

Les indicateurs utilisés pour évaluer la prise en charge des urgences hospitalières en Afrique de l'Ouest

Sarah Louart, Adama Faye et Valéry Ridde

Introduction et méthodes

Nous avons réalisé une revue rapide des écrits scientifiques, définie comme un type de synthèse des connaissances dans lequel les éléments du processus d'examen systématique sont simplifiés ou omis pour produire des informations en peu de temps (Hamel et al., 2020 ; Khangura et al. 2012)¹. Pour cela, nous avons suivi les étapes proposées par le guide de l'OMS de Tricco et al. (2017)².

Nous voulions répondre à la question suivante : que sait-on des indicateurs utilisés pour comprendre et évaluer la prise en charge des urgences à l'hôpital en Afrique de l'Ouest ?

En particulier, nous voulions également comprendre :

- Quelles sont les méthodes utilisées pour renseigner ces indicateurs ?
- Quels types d'indicateurs sont utilisés ?
- Quels sont les défis liés à la production, l'utilisation et la documentation de ces indicateurs ?

Nous avons recherché dans différentes bases de données (PubMed, Cochrane Library, Web of science, EBSCO host (Academic Search Complete, APA PsycInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, EconLit), CINAHL), des mots-clés relatifs à l'Afrique de l'Ouest et aux services hospitaliers d'urgence. Nous n'avons pas réduit la recherche à une temporalité particulière et avons inclus tous les articles publiés jusqu'à la date de recherche dans les bases de données. Les critères de sélection des articles, pour ne sélectionner que les articles les plus pertinents, étaient : (1) l'étude est publiée en français ou en anglais, (2) elle a été réalisée en Afrique de l'Ouest, (3) dans un ou plusieurs hôpitaux, (4) elle concerne des cas d'urgence médicale (5) et mobilise des indicateurs pour analyser la situation de prise en charge de ces urgences.

Résultats

Cette recherche a permis de trouver 1729 articles. Après un travail systématique de sélection pour ne garder que les articles pertinents, nous avons inclus 73 études pour analyse.

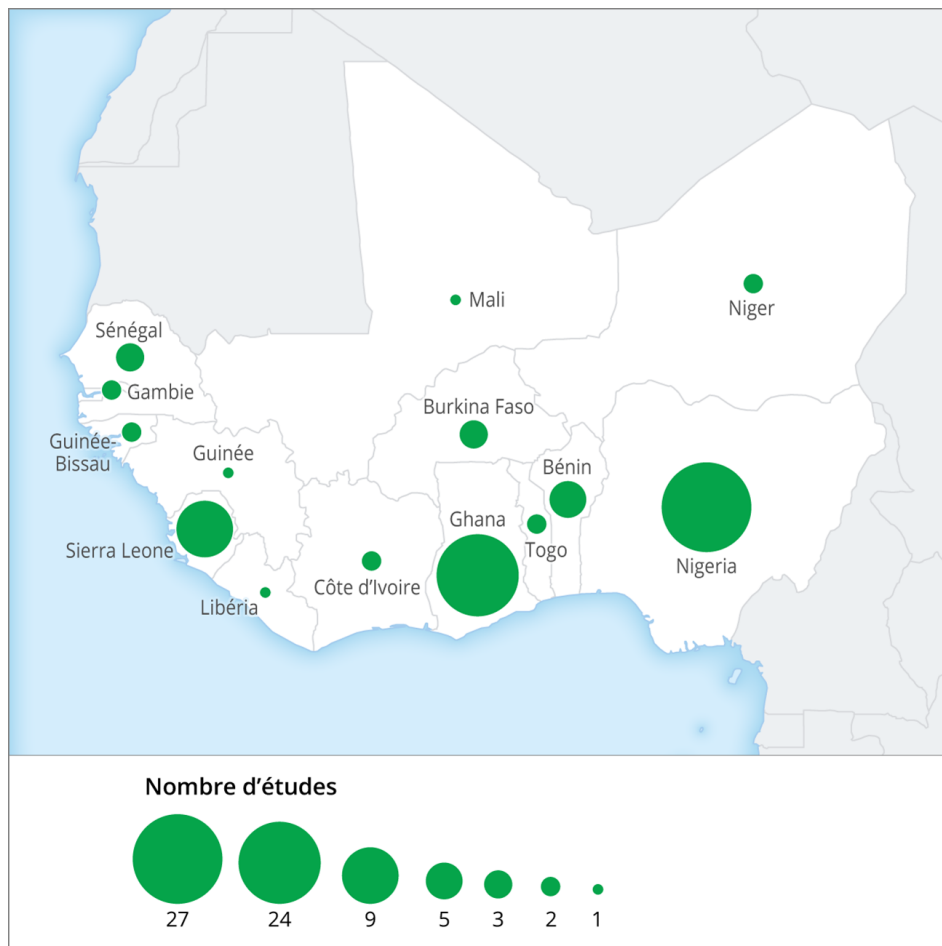
¹ Hamel C, Michaud A, Thuku M, Skidmore B, Stevens A, Nussbaumer-Streit B, Garritty C, Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews, Journal of Clinical Epidemiology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>.

Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. Syst Rev. 2012;1:10.doi:10.1186/2046-4053-1-10.

² Tricco A C, Langlois E V, Straus S E. (2017), Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide, Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

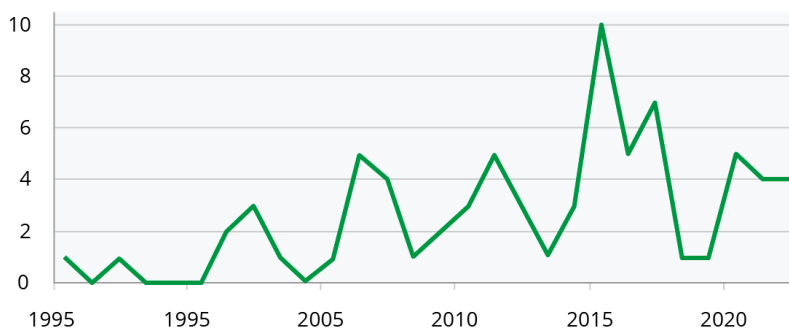
Caractéristiques des études

Ces études ont pris place dans 14 pays (certaines évaluations ont été menées dans plusieurs pays simultanément), comme le montre la carte ci-dessous



Elles ont été publiées entre 1995 et 2022.

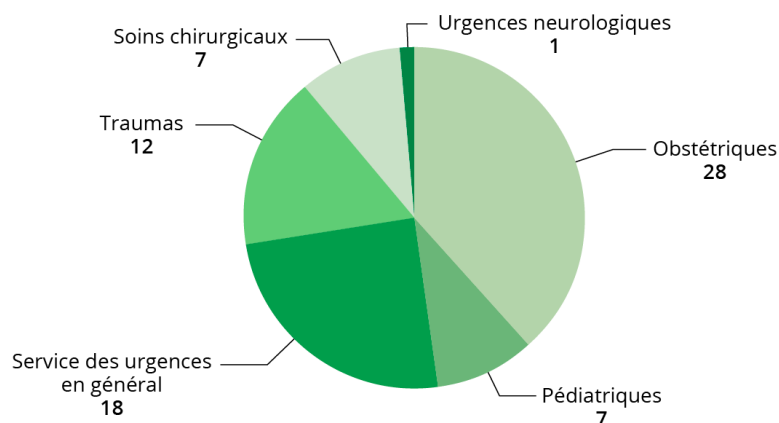
Évolution du nombre d'articles en fonction des années



Sur les 73 études, neuf présentaient l'évaluation de l'effet d'une intervention sur la qualité de la prise en charge des urgences à l'hôpital, alors que 64 articles présentaient les résultats d'une évaluation d'un état des lieux de la situation des urgences sur une période donnée.

Types d'urgences analysées

Ces études visaient à évaluer la prise en charge de différents types d'urgences. Ainsi, 28 études étaient concentrées sur les urgences obstétriques (avec parfois un focus sur un problème de santé en particulier : dyspnée, rupture utérine, etc.), 12 concernaient les traumatismes (avec parfois une attention particulière à des accidents spécifiques tels que les accidents de la route, etc.), 7 des soins chirurgicaux (orthopédiques, abdominaux, etc.), 7 les urgences pédiatriques spécifiquement, une les urgences neurologiques et 18 le service des urgences en général.



Méthodes utilisées pour renseigner les indicateurs

Les types de données utilisées pour renseigner les indicateurs sont majoritairement quantitatives (n=60 études sur 73). Seules 5 études ont utilisé des méthodes uniquement qualitatives, 5 études des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives), 2 une revue de la littérature ou une revue documentaire, et enfin, une étude a utilisé le rapport de cas (*case report*).

Les moyens les plus utilisés de renseigner les indicateurs étaient : la revue des registres contenant les informations des cas d'urgences, et l'administration de questionnaires auprès des agents de santé ou d'autres staffs travaillant à l'hôpital.

Types d'indicateurs

Parmi les indicateurs utilisés, 34 études ont mobilisé des indicateurs « certifiés » (c'est-à-dire reconnus, souvent produits par des institutions internationales telles que l'OMS ou des groupes de recherche) et 39 n'ont pas basé leur étude sur des indicateurs certifiés. Certaines études ont mobilisé des indicateurs utilisés ou produits antérieurement par d'autres études mais qui ne sont pas forcément « certifiés ». Très peu d'auteurs justifient le choix des indicateurs utilisés. Les auteurs expliquent très rarement pourquoi ils ont choisi de recourir à certains indicateurs pour évaluer la qualité et les capacités de prise en charge plutôt que d'autres.

Les tableaux ci-dessous reprennent les principaux documents desquels les indicateurs utilisés sont issus, classés en deux catégories (sources de l'OMS et les autres).

Documents issus de l'OMS

- Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications
- Guidelines for essential trauma care (EsTC)
- Integrated management for emergency and essential surgical care (IMEESC) toolkit
- Guidelines for trauma quality improvement programmes (ex: Methods for preventable death panel reviews)
- IMPAC guidelines on the Management of Obstetric Emergencies
- The WHO Application of international classification of diseases (ICD-10) to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM
- Field Manual for Capacity Assessment of Health Facilities

Autres documents

- Pediatric Personnel, Infrastructure, Procedures, Equipment and Supplies (PediPIPES)
- Modèle des trois délais de Thaddeus et Maine
- Recommandations du ministère de la santé publique tunisien sur la prise en charge de la dyspnée aux urgences
- Ghana Health Service (GHS) Emergency Supply Checklist
- Logistics Indicators Assessment Tool (LIAT)
- Patient survey report, Accident and emergency department survey 2012 (Care quality commission)
- Consumer Quality Index for Accident and Emergency by Bos, Sturms, et al.
- Fifth report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa
- The International Assessment of Capacity for Trauma (INTACT) index
- Emergency Nurses Association (ENA). Trauma Nursing Core Curriculum (TNCC). 7th ed. Les Plaines, US: ENA; 2014
- Emergency Nurses Association (ENA). Certified Emergency Nurse Review Manual and Online Exams. 4th ed. Les Plaines, US: ENA; 2009
- African Federation for Emergency Medicine. AFEM Handbook Of Acute And Emergency Care. Cape Town: OUP Southern Africa; 2014
- Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department
- Revised trauma score (RTS), injury severity score (ISS), probability of survival (Ps), Abbreviated Injury Scale (AIS)
- United Nations process indicators for emergency obstetric care
- African Emergency Nursing Curriculum (AENC)
- EmOC Needs Assessment Toolkit by Averting Maternal Death and Disability program at Columbia University, New York, USA and UN partners
- Service Provision Assessment by DHS (demographic and health surveys) program

Domaines évalués

Les principaux domaines utilisés dans les études pour évaluer la qualité et les capacités de prise en charge des urgences étaient : les résultats en matière de santé, les caractéristiques des personnels de santé, la disponibilité des médicaments et équipements, les capacités de prise en charge, l'utilisation des services, la perception des patients, les infrastructures, le temps de prise en charge, et des indicateurs sur le domaine administratif/organisationnel. Seule une étude présentait un indicateur relatif à l'équité.

Domaines évalués	Exemples d'indicateurs
Résultats en matière de santé	Mortalité, complications, déficiences en matière de soins, nombre estimé de vies sauvées, décès évitables, etc.
Personnels de santé	Niveau de formation du personnel médical, disponibilité d'agents de santé de qualification et spécialité diverses, connaissances des personnels sur les procédures à suivre, etc.
Disponibilité des médicaments et équipements	Présence de divers équipements (oxygénothérapie, pompe d'aspiration, sondes nasogastriques, etc), disponibilité des médicaments essentiels, gestion des stocks, etc.
Capacités de prise en charge	Capacités à réaliser certaines procédures, exactitude diagnostique, écarts de prise en charge par rapport aux protocoles, etc.
Utilisation des services	Nombre d'accouchements et de patients traités, heures d'ouverture des services, etc.
Perception des patients	Accueil reçu, attitude des agents de santé, rapidité du contrôle de la douleur, satisfaction, etc.
Infrastructures	Présence d'un lieu de triage, capacité de stockage des médicaments, eau courante, électricité, nombre de lits, état des locaux, etc.
Temps de prise en charge	Temps entre l'arrivée et l'attention d'un agent de santé, temps entre le diagnostic et le traitement/intervention, gestes d'urgence administrés dans les 30 minutes après l'admission, etc.
Administratif / organisationnel	Présence de protocoles de prise en charge, bonne tenue des dossiers et des registres, etc.
Equité	Présence de favoritisme

Leçons apprises sur l'utilisation des indicateurs

Les défis de fiabilité et de complétude des données sont souvent mis en avant dans les articles (notamment dans le cas d'études rétrospectives ou s'appuyant sur les registres et autres documents complétés par les agents de santé). En effet, les personnels de santé ont parfois énormément de documents différents à compléter, ils doivent également travailler en situation d'urgence et la plupart du temps les registres sont complétés de façon insuffisante. Cela ne permet pas de renseigner correctement certains indicateurs si la source pour collecter les données sont ces registres hospitaliers.

Une autre réflexion menée par un certain nombre d'auteurs porte sur l'utilisation de questionnaires auprès d'agents de santé pour renseigner certains indicateurs. D'abord, certaines questions sont binaires (ex : présence ou non de tel équipement) et donc peu sensibles ; d'autres sont basées sur des systèmes de notation (de 0 à 3 concernant la disponibilité de tel ou tel appareil) qui sont plutôt subjectifs. Dans ce cadre, il est alors important à la fois de trianguler les discours afin de confirmer les données (ex : interroger plusieurs personnes par structure), mais également de trianguler les méthodes pour renseigner ces indicateurs (ex : coupler questionnaires aux personnels de santé et observations directes des équipements sur les sites).

Certains indicateurs mobilisés dans les études sont également jugés parfois soit comme étant subjectifs (ex : l'analyse des morts « évitables »), soit comme pouvant difficilement représenter la situation réelle (ex : indicateur très fluctuant selon le dénominateur utilisé), ou encore comme étant sujet à certaines incompréhensions (ex : les terminologies peuvent changer selon les contextes et les documents ce qui peut entraîner de mauvaises classifications).

Pour s'assurer de la validité et de la qualité de l'analyse, il est donc nécessaire de multiplier les indicateurs, puisque les indicateurs pris individuellement peuvent avoir des limites, mais ensemble, ils permettent d'avoir un aperçu global de la situation. Idéalement, il faut non seulement multiplier les indicateurs mais également leur type. Par exemple, des indicateurs uniquement cliniques ne suffisent souvent pas pour avoir une analyse approfondie de la situation. La mobilisation d'indicateurs liés aux processus de soins, ou encore par exemple à l'équité est également cruciale.

Il est aussi important d'adapter les indicateurs utilisés aux différents contextes. En effet, les indicateurs sont parfois issus de réflexions portées par des personnes ou organisations sur des pays ou contextes très éloignés de celui dont on veut présentement faire l'analyse. Il y a donc un ajustement essentiel à avoir entre le besoin de pouvoir comparer les résultats entre différents établissements et contextes, et le besoin d'adapter les mesures et analyses aux spécificités locales.

Enfin, la qualité n'est pas un concept qui peut être défini de façon universelle et unanime. Une approche holistique de la qualité de la prise en charge est donc recommandée par les auteurs. Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte à la fois les attentes des patients (qui ne peuvent être dissociées de la qualité) et des agents de santé, notamment en utilisant des méthodes de collecte des données qualitatives. Elles permettront également, au-delà de l'identification chiffrée des déficiences permises par d'autres méthodes, de comprendre d'où celles-ci proviennent (facteurs internes, externes, etc). Comprendre l'origine des problèmes rencontrés est essentiel pour agir et formuler des recommandations d'intervention.

Recommandations

- Justifier la sélection des indicateurs choisis parmi toute la palette des indicateurs disponibles pour évaluer la qualité et les capacités de prise en charge des urgences et s'assurer de leur pertinence pour l'étude
- S'appuyer sur des indicateurs reconnus, mais toujours vérifier qu'ils soient adaptés aux contextes d'étude afin de prendre en compte les spécificités locales
- Ne pas se focaliser uniquement sur des indicateurs quantitatifs, mais mobiliser également des méthodes qualitatives pour comprendre les processus à l'œuvre et recueillir l'avis des parties prenantes principales concernées (patients et agents de santé)
- Multiplier les sources pour renseigner les indicateurs et les méthodes d'enquête afin de s'assurer de la qualité des données

Plus d'informations : sarah.louart@gmail.com