

Amato Giani, Claudia Von Känel, Thomas Ringgenberg, Denis Huguenin, Jost Schönberger, Anne-Lise Jordi-Racine

Démarche qualité: l'élaboration de recommandations au sein d'un réseau de médecins

Illustration, par l'exemple de l'hypertension artérielle essentielle, de la méthode sous-tendant l'élaboration de recommandations médicales dans le cadre de la démarche qualité du réseau mednetbern

En vertu du contrat qui les lie au réseau mednetbern, les médecins doivent contribuer au maintien de certains critères de qualité. Cet effort comprend l'élaboration de recommandations et leur mise en œuvre en médecine de premier recours.

La hiérarchie de ces recommandations est verticale: l'échelon global (OMS) prime sur le continental (Europe), qui à son tour prime sur le national (Suisse). Les recommandations ne sont pas des directives. Elles ne doivent pas être appliquées dans tous les cas avec rigidité, mais servir de guide fondé que l'on adapte individuellement à chaque patient. Il faut mener des discussions avec des collègues et des leaders d'opinion actifs dans la pratique, sans ou-

blier les patients, pour être à même de transformer une foison de recommandations sur un sujet particulier en une ligne de conduite [1]. Les médicaments prescrits devraient de préférence figurer dans la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels [2]. Les particularités nationales et la disponibilité sur le marché suisse doivent évidemment être prises en compte.

Élaboration de recommandations – la procédure adoptée par mednetbern

Mednetbern a innové en construisant une passerelle entre deux domaines: d'une part celui de la réalité et de l'expérience vécue par un groupe de médecins de premier recours suisses, et d'autre part l'idéal des méthodes de gestion de l'hypertension artérielle

Guideline Essentielle Hypertonie



Diagnose nach ICD10	I-10: Essentielle (primäre) Hypertonie	
Definition erhöhter BD	≥140/90 mmHg/bei Selbstmessung 135/85 mmHg	
Schweregrade	1: 140 – 159 und/oder 90 – 99 • 2: 160 – 179 und/oder 100 – 109 • 3 ≥ 180 und/oder ≥ 110	
Blutdruckmessung	sitzend oder liegend – nach einigen Minuten Ruhe • beide Arme beim 1. Mal • richtige Manschettenbreite mindestens 2 Messungen bei je 2 verschiedenen Besuchen • bei Diskrepanzen zwischen Heim- und Praxismessungen/Grauzonenbereich: 24h BD Messung BD Selbstmessung mit Patientengerät prüfen	
Anamnese	<p>Familie: Hypertonie • zusätzliche Risikofaktoren für kardiovaskuläre Krankheiten (Diabetes, Dyslipidämie) • bereits manifeste Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Hirnschlag oder Herzinfarkt)</p> <p>Patient: Kardio- und cerebrovaskuläre Ereignisse • Gewichtsverlauf • Hinweise auf Schlafapnoe • Medikamentenanamnese: Anabolika, nicht-steroidale Entzündungshemmer, „Pille“, Kortikosteroide, Cyclosporin, Sympatikomimetika • zusätzliche Risikofaktoren für kardiovaskuläre Krankheiten (Rauchen, Alkohol, körperliche Inaktivität, Kokain)</p>	
Klinische Untersuchung	Umfassende internistische Untersuchung mit BMI/Bauchumfang • Fusspulse • Gefässauskultation (Karotis & Nierenarterie) • Option: Augenfundus	
Zusatzuntersuchungen	Blut	Kalium • Kreatinin • Glukose • Lipidstatus inkl. LDL-Bestimmung • Harnsäure • Hämatogramm • Option: Calcium
	Urin	Status, Option: Microalbuminurie
	EKG	
	Echo	Bei EKG Auffälligkeiten • Verdacht auf Endorganschäden (z.B. junge Patienten, schwere Hypertoniker)
	Karotisduplex, Thoraxröntgen	Nur Ausnahmefälle
Therapie	<p>Initial Lebensstiländerungen (BD < 180/110 mmHg): Nikotin: Rauchstopp • Alkohol: M: max. 2 – 3 dl Wein/Tag – F: max. 1 – 2 dl Wein/Tag • Senkung des Salzkonsums Bewegung: mind. 30 Min. Ausdauertraining / 2 x wöchentlich • Gewichtskontrolle</p> <p>Sofortige Pharmakotherapie: BD ≥ 180/110 mmHg</p>	
Pharmakotherapie-resistente Hypertonie	Ursachen	Massnahmen
	Compliance	nochmalige Aufklärung • BD-Selbstmessung mit Protokollierung • Dosette
	Nach 8 Wochen ungenügender Blutdrucksenkung	Kombinationstherapie
	Einnahme blutdrucksteigernder Substanzen	Aufklärung
	Seltene Ursachen/Verdacht auf sekundäre Hypertonie	Weitere Abklärungen (Crea-Clearance, Nierensono, 24h-Urin, TSH) • Ev. Überweisung
Patientenempfehlungen	Heimmessung mit Kontrollblatt zur Dokumentation	

Projektteam „Hypertonie“: Dres. med. Amato Giani, Thomas Ringgenberg, Denis Huguenin, Anne-Lise Jordi-Racine • Beratender Kardiologe: Dr. med. Jost Schönberger • Leitung und Ausführung: Claudia von Känel, medizinische Kommunikation (www.cvk.ch)

Stand März 2011

Figure 1

Recommandations sur l'hypertension essentielle élaborées par mednetbern (1^{ère} partie).

recommandées par un comité d'experts de renommée internationale. L'utilité pratique des recommandations de l'OMS/SH est restreinte en raison de leur trop grand volume. Seules les recommandations suisses permettent de garder la vue d'ensemble [3–5]. Les publications contenant les directives supranationales ne précisent pas quelles méthodes ont servi à leur réalisation. Les méthodes connues (Delphi, processus de groupe nominal) ne convenant pas à notre réseau, nous avons développé notre propre procédure de prise de décision par consensus pour élaborer des recommandations.

A l'exemple de l'élaboration des recommandations sur l'hypertension artérielle essentielle, nous allons montrer les différentes étapes menant à la prise de décision:

1. Tout d'abord, le sujet d'étude est mis en consultation. La direction du réseau informe les modérateurs de nos quatorze cercles de qualité (CQ).
2. Chacun de ces modérateurs réunit son CQ pour débattre du sujet accepté, soit en l'occurrence l'hypertension artérielle. On procède alors à un inventaire des expériences accumulées par les membres: il s'agit d'énumérer les examens et les traitements les plus couramment pratiqués, de discuter de certaines parti-

cularités, de faire part de souhaits éventuels, et d'effectuer un état des lieux des préférences en matière d'examen médicaux, de traitements et de médicaments. Chaque CQ nomme un délégué chargé de le représenter.

3. Dans une deuxième étape, tous les délégués se réunissent pour une session animée par une modératrice externe connaissant la matière. Au préalable, chaque délégué s'est mis au courant du contenu des recommandations de l'OMS, de la Société européenne de cardiologie ESC et de la Société Suisse d'Hypertension SSH. La modératrice passe en revue successivement tous les chapitres de ces recommandations et rédige un protocole des constats et des remarques formulés par les délégués des CQ.
4. La modératrice soumet ce protocole à un expert accrédité par le réseau (dans l'exemple en question, il s'agit d'un cardiologue installé). Il en examine le contenu et le complète par ses propres remarques et suggestions.
5. Ainsi complété, le protocole de la première session est transmis aux délégués pour information et contrôle.
6. Lors d'une deuxième session, les délégués traversent l'un après l'autre les chapitres des recommandations de l'OMS, de l'ESC et de la SSH en examinant une fois de plus leur compatibilité

Guideline Essentielle Hypertonie

Wahl von Antihypertensiva

Antihypertensiva	TH-D	ACEI	AT-II	BB	CA-A
Empfehlenswert bei folgenden Zuständen					
Metabolisches Syndrom		x	x		x
Diabetes Mellitus		x	x		
Nierenerkrankungen		x	x		
Nach Schlaganfall	x	x	x	x	x
Nach Herzinfarkt		x	x	x	
Angina Pectoris		(x)	(x)	x	x
Vorhofflimmern		x	x	x	
Herzinsuffizienz	x	x	x	x	
Linksventrikuläre Hypertrophie (LVH)		x	x		x
Tachykardie / Migräne / Tremor				x	
Ältere Patienten (> 80J.) mit isolierter systolischer Hypertonie	x				x
Schwangerschaft				x	
Schwarze Hautfarbe	x				x



Medikamente

Medikamenten-Gruppen	1. Wahl Wirkstoff	2. Wahl Wirkstoff	3. Wahl Wirkstoff	Empfehlenswert bei folgenden Zuständen	Kontraindikationen
Thiazid-Diuretika Dosierung Tagestherapie ca. Fr.	Chlortalidon 25 mg morgens mit Frühstück 0.30	Hydrochlorothiazid (WHO) 25 mg morgens (in Kombi: 12.5 mg) 0.30	Indapamid 2.5 mg morgens 0.50	Nach Schlaganfall • Herzinsuffizienz Ältere Patienten mit isolierter systolischer Hypertonie Schwarze Hautfarbe	Schwere Leber- und Niereninsuffizienz • Hypokaliämie Hyponatriämie • Hyperkalzämie Symptomatische Hyperurikämie
ACEI Dosierung Tagestherapie ca. Fr.	Ramipril 5 – 10 mg 1 x tgl. 0.20 – 0.40	Lisinopril 20 mg 1 x tgl. 0.60	Enalapril (WHO) 2.5 mg 1 x tgl. (?) 0.50	Metabolisches Syndrom • Diabetes Mellitus • Nierenerkrankungen • Nach Schlaganfall • Nach Herzinfarkt Vorhofflimmern • Herzinsuffizienz • Linksventrikuläre Hypertrophie (LVH) • Angina Pectoris	Schwangerschaft • Hyperkaliämie Angioödem
AT-II (bei ACEI-Unverträglichkeit) Dosierung Tagestherapie ca. Fr.	Losartan 50 – 100 mg 1 x tgl. 0.25 (100 mg 0.40)			Metabolisches Syndrom • Diabetes Mellitus • Nierenerkrankungen • Nach Schlaganfall • Nach Herzinfarkt Vorhofflimmern • Herzinsuffizienz • Linksventrikuläre Hypertrophie (LVH) • Angina Pectoris	Schwangerschaft • Hyperkaliämie
Betablocker (BB) Dosierung Tagestherapie ca. Fr.	Nebivolol 5 mg 1 x tgl. 0.45	Carvedilol 25 mg 1 x tgl. 0.60 (0.50)	Atenolol (WHO) 50 – 100 mg 1 x tgl. 0.20 – 0.40	Nach Schlaganfall • Nach Herzinfarkt • Angina Pectoris Vorhofflimmern • Herzinsuffizienz • Tachykardie • Migräne Tremor • Schwangerschaft	Asthma • A-V Block Grad 2 oder 3 Glukose-Intoleranz • schwere COPD Puls < 50/min • Raynaud's
Ca-Anatagonisten Dosierung Tagestherapie ca. Fr.	Amlodipin (WHO) 5 – 10 mg 1 x tgl. 0.35 – 0.70	Lercanidipin* (*bei Ödemen unter Amlodipin) 10 – 20 mg tgl. 0.75 – 1.50		Metabolisches Syndrom • Nach Schlaganfall Angina Pectoris • Linksventrikuläre Hypertrophie (LVH) Ältere Patienten mit isolierter systolischer Hypertonie Schwarze Hautfarbe	Herzinsuffizienz

Basisliteratur:

WHO/ISH: 2003 Guidelines; Journal of Hypertension 2003, 21: 1983 – 1992 – statement on hypertension // the essential medicines list • ESC / ESH: 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: Journal of Hypertension 2007, 25: 1105 – 1187 // European Heart Journal (2007) 28, 1462 – 1536 • SHG (SSI/SSH) 2009 Arterielle Hypertonie: Empfehlung für Ärzte

Stand März 2011

Figure 2

Recommandations sur l'hypertension essentielle élaborées par mednetbern (2^e partie).

avec l'apport du réseau. Les suggestions de l'expert sont commentées. On dresse la liste des médicaments, en tenant compte des conditions actuelles et locales. Elle comprend, pour chaque classe de substance, le médicament essentiel recommandé par l'OMS et deux médicaments alternatifs. Y figurent également la posologie et le coût quotidien du traitement pour chaque médicament.

7. Le protocole de la deuxième session est soumis aux délégués et à l'expert.
8. Au cours d'une conférence de consensus, les délégués et l'expert discutent en commun du résultat et règlent les derniers désaccords.

Les recommandations de mednetbern sur l'hypertension artérielle essentielle sont ainsi établies. Elles sont présentées aux membres et publiées (en allemand) sur le site du réseau (<http://www.mednetbern.ch/aerzte/guidelines.html>).

Est-il bien nécessaire qu'une société médicale crée encore ses propres recommandations?

Rien d'autre qu'une directive de plus? Si un réseau de médecins de premier recours se lance dans l'élaboration de recommandations médicales dans un domaine précis où il en existe déjà, à quoi peut bien servir ce travail? En réalité il est très profitable: en regardant de plus près les recommandations usuelles sur l'hypertension artérielle, il s'avère qu'elles revêtent un caractère trop théorique qui ne tient pas compte de leur application au quotidien (OMS 11 pages, ESH/ESC 74 pages). Pour nous, il s'agit de fournir aux médecins de premier recours un instrument aisé à manier permettant de réaliser d'excellents résultats de traitement si les recommandations sont appliquées avec précision. Tout d'abord tous les membres sont tenus à participer à un CQ pour approfondir ensemble un thème majeur, dont la maîtrise contribue fortement au bien-être de la population sur le plan des soins médicaux. La mise en pratique rigoureuse des connaissances accumulées garantit à notre patientèle un traitement médical scientifiquement reconnu, applicable en cabinet libéral et de bonne qualité; elle fournit une protection au médecin traitant en cas de plaintes en responsabilité civile ou d'une procédure EAE. Les ressources, limitées au sein du système de soins, sont allouées judicieusement.

Conclusions pratiques à partir de ces recommandations

- La division de la sévérité de l'hypertension en six degrés, soit: optimale, normale, normale haute, hypertension légère de degré 1, hypertension légère de degré 2, hypertension légère de degré 3 est à peu d'exceptions près inutile en pratique et elle ne figure d'ailleurs pas dans la CIM-10. C'est pourquoi nous nous limitons aux hypertensions de degré 1 à 3.
- L'examen du fond de l'œil n'est pratiqué que rarement et il n'est plus imposé.
- Dans nos recommandations, nous conseillons aux patients de mesurer eux-mêmes leur tension artérielle afin de les responsabiliser, contrairement aux recommandations développées par la SSH. L'enregistrement ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures n'est recommandé qu'en cas de divergence ou lorsqu'on se situe dans la zone grise.
- Il n'est pas obligatoire d'effectuer les examens de calcium et de microalbuminurie au laboratoire. Toutefois nous recommandons d'effectuer un hémogramme.

- Jusqu'à présent aucun membre de notre réseau n'a observé que la réglisse exerçait un effet déclencheur de l'hypertension et nous avons supprimé ce poste de nos recommandations. Nous abandonnons également l'obligation de questionner les patients sur leurs habitudes alimentaires, la consommation de sel et l'érythropoïétine.
- Les inhibiteurs de la rénine figurant dans les recommandations de la SSH sont particulières à la Suisse et ne nous semblent pas suffisamment étayées scientifiquement. Ni l'OMS ni l'ESH/ESC ne les mentionnent.

De nombreux membres du réseau ont su apprécier les qualités du tableau proposé: clarté du classement des différents états pathologiques et des classes de substances médicamenteuses, choix de trois médicaments pour chaque classe de substances, proposition de produits pour lesquels il existe des génériques. Ces derniers sont fréquemment utilisés au sein du réseau. Pour chaque médicament figurent les dosages recommandés, le coût par jour du traitement, ainsi que la liste des contre-indications et les status du patient pour lesquels ces médicaments sont recommandés.

Les recommandations pour les médecins de la Swiss Society of Hypertension resteront le standard suisse pour la gestion de l'hypertension. Les efforts conjugués de médecins en réseau, la mise en commun de leur savoir et le recours à une méthode appropriée permettent cependant d'effectuer des adaptations intéressantes aux besoins du cabinet médical et les recommandations élaborées par mednetbern en sont une excellente illustration. Et ce sont les patients qui en bénéficieront.

Références

- 1 Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 329:1013. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1013 (Published 28 October 2004).
- 2 WHO Model List of Essential Medicines, 17th List, March 2011.
- 3 WorldHealth Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*. 2003;21:1983-92.
- 4 2007 Guidelines for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2007;28:1462-536.
- 5 Arterielle Hypertonie. Empfehlungen für Ärzte. Expertenmeinung ohne Haftung. 2009. www.swisshypertension.ch.
- 6 Erne P, Allemann Y. On behalf of the Swiss Society of Hypertension. Comments to the 2007 recommendations for the treatment of essential hypertension by the Swiss Society of Hypertension. *Kardiovaskuläre Medizin*. 2008;11:26-8.

Correspondance:
Dr Amato Gianì
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
Gesellschaftsstrasse 30
3012 Bern
amato.giani@hin.ch