

## 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'efficacité. 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 :

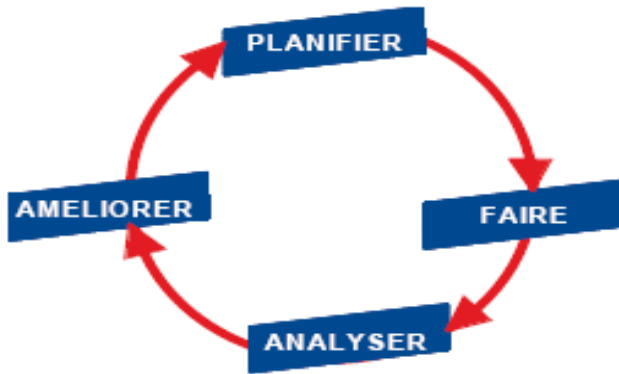
- l'approche par comparaison
- l'approche par processus
- l'approche par problème
- l'approche par indicateurs

##### **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'un 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
- <sup>(1)</sup> 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

---

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



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,
- 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.





**Circulaire ministérielle n°13 de l'année 2015 concernant  
l'usage du certificat médical de décès**

الجمهورية التونسية  
وزارة الصحة

**منشور عدد 13 لسنة 2015**

**الموضوع:** حول ضرورة اعتماد النموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة.

**المراجع:**

- الأمر عدد 1043 لسنة 1999 المؤرخ في 17 ماي 1999 المتعلق بضبط أنموذج الشهادة الطبية للوفاة والبيانات التي يجب أن تتضمنها
- المنشور المشترك بين وزير الصحة العمومية والداخلية عدد 4 بتاريخ 19 جانفي 2000 حول كيفية استعمال الأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 1 بتاريخ 3 جانفي 2001
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 78 بتاريخ 8 سبتمبر 2001
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 5 بتاريخ 21 جانفي 2003
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 40 بتاريخ 12 ماي 2004
- منشور وزير الصحة العمومية عدد 39 بتاريخ 9 جوان 2009.

**المصاحب:** أنموذج الشهادة الطبية للوفاة.

وبعد، فقد ورد على وزارة الصحة تدمير عدد من المصالح المتعاملة بشهادات الوفاة (البيديات، المعهد الوطني للصحة) بخصوص عدم التزام عدد من أطباء القطاع العام والخاص بالأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة حيث تشكو نسبة كبيرة من شهادات الوفاة المسلمة نقصا كبيرا في البيانات.

وللغرض نذكركم بأن الشهادة الطبية للوفاة تعد وثيقة قانونية بما تحتوي عليه من بيانات يتعين تضمينها وفقا للأنموذج الخاص المرفق بالأمر عدد 1043 لسنة 1999 المؤرخ في 17 ماي 1999 حتى تتمكن المصالح المعنية والمعهد الوطني للصحة من استغلالها لتقييم ومعرفة أسباب الوفاة واقتراح إجراءات كفيلة للحد من المخاطر الصحية التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة.

لذا، يتعين على أطباء القطاع العام والخاص اعتماد الأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة دون غيره عند تحرير شهادات الوفاة والحرص على تعميمها بكل دقة وتضمن كل البيانات المستوجبة قانوناً بها كما يتعين على كافة المؤسسات الصحية العمومية والخاصة التزود بانتظام بالأنموذج الخاص بالشهادة الطبية للوفاة ووضعه على ذمة الأطباء.

على أن تؤمن المستشفيات العمومية هذا الأنموذج ووضعه بكافة الأقسام لدى ناظر القسم والأقسام الاستعجالية في حين يتولى المجلس الوطني لعمادة الأطباء وضعه على ذمة أطباء القطاع الخاص وتزويدهم بنسخة منه.

ونظراً للأهمية القصوى التي تكتسبها إحصائيات أسباب الوفاة في إرساء وتقييم سياستنا الصحية فإنني أذكركم بأن عدم اعتماد هذا الأنموذج في تحرير شهادات الوفاة يعرض الأطباء لعدم قبول الشهادات المسلمة من قبلهم كما أدعوكم إلى التقيد بمقتضيات هذا المنشور.

## وزير الصحة

الإمضاء: سعيد المنيدي

### المرسل إليهم السادة:

- أعضاء الديوان..... للإعلام.
- المديرين العامين ومديرو الإدارة المركزية..... للإعلام.
- المديرين الجهويين للصحة..... للإعلام والمتابعة.
- المديرين العامين ومديرو المؤسسات الصحية العمومية والخاصة..... للإعلام والمتابعة.
- مدير المعهد الوطني للصحة..... للإعلام والمتابعة.
- رئيس المجلس الوطني لعمادة الأطباء..... للإعلام والمتابعة.
- رؤساء الأقسام الطبية بالمؤسسات الصحية العمومية..... للمتابعة والتنفيذ.
- الكاتب العام لنقابة أطباء الممارسة الحرة..... للمتابعة والتنفيذ.