

contacts informels entre prestataires, jusqu'à la prise en charge de la bonne articulation des interventions par le seul agent de liaison, sans pour autant inciter les prestataires à se rencontrer, à se concerter entre eux pour les patients communs. Le terme "coordination" peut en effet recouvrir des réalités bien différentes.

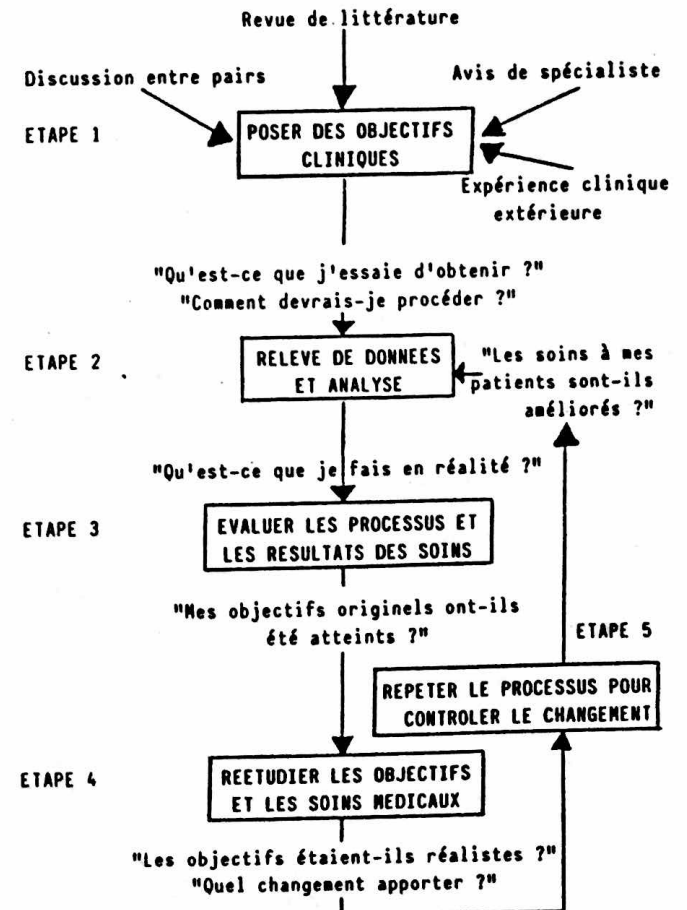
Une chose est certaine : les idées progressent depuis quelques mois et la volonté de résoudre le problème du financement des soins à domicile s'affirme dans des milieux de plus en plus nombreux. Espérons que les élections anticipées n'auront pas eu pour effet de reporter les décisions aux calendes grecques.

M.V.D.

Il semble évident qu'une telle étude serait stérile si elle n'avait pour but d'améliorer la qualité du travail fourni. L'évaluation doit donc conduire à une modification des objectifs et/ou des comportements.

2. ÉTAPES DE L'AUDIT

Michael Sheldon (voir références en fin d'article) définit ainsi cinq étapes :



Une telle procédure est un travail de longue haleine et la charge peut devenir lourde. On doit tenir à l'esprit que l'audit médical ne prend d'effet que s'il n'est pas obligatoire. Un bénéfice ne sera dégagé que s'il s'agit

SOINS DE BASE



POUR UNE AUTO-ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DE 1er ÉCHELON

- «audit médical» et relevé d'information -

Marc Jamouille (*)

L'article qui suit présente succinctement l'audit médical et sa procédure. Comme on le verra, cette approche nécessite une méthodologie précise de relevé d'information et demande une conception dynamique du dossier médical. En soins de base notamment, une telle approche permet, à travers la codification des informations pertinentes, l'étude des structures, procédés et résultats de l'activité médicale ou psycho-médico-sociale.

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

"L'audit médical est l'étude de l'un ou l'autre élément d'une structure, de procédés ou de résultats de soins médicaux, effectuée par ceux qui sont personnellement engagés dans l'activité concernée, afin de mesurer jusqu'à quel point les objectifs posés ont été atteints et donc évaluer la qualité des soins délivrés" (M.G. Sheldon, 1982).

(*) du Collectif de Santé de Gilly-Haies

d'une activité volontaire sous-tendue par le désir d'étudier et d'améliorer une activité clinique personnelle.

3. THÈME EN AUDIT MÉDICAL

3.1. Etude par thème spécifique

Les thèmes abordés en audit médical sont très variables. Ils peuvent être définis de manière à évaluer séparément les structures, procédés ou résultats. Par exemple :

- Nombre de mesures du poids et de la taille des enfants;
- Indication et nombre des radios thorax par patient et par an;
- Procédure de diagnostic dans les lombalgies;
- Compréhension par le patient des traitements donnés;
- Etc ...

3.2. Etude par traceur

On peut étudier structure, procédés et résultats comme un tout. On utilise alors des "traceurs". Le traceur est un problème de santé dont l'impact fonctionnel est important, la prévalence élevée (1), les conditions et l'abord médical bien définis et qui peut être influencé par les soins médicaux, par exemple l'otite, les infections urinaires, les infections mycotiques, etc ...

4. LE RELEVÉ D'INFORMATION

On voit que le dossier médical est le centre de toute procédure d'audit. Le relevé de l'activité journalière prend ici tout son sens. Les dossiers médicaux en médecine générale, quand ils existent, sont généralement des fouillis de notes diverses, bien souvent d'écriture il-

(1) M.d.l.R.: prévalence du problème "x": nombre de personnes appartenant à une population donnée qui présentent à un moment donné la caractéristique "x" (ex: nombre de bronchites chroniques en Belgique le 1er novembre 1985, par rapport au nombre total d'habitants du pays à cette date).

lisible et qui ne permettent aucune analyse rétrospective et donc aucune évaluation de l'activité.

La première forme d'audit serait donc d'auditer la méthodologie du relevé d'information et le cas échéant d'en inventer une qui permettrait une analyse ultérieure de l'activité telle que décrite ci-dessus.

5. ÉTUDES EN GROUPE ET AUDIT AUTONOME

Les notations seront orientées en fonction des objectifs posés et des stratégies élaborées. Ceci peut se faire sans difficulté par un praticien isolé qui veut évaluer seul son activité (Self Audit).

Le problème devient plus complexe quand un groupe de praticiens veut pratiquer l'audit ensemble ou avec d'autres groupes (Peer Review). Un consensus devra être dégagé dans le groupe et entre les groupes de manière à ce que les informations pertinentes soient efficacement relevées de la même manière par l'ensemble des praticiens.

6. LES CLASSIFICATIONS

C'est ici que peut intervenir l'outil classificatoire. La référence commune à une classification préétablie et adéquate, dont la connaissance a fait l'objet d'un entraînement, peut faciliter considérablement le travail d'analyse ultérieur.

La classification internationale des maladies, neuvième révision OMS (ICD.9) sert de base de référence aux autres classifications. Elle n'est toutefois que peu opérationnelle en soins de base.

Un savant cocktail des classifications existantes (ICHPPC-2, RFE, ICPC-PROCESS) a donné naissance à une dernière née, spécialement étudiée pour les soins de base et compatible avec la classification ICD-9 de l'OMS: l'ICPC (International Classification of Primary Care, 1985). Cette classification est dynamique et ses qua-

lités mnémoriques sont bonnes. Elle peut être un outil majeur dans l'audit médical de groupe, par études spécifiques ou par traceur.

7. AUTRES OBJECTIFS DES RELEVÉS D'INFORMATION

Nous ne discuterons pas ici de l'aspect médico-légal, de la notion de prise en charge, de la politique de prévention, de la continuité des soins qui en soins de base nécessitent tous une information écrite correcte.

Un autre point majeur mérite d'être relevé : la coordination. Que ce soit entre les praticiens de la médecine, ceux des soins infirmiers, de la kinésithérapie ou pour certains aspects des secteurs sociaux ou psychologiques, le transfert correct d'informations pertinentes concernant une personne, encore appelé coordination, est central à toute activité commune. La coordination elle-même ne pourra être audité que si l'information qu'elle traite est adéquatement relevée en fonction d'analyses ultérieures.

8. LA MÉDECINE ET L'INFORMATION

On voit que le terme "information" devient central à tout discours sur le contrôle d'activité.

Le contrôle du mouvement de toute information, qu'elle soit gardée en mémoire écrite ou en mémoire électronique, peut devenir un enjeu très sérieux de contrôle de la qualité des soins. Cette avalanche de développements méthodologiques et la place mirifique réservée au processus informatif peut faire craindre toutefois une nouvelle déshumanisation dans les rapports sociaux. Même s'il est capital de contrôler sa propre activité, la relation humaine échappe par essence à l'approche classificatoire, à la comptabilisation de données ou la quantification. Nous ne pourrions échapper à un tel piège qu'en cultivant la chaleur et la tendresse nécessaires à l'éclosion de la parole. Puisqu'après tout, et quelle qu'en soit la durée, la maladie est une Parole.

M.J.

REFERENCES

- N.G. SHELDON
Medical Audit in General Practice, occasional paper 20,
The Royal college of General Practitioners, September 82.

- L.K. DEMLO, P.M. CAMPBELL, S. SPAGHT
Reliability of Information Abstracted from Patients' Medical Records, Medical Care, December 1978, Vol. XVI, n° 12; pp. 995-1004.

- P. BUEKENS
Health Planning, notes de cours, ULB/OMS, 1985.

- F.T. NOBREGA et coll.
Quality Assessment in Hypertension : Analysis of Process and Outcome Methods, The New England Journal of Medicine, Vol. 290, April 1985; pp. 1033-1037.

- F.L. VAN BUCHEM, M.F. PEETERS, M.A. VAN'T HOT
Acute Otitis media : a new treatment strategy, British medical journal, Vol. 290, April 1985; pp. 1033-1037.

- C.J. ROBERTS et coll.
Possible impact of audit on chest X-Ray request from surgical wards, The Lancet, 20 Août 83; pp. 446-447.

- J.P. LOGERFO et coll.
Assessing the Quality of Care for Urinary Tract Infection in office Practice, Medical Care, June 1978, Vol. XVI, n° 6; pp. 448-495.

- H. LAMBERTS, S. MEADS, M. WOOD.
Classification of Reasons Why Persons Seek Primary Care: Pilot study of a new system, Public Health Report, Nov. December 1984, Vol. 99, n° 6, pp. 597-605.

- H. LAMBERTS
Primary health care monitoring project, Huisarts en Wetenschap, 23; pp. 293-304.

- J. CARPENTIER,
Medical Flipper, Ed. de la Découverte, Paris, 1985.

DO



Da
de
té

Ou
ti
ta
mu
ve
ve

I:
PI
A:
à
v

N
P
d
P
d

E
c
c
c