

PROJET DE RÉFORME STRUCTURELLE ET ORGANIQUE DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SUR LES CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Olfa SAIDI, Said HAJEM***

** : Ingénieur en Statistiques, Institut National de Santé Publique*

*** : Coordinateur de l'Unité de Recherche sur le Vieillessement et les Causes de Décès, Institut National de Santé Publique*

I- INTRODUCTION

Il importe de rappeler, d'emblée, que le système tunisien d'information sur les causes médicales de décès a vu le jour à la toute fin des années 90 du siècle dernier. Ce système a été entièrement et exclusivement développé au sein de l'Institut National de Santé Publique. Il repose sur l'usage d'un modèle standard de certificat de décès, inspiré du modèle international recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce modèle a été, en effet, introduit en 1999 en vertu d'un décret présidentiel (Décret n°99 – 1043 du 17 mai 1999, JORT n°43 du 28 mai 1999).

Le recueil systématique des causes médicales de décès n'a, cependant, pu démarrer qu'à partir du mois de janvier 2001. Depuis cette date, notre pays dispose d'une statistique nationale des causes de décès qui est établie à partir des informations figurant sur les volets médical et administratif des certificats de décès.

Au total, cinq statistiques nationales des causes de décès ont été élaborées. Elles correspondent aux années 2001, 2003, 2006, 2009 et 2013 (cf. tableaux ci-après). Ces statistiques sont accessibles en ligne sur le site de l'Institut National de Santé Publique (www.insp.rns.tn). Le choix de cette périodicité a été dicté par la faible fluctuation, d'une année à l'autre, de la mortalité proportionnelle due aux différentes causes (ou groupes de causes) ainsi que par l'absence d'un personnel

stable spécifiquement affecté à la saisie des données figurant sur les deux volets des certificats de décès.

La création de ce système a été motivée par l'importance considérable des indicateurs de mortalité par cause dont l'utilité est aujourd'hui prouvée et universellement reconnue. Une telle création s'inscrit dans le cadre des stratégies nationales visant à renforcer et à promouvoir la qualité et la validité des informations sanitaires qui occupent une place de choix dans le processus d'élaboration, d'implantation et d'évaluation des politiques de santé.

En introduisant l'usage du modèle international du certificat médical précisant la cause de décès, notre pays fait désormais partie du cercle restreint de pays où les informations sur les causes médicales de décès constituent une des bases fondamentales et incontournables de la recherche médicale, de la surveillance épidémiologique et de la rationalisation de la gestion des services sanitaires.

Les indicateurs de mortalité par cause sont conçus en vue d'aider à identifier les besoins prioritaires en matière de santé ainsi qu'à planifier et évaluer les interventions de santé publique destinées à répondre à ces besoins. Ces informations sont aussi l'indicateur le plus fréquemment utilisé dans les études visant à comparer l'état de santé des populations de différents pays.

En Tunisie et en dépit d'un taux de couverture moyen, ce système d'information fut une réussite, et ce, malgré l'absence quasi-totale de ressources humaines et financières. Cela dit, il convient cependant de souligner qu'il est désormais indispensable d'œuvrer à lui donner un second souffle afin qu'il puisse jouer pleinement son rôle en tant que système d'information dédié à la surveillance de l'état de santé de la population tunisienne. Le projet développé ici s'inscrit parfaitement dans ce processus de démarche qualité visant à garantir à ce dispositif d'information la pérennité et la poursuite de sa mission.

Ceci étant, il faudrait tout de même relativiser les choses et admettre que les problèmes inhérents aux taux de couverture ne sont pas une spécificité exclusive de notre système. Il convient, en effet, de signaler que tous les systèmes d'information opérationnels dans notre pays (maladies à déclaration obligatoire...) souffrent également des mêmes défaillances, alors même que la plupart d'entre eux bénéficient de ressources financières plus conséquentes et affichent un recul trois ou quatre fois supérieur à celui de notre système.

II- MISE AU POINT PREALABLE SUR LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE

Il convient de rappeler que le système tunisien d'information sur les causes médicales de décès est régi par des dispositions réglementaires qu'il faudra impérativement prendre en considération dans tout projet visant à modifier sa nature et son mode de fonctionnement. Ces dispositions s'articulent autour de deux sources de réglementation :

-Le décret présidentiel n°99 – 1043 du 17 mai 1999 qui a été publié au Journal Officiel de la République Tunisienne (JORT) n°43 du 28 mai 1999.

-La circulaire d'application n°4 du 19 janvier 2000 : Circulaire conjointe des Ministères de l'Intérieur et de la Santé Publique.

Cette spécificité se traduit dans les faits par la nécessité de scinder la stratégie de développement du système en deux volets complémentaires :

-Un premier volet qui consiste à renforcer le système en le dotant de moyens humains, financiers et logistiques stables et suffisants, et ce, en stricte conformité avec le cadre réglementaire identifié ci-dessus. Ce volet ne peut être qu'interne à l'administration tunisienne qui doit allouer les ressources nécessaires au fonctionnement et au bon déroulement du système. Les composantes de ce volet sont décrites et chiffrées dans le document intitulé « Aperçu sur le système tunisien d'information sur les causes médicales de décès ».

-Un second volet qui s'inscrit dans le long terme et qui consiste quant à lui à préparer le terrain à l'introduction d'une réforme radicale de la structure et du fonctionnement du système. Comme on peut en douter, ce second volet nécessite la mobilisation de gros moyens pour assurer la formation des personnels et la sensibilisation des différents partenaires impliqués dans le système ainsi que pour couvrir les frais d'acquisition et d'installation des équipements techniques, notamment de matériel informatique, nécessaires à la mise en application de ladite réforme qui sera dévoilée un peu plus loin.

III- OPERATIONS PREALABLES A LA MISE EN PLACE DE LA REFORME STRUCTURELLE DU SYSTEME

Il est intuitivement évident que la mise en place de la réforme structurelle du système doit être précédée d'une négociation interprofessionnelle et intersectorielle impliquant tous les acteurs intervenant dans le système (représentations syndicales et ordinales des médecins, municipalités, structures sanitaires publiques et privées...).

Ce partenariat élargi constitue aussi et en priorité un préalable incontournable pour la révision des textes réglementaires régissant le système. En effet, la réforme ne peut réussir sur du long terme que si elle est adossée à des textes réglementaires spécifiques et adaptés.

IV- JUSTIFICATION ET DESCRIPTION DU PROJET DE REFORME STRUCTURELLE DU SYSTEME D'INFORMATION SUR LES CAUSES MEDICALES DE DECES

A- JUSTIFICATION DE LA REFORME

La réforme de la structure et du fonctionnement de notre système d'information sur les causes de décès répond à une impérieuse nécessité de fournir des données plus représentatives et plus pertinentes. Il existe, en effet, un besoin encore plus grand d'indicateurs performants comme les taux de mortalité par cause ou par groupes de causes. Ces derniers ne peuvent malheureusement pas être calculés à l'état actuel des choses à cause de l'absence d'exhaustivité du recueil des données. Ce dernier est, en outre, entaché d'un grand nombre d'insuffisances inhérentes à la qualité de la certification des causes.

Cela sous-entend que la réforme attendue du système a pour objectif primordial de promouvoir la qualité du recueil de l'information sur le plan tant qualitatif que quantitatif. En effet, il est évident que dans sa configuration actuelle, le système peine à améliorer son taux de couverture qui ne dépasse guère les 50%. Même si cela représente tout de même un gain non négligeable compte tenu de l'insuffisance criarde de moyens, il n'en demeure pas moins essentiel de tout mettre en œuvre afin d'améliorer ce taux dans le but de promouvoir l'exactitude et la fiabilité des estimations fournies par le système.

B- DESCRIPTION DU PROJET DE REFORME

1. Préambule

L'on peut remarquer d'emblée que la centralisation de la collecte des certificats de décès a montré ses limites à cause notamment de la multiplication et de l'éparpillement des services d'état civil qui nous transmettent par voie postale lesdits certificats.

Le même constat peut être fait pour les médecins certificateurs toutes catégories, lieux et modes d'exercice confondus.

Dans un contexte marqué par la rareté, voire l'absence totale, de moyens, il nous a été impossible, à l'échelle de l'unité centrale, de prendre régulièrement contact avec nos multiples partenaires pour les sensibiliser à la nécessité de respecter l'esprit des textes réglementaires et pour les inciter à une meilleure implication dans le système.

2. Composantes de la réforme structurelle

Il ressort de ce qui a été dit ci-dessus que la principale nouveauté de la réforme est donc bien la décentralisation de la collecte des certificats de décès. L'exploitation des données de mortalité et l'élaboration de la statistique nationale des causes de décès demeurent, en revanche, du ressort exclusif de l'unité centrale relevant de l'Institut National de Santé Publique.

2.1. Décentralisation de la collecte des certificats de décès

Il convient de rappeler que la décentralisation de la collecte des certificats de décès figurait déjà parmi les scénarios évoqués au moment de la genèse du système. Un tel scénario a été finalement rejeté à cause du fait que les régions n'étaient pas, à l'époque, tout à fait prêtes à assumer un tel rôle.

Sur le plan pratique, la décentralisation signifie l'implication des Directions régionales de Santé publique dans la collecte des certificats de décès. Au-delà de la diversité des formes possibles d'implication, l'objectif de cette démarche est de procéder à un recueil exhaustif des certificats de constat des décès survenus dans chaque gouvernorat.

La fixation des modalités de collecte des certificats devra se faire dans le cadre d'un partenariat élargi impliquant tous les acteurs intervenant dans le système (Ministère de la Santé, Direction générale des Collectivités locales relevant du Ministère de l'Intérieur, Institut National de la Statistique, représentations ordinaires et syndicales des médecins, structures sanitaires relevant du secteur privé...).

2.2. Acquisition de matériels et accessoires informatiques au profit des Directions régionales de Santé publique

Les Directions régionales de Santé Publique se chargeront de la transmission des certificats des décès ainsi collectés à l'Unité centrale chargée de leur exploitation. Cette transmission se fera par voie électronique sous la forme d'un fichier numérique (document scanné).

Cette procédure d'envoi des documents relatifs aux décès survenus dans les régions, suppose l'acquisition du matériel informatique et de bureautique suivant :

- Ordinateurs de bureau, performants en termes de capacité de stockage ;

- Scanners de documents, performants en termes de résolution.

3. Installation d'une plate-forme informatique au niveau de l'Unité centrale

Pour qu'elle puisse jouer pleinement son rôle fédérateur, l'Unité centrale devra être dotée d'une véritable plate-forme informatique hautement performante lui permettant de stocker, gérer et exploiter les certificats électroniques de décès. Cette plate-forme sera composée de matériel informatique, de systèmes d'exploitation et de logiciels de traitement de documents électroniques (scannés).

V- QUID DE LA CONTRIBUTION DE L'OMS ?

A la lecture du paragraphe précédent, il apparaît clairement que la mise en place de la réforme structurelle de notre système d'information sur les causes de décès, nécessite la mobilisation de gros moyens financiers. C'est dans cette perspective que l'apport de l'OMS peut être considéré comme déterminant. En effet, cette organisation peut avoir une contribution bénéfique dans les domaines suivants :

- L'acquisition de matériel et d'accessoires informatiques au profit de l'Unité centrale et des Directions régionales de Santé Publique ;

- La formation des personnels chargés de la collecte des certificats de décès dans les régions ;

- L'attribution d'une bourse de stage au sein du CépiDc-Inserm (organisme français chargé de l'exploitation des causes de décès) ; cet organisme a, en effet, développé des techniques destinées à l'exploitation des certificats numériques ;

- L'organisation de séminaires et de réunions de sensibilisation et d'information au profit des différents partenaires impliqués dans le projet de réforme du système.

TABLEAU N°1
EVOLUTION DE LA MORTALITE PROPORTIONNELLE DUE AUX PRINCIPAUX GROUPES
DE PATHOLOGIES (OU CAUSES EXTERIEURES) EN TUNISIE AU COURS DE LA DERNIERE DECENNIE

PRINCIPAUX GROUPES DE MALADIES OU CAUSES EXTERIEURES	2001		2003		2006		2009		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MALADIES DU SYSTEME CIRCULATOIRE	3785	28.2	5219	28.2	5815	28.9	6461	28.9	6237	29.1
TUMEURS MALIGNES	2062	15.4	2790	15.1	3314	16.5	3599	16.1	3595	16.8
MALADIES ENDOCRINIENNES, NUTRITIONNELLES ET METABOLIQUES	1142	8.6	1800	9.7	1990	9.9	2289	10.2	2119	9.9
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	1218	9.1	2104	11.4	1913	9.5	2502	11.2	2087	9.7
AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE	1253	9.4	1489	8.0	1362	6.8	1480	6.6	1060	4.9
CAUSES EXTERIEURES DE MORTALITE (ACCIDENTS, CHUTES,...)	679	5.1	708	3.8	771	3.8	648	2.9	515	2.4
MALADIES DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE	354	2.7	580	3.1	678	3.4	674	3.0	489	2.3
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	632	4.7	601	3.3	673	3.3	683	3.1	740	3.4
LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS	451	3.4	580	3.1	630	3.1	795	3.6	844	3.9
MALADIES DU SYSTEME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS	274	2.1	526	2.9	582	2.9	623	2.8	553	2.6
MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	468	3.5	534	2.9	560	2.8	674	3.0	736	3.4
MALFORMATIONS CONGENITALES ET ANOMALIES CHROMOSOMIQUES	386	2.9	368	2.0	415	2.1	424	1.9	553	2.6
MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES	89	0.7	111	0.6	156	0.8	151	0.7	110	0.5
AUTRES CAUSES	558	4.2	1095	5.9	1283	6.4	1355	6.0	1818	8.5
TOTAL	13351	100.0	18505	100.0	20142	100.0	22358	100.0	21456	100.0

TABLEAU N°2
MORTALITE PROPORTIONNELLE DUE AUX DIX PRINCIPALES CAUSES DE DECES (TUNISIE, 2013)
10 CAUSES RESPONSABLES DE PRES DE 50% DES DECES

PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE	N	%
HYPERTENSION ARTERIELLE	2619	12.2
DIABETE	1820	8.5
ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX ET CARDIAQUES IMPUTABLES A DES FACTEURS DE RISQUE AUTRES QUE L'HYPERTENSION ARTERIELLE	1607	7.5
CANCERS BRONCHOPULMONAIRES	865	4.0
INSUFFISANCE CARDIAQUE	859	4.0
BRONCHOPNEUMOPATHIES	764	3.6
CHOC SEPTIQUE (SEPTICEMIE, GERME NON SPECIFIE ; CIM10 : A41.9)	447	2.1
PREMATURITE	434	2.0
INSUFFISANCE RENALE	413	1.9
ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE	357	1.7
AUTRES CAUSES	11271	52.5
TOTAL	21456	100.0

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE DOMAINE MÉDICAL

*Afef Skhiri, Olfa Saidi, Nadia Ben Mansour,
Mohamed Hsairi*

Institut National de santé Publique

I- DÉFINITION DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle médicale en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Elle a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention, dans le respect des règles déontologiques. 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.

II- POURQUOI FAUT IL DÉVELOPPER L'EPP

La nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) correspond à un mouvement profond dans toutes les sociétés et dans tous les secteurs. Elle résulte de l'évolution rapide des données scientifiques à intégrer dans l'exercice médical toujours plus complexe et de l'interdépendance des acteurs toujours plus spécialisés. L'enjeu est l'amélioration de la qualité des soins qui doit apporter une réponse aux exigences légitimes des usagers du système de santé qui vont croissant en termes de sécurité, de qualité et d'efficience. Le recours aux conférences de consensus est un moyen pour tenter de réduire l'incertitude médicale. Si leur but est d'informer les médecins praticiens sur l'état des connaissances scientifiques et sur les règles de bonne pratique qui en découlent afin qu'ils s'y conforment, l'étude de leur impact sur les pratiques médicales montre qu'il reste modeste ; les recommandations semblent en revanche recueillir un vif intérêt auprès des décideurs.

III- QUI EST CONCERNÉ PAR L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?

L'EPP s'applique actuellement à tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice, libéraux, hospitaliers, salariés non hospitaliers. L'EPP doit être intégrée à l'exercice médical et incluse dans une démarche organisée d'amélioration des pratiques. L'EPP est devenue une exigence importante pour tout médecin. Elle permet de mieux rendre compte de la qualité des soins servis aux patients et de mieux impliquer les médecins dans la dynamique d'amélioration de la qualité.

Comment les pratiques médicales seront-elles évaluées ?

Le principe de l'évaluation des pratiques repose sur la comparaison à un référentiel. La qualité des données scientifiques utilisées dans les programmes d'EPP est

essentielle. Ils sont élaborés selon une procédure validée par la HAS (1) par des experts appartenant à la SFTS.

EPP et formation continue

L'évaluation des pratiques (EPP) et la formation médicale continue (FMC) ont toutes deux une même finalité d'amélioration de la qualité des soins et du service rendu au patient. Pour atteindre cette même finalité, EPP et FMC empruntent des voies complémentaires :

La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ». La formation continue permet d'acquérir et de maintenir des connaissances et compétences tandis que l'EPP permet de s'assurer que ces connaissances sont traduites dans la pratique. Dans ce contexte, la formation-action au sein du service est probablement le mode d'organisation à privilégier.

IV- MÉTHODES DE L'EPP

Il existe quatre approches d'évaluation des EPP :

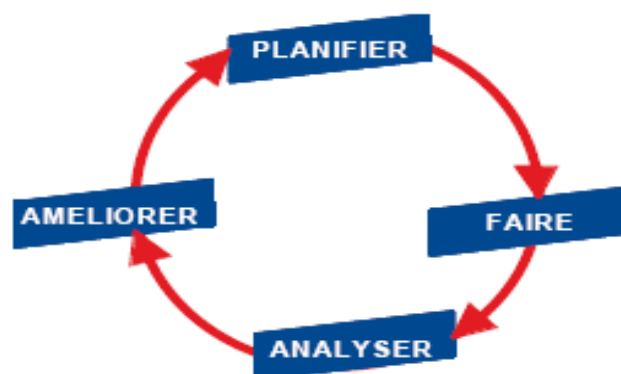
- l'approche par comparaison
- l'approche par processus
- l'approche par problème
- l'approche par indicateurs

1. L'approche par comparaison

Il s'agit de comparer la situation à évaluer par rapport à un référentiel. L'Audit clinique constitue l'exemple type de cette approche.

1.1. L'audit clinique (AC) est une méthode d'évaluation des pratiques par comparaison à des références admises. Sa principale caractéristique est de mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue (généralement exprimée dans les recommandations professionnelles).

Le référentiel doit être finalisé à partir de données récentes, validées et tenir compte de la réglementation. Il réunit l'ensemble des critères d'évaluation. **L'AUDIT CLINIQUE** s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING dans les années 60.



Ce modèle, souvent appelé roue de DEMING ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais Plan, Do, Check and Act, d'où le modèle PDCA).

- **Planifier (ou Programmer)** : c'est l'étape de **définition** de la démarche d'évaluation traduite dans le référentiel, puis **d'identification** des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes ;
- **Faire** : c'est l'étape de la **mesure** de la pratique au regard du référentiel (au cours de laquelle les données sont recueillies) ;
- **Analyser** : c'est l'étape de comparaison entre la pratique constatée et la pratique attendue. L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des **points forts** et l'analyse **des écarts** par rapport au référentiel
- **Améliorer** : c'est l'étape **essentielle**, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à **réduire les écarts** observés à l'étape précédente.

Les critères d'évaluation sélectionnés s'appuient sur des recommandations majeures ou sur un fort consensus professionnel : ils représentent un **potentiel d'amélioration des pratiques** cliniques et organisationnelles et ils sont orientés sur la sécurité du patient.

Le choix de la pathologie ou du problème de santé s'appuie sur les critères suivants :

- Fréquence
- Dysfonctionnement
- Impact potentiel en terme de santé publique
- Amélioration possible
- Faisabilité du projet
- Pathologie transversale ou mono disciplinaire

1.2. Evaluation de la pertinence

Cette méthode est basée sur l'évaluation de l'adéquation des soins au besoin des patients. Elle peut porter sur les indications, l'initiation ou la poursuite des soins. Comme domaine d'application préférentiel : la pertinence des admissions, des journées d'hospitalisation etc.

Elle a pour objectifs :

- de s'interroger sur la réflexion bénéfiques / risques ou la pertinence économique d'un acte prescrit, d'une pratique, d'un soin d'une prescription médicamenteuse, Rx, laboratoire – d'une hospitalisation (orientation ou maintien),
- d'évaluer la pertinence de l'acte ou de l'intervention, en se basant sur des grilles critérisées et sur l'avis du médecin
- d'évaluer la justification de l'acte ou de l'intervention : l'intervention pourrait éventuellement se justifier si par exemple on décide de prolonger l'hospitalisation d'un patient dans un CHU, en l'absence de structure de moyen séjour.

Sur plan méthodologique, il faut procéder de la façon suivante :

- Elaboration d'une arborescence de décision, avec à chaque orientation possible définition de critères de pertinence puis de justifications
- Choix des critères : choix d'une grille (spécifique, référentiel validé ou référentiel interne)
- Etape de mesure : recueil des données
- Analyse des résultats
- Plan d'amélioration et de suivi

2. Approche par processus

Il s'agit d'optimiser ou améliorer une prise en charge et maîtriser les risques. Le chemin clinique (CC) est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Le CC, appelé clinical pathway ou critical pathway ou integrated care pathway, dans les pays anglosaxons décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques. Le CC peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux. Le CC se traduit au minimum comme une **liste des actes à réaliser** ou comme un **document** à intégrer au dossier du patient en ayant même pour objectif de remplacer certains éléments du dossier.

Dans ce cas, il se présente sous forme d'un dossier papier ou informatisé. Ce dossier est documenté au fur et à mesure de la prise en charge de chaque patient. Tous les actes contribuant à la prise en charge étant préalablement définis, il s'agit en général d'une "check list" ou d'une planification horaire à proposer. Chaque acte doit être signé par la personne qui l'a réalisé, permettant ainsi d'assurer la traçabilité.

Un CC est élaboré pour des pathologies fréquemment prises en charge dans l'établissement ou en pratique ambulatoire et permettant une prise en charge homogène. On choisira préférentiellement une pathologie pour laquelle des variabilités de prise en charge sont importantes et des recommandations professionnelles accessibles

3. Approche par problèmes

Elle est plus adaptée à un groupe de professionnels au sein d'un secteur d'activité, par exemple un service clinique : analyse de la mortalité évitable, analyse de la survenue des infections nosocomiales, analyse de la survenue d'infections des plaies opératoires.

La revue de morbi-mortalité (RMM) est un moment d'analyse collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un événement imprévu et indésirable ayant entraîné des complications, voire le décès du patient. La revue de morbi-mortalité consiste à examiner et étudier ces événements afin d'en comprendre le mécanisme et d'en identifier les facteurs favorisants, sans rechercher à culpabiliser un individu ou une équipe. L'objectif est de mettre en place des actions correctrices préventives au niveau des protocoles, de la formation, de l'organisation, etc. C'est une méthode de gestion des risques. Les RMM sont considérées comme une excellente méthode d'amélioration continue de la qualité permettant de faire valider la pratique de l'EPP.

4. Approche Par Indicateurs

Cette approche permet de surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat, à titre d'exemple le tableau de bord des infections nosocomiales. Elle a pour objectifs d'identifier des points de défaillance, et/ou suivre des actions d'amélioration programmées

Types d'indicateurs

On distingue des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats. Il existe deux types d'indicateurs de processus.

* Les premiers mesurent le taux de conformité à un standard (exemple : prescription d'un anti-agrégant plaquettaire après un infarctus du myocarde). Ils s'appuient sur des recommandations qui définissent une pratique idéale.

* Les seconds mesurent les niveaux de recours à certaines procédures (exemple : taux de césariennes chez les primipares).

Les recommandations qui sous-tendent de tels indicateurs font état d'un recours trop fréquent ou trop rare à la procédure en question (sous ou surconsommation), et fixent un niveau de consommation optimal.

Les indicateurs de résultat évaluent l'impact des soins sur la santé des patients, ce qui les rend très attractifs dans une démarche de qualité. Cependant, le résultat d'u processus de soins dépend non seulement des procédures appliquées, mais également de l'état de santé préalable du patient (âge, comorbidités), de son observance.

La tendance actuelle est de considérer que les deux types d'indicateurs sont nécessaires; les indicateurs de bonnes pratiques sont des indicateurs de processus. Un indicateur de résultat leur est associé dans la plupart des situations cliniques.

Exemple d'indicateurs (source compaqh) (1) :

Ex : Infarctus aigu du myocarde :

5 Indicateurs, 60 dossiers :

- Indicateur 1 : Nb de patients sous aspirine à la sortie / Nb d'IAM
- ⁽¹⁾ Indicateur 2 : Nb de patients sous BB à la sortie + patients CI BB / Nb d'IAM
- Indicateur 3 : Nb patients sensibilisés aux RHD / Nb d'IAM
- Indicateur 4 : Nb dossiers avec conseil arrêt tabac / Nb IAM fumeur
- Indicateur 5 : Nb de prescription bilan lipidique / Nb IAM

V- COMMENT METTRE EN OEUVRE UNE DÉMARCHE D'EPP ?

On peut identifier deux approches différentes qui peuvent se compléter.

1. Intégrer l'évaluation dans la pratique quotidienne : agir en temps réel

L'application quotidienne des protocoles de prise en charge, quelle que soit leur forme est l'approche à privilégier. Les organisations qui permettent aux professionnels d'ajuster les prises en charge des patients en discutant des difficultés rencontrées participent d'une démarche d'évaluation (Staffs organisés, réunions de service, revues de dossiers, transmissions ciblées...).

Ecrire le résultat d'une action, c'est entrer dans la logique de l'évaluation des pratiques. Au cours d'une transmission, les événements indésirables peuvent être identifiés et tracés afin de mettre en place une démarche de prévention et de gestion des risques. On peut également s'assurer que les soins et les actes nécessaires ont été dispensés, que les résultats des examens demandés ont été pris en compte et que les choix du patient ont été respectés.

2. Analyser une prise en charge a posteriori pour l'améliorer

Plusieurs professions et professionnels interviennent au cours d'une prise en charge. Il est parfois utile de s'assurer que les intervenants se coordonnent afin d'ajuster au mieux les prises en charge par exemple leur durée.

Dans ce cas, il convient de :

- identifier une prise en charge que les professionnels souhaitent améliorer,
- choisir la méthode la plus adaptée eu égard à l'objectif d'amélioration poursuivi,
- analyser la pratique réelle en regard des références professionnelles en équipe pluriprofessionnelle,

¹⁾ COMPAQH : *Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière* – INSERM HAS DHOS

- mettre en place les actions d'amélioration,
- mesurer le niveau de qualité atteint.

C'est la démarche conduite par les professionnels de santé pour la mise en œuvre de toute démarche qualité et notamment dans le cadre de la certification des établissements de santé.

VI- CONCLUSION

Pour être qualifiée d'EPP, une action devra satisfaire plusieurs conditions :

- Méthode structurée et explicite
- enjeu d'amélioration de la qualité
- analyse d'une pratique ou prise en charge
- prise en compte de références validées
- mise en œuvre d'un plan d'amélioration et d'une mesure et d'un suivi des résultats

L'EPP ne consiste pas à évaluer pour évaluer ; il ne s'agit nullement d'un flicage. Sa finalité est d'évaluer pour améliorer

VII- BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ANAES, 2000

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris: ANAES; 1999.

ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris 2000.

BOUVENOT J ; et coll. Facteurs influençant l'appropriation des recommandations médicales par les médecins La Presse Médicale, 7 décembre 2002, tome 31, n°39, cahier1, p.1831-1835.

CHABOT Jean Michel. Décision Médicale : des théories pour des pratiques La Revue du praticien, 1997, 47, p.877-878.

COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière – INSERM HAS DHOS.

HAS. Service Evaluation des Pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé participant au service public hospitalier. Version 0-Octobre 2006.publics et privés.

Haute Autorité de Santé : Évaluation des pratiques professionnelles. Dossier Évaluation des pratiques professionnelles » - Mars 2006.

Haute Autorité de Santé. AUDIT CLINIQUE CIBLÉ. Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel .www.has-sante.fr

Jean-Claude Henrard. L'évaluation. Des mythes aux réalités. Actualité et dossier en santé publique n°17 décembre 1996 page XXXVI.

Le Fur Ph, Sermet C. Les Références Médicales Opposables : impact sur la prescription, pharmaceutique. Rapport CREDES n°1116 1996/03 272 pages.

Mounic V. Guide Evaluation des Pratiques Professionnelles. ANAES ; 2005.

SICOT Christian Une politique de gestion des risques : pourquoi ? Responsabilité, n°11 septembre 2003, p.3-5.

Université LAVAL Québec www.fmed.ulaval.ca/ Pratique professionnelle en santé fondée sur des preuves scientifiques.