Bilan et perspectives d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la visite systématique d'aptitude

N. Mourougou-Barlaud, F. Robin, C. Guillemin, C. Tassa.

Article reçu le 18 juillet 2011, accepté le 12 mars 2012.

Résumé

Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée au centre médical interarmées de Nouméa sur le thème de l'optimisation de la visite systématique d'aptitude. Un management volontariste nous a permis d'impliquer l'ensemble de l'équipe et d'obtenir une amélioration significative de la qualité de notre prise en charge pour 4 objectifs sur 5 : vérification des pré-requis, l'optimisation du contenu général, du contenu interarmées, et l'optimisation de la prévention cardio-vasculaire. Les critères liés à l'objectif de suivi à court terme des prescriptions se sont en revanche révélés moins sensibles à nos actions correctrices et ont nécessité une réflexion complémentaire pour analyser les raisons de ce problème.

Mots-clés : Évaluation des pratiques professionnelles. Visite systématique d'aptitude.

Abstract

RESULTS AND PROSPECTS OF A MEDICAL QUALITY ASSESSMENT IN FITNESS CONSULTATIONS.

A medical quality assessment was performed in 2009-2010 at the Noumea military medical center concerning the optimization of fitness consultations. A volontarist management spirit allowed us to involve the whole team and to reach a significantly improving quality of our monitoring in 4 out of 5 goals: pre-condition checking general content optimization joint content improvement and cardiovascular prevention optimization. Nevertheless criteria linked to the prescriptions short-term follow-up were less sensitive to our intervention and needed a second thought in order to be re-analyzed.

Keywords: Fitness consultation. Medical quality assessment.

Introduction

Une Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été réalisée sur le thème de l'optimisation de la Visite systématique d'aptitude (VSA) au Centre médical interarmées (CMIA) de Nouméa entre octobre 2009 et août 2010. L'EPP est une démarche nouvelle au sein des Centres médicaux des armées (CMA). Elle repose sur une méthodologie d'audit clinique et doit s'intégrer à terme à une démarche d'amélioration continue de la qualité. Le présent article dresse le bilan de cette expérience du point de vue des résultats, des réflexions qui l'ont accompagnée et des perspectives d'avenir.

N. MOUROUGOU-BARLAUD, médecin en chef. F. ROBIN, médecin en chef. C. GUILLEMIN, infirmière de classe normale, C. TASSA, infirmier de classe supérieure.

Correspondance : N. MOUROUGOU-BARLAUD, médecin responsable su site BA 102, BP 90102 – 21093 Dijon Cedex 9.

E-mail : nathaliebarlaud@yahoo.fr

Matériel et méthodes

Proposition et choix de thèmes

Une information générale sur la méthodologie a été réalisée par le pilote de l'EPP au CMIA mi-octobre 2009 dans le but de détailler les étapes du processus, d'établir un calendrier prévisionnel et surtout, d'expliquer la philosophie globale d'une telle approche : l'amélioration de nos pratiques par l'application d'actions correctrices aux points faibles de notre activité, et ceci dans un esprit de rapprochement des normes et réglementations existantes

(1-5). Cette méthode repose donc sur des évaluations avant et après ces actions correctrices, évaluations réalisées toutes deux à partir d'un même outil de mesure, le référentiel, dont les critères ont été choisis par l'équipe.

Lors de la réunion suivante, un *brainstorming* initial impliquant l'ensemble du personnel a permis de dégager 23 propositions de thèmes d'évaluation (réduites à 18 par le pilote après regroupement de thèmes proches). Afin de ne discuter en détail que sur les trois sujets rencontrant l'adhésion la plus large, un vote s'en est suivi.

Les trois sujets retenus ont été analysés par catégorie de personnels à l'aide de grilles d'évaluation permettant d'attribuer une note à chaque thème en fonction de ses liens avec l'activité, des perspectives d'amélioration, de la conformité aux orientations nationales ou à celles du Service de santé des armées (SSA), de la fréquence ou de la gravité de la problématique abordée ainsi que des effectifs de la population concernée. Finalement, il a été décidé de soumettre deux thèmes à validation :

– optimisation de la tenue du livret médical ;
– optimisation de la VSA en contexte interarmées.

Après rédaction et envoi des fiches correspondantes à la Direction centrale du Service de santé des armées (DCSSA), la validation de nos deux propositions est intervenue mi-décembre 2009. Un vote final mi-janvier 2010 au CMIA a mis en avant le sujet sur la VSA.

Élaboration et test du référentiel

La réalisation du référentiel initial a nécessité deux réunions préparatoires catégorielles (médecins, infirmiers) (6-14). Un consensus est rapidement apparu sur les objectifs à atteindre :

– vérifier les pré-requis ;
– optimiser le contenu général ;
– optimiser la prévention cardio-vasculaire ;
– optimiser le contenu interarmées ;
– optimiser le suivi à court terme.

En revanche, le nombre de critères représentant chacun de ces objectifs s'est avéré immédiatement excessif (26 au total).

Une telle profusion était incompatible avec un temps de traitement raisonnable de chaque dossier. La question du choix des critères s'est donc posée d'emblée.

Dans le cadre particulier d'une première EPP, la sélection des critères selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), c'est-à-dire un choix *a priori* à partir d'arguments tels que la pertinence (lien avec la problématique), la faisabilité (disponibilité en routine) ou l'absence d'ambiguïté dans la formulation, nous a paru difficile à mettre en œuvre. Nous avons donc décidé de réaliser une pré-étude, c'est-à-dire d'administrer un questionnaire regroupant nos 26 critères potentiels à 36 dossiers de VSA récentes.

Le surcroît de travail occasionné par cette approche (environ 3 heures) a été largement compensé par les bénéfices recueillis.

Tout d'abord, nous avons pu éliminer de façon plus pragmatique les critères à faible marge d'amélioration (<10 %, par exemple la mise à jour des vaccins) et améliorer les libellés de certains items qui dans la pratique se sont avérés confus. Nous avons, en outre, exclu les critères difficiles à obtenir sur la fiche VSA pour chacun et en routine (notamment ceux qui portaient sur les aptitudes spécifiques par armée).

En second lieu, cette approche nous a permis de nuancer un des reproches communément adressés aux démarches d'évaluation : la focalisation sur les dysfonctionnements. En effet, notre pré-étude a permis de montrer que notre pratique comportait peu d'écarts au référentiel pour de nombreux facteurs et de communiquer sur ces éléments.

Enfin, une analyse descriptive nous a permis de tester un certain nombre de facteurs de variabilité potentiels à prendre en compte dans notre démarche : il s'est avéré que l'armée d'origine, et à un moindre niveau le grade, influençaient les critères que nous souhaitions retenir.

Compte tenu de ces éléments, c'est un référentiel à 5 objectifs servis par les 11 critères suivants qui a été élaboré (tab. I) :

– CMA (présence d'un certificat médico-administratif d'aptitude pré-renseigné) ;
– ATCD (présence d'une fiche d'antécédents médicaux complétée) ;
– FEN (présence d'une fiche emploi-nuisance) ;
– PAN (présence d'un panoramique dentaire à jour) ;
– ECGCOM (présence d'un électrocardiogramme commenté ou au moins signé) ;
– IMCCOM (commentaire des indices de masse corporelle anormaux) ;
– SURV (type de surveillance de médecine de prévention notée sur la fiche VSA) ;
– RMP (report du type de surveillance sur le registre de médecine de prévention) ;
– BU (contrôle sous quinzaine des bandelettes urinaires anormales) ;
– BIOLO (contrôle sous quinzaine de la réalisation des examens biologiques prescrits) ;
– SPE (contrôle de la prise de rendez-vous (critère minimum) sous quinzaine pour les consultations spécialisées prescrites).

Les modalités de réponse aux critères (tab. I) ont été établies de manière à pouvoir être réduites à celles présentées dans les guides d'audit clinique : OUI, NON ou NA (non applicable, correspondant dans notre étude aux modalités de réponse non prescrit, non concerné ou pas d'anomalie).

Cela est important, car les réglementations d'analyse préconisent souvent une évaluation en terme de pourcentages d'écarts au référentiel (réponse NA exclue) c'est-à-dire :

$$\frac{Effectif\ (NON)}{Effectif\ (OUI + NON)}$$

Dans notre EPP, la norme dont nous avons tenté de nous approcher pour chaque critère était donc de 0 % d'écarts au référentiel.

La décision de réaliser des tirages au sort (randomisations) stratifiés sur l'armée et le grade pour les échantillons rétrospectifs et prospectifs a été prise de manière à :

– équilibrer ces deux échantillons en les rendant plus comparables ;

Tableau I. Objectifs et critères du référentiel.

OBJECTIF	CRITÈRE	LIBELLÉ	MODALITÉS DE RÉPONSE			
OBJECTIF N° 1: Optimiser les pré-requis						
	CMA	Vérifier la présence d'un CMA (certificat médico-administratif d'aptitude) pré-renseigné	OUI	NON (non rempli)	ABS (Absent)	
	ATCD	Présence d'une fiche des antécédents (ATCD) médicaux complétée	OUI	NON (absente)	INC (incomplète)	
	FEN	Présence d'une FEN (Fiche emploi-nuisance)	OUI	NON		
OBJECTIF N° 2: Optimiser le contenu général						
	PAN	Présence d'un panoramique (PAN) dentaire < 5 ans	OUI	NON	PV (prescrit à la VSA)	NAJ (non à jour)
OBJECTIF N° 3: Optimiser la prévention cardio-vasculaire						
	ECGCOM	Présence d'un ECG commenté (COM), au moins signé par médecin	OUI	NON		
	IMCCOM	Indice de masse corporelle (IMC) anormal (< 18,5 ou > 24,99 kg/m²) commenté (COM) par médecin	OUI	NON	*PA (Pas d'anomalie)*	
OBJECTIF N° 4: Optimiser le contenu interarmées						
	SURV	Type de surveillance (SURV) de médecine de prévention précisé sur fiche VSA	OUI	NON		
	RMP	Surveillance médicale renforcée reportée sur le registre de médecine de prévention (RMP)	OUI	NON	*NC (non concerné)*	
OBJECTIF N° 5: Optimiser le suivi à court terme						
	BU	Bandelette urinaire (BU) anormale recontrôlée dans un délai de 15 jours	OUI	NON	*PA (Pas d'anomalie)*	
	BIOLO	Réalisation de l'examen biologique (BIOLO) contrôlée dans les 15 jours si prescription à la VSA	OUI	NON	*NP (non prescrit)*	
	SPE	Consultation spécialisée (SPE) contrôlée dans les 15 jours si prescrite lors de la VSA(au minimum prise de rendez-vous)	OUI	NON	*NP (non prescrit)*	

– faire en sorte que la représentation en armées et en grades de ces deux échantillons soit comparable à celle des VSA réalisées annuellement au CMIA.

Phase rétrospective

Cette étape a consisté dans l'administration par un médecin et une infirmière des questionnaires liés au référentiel à 62 dossiers de VSA issus du tirage au sort stratifié sur l'armée et le grade. Une analyse statistique descriptive subséquente a été réalisée par le pilote EPP.

Le bilan de cette phase sous forme de pourcentages d'écarts au référentiel (marges d'amélioration disponible) est présenté dans le chapitre des résultats, conjointement aux conclusions de l'étude prospective (tab. II).

Tableau II. Pourcentages d'écarts au référentiel des échantillons rétrospectifs et prospectifs pour chacun des critères du référentiel.

OBJECTIF	CRITÈRE	ÉCARTS AU RÉFÉRENTIEL AVANT ACTIONS CORRECTRICES (%)	ACTEURS PRINCIPAUX DES ACTIONS CORRECTRICES	ÉCARTS AU RÉFÉRENTIEL APRES ACTIONS CORRECTRICES (%)	GAIN ABSOLU	GAIN RELATIF	p
VÉRIFIER LES PRÉREQUIS	CMA	35,48 %	commandement	16,13 %	-19,35 %	-54,55 %	0,0138
	ATCD	14,52 %	Médecin et secrétariat (vérification)	6,45 %	-8,07 %	-55,56 %	0,1427
	FEN	61,29 %	commandement	32,26 %	-29 ,03 %	-47,37 %	0,0012
OPTIMISER LE CONTENU GÉNÉRAL	PAN	38,71 %	Médecin	6,45 %	32,26 %	-83,33 %	<0,0001
OPTIMISER LA PRÉVENTION CARDIO-VASCULAIRE	ECGCOM	24,19 %	Médecin	4,84 %	-19 ,35 %	-80 %	0,0022
	IMCCOM	40,91 %	Médecin	5 %	-35,91 %	-87,78 %	0,018
OPTIMISER LE CONTENU INTERARMÉES	SURV	74,19 %	Médecin	9,68 %	-64,51 %	-86,96 %	<0,0001
	RMP	97,92 %	Infirmière chargée de la médecine de prévention	25 %	-72,92 %	-74,47 %	<0,0001
OPTIMISER LE SUIVI À COURT TERME	BU	100 %	Médecin et infirmiers	100 %	0 %	0 %	
	BIOLO	50 %	Infirmier major Infirmiers, Secrétariat	56,52 %	+6,52 %	+13,04 %	0,6542
	SPE	46,67 %	Militaire Secrétariat, CMIA	61,54 %	+14,87 %	+31,87 %	0,3554

Actions correctrices

Les actions correctrices ont été élaborées lors de réunions catégorielles et selon un principe de simplicité devant permettre leur pérennisation à l'issue de notre EPP. Elles ont concerné les onze critères.

Phase prospective

La phase prospective s'est déroulée entre juin et mi-août 2010 et a permis de mettre en lumière les écarts au référentiel après actions correctrices. Nous avons effectué le tirage au sort d'un échantillon de 62 dossiers de VSA (parmi toutes les VSA réalisées pendant la phase prospective), stratifié sur les mêmes variables et dans les mêmes conditions que l'échantillon rétrospectif. La fluctuation d'échantillonnage résiduelle a été prise en compte par des tests statistiques (chi^2 sous hypothèse alternative bilatérale) de manière à statuer sur la significativité éventuelle des variations constatées (comparaisons de pourcentages entre les échantillons indépendants rétrospectifs et prospectifs).

Le recueil des données et leur saisie ont été effectués au fur et à mesure, mais les analyses ont été réalisées début septembre, soit quinze jours après la fin officielle de l'EPP (de manière à pouvoir disposer des derniers résultats concernant le suivi).

La présentation officielle du bilan de notre évaluation a eu lieu le 10 septembre 2010. Un rapport décrivant la méthode et l'ensemble des résultats a été transmis quelques semaines après à la DCSSA. Il était accompagné d'un CD-rom contenant les diaporamas et les outils utilisés.

Résultats

Détails des actions correctrices

Les actions d'amélioration des pré-requis dépendant du commandement

Elles ont concerné les critères CMA et FEN dont les écarts au référentiel rétrospectifs étaient de 35,5 % et 61,3 % respectivement.

Pour améliorer la disponibilité de ces documents, un rappel de la réglementation par courriel à tous les organismes (y compris les unités isolées et d'effectifs réduits) dont les personnels réalisaient leur VSA au CMIA a été décidé. Il a également été établi de rappeler, lors de la prise de rendez-vous pour la VSA, l'obligation de se présenter avec le CMA et la FEN.

Les actions d'amélioration de la réalisation de la VSA par le médecin

Elles se sont intéressées aux critères ATCD (14,50 % d'écarts au référentiel rétrospectif), PAN (38,7 %), ECGCOM (24,2 %), IMCCOM (40,9 %), SURV (74,2 %) et BU (100 %).

Les rappels effectués dans ce cadre ont été les suivants :

– remplissage le plus complet possible de la fiche d'antécédents en reprenant parfois le dossier en entier (démarche rendant le travail d'autant plus simple lors des VSA suivantes) ;

– prescription d'une radiographie panoramique dentaire lorsque celle-ci n'était plus à jour ;

– inscription d'un commentaire sur l'ECG (pouvant se limiter à « RAS ») certifiant ainsi que la décision d'aptitude a été prise par le médecin après interprétation de cet examen ;

– notification des anomalies de l'IMC et des objectifs fixés si un surpoids est constaté, la VSA demeurant un moment privilégié pour sensibiliser le militaire sur ce problème de santé publique (15) ;

– précision du type de surveillance en médecine de prévention sur la fiche de VSA :

- surveillance médicale simple,

- surveillance médicale renforcée, avec les modalités de surveillance (examen clinique et/ou bilan complémentaire prescrit par la réglementation) ;

– prescription d'un contrôle de la bandelette urinaire sous quinzaine si celle-ci est anormale (au moins une croix) à la VSA (avec notification de ce contrôle sur la fiche VSA).

Ces décisions ont induit une refonte notable de la fiche VSA de manière à faciliter le suivi de ces actions.

Les actions d'amélioration du suivi des prescriptions

Elles se sont référées aux critères PAN (38,7 %), BU (100 %), BIOLO (50 %), et SPE (46,5 %).

L'amélioration du suivi des prescriptions a nécessité la création d'un carnet de rendez-vous pour les prises de sang et l'adaptation du fichier utilisé par le CMIA pour l'enregistrement de toutes les VSA, en y incluant la saisie des prescriptions et le contrôle de leur réalisation soit :

– prescription et réalisation des radiographies (dont les panoramiques dentaires) ;

– contrôle des bandelettes urinaires anormales ;

– prescription et réalisation des bilans sanguins ;

– prescription et réalisation des consultations spécialisées.

Il a été établi que les examens devaient être réalisés dans un délai de 15 jours, avec une dérogation pour les consultations spécialisées, si le rendez-vous était plus lointain (seule la prise de rendez-vous était alors prise en considération).

Une case concernant ce processus a été ajoutée (prescrit/fait) sur la fiche VSA et les militaires ont été prévenus des délais impartis lors de la visite.

Les actions d'amélioration de la médecine de prévention

Elles avaient pour but d'améliorer les critères SURV (74,2 %) et RMP (97,9 %). Le rôle de l'infirmière de prévention (poste récemment repris par un personnel militaire permanent) a été précisé dans le cadre de l'EPP :

– vérification du type de surveillance notée par le médecin, aboutissant ainsi à une double vérification ;

– report du type de surveillance et des examens prescrits dans ce cadre sur le registre d'activités journalières en médecine de prévention.

Toutes ces mesures, décidées lors de réunions en comité restreint, ont ensuite été présentées de façon

didactique, à l'ensemble de l'équipe, et soumises à une discussion avant la réalisation d'un tableau synthétisant l'action de chacun.

Des différences d'efficacité des actions correctrices sur les critères

À l'issue de la phase prospective (tab. II), des améliorations importantes ont été observées pour les critères ayant bénéficié d'actions correctrices dont l'efficacité dépendait exclusivement de l'équipe. De ce point de vue, à l'exception de la diminution des écarts au référentiel constatée pour l'item ATCD, toutes les autres améliorations, à savoir PAN, ECGCOM, IMCCOM, SURV, RMP se sont révélées significatives.

La situation est plus mitigée concernant les critères pour lesquels les actions envisagées par nos soins ne pouvaient être que fortement incitatives dans la mesure où leur succès dépendait largement de la réactivité du commandement et des militaires eux-mêmes. Sur ce chapitre, les variables de l'objectif n° 1 (pré-requis) CMA et FEN ont répondu très favorablement à nos mesures et ont pu bénéficier d'améliorations significatives. En revanche, les variables de l'objectif n° 5 et plus particulièrement, celles du suivi à court terme des examens biologiques et des consultations spécialisées n'ont pas été sensibles à notre intervention.

Notons pour conclure ici, qu'il nous a été difficile de nous prononcer sur le critère du contrôle des bandelettes urinaires anormales : nous n'avons pu recenser qu'un seul cas de bandelette urinaire anormale (par ailleurs non contrôlé sous quinzaine) lors de la phase prospective (alors que nous en avions dénombré 15 lors de notre pré-étude et 11 au cours de notre phase rétrospective).

Des similitudes et des différences entre les armées

Des analyses complémentaires par sous-groupe ont été réalisées dans le but de comparer les résultats de la Gendarmerie, de la Marine et de l'armée de Terre (l'armée de l'Air et les services représentaient des effectifs trop faibles pour être analysés même après regroupement). L'analyse des différences d'écarts au référentiel entre les armées sur l'échantillon rétrospectif fait apparaître des différences significatives pour les critères CMA ($p = 0,02$), FEN ($p = 0,05$) et ECGCOM ($p = 0,03$) ce qui accrédite notre démarche de stratification sur cette variable.

On note globalement, après avoir pris en compte la faiblesse de certains effectifs et des marges d'amélioration rétrospectives disponibles pour certains critères (tab. III), une tendance à l'homogénéité de réponse à nos actions correctrices (évaluée à partir de la variation des écarts au référentiel) entre les trois armées. Cette tendance est favorable pour l'ensemble des critères sauf ceux de l'objectif n° 5, pour lesquels les difficultés évoquées précédemment sur l'ensemble de la population se retrouvent dans l'analyse par armée.

Enfin, un examen des différences d'écarts au référentiel après mise en place des actions correctrices fait apparaître des pourcentages significativement plus élevés chez les gendarmes pour deux critères :

– FEN (55,5 % contre 13,6 % ($p = 0,0025$) pour la Marine, et 18,2 % pour l'armée de Terre ($p = 0,0356$)) ;

– SPE (84,6 % contre 20 % pour l'armée de Terre ($p = 0,0217$)).

Analyses par grades

Comme pour la variable « armée », une bonne homogénéité de réponse à nos actions correctrices a été observée entre le groupe des MDR (militaires du rang) et un ensemble regroupant les sous-officiers et officiers (regroupement rendu nécessaire par la faiblesse des effectifs des officiers sur certains critères). L'analyse des différences d'écarts au référentiel entre ces deux groupes sur les échantillons rétrospectifs et prospectifs n'a donné de résultat significatif pour aucun des critères.

Tableau III. Pourcentages d'écarts au référentiel des échantillons rétrospectifs et prospectifs pour la Gendarmerie, la Marine et l'armée de Terre.

Armées	GENDARMERIE					MARINE					ARMÉE DE TERRE				
Période d'étude	« AVANT »		« APRÈS »		P	« AVANT »		« APRÈS »		P	« AVANT »		« APRÈS »		P
CRITÈRE	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
CMA	26	34,6	27	22,2	ns	21	19	22	4,5	ns	10	70	11	27,3	ns
ATCD	26	7,7	27	11,1	1	21	23,8	22	4,5	ns	10	20	11	0	ns
FEN	26	80,8	27	55,6	0,05	21	57,1	22	13,6	″ 0,01	10	40	11	18,2	ns
PAN	26	38,5	27	37	0,01	21	38,1	22	13,6	ns	10	20	11	0	ns
ECGCOM	26	15,4	27	0	ns	21	42,9	22	9,1	″ 0,02	10	0	11	9,1	ns
IMCCOM	12	41,7	8	12,5	ns	4	50	9	0	ns	6	33	2	0	ns
SURV	26	88,5	27	18,5	< 0,0001	21	66,7	22	0	″ 0,0001	10	70	11	9,1	″ 0,02
RMP	22	100	10	20	< 0,0001	16	93,7	12	16,7	″ 0,001	8	100	5	40	″ 0,05
BIOLO	9	44,4	9	77,8	ns	4	50	10	40	ns	9	66	4	50	ns
SPE	7	12,8	13	84,6	ns	3	33,3	8	50	ns	4	50	5	20	ns

Discussion

Analyses

Les résultats globaux de notre EPP sont jugés encourageants. Ils témoignent de la bonne implication de tous les personnels du CMIA car, si la participation de ceux-ci n'était pas une condition suffisante pour assurer le succès de notre démarche d'évaluation, l'absence d'un tel facteur l'aurait en revanche d'emblée condamnée.

Suivi à court terme

À la suite de l'EPP, et ayant constaté qu'il s'avérait insuffisant de compter sur l'information, les rappels et la bonne volonté des personnels pour améliorer les critères de suivi à court terme, des mesures plus ciblées ont été décidées (fig. 1).

En dehors du cadre où la prescription d'examens ou de consultations spécialisées sera strictement encadrée par la réglementation (surveillance médicale renforcée par exemple), il nous est apparu que le médecin devra prendre garde à bien distinguer, lors de la VSA, les situations de prescription d'examen à but de prévention ou de bilan de santé, de celles où les résultats sont susceptibles d'impacter directement la décision d'aptitude (nous n'avions pas établi assez clairement une telle distinction dans notre référentiel). Dans cette dernière situation, il a été décidé par les médecins du CMIA de noter la prescription et sa nécessité de suivi sur la fiche VSA (cases à cocher), un tel signalement entraînant automatiquement une saisie subséquente de ces éléments dans le fichier informatique de suivi et une mise en attente de la décision d'aptitude définitive.

Bien que des analyses complémentaires menées par nos soins aient montré que notre intuition initiale sur la forte fréquence de non-réalisation des prescriptions après un délai de 15 jours était pertinente, nous n'avons établi le principe d'un rappel du militaire en cas de non-réalisation qu'après trois mois (durée s'appuyant sur les délais d'obtention de rendez-vous spécialisés dans certaines disciplines en Nouvelle-Calédonie et sur la volonté de ne contraindre le secrétariat du CMIA à ne faire qu'un seul rappel).

Le principe de filtration des prises de rendez-vous de nouvelles VSA à l'aide du fichier de suivi (aucun rendez-vous ne devant être donné si des résultats attendus n'ont pas été fournis au service médical) a également été agréé par l'équipe (fig. 1). Une telle démarche ne

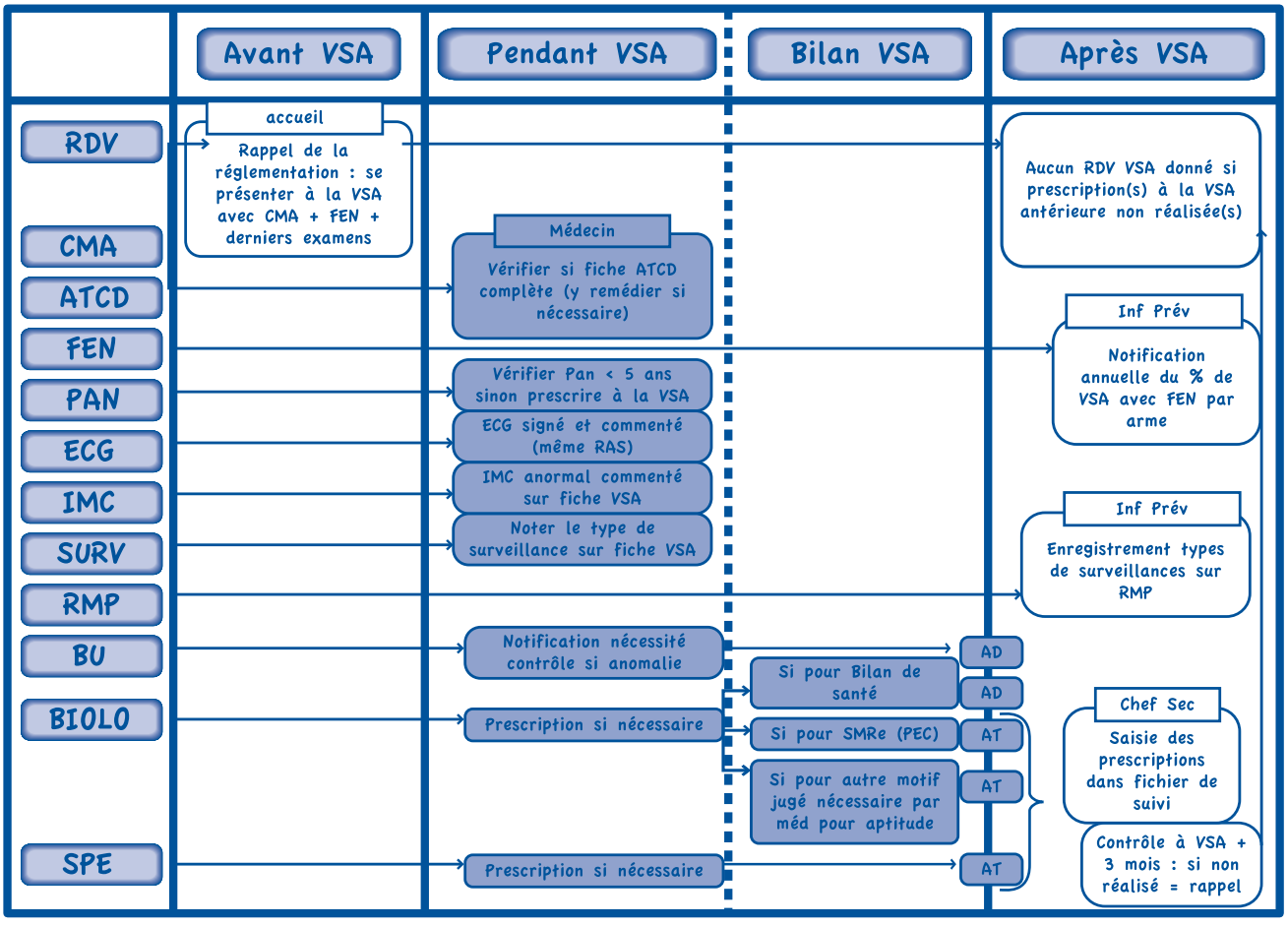


Figure 1. Schéma décisionnel final post-EPP (AD = aptitude définitive, AT = aptitude temporaire).

devrait parvenir à sa pleine efficacité que lorsque tous les militaires auront réalisé leur VSA dans ce nouveau contexte, soit après un an, mais elle devrait à terme, en plus d'une amélioration de l'observance des prescriptions, permettre une meilleure lisibilité des aptitudes par le commandement.

Les différences entre les armées

Les hétérogénéités de résultats prospectifs observés entre la Gendarmerie et les autres armées pour les critères FEN et à un moindre niveau SPE, ont interpelé l'ensemble de l'équipe. Ces différences ont été attribuées à la grande dispersion des brigades sur le territoire de Nouvelle-Calédonie (contrairement à la Marine et à l'armée de Terre dont les formations soutenues par le CMIA sont plus importantes en effectifs et plus concentrées autour de Nouméa).

Cette dispersion entraîne automatiquement des difficultés d'information, de centralisation des données, voire même d'accès aux soins spécialisés pour les unités les plus reculées. Une meilleure prise en charge des gendarmes nécessitera probablement une réflexion approfondie sur les manières de concilier leurs spécificités avec la réglementation et une implication accrue du commandement.

Réflexions et perspectives

Management

Si l'intérêt de la démarche d'évaluation a été unanimement reconnu par les participants, certaines difficultés ne doivent cependant pas être occultées. L'EPP contraint le pilote à déployer une activité de management chronophage d'autant plus problématique qu'elle vient se surajouter à un emploi du temps chargé. Facteur aggravant et corrélé à la présence Outre-mer, le maintien de la cohésion du processus sur 8 à 10 mois, avec des équipes de personnels « tournants » renouvelés tous les quatre mois et des personnels permanents mutés pour moitié tous les ans en alourdit encore la gestion organisationnelle.

La réalisation d'EPP conjointes à plusieurs formations permettra vraisemblablement de répartir la charge de travail différemment et de renouveler les comités de pilotage. Cependant, une telle mutualisation ne sera possible que si un accord sur des thèmes d'évaluation communs est trouvé entre ces unités.

Perspectives

• *Outils*

Afin de faciliter les procédures, nous avons élaboré sous Excel®, lors de notre évaluation, les outils suivants :

– fichier de randomisation – stratification basé sur la fonction alea.

– fichier de création de formulaires de saisie à partir des critères du référentiel compilant, en outre, les données des VSA, dressant les histogrammes de synthèse rétrospectifs et prospectifs et calculant les valeurs des chi² de comparaison des deux phases ainsi que les valeurs de p correspondantes.

Ces outils nous ont considérablement facilité la tâche. C'est pourquoi la fourniture de fichiers comparables, mais validés par la DCSSA nous paraît souhaitable à moyen terme (à notre connaissance, de tels fichiers ne sont pas actuellement disponibles).

• *Les freins à la pérennisation des résultats*

Les moyens de pérenniser les résultats des EPP devront être étudiés. À notre sens, cela passera par une prise en considération de deux freins à ce processus.

• *Les coûts*

Une réflexion sur les coûts potentiels générés par les évaluations des pratiques professionnelles doit être initiée dès le début du processus au niveau des CMA, dans le but d'identifier les sources de dépenses supplémentaires, de les estimer le plus précocement possible, et d'en informer le payeur. Chacun doit en effet être conscient que faire mieux, se rapprocher des réglementations, pourrait coûter plus cher dans un certain nombre de cas. Les logiques d'amélioration de la qualité et financière (objectifs d'économies à court terme) devront à l'avenir s'accorder et non s'opposer.

• *L'implication des équipes*

Les périodes de mutation, les changements de Médecin-Chef, les rotations de personnels « tournants » sont des phases sensibles pour la pérennisation des résultats d'une EPP et les nouvelles équipes devront, pour ce faire, devenir les garantes des améliorations déjà réalisées. À défaut, nous nous trouverons davantage dans un processus de production de pics sporadiques de qualité thématique que dans une réelle démarche d'amélioration continue des pratiques.

Conclusion

L'EPP réalisée au CMIA a été une expérience intéressante d'un point de vue humain. Les résultats obtenus démontrent une très nette amélioration de la qualité des VSA et accréditent notre démarche. Ces points positifs ne doivent pas nous dissimuler que des progrès sont toujours possibles et qu'ils passeront aussi par une modification de la perception de la visite d'aptitude par certains militaires, et notamment ceux qui ne la considèrent que comme une contrainte pouvant les empêcher d'exercer l'activité de leur choix. Les tenants de cette opinion sont généralement prompts à créer une frontière artificielle et paradoxale entre l'aptitude qu'ils convoitent et leur état de santé, attitude expliquant parfois les rétentions d'informations et les non-réalisations de prescriptions. Convaincre ces personnes que le contexte de la visite d'aptitude permet aussi de faire passer des messages de prévention, de procéder à des dépistages et des diagnostics dont leur santé peut être largement bénéficiaire est un défi quotidien.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guide méthodologique – Élaboration des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles – mai 2007 – Consultation 10/3/2011 : http://www.has-sante.fr
2. HAS. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Consultation 12/12/2011 : http://www.has-sante.fr
3. HAS. Audit clinique. Consultation 12/12/2011 : http://www.has-sante.fr
4. Mannoni N, Jacquet F, Wandscheer C, Pluye P. Manuel de planification des programmes de santé. Dijon : Éditions ENSP ; 2006.
5. Note N° 1571/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA du 26 août 2008 relative à la mise en place d'une démarche qualité au sein des SMU.
6. Note N° 1828/DEF/DCSSA/AST/TEC/QUAL du 24 septembre 2009 relative au suivi de l'élaboration des fiches et des référentiels EPP.
7. Note N° 1200/DEF/DCSSA/AST/TEC/QUAL du 4 mai 2009 relative à l'élaboration des fiches et des référentiels concernant les thèmes d'évaluation des pratiques professionnelles.
8. Instruction ministérielle N° 1700/DEF/DCSSA/AST/AS du 28 janvier 2002 relative au suivi et au contrôle de l'aptitude à servir des personnels militaires.
9. Instruction ministérielle N° 4000/DEF/DPMAA/BEG/LEG du 5 aout 2004 relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de l'armée de l'Air et à la définition des standards d'aptitude médicale minimaux à requérir dans les emplois du personnel navigant.
10. Instruction ministérielle N° 22000 du 13 février 2008 relative aux normes d'aptitude médicale des personnels militaires de la Gendarmerie et son modificatif du 2 février 2009.
11. Instruction ministérielle N° 812/DEF/EMAT/PRH/EG/SO/MDR du 6 mai 2004 relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de l'armée de Terre.
12. Instruction ministérielle N° 102/DEF/EMM/RH/PRH du 4 février 2005 relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de la Marine nationale.
13. Instruction ministérielle N° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003 relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir.
14. Instruction ministérielle N° 1230/DEF/DCSSA/AST/SST/MP du 26 avril 2007 relative à l'exercice de la médecine de prévention.
15. Mourougou-Barlaud N. Évolution du poids et de l'indice de masse corporelle entre l'incorporation et la fin de la formation militaire chez les personnels de la Base pétrolière interarmées. Médecine et Armées 2010;38:447-52.

INFORMATION

Afin d'assurer un suivi régulier de l'acheminement de la revue « Médecine et Armées », merci de faire parvenir à la rédaction tous changements d'adresse d'affectation.

« Médecine et Armées » Mme M. SCHERZI
1 place Alphonse Laveran 75230 Paris Cedex 05

e-mail : medarmees@hiavdg.org
Lotus : martine.scherzi@sante.defense.gouv.fr
Tél. : 01 40 51 47 44
Fax. : 01 40 51 51 76