épisode de soins), voire jamais ! Cependant, à l'issue de tout acte médical des décisions sont prises. La conclusion / synthèse est le "trait d'union intellectuel" entre les données significatives et les décisions prises. Le processus de formulation écrite de la conclusion / synthèse structure la réflexion du médecin.

C'est dans ce sens que la tenue du dossier peut être considérée comme une partie de l'acte médical lui-même.

La partie conclusion / synthèse est celle où le médecin formule les problèmes auxquels il est confronté au terme de sa démarche. Cette dénomination est celle qui peut donner lieu à un codage direct ou secondaire. La Classification Internationale des Soins Primaires (137) ou le Dictionnaire de Résultats de Consultation de la SFMG (138) peuvent par exemple être utilisés pour cette conclusion/synthèse.

Décisions (indispensable)

Dans cette partie sont enregistrés :

- les prescriptions : médicaments, examens de biologie, imagerie, arrêts de travail, soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie, appareillages
- les conseils, les régimes
- les recours aux spécialistes, les hospitalisations
- la planification des actions à venir.

Il faut insister particulièrement sur l'enregistrement précis des médicaments prescrits, de leur dose et de la durée de prescription. Les informations concernant des médicaments prescrits par d'autres médecins ou auto-prescrits doivent être recherchées et enregistrées le cas échéant. Cet effort est justifié par la recherche d'une sécurité de prescription maximale. L'informatisation peut résoudre simplement le caractère fastidieux de l'enregistrement redondant de ces informations (à la fois sur le dossier et sur l'ordonnance).

La planification peut être enregistrée sur une fiche de suivi spécifique lorsqu'elle concerne une pathologie chronique (voir plus bas).

Histoire médicale actualisée, facteurs de santé

Il s'agit des antécédents personnels et familiaux, des allergies et intolérances, des facteurs de risque, des actions de prévention et de dépistage accomplies, des événements biographiques significatifs. Ces informations constituent, avec les données d'alerte et les résultats des examens complémentaires, la base de données médicale du patient. L'actualisation de la base de données

doit être un souci constant du médecin. Cependant, celui-ci doit considérer à la fois le risque de perdre de l'information utile et celui d'alourdir la base de données avec des informations non significatives. Les informations qui doivent y figurer sont celles qui peuvent être utiles à l'avenir, pour le suivi d'une pathologie, la compréhension d'une situation clinique, la prévention. L'informatique peut permettre, à partir de la base de données, de produire différentes présentations d'une partie ou de la totalité des informations selon les besoins : liste des problèmes actifs, synthèse à communiquer à un autre intervenant, état des vaccinations... Le dossier papier n'a pas cette souplesse : lors de la constitution du dossier un mode de présentation est choisi ; les données apportées lors des mises à jour ultérieures sont enregistrées le plus souvent par ordre chronologique mais le médecin se heurte à l'espace obligatoirement limité offert par le dossier papier. De plus certaines données évoluent, des corrections peuvent être nécessaires. Il est judicieux de réévaluer périodiquement les informations et de les "redéployer" dans une base de données plus adaptée aux besoins. Ce besoin de redéploiement justifie que, dans le dossier papier, la base de données soit enregistrée sur une fiche à part et non sur une des pages de couverture du dossier. La transmission d'une copie de cette fiche peut être un élément clé de la communication avec d'autres médecins ayant à prendre en charge le patient.

Antécédents personnels (indispensable)

"Antécédents" signifie "les faits qui précèdent "(Petit Larousse) : chaque rencontre contribue à produire les antécédents de la rencontre suivante. Les données peuvent être disposées de différentes manières : regroupées par catégorie (antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, etc.), classées par ordre chronologique, par ordre de gravité, en fonction de l'état "actif" ou "éteint" du problème auquel elles se rattachent. Selon la situation clinique une présentation peut être plus pertinente qu'une autre.

Antécédents familiaux (indispensable)

Ces informations permettent d'identifier des facteurs de risque ; elles contribuent également à comprendre l'histoire personnelle du patient.

Allergies et intolérances médicamenteuses (indispensable)

Ces informations doivent impérativement être mises en exergue : inscription en couleur, surlignage, fiche cartonnée à part... Dans un dossier informatique, elles doivent donner lieu à un rappel automatique le cas échéant.

Facteurs de risque (indispensable)

Ils comprennent les facteurs professionnels, ceux liés à l'environnement, ceux liés à la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres produits, ceux liés à divers comportements à risque, notamment sexuels. La prise en compte de ces facteurs s'inscrit dans une perspective de prise en charge globale des problèmes de santé.

Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage réalisées périodiquement
(indispensable)

Ces informations peuvent être présentées sur une fiche à part qui rappelle les échéances des actions à entreprendre.

Événements biographiques significatifs (souhaitable)

La définition d'un événement biographique significatif dépend particulièrement de la subjectivité du médecin. Il est souhaitable d'enregistrer les informations qui contribuent à la compréhension de l'histoire médicale et psychologique du patient (deuil, divorce, chômage, conflit professionnel...).

ANDEM/Service Médecine Libérale/Septembre 1996

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Depuis l'obligation en 2005 pour tout médecin français d'accomplir une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), se pose la question des outils pour la réaliser. Le dossier médical semble être un élément possible pour cette expertise, mais les informations qu'il contient sont-elles pertinentes et exploitables ? Nous avons réalisé un audit de pratique sur la tenue du dossier médical informatisé afin de répondre à cette question.

Notre audit a porté sur un cabinet de deux médecins généralistes français en zone urbaine. Afin d'effectuer un test concret de faisabilité de l'évaluation, nous avons pris l'exemple d'un problème majeur et fréquent à savoir la prise en charge des patients dépendant de l'alcool.

Nous nous sommes appuyés sur deux référentiels : un sur la tenue du dossier médical en médecine générale et un autre sur le sevrage ambulatoire des patients alcooliques. Le premier pour valider la bonne tenue des dossiers. Le second, comme test de faisabilité et parce que les médecins de ce cabinet avaient une expérience régulière dans la prise en charge des patients alcooliques. Ceci nous permettait d'expliquer plus directement les écarts de résultats par rapport aux scores attendus, par une déficience de la qualité des informations dans le dossier et non par une méconnaissance de « la bonne pratique ».

Nous avons fait une analyse descriptive rétrospective des dossiers des patients alcooliques entre le 01/01/2002 et le 31/12/2004. Puis nous avons comparé les résultats obtenus aux scores attendus.

Nous avons identifié les dossiers médicaux de 177 patients dépendants de l'alcool, dont 83 ont eu un sevrage ambulatoire. Pour la recommandation sur la tenue du dossier médical, les scores sont égaux ou supérieurs à ceux attendus pour 17 des 18 indicateurs. Les objectifs sont atteints pour le sevrage alcoolique pour 6 des 11 indicateurs.

Nos résultats sont conformes aux études retrouvées dans la littérature sur le dossier médical. Il n'existe pas de référence sur le sevrage ambulatoire en alcoologie, mais les conclusions d'études sur d'autres sujets médicaux (diabète...) sont voisines des notre. Pour les scores inférieurs à ceux attendus, en particulier pour le sevrage alcoolique, des explications objectives permettent le plus souvent de ne pas incriminer une mauvaise tenue du dossier médical. Il s'agit de pannes informatiques, de non respect de la recommandation... En revanche, l'analyse des informations du dossier médical, renseigne assez mal sur ce qui se passe en dehors du cabinet du médecin pour un problème de santé (avant, autre soignant...). Mais l'audit a été réalisé avant l'instauration officielle du médecin traitant.

Cet audit à de 177 dossiers médicaux ne concerne qu'un seul cabinet de deux médecins. Mais on peut conclure que le dossier médical peut être un excellent outil pour évaluer la pratique ceci à condition d'utiliser un dossier médical structuré et permettant un recueil des informations adapté à l'exercice quotidien du médecin.

Mots clés

Dossier médical informatisé,
évaluation,
audit,
alcoolisme,
sevrage ambulatoire.