

Mise en place et impact d'un programme d'assurance qualité pour l'hypertension artérielle en première ligne

Implementing and assessing the impact of an hypertension quality assurance program at the primary care level

Letaief M¹, El Mhamdi S², Nouira R³, Mhirsi A³, Sriha A⁴, Belghith Z³, Jebara H^{3,5}, Soltani MS⁶

Résumé

Objectif : Évaluation de l'impact d'un programme d'amélioration de la qualité des soins au niveau de trois centres de santé de base de la région de Monastir.

Méthodes : La première phase était un audit de la qualité de la prise en charge sur le processus et les résultats, en utilisant un référentiel. Cette étape était réalisée sur un échantillon de 390 patients suivis pendant au moins une année pour hypertension artérielle essentielle. La deuxième phase établissait des priorités d'amélioration de la prise en charge et l'analyse approfondie des causes des problèmes. La troisième phase constituait un cadre d'assurance qualité résumant les différentes activités et les indicateurs de suivi. La quatrième phase évaluait le programme six mois après, en utilisant la méthode de l'échantillonnage en lot.

Résultats : Selon le centre, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) variait entre 3,8 % et 33,8 %, la pratique du fond d'œil de 13 % à 37 % et la connaissance de la valeur normale de la tension artérielle chez l'adulte variait de 30 % et 59,2 %. L'étude postinterventionnelle a montré que la notification de l'IMC a atteint la norme de 80 % pour les trois centres. La réalisation du fond d'œil a dépassé la norme préconisée (60 %). La connaissance de la valeur normale de la pression artérielle ainsi que la proportion de patients équilibrés se sont améliorés significativement ($p < 0,01$).

Conclusion : La mise en place d'une démarche qualité permet aux équipes locales d'agir pour réduire les écarts par rapport aux recommandations.

Prat Organ Soins 2010;41(1):45-53

Mots-clés : Audit médical ; garantie qualité soins ; soins santé primaire ; soins centrés sur le patient ; étude échantillon.

Summary

Aim: Assessing the impact of a healthcare quality program of essential hypertension in three primary healthcare centers (PHC) in the region of Monastir, Tunisia.

Methods: The first phase was represented by an audit of the quality of care covering both the process and results using a referential. This step was performed on a sample of 390 patients followed for at least one year for essential hypertension. The second phase was devoted to setting priorities for healthcare improving and analysis of the causes of problems using the root cause analysis. The third phase was intended at establishing a quality assurance framework, which summarizes the planned activities as well as the selected monitoring indicators. The fourth phase was the impact evaluation of the program six months after, and uses the Lot Quality Assurance Sampling method.

Results: The body mass index (BMI) notification ranged between 3.8% and 33.8% in the three study centers. The ophthalmic fundus was differently performed by center (from 13 % at the PHC1 to 37% at PHC3). Furthermore, the patients' knowledge of the normal blood pressure values ranged from 30% to 59.2%. The post-intervention assessment phase shows that the BMI notification had reached the standard of 80% in the three centers. Similarly the practice of the ophthalmic fundus had exceeded the defined standard (60%) in each center. The knowledge of the normal blood pressure values as well as the proportion of controlled patients were significantly improved ($p < 0.01$).

Conclusion: The establishment of a quality improvement initiative enables local teams to implement corrective measures.

Prat Organ Soins 2010;41(1):45-53

Keywords: medical audit; quality assurance, health care; primary health care; patient-centered care; sampling studies.

¹ Professeur, Service de médecine et d'épidémiologie, Centre hospitalier universitaire de Monastir. Unité de recherche 12SP29, Ministère de la santé publique (Tunisie).

² Résidente, Service de médecine et d'épidémiologie, Centre hospitalier universitaire de Monastir (Tunisie).

³ Médecin major en santé publique, Service régional de santé de base, Monastir (Tunisie).

⁴ Assistante, Service de médecine et d'épidémiologie, Centre hospitalier universitaire de Monastir (Tunisie).

⁵ Directeur de la Direction des soins de santé de base de Monastir (Tunisie).

⁶ Professeur et chef de service, Service de médecine et d'épidémiologie, Centre hospitalier universitaire de Monastir (Tunisie).

Adresse pour correspondance : Dr El Mhamdi Sana. Service de médecine préventive et d'épidémiologie, CHU de Monastir, Tu-5000 Monastir (Tunisie).
E-mail : sanaelmhamdi@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les maladies cardio-vasculaires dont l'hypertension artérielle (HTA) représentent un problème de santé publique à travers le monde, de par leurs fréquences et leurs coûts [1]. La Tunisie est également concernée et la fréquence des maladies cardio-vasculaires est en nette augmentation [2]. Face à cette situation, un programme national visant l'amélioration de la qualité de prise en charge des hypertendus et des diabétiques dans les centres de santé de base a été lancé depuis une quinzaine d'années [3].

Par ailleurs, notre pays vit une période de réforme des établissements et des filières de soins. Cette nouvelle vision nécessiterait la maîtrise des méthodes et des principes de base de l'amélioration de la qualité des soins par les différents acteurs du système. Ce qui justifie les tendances actuelles soulignant la nécessité de diffuser la culture de l'amélioration de la qualité des soins et de centrer les soins selon les besoins et les attentes du patient, en utilisant des pratiques fondées sur des données probantes (*evidence based medicine*).

L'objectif de cet article était d'évaluer l'impact d'un programme d'amélioration de la qualité des soins dans trois centres de santé de base de la région de Monastir.

MÉTHODES

Ce travail était réalisé au niveau de la région sanitaire de Monastir, qui est une région de la côte Est de la Tunisie. Elle comporte 88 centres de santé de base, assurant différentes activités préventives et curatives, parmi lesquelles la prise en charge des pathologies chroniques occupe une part très importante.

Notre méthode de travail fait référence au cycle d'amélioration de la qualité des soins et de l'assurance qualité. Ainsi, les quatre étapes suivantes ont été suivies :

1. Phase I : Auto-évaluation et établissement des priorités

Pour évaluer la prise en charge des patients hypertendus au niveau de la région sanitaire de Monastir, nous avons choisi trois centres de santé de base (CSB). Ce choix était basé sur leurs motivations et collaborations antérieures dans des études d'amélioration de la qualité des soins dans la région.

Une équipe multidisciplinaire était chargée du suivi de ce projet. Elle était composée des trois médecins généralistes dans la région de Monastir, un pharmacien, trois infirmiers et un personnel administratif.

Notre évaluation était basée sur la réalisation d'un audit clinique. Il s'agit d'une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer [4].

L'audit clinique s'adressait d'une part au processus de prise en charge des patients hypertendus suivis ou moins depuis une année au centre de santé. D'autre part il évaluait le résultat de la prise en charge, en l'occurrence l'équilibre de la tension artérielle, la connaissance du patient de sa pathologie et sa satisfaction par rapport à la prise en charge médicale.

Pour le processus de prise en charge, nous nous sommes référés à une grille. Cette dernière a été développée par une équipe multidisciplinaire locale, en prenant comme références les recommandations d'institutions (Organisation mondiale de la santé et la Haute Autorité de santé) et le programme national de prise en charge des maladies chroniques du Ministère de la santé publique [3, 5].

Pour le résultat de la prise en charge, l'équilibre de la tension artérielle était jugé sur le dernier chiffre de la tension artérielle figurant sur le dossier médical. Les connaissances du patient et sa satisfaction étaient évalués par un questionnaire conçu à cet effet.

À partir de la population de patients hypertendus drainés par chaque centre (332 patients au niveau du CSB1, 298 patients au niveau du CSB2 et 320 patients au niveau du CSB3), l'audit était réalisé sur un échantillon de 390 patients hypertendus. La taille de l'échantillon était calculée en se basant sur une prévalence de prise en charge de qualité de 30 % avec une précision de 5 %. La sélection des patients était faite par échantillonnage aléatoire systématique avec un pas de cinq. La base de l'échantillonnage était faite par tous les patients suivis dans chaque centre de santé, depuis au moins une année. Dans chaque centre, un enquêteur externe, préalablement formé, a procédé à l'identification des patients. Chaque patient identifié était invité à la participation volontaire à cette étude, tout en lui expliquant préalablement les objectifs de l'étude et son intérêt.

2. Phase II : Analyse des causes et développement des solutions

L'équipe locale avait préalablement bénéficié d'une formation, réalisée par un coordinateur du Service de médecine préventive et d'épidémiologie, concernant les outils de la qualité. L'équipe a été ensuite invitée à analyser les causes des insuffisances identifiées durant la première étape en utilisant les méthodes du

brainstorming et de l'analyse approfondie des causes. Il s'agit de méthodes qui se focalisent plutôt sur la recherche des causes réelles d'un problème plutôt que de traiter seulement les symptômes [6].

Au terme de cette étape, deux priorités ont été sélectionnées, l'une était en rapport avec l'efficacité technique de la prise en charge médicale, c'est-à-dire le contenu et la qualité des examens de la prise en charge de l'hypertension artérielle en première ligne.

La deuxième était en rapport avec l'approche centrée sur le patient. Cette dernière constitue un pilier important pour la réussite de la prise en charge particulièrement pour les maladies chroniques. Elle associe ainsi différents aspects tels que la communication médecin-patient, les connaissances du malade sur sa pathologie, la promotion de la santé et le partenariat avec le patient [7].

3. Phase III : Établissement de cadres d'assurance qualité

Le cadre d'assurance qualité comporte les éléments résumant le problème, les différentes stratégies adoptées ou résultats intermédiaires, ainsi que le plan d'actions définissant les activités choisies, les ressources nécessaires, les personnes responsables de la réalisation de l'activité. Dans ce cadre, nous trouvons également les indicateurs de suivi et de monitoring de l'activité ainsi que la norme à atteindre. Cette dernière était fixée par l'équipe d'amélioration de la qualité en prenant en considération l'environnement et le contexte de pratique [8].

Au cours de cette phase, l'équipe d'amélioration de la qualité était invitée à produire deux cadres d'assurance qualité pour les deux critères choisis.

4. Phase IV : Évaluation de l'impact à moyen terme du programme d'amélioration de la qualité des soins

L'impact du programme d'assurance qualité était évalué six mois après sa mise en place. Cette évaluation était basée sur la méthode d'échantillonnage par lots pour l'assurance de qualité (LQAS). Cette dernière était préconisée par l'Organisation mondiale de la santé notamment dans l'évaluation de la couverture vaccinale. Elle est aussi indiquée pour l'évaluation du degré de réalisation des indicateurs d'assurance qualité préétablis. Elle permet une évaluation rapide, peu coûteuse et applicable à des faibles échantillons [9]. Ainsi, en fixant la norme à atteindre et le risque d'erreur, on peut calculer le nombre de personnes nécessaires et le nombre acceptable de non conformité aux normes.

Dans notre étude, la méthode se base sur le calcul du nombre acceptable de dossiers défectueux (ne comportant pas les critères de qualité déjà cités). Selon les normes fixées, l'effectif maximal requis est de 30 dossiers par centre de santé de base pour réaliser une évaluation postintervention. Ainsi, à partir de l'ensemble des patients hypertendus de chaque centre, nous avons suivi la même procédure d'échantillonnage aléatoire systématique avec un pas de cinq.

Cette évaluation postinterventionnelle ne s'est intéressée qu'à l'ensemble des variables figurant dans le cadre d'assurance qualité. Les variables ne rentrant pas dans ce cadre n'étaient pas incluses dans l'évaluation postinterventionnelle.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales de l'échantillon de l'étude

L'âge moyen des patients hypertendus était de $66,8 \pm 9$ ans dans le premier centre, $64,2 \pm 7,4$ ans dans le second et 59 ± 11 ans dans le troisième sans différence significative entre les trois. Les deux tiers des patients de chaque centre appartenait à la tranche d'âge 60 ans et plus. La proportion de patients non scolarisés était comparable entre les trois centres. Ce taux était de 70 % dans le CSB1, 63 % dans le CSB2 et 67 % dans le CSB3.

La proportion de diabètes était également équivalente entre les trois centres de l'étude. En effet, 45 % des patients des CSB1 et 2 et 48 % des patients des CSB3 étaient diabétiques sans différence significative entre eux.

2. Évaluation de la prise en charge en préintervention

Dans cette étape, nous avons considéré non fait tout acte dont l'information ne figurait pas sur le dossier médical. La prise du poids était notée dans plus de 90 % des cas alors que celle de la taille variait entre 42 % et 91 % sans différence significative entre les trois centres. Par ailleurs, le taux de réalisation du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) était différent selon les centres, avec des proportions allant de 3,8 % au niveau du CSB1 à 33,8 % au niveau du CSB2 ($p < 0,01$) (tableau I).

Les dosages biologiques étaient également variables selon les centres. Le dosage de la glycémie et du bilan lipidique avait atteint les 80 % dans les trois CSB de l'étude, par contre le dosage de la protéinurie de 24 h n'a pas dépassé les 20 %. La pratique du fond d'œil

Tableau I
 Pourcentage de réalisation de l'examen physique de l'hypertension artérielle dans les trois centres de santé de base (CSB).

	CSB 1 (%) (N = 130)	CSB 2 (%) (N = 130)	CSB 3 (%) (N = 130)	<i>p</i>
Poids	90,8	99,2	94,6	NS ^a
taille	42,3	91,5	69,2	NS ^a
Indice de masse corporelle	3,8	33,8	30	< 0,01
pouls	63,8	94,6	83,8	NS ^a
auscultation cardiaque	90,8	93,8	86,2	NS ^a

^a NS : non significatif.

variait significativement entre les trois centres. En effet, la réalisation du fond d'œil est passée de 13 % dans le CSB1 à 37 % dans le CSB3. L'électrocardiogramme variait significativement, au même titre que le fond d'œil, entre les trois centres (de 15,4 % à 70,8 %) (tableau II).

La moyenne de la tension artérielle systolique (TAS) était de 158 ± 20 mmHg dans le premier centre, 168 ± 20 mmHg dans le second et 156 ± 17 mmHg au niveau du troisième (p = NS). La tension artérielle diastolique moyenne (TAD) était de 88 ± 12 mmHg au niveau du premier centre, 97 ± 38 mmHg au niveau du second et 85 ± 14 au niveau du troisième (p = NS). L'équilibre de la tension artérielle variait entre 28 % et 37 % des patients des trois centres sans différence statistiquement significative.

La valeur normale de la tension artérielle chez l'adulte était connue par 39 % des patients du CSB1, 32 % des patients du CSB2 et 50 % de ceux du CSB3 avec une différence statistiquement significative entre les trois centres. Par ailleurs, moins de la moitié des patients de chaque centre a reçu des explications concernant leur pathologie et ses modalités du suivi médical de la part

de leur médecin. Le taux de satisfaction des patients a dépassé les 80 % (de 80 % dans le premier centre à 87 % dans le troisième centre) (p = NS).

3. Mise en place d'un cadre d'assurance qualité

a) Critère 1 : approche centrée sur le patient

Les activités envisagées, les indicateurs de suivi ainsi que les performances à atteindre figurent sur le tableau III.

Les deux premières activités étaient focalisées sur le renforcement du rôle du patient dans la réussite de la prise en charge de l'HTA. Nous avons développé des supports éducatifs. Ces derniers portaient sur quatre thèmes en rapport avec l'hypertension artérielle : ce que le patient devrait savoir sur l'hypertension artérielle, le rôle du patient dans la réussite de la prise en charge médicale, l'observance du traitement antihypertenseur et les complications de l'hypertension artérielle. Nous avons également instauré dans les dossiers des patients deux fiches de couleurs jaune et rouge. Sur la fiche jaune figurent les quatre thèmes sélectionnés pour l'éducation des patients. Le médecin devrait cocher sur

Tableau II
 Pourcentage de réalisation du bilan biologique de l'hypertension artérielle dans les trois centres de santé de base (CSB).

	CSB 1 (%) (N = 130)	CSB 2 (%) (N = 130)	CSB 3 (%) (N = 130)	<i>p</i>
Glycémie	90	86,9	95,4	NS ^a
cholestérol	80,8	83,1	92,3	NS ^a
Triglycérides	80	83,8	92,3	NS ^a
ionogramme sanguin	16,2	48,5	63,1	< 0,01
Protéinurie de 24 h	14	15,4	32,3	< 0,01
Créatininémie	65,4	77,7	86,9	NS ^a
Electrocardiogramme	15,4	50,8	70,8	< 0,01
Fond d'œil	13	35,4	37	< 0,01

^a NS : non significatif.

Tableau III
Cadre d'assurance qualité pour le critère d'approche centrée sur le patient
de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA).

Activités	Responsable	Début	Ressources supplémentaires	Indicateurs	Source	Norme
1 – Développement d'un support d'éducation sur le thème de la place du malade dans la réussite de la prise en charge de l'HTA.	DMC ^a + SRSSB ^b	Juillet 2005	Édition de supports : vidéo, affiche, chevalet à feuilles mobiles	Nombre d'affiches conçues / Nombre d'affiches prévues	Rapport d'activités	100 %
2 – Instaurer des séances d'éducation de groupe portant sur le thème de la place du malade dans la réussite de la prise en charge de l'HTA.	Médecin. DMC ^a	Septembre 2005	–	Nombre de malades ayant assisté à ce thème / Nombre de malades suivis au centre	Rapport d'activité d'éducation du CSB Dossier médical	90 %
3 – Garantir un temps minimum pour l'entrevue médecin malade de 15 minutes.	Médecin	Septembre 2005	–	Nombre de malades ayant bénéficié d'une entrevue ≥ 10 minutes / Nombre total de malades avec HTA	Audit clinique	80 %
4 – Former et sensibiliser les médecins sur l'importance de l'approche centrée sur le patient.	Groupe de travail	Septembre 2005	–		Rapport d'activités	2 séances/ an

^a DMC : Département de médecine communautaire.

^b SRSSB : Service régional des soins de santé de base.

la fiche chaque thème auquel le patient avait assisté. De ce fait, nous espérons garantir une couverture de tous les hypertendus pour ces thèmes d'éducation. La fiche rouge était aussi intégrée dans le dossier du patient. L'objectif était de rappeler au médecin la nécessité de prescrire les examens périodiques de suivi recommandés.

Un temps minimum de 15 minutes pour l'entrevue médecin-malade constitue la troisième activité et dont la norme est fixée à 80 %. La quatrième activité s'intéressait à la formation et à la sensibilisation des médecins quant à l'importance de l'approche centrée sur le patient. Un nombre minimal de deux séances de formation par an était planifié (tableau III).

b) Critère 2 : efficacité technique

Un ensemble de cinq activités étaient conçues pour améliorer l'efficacité technique de la prise en charge médicale des patients hypertendus. Le médecin était responsable de la première activité à savoir, la notification systématique de l'indice de masse corporelle (IMC) sur le dossier médical. La seconde activité consistait à assurer un stage pratique de formation en ophtalmologie pour deux médecins. Après avoir terminé ce recyclage formation, les médecins étaient plus motivés à pratiquer le fond d'œil au niveau de leurs centres (activité 3).

L'équipe médicale et paramédicale de chaque centre était invitée à mieux organiser la prescription de l'électrocardiogramme et à l'agrafer dans le dossier médical (activité 4).

La cinquième activité était également sous la responsabilité de l'équipe du centre. Il s'agissait de l'intégration d'une feuille momentanée de couleur rouge permettant de rappeler le médecin des examens à prescrire (tableau IV).

4. Évaluation de la prise en charge en postintervention

Cette étape a été réalisée six mois après la mise en place du cadre d'assurance qualité. Nous avons évalué son impact par la méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance qualité (LQAS). Cette évaluation était réalisée pour les deux critères sélectionnés pour l'intervention, tout en se limitant aux indicateurs figurant sur les cadres d'assurance qualité. Ainsi, l'étude de l'efficacité technique postinterventionnelle était basée sur les normes de pratique de la protéinurie, de l'ECG, du fond d'œil et de l'IMC. Pour l'application de la méthode LQAS, et selon la norme de chaque critère, un maximum de 30 et un minimum de 16 dossiers étaient requis. Le nombre de dossiers défectueux qui pouvaient être acceptés variait entre deux et huit dossiers pour chaque centre.

Tableau IV
Cadre d'assurance qualité pour le critère pour d'efficacité technique de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Action	Responsable	Dates	Ressources	Indicateurs	Sources	Normes
Noter systématiquement le calcul de l'IMC ^a sur le dossier médical	Médecin	Fin juin 2005	Toise, pèse-personne, calculatrice	Nombre des dossiers médicaux avec IMC	Dossier médical	80 %
Assurer un stage pratique de formation en ophtalmologie pour les deux médecins du centre	Médecin formé	1 ^{re} semaine de juillet 2005 2 ^e semaine de juillet 2005	Non	Nombres de médecins formés / médecins à former	Cahier du rapport journalier du centre	100 %
Pratique du fond d'oeil au centre par le médecin formé	Médecin formé	Mi-juillet 2005	Non	Nombre de fonds d'oeil faits / Nombre de fonds d'oeil à faire	Dossier médical	60 %
Réorganiser la prescription de l'ECG ^b et l'agrafer dans le dossier médical	Médecin + Infirmier	juillet 2005	Non	Nombre des ECG faits dans le même jour / Nombre total des ECG	Dossier médical	≤ 10 %
Anticiper la pratique des examens complémentaires en utilisant l'astérisque de rappel. Intégrer momentanément une feuille de rappel de couleur rappelant la nécessité d'améliorer la prescription des bilans	Médecin	juillet 2005	Non	Nombre de dossiers médicaux comportant un rappel des examens complémentaires / Nombre total des dossiers médicaux	Dossier médical	90 %

^a IMC : indice de masse corporelle.

^b ECG : Electrocardiogramme.

Tableau V
Évaluation des indicateurs de l'efficacité technique postinterventionnelle par la méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance qualité.

	CSB ^a 1 N = 30 (p)	CSB ^a 2 N = 30 (p)	CSB ^a 3 N = 30 (p)
Indice de masse corporelle	24/30 ($< 0,001$)	25/30 ($< 0,001$)	28/30 ($< 0,001$)
Electrocardiogramme	16/30 ($< 0,001$)	26/30 ($< 0,001$)	27/30 (0,03)
Fond d'oeil	18/30 ($< 0,001$)	20/30 (0,003)	27/30 ($< 0,001$)
Protéinurie	18/30 ($< 0,001$)	21/30 ($< 0,001$)	23/30 ($< 0,001$)

^a CSB : Centre de santé de base.

Nos résultats ont montré que les normes de chaque critère étaient atteintes. La notification du BMI avait dépassé la norme de 80 % dans les trois centres. La pratique du fond d'oeil par le médecin du centre avait atteint la norme de 60 % dans le premier centre, 65 % dans le second centre et 90 % dans le troisième centre (tableau V).

Concernant les connaissances des patients, nos résultats ont montré une amélioration significative par rapport aux résultats de la pré-intervention. La connaissance de la valeur normale de la tension artérielle a atteint la

valeur de 45 % dans le CSB1, 55 % dans le CSB2 et 63 % dans le CSB3. Il en est de même pour l'équilibre tensionnel qui s'est amélioré significativement avec des taux variant entre 42 % et 47 % ($p < 0,01$).

DISCUSSION

Cette étude nous a permis d'utiliser des outils spécifiques à l'amélioration de la qualité des soins en les appliquant à l'hypertension artérielle en première ligne. Ainsi, nous avons pu identifier des insuffisances dans la prise en charge qui étaient ensuite intégrées dans une démarche de l'amélioration de la qualité. Cette étude montre que, dans l'ensemble, l'utilisation de cette approche est relativement applicable à notre contexte, permettant ainsi de tester la capacité des équipes locales à acquérir cette méthode, de renforcer leur habileté dans ce domaine. Ainsi, cette méthode pourrait être reprise pour d'autres pathologies chroniques rencontrées en première ligne.

Notre étude comporte certaines limites telles que son centrage sur la prise en charge d'une seule pathologie et non pas sur l'ensemble des soins prodigués en première ligne. De même, l'évaluation de la satisfaction des patients est une notion subjective et informe peu sur la qualité technique [10]. L'évaluation du versant technique de la prise en charge, basée sur les données du dossier médical, peut également être une source

de biais. En effet, un examen non mentionné sur ce dossier ne signifie pas obligatoirement l'absence de sa réalisation. Ce mode de recueil dépend de la qualité de l'information figurant sur le dossier médical. En dépit des potentiels biais, les interventions visant la qualité des soins de l'hypertension artérielle ont prouvé leur efficacité dans l'amélioration de l'adhérence des médecins aux recommandations de bonne pratique et des patients au processus de leur prise en charge [11].

Il est actuellement bien établi qu'une prise en charge efficace de l'HTA permettrait de réduire l'incidence des complications vasculaires, tels que l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux [12, 13]. Cependant, cette prise en charge, de plus en plus fréquente, s'accompagne de faibles taux de contrôle tensionnel ne dépassant pas les 30 % [14, 15]. Il en est de même en Tunisie puisque l'équilibre tensionnel a été rapporté dans des proportions ne dépassant pas les 30-40 % [16].

Dans notre étude, les trois CSB avaient déjà collaboré dans des études d'amélioration de la qualité des soins dans la région. Certaines disparités existent au niveau des pratiques de ces centres. En effet, le CSB3 se caractérise par une équipe médicale et paramédicale qui travaille en collaboration. Cette équipe organise périodiquement des séances d'éducation sanitaire visant un meilleur suivi des pathologies chroniques. Il est également important de noter la collaboration de l'équipe administrative en termes de couverture des besoins matériels du centre (réactifs, médicaments, etc.).

En dépit des disparités de pratique entre les trois centres, nous avons considéré qu'ils sont équivalents. En effet, l'objectif principal de notre étude était d'améliorer la qualité de prise en charge des patients hypertendus en première ligne et non pas de comparer les trois centres entre eux.

Le volet médical technique de cette prise en charge était basé sur la réalisation d'un audit clinique, qui permet de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel [17]. Ainsi, l'écart observé entre la qualité souhaitée et explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis de suivi de son impact.

La prise en charge de l'hypertension artérielle en première ligne passe par une approche pragmatique comportant, selon les recommandations de Haute Autorité de santé en France, la réalisation d'un bilan minimal d'explorations recommandées, chacun d'entre eux a un but précis. Il est indispensable de les réaliser avant la prescription médicamenteuse et lors de suivi de ces patients. Il s'agit essentiellement d'ionogramme

sanguin, glycémie, cholestérol-triglycéride, protéinurie, créatinine, électrocardiogramme et fond d'œil [4].

Ces examens visent la recherche du retentissement viscéral et l'évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaires associés [18]. Un haut risque cardio-vasculaire nécessite la référence du patient au spécialiste (cardiologue, médecin interniste, etc.). Selon plusieurs séries nationales et internationales, seulement 6 % à 23 % des patients réalisent la totalité des explorations recommandées [19, 20]. Le faible recours aux recommandations est essentiellement lié aux connaissances ou au comportement des médecins [21, 22].

Dans notre étude, nous avons constaté des insuffisances d'applications des normes recommandées. Outre la faible adhérence aux recommandations de la part des médecins, ces résultats peuvent s'expliquer également par notre culture qui est plutôt orale qu'écrite. En effet, un examen peut être réalisé mais non mentionné.

En plus des facteurs déjà cités, l'éducation des patients et leur implication dans le processus de prise en charge sont un garant de l'évolution favorable de toute pathologie chronique. En effet, le manque d'adhésion des patients au traitement constitue un obstacle majeur empêchant leur équilibre tensionnel [23]. Dans notre cas, bien que plus de 80 % des patients sont satisfaits de leur prise en charge, les patients équilibrés variaient entre 28 % et 37 %. Ainsi, cette satisfaction cache des lacunes importantes dans les connaissances des hypertendus de leur pathologie, dans la participation dans toute la procédure de prise en charge, elle montre l'absence d'une approche centrée sur le patient [24].

En effet, l'approche centrée sur le patient permet d'impliquer le patient dans sa prise en charge, de comprendre le processus pathologique et d'adhérer à un mode de vie adaptée [25]. Des travaux récents ont conclu que l'équilibre tensionnel est significativement plus fréquent chez les patients bénéficiant d'une éducation sanitaire ciblant leur pathologie et d'une prise en charge partagée avec une discussion active [26].

Ainsi, la combinaison d'une approche centrée sur le patient avec adhérence des patients au processus de prise en charge, avec une efficacité technique (associée à l'adhérence des professionnels de la santé aux recommandations professionnelles et aux protocoles) permet également de réduire les risques cardio-vasculaires et par conséquent les charges supplémentaires sur le système de soins [27, 28]. Ces constatations concernant l'approche centrée sur le patient et l'efficacité technique étaient confirmées dans notre travail. En effet, l'établissement d'un cadre d'assurance qualité pour les deux critères déjà cités a permis l'implication de tous les acteurs du système de soins dans la prise en charge

de l'HTA avec obtention d'une meilleure adhérence aux protocoles. De même, les connaissances des patients se sont améliorées et un meilleur équilibre tensionnel a été obtenu.

CONCLUSION

Ce travail a montré que la mise en place de démarche d'amélioration de la qualité de prise en charge de l'HTA en première ligne a permis, aux équipes locales, d'implémenter des actions visant la réduction des écarts par rapport aux recommandations. La réussite des actions est un élément de motivation des équipes pour maintenir et élargir les expériences d'amélioration des soins aux patients.

REFERENCES

- Ghannem H. The challenge of preventing cardiovascular disease in Tunisia. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(1):A13.
- F. Verdier, L. Fourcade. Évolution des facteurs de risque cardio-vasculaires dans les pays en développement. *Med Trop.* 2007;67:552-8.
- République Tunisienne. Ministère de la santé publique. Direction de soins de santé de base. Programme national de prise en charge des hypertendus et des diabétiques dans les structures de première ligne. Tunis : Ministère de la santé publique, DSSB ; 1998.
- Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris : ANDEM ;1994.
- La Haute Autorité de santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandation professionnelle. Actualisation 2005. Paris : Haute Autorité de santé ; 2005.
- Percarpio KB, Watts BV, Weeks WB. The effectiveness of root cause analysis: what does the literature tell us? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34:391-8
- Turner ST, Schwartz GL, Boerwinkle E. Personalized medicine for high blood pressure. *Hypertension.* 2007;50:1-5
- Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 2002;(81):iii-vi, 1-72.
- Vanamail P, Subramanian S, Srividya A, Ravi R, Krishna-moorthy K, Das PK. Operational feasibility of lot quality assurance sampling (LQAS) as a tool in routine process monitoring of filariasis control programmes. *Trop Med Int Health.* 2006;11:1256-63
- Santuzzi NR, Brodник MS, Rinehart-Thompson L, Klatt M. Patient satisfaction: how do qualitative comments relate to quantitative scores on a satisfaction survey? *Qual Manag Health Care.* 2009;18:3-18.
- Dolor RJ, Yancy WS Jr, Owen WF, Matchar DB, Samsa GP, Pollak KI, et al. Hypertension Improvement Project (HIP): study protocol and implementation challenges. *Trials.* 2009;10:13
- Al-Homrany MA, Khan MY, Al-Khaldi YM, Al-Gelban KS, Al-Amri HS. Hypertension care at primary health care centers: a report from Abha, Saudi Arabia. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2008;19:990-6.
- Tilly B, Salanave B, Chatellier G, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle sévère : risque cardio-vasculaire et non-contrôle tensionnel. *Rev Med Ass Maladie.* 2003;34:157-65.
- Dong GH, Sun ZQ, Zhang XZ, Li JJ, Zheng LQ, Li J, Hu DY, Sun YX. Prevalence, awareness, treatment & control of hypertension in rural Liaoning province, China. *Indian J Med Res.* 2008;128:122-7.
- Bosworth HB, Olsen MK, Dudley T, Orr M, Goldstein MK, Datta SK et al. Patient education and provider decision support to control blood pressure in primary care: a cluster randomized trial. *Am Heart J.* 2009;157:450-6
- Bougatef S, Ben Romdhane H, Haouala H, Ben Alaya N, Belhani A, Boujnah R, et al. Knowledge, treatment and control of hypertension. Results of a multicenter study of patients hospitalized for cardiac ischemia. *Tunis Med.* 2002;80:387-94
- Bailie R, Si D, Connors C, Weeramanthri T, Clark L, Dowden M. Study protocol: Audit and best practice for chronic disease extension (ABCDE) Project. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:184.
- Choi BC, Mc Queen DV, Puska P, Douglas KA, Ackland M, Campostrini S, et al. Enhancing global capacity in the surveillance, prevention, and control of chronic diseases: seven themes to consider and build upon. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:391-7.
- Ben Hamida A, Oueslati F, Bouraoui L, Zouari B, Nacef T. Évaluation de la qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle dans un centre de santé de base public (Ariana-Tunis). *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1993;41:200-7.
- Petek-ster M, Kersnik J, Svab I. Compliance with hypertension guidelines in general practice in Slovenia. *Srp Arh Celok Lek.* 2007;135:191-6.

21. Mion D Jr, da Silva GV, de Gusmão JL, Machado CA, Amodeo C, Nobre F, et al. Do Brazilian physicians follow the Brazilian guidelines on hypertension? *Arq Bras Cardiol.* 2007;88:212-7.
22. Wexler R, Elton T, Taylor CA, Pleister A, Feldman D. Physician reported perception in the treatment of high blood pressure does not correspond to practice. *BMC Fam Pract.* 2009;10:23
23. Kobalava Zhd, Villeval'de SV. Is patient education a factor elevating efficacy of arterial hypertension control? *Kardiologiia.* 2007;47:75-82.
24. Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. *Fam Pract.* 2007;24:259-62.
25. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GY, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med.* 2008;8:4.
26. Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL Jr. Improving hypertension control in diabetes mellitus. *Circulation.* 2008;117:1361-8.
27. Dolor RJ, Yancy WS Jr, Owen WF, Matchar DB, Samsa GP, Pollak KI, et al. Hypertension improvement project (HIP): study protocol and implementation challenges. *Trials.* 2009;10:13.
28. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD000011.

