

# Modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : surmonter la « peur » des vérifications de dossier

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE; Elizabeth M. Wooster, M. Éd, Ph. D.(c); et Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, RVT, RPVI

« Est-il aussi facile qu'on le prétend d'obtenir des crédits de la section 3? » se demande la D<sup>re</sup> AKI Joint, rhumatologue membre de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). « Je commence à comprendre l'objectif du cycle d'amélioration de la qualité avec la méthode Planifier-Faire-Étudier-Agir (PFÉA). Je commence même à comprendre comment l'application des connaissances peut fonctionner en rhumatologie, avec toutes les avancées qui ont eu lieu, en particulier en immunologie. Comment appliquer cela à ma pratique? J'ai entendu dire que je pouvais procéder à un examen de dossiers. Mais cela doit-il être aussi complexe que la vérification de dossiers que j'ai effectuée pendant mon stage d'été en recherche de la SCR lorsque j'étais étudiante en médecine? Ce doit être plus simple que cela... »

Un mPAM (modèle de vérification de mini-pratique) est une vérification ciblée et basée sur des modèles de pratique individuels<sup>1</sup>. La personne formule ses propres questions pour sa mini-vérification. Pour procéder à celle-ci, un nombre limité de dossiers de patients est examiné, entre 10 à 15 dossiers en général. Le système de notation de l'examen permet de faire une

analyse objective et de cerner les lacunes éventuelles. Les lacunes peuvent être directement mises en correspondance avec des actions spécifiques (système, connaissances, compétences, etc.) pour mettre en œuvre les lignes directrices dans la pratique clinique (figure 1).

En s'appuyant sur lignes directrices de 2018 concernant le lupus érythémateux disséminé (LED) (encadré 1)<sup>2</sup>, les questions relatives à l'évaluation du risque cardiovasculaire peuvent constituer la base d'un mPAM. Les questions définies sont évaluées à l'aide d'une échelle de Likert de 1 à 5. Environ 10 à 15 dossiers sont sélectionnés et les résultats sont compilés (figure 2). Cette vérification offre la possibilité d'examiner les profils lipidiques et d'autres évaluations du risque cardiovasculaire de manière plus cohérente avec les patients atteints de LED. Les lacunes sont identifiées comme

## Encadré 1

### Évaluation du risque CV d'après les lignes directrices du LED

Chez les adultes atteints de LED, nous recommandons que des indicateurs de l'obésité, du tabagisme, de l'hypertension artérielle, du diabète et de la dyslipidémie soient évalués au moment du diagnostic, puis de façon périodique, en fonction des recommandations actuelles pour la population générale, et qu'ils soient utilisés pour aider à évaluer le risque cardiovasculaire.<sup>2</sup>

Figure 1

### Cycle d'amélioration de la qualité du mPAM

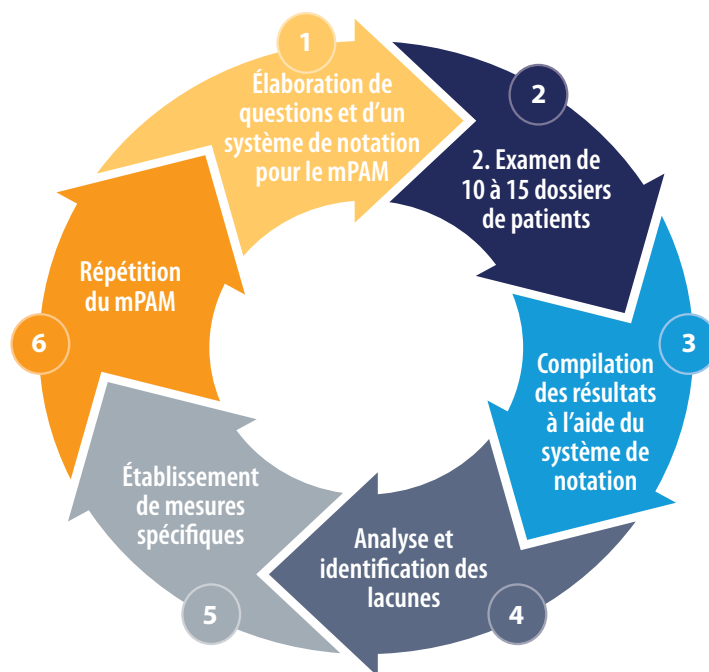


Figure 2

**mPAM : Facteurs de risque pour les patients atteints de LED et suivis depuis au moins un an**

	Au moment du diagnostic	Au début du traitement	Après 2 ans
<b>Obésité</b>	3,7	2,9	2,8
<b>Tabagisme</b>	4,2	4	3,6
<b>Hypertension artérielle</b>	3,4	4,6	3
<b>Diabète</b>	2,8	3,2	4
<b>Dyslipidémie</b>	1,9	2,6	4,1

étant les cellules qui se situent en dessous du seuil désigné. Lorsque l'on utilise une échelle de Likert de 1 à 5, le seuil est généralement fixé à 3 % ou 60 %. Des activités éducatives et systémiques sont choisies pour traiter les problèmes sous-jacents aux lacunes identifiées. Une fois les activités correctives terminées, un nouveau mPAM est réalisé afin de déterminer si les lacunes ont été comblées. Si l'on souhaite déterminer l'amélioration à long terme, le processus mPAM peut être répété à des intervalles de 6 mois pour déterminer l'impact sur l'évaluation du risque cardiovasculaire des patients, conformément aux lignes directrices de 2018 du LED.

« Cela ne prend donc pas autant de temps que la vérification de dossier que j'ai effectuée pendant mon stage d'été », explique la D<sup>re</sup> AKI Joint. « J'utiliserai cette approche tous les six mois pour surveiller activement la mise en œuvre des lignes directrices du LED et d'autres lignes directrices dans ma pratique (et pour obtenir des crédits de la section 3 du programme de MDC)<sup>3,4</sup>. »

Références :

1. Wooster DL. A Structured Audit Tool of Vascular Ultrasound Interpretation Reports: A Quality Initiative. *Journal for Vascular Ultrasound*. 2007; 31(4):207-210. doi:10.1177/154431670703100404.
2. Keeling SO, Alabdurubalabi Z, Avina-Zubieta A, et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for the Assessment and Monitoring of Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol*. Oct. 2018; 45(10):1426-1439. doi : 10.3899/jrheum.171459. Publication en ligne le 1<sup>er</sup> sept 2018. PMID : 30173152.
3. Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Crédits de la section 3 du MDC : Cela peut être facile. *JSCR*. Automne 2023; 33(3).
4. Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Application des connaissances : Qu'est-ce que j'y gagne? *JSCR*. Hiver 2023; 33(4).

*Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE*  
Ancien président,  
Comité de l'éducation de la SCR,  
Directeur de programme et professeur agrégé de clinique,  
Université de la Colombie-Britannique  
Chef, Division de rhumatologie, Richmond Hospital  
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates  
Richmond (Colombie-Britannique)

*Elizabeth M. Wooster, B.Comm, M.Éd, Ph. D.(c)*  
OISE/Université de Toronto  
Associée de recherche,  
École de médecine,  
Toronto Metropolitan University

*Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, RVT, RPVI*  
Professeur de chirurgie,  
Faculté de médecine Temerty,  
Université de Toronto