

**Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques  
au sein du service de pédiatrie de l'Hôpital de  
l'Université d'État d'Haïti (HUEH)**

Elsie Pothel

► **To cite this version:**

Elsie Pothel. Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques au sein du service de pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH). Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01290019>

**HAL Id: dumas-01290019**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01290019>**

Submitted on 17 Mar 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Mémoire pour l'obtention du  
Diplôme Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé**

**Réorganisation des séances de revue de dossiers  
critiques au sein du service de pédiatrie de  
l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH)**

Par

**Docteur Elsie POTHEL, Pédiatre**

Sous la direction de

**Monsieur le Professeur André QUINTON**

**Université Victor Segalen Bordeaux**

## **Remerciements**

Nos remerciements s'adressent Au professeur André QUINTON  
qui, avec patience, a su inspirer et accompagner ce travail de recherche réalisé dans un contexte  
parfois très difficile.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier pour son support et sa confiance dans ce travail  
Dr Jessy COLIMON ADRIEN, **Chef de Service** de Pédiatrie de l'HUEH  
Quelle trouve dans ce travail un hommage à sa grandeur d'âme.

## **Remerciements**

Ce travail a également reçu la contribution des membres du staff pédiatrique que nous remercions pour leur disponibilité et leur support.

### **Médecins attachés au Service de Pédiatrie**

Dr Chantal BARIL  
Dr Eddy COMPAS  
Dr Ronald EVEILLARD,  
Dr Judith EXANTUS  
Dr Sandra P.VIALA  
Dr Jean ALOUIDOR

### **Résidents finissants de 2013**

Dr Vanessa Jaëlle DOR,  
Dr Stéphane EXUME  
Dr Cassandra FRANCOIS,  
Dr Mickhélita JEAN  
Dr Romy MORENCY,  
Dr Alexandra NOISETTE  
Dr Laurence NOISETTE

### **RESIDENTS de deuxième année**

Dr Pierre André BALDE  
Dr Irène JEAN  
Dr Jemima JANVIER  
Dr Charline LOUIS  
Dr Marie Alice MICHEL  
Dr Marie Edelyne ST-JACQUES  
Dr Carline TOUSSAINT  
DR Mitsy ULYSSE

### **Résidents de première année**

Dr Michaëlle ALEXANDRE  
Dr Augustin AUDREY  
Dr Youvenson AUGUSTIN  
Dr Nickson BAZILE  
Dr Ariel Fils BEAUGÉ  
Dr Vanessa COMPAS  
Dr Nancy DERISE  
Dr Evens ESTIVERNE  
Dr Guerlin FILS AIMÉ  
Dr Josée FLEURANTIN  
Dr Edrice JEAN-BAPTISTE  
Dr Maude NEPTUNE  
Dr Angélie ORÉLIEN  
Dr Marjorie PIERRE

## **Résumé**

### **Introduction**

Les conférences d'analyses de dossiers ou de décès connues également comme revues de morbi-mortalité ont depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle, intégré le cadre d'évaluation de l'acte médical. Ce travail évalue l'utilisation de cette approche qui englobe connaissance et compétence dans l'organisation de l'enseignement médical lui-même, en vue de constituer un levier d'amélioration du système enseignement-apprentissage au sein du Service de Pédiatrie de l'Université d'État d'Haïti.

### **Méthode**

Dans le but de produire un projet d'enseignement adapté, une évaluation rétrospective de la revue de morbi-mortalité au service de pédiatrie a été effectuée. Elle comporte deux phases :

- Un premier sondage sur la perception de la revue de morbi-mortalité
- Une analyse exhaustive de son application dans le service de pédiatrie de l'HUEH.

### **Résultats**

Les résultats pertinents recueillis du sondage et de l'enquête démontrent :

- d'une part, une démarche didactique irrégulière mettant en relief la vulnérabilité de l'enseigné.
- d'autre part l'absence d'objectif d'apprentissage, de standardisation du processus, d'objectivité dans la démarche et d'un cadre d'analyse systémique.

La richesse des informations collectées de cette évaluation, les finalités de l'enseignement en pédiatrie appuyées des recommandations de l'organisation de l'enseignement de l'Université de Bordeaux ont permis de dégager les grandes lignes de réorganisation de cette activité pédagogique à double impact, à savoir l'amélioration de l'enseignement et l'amélioration des soins.

### **Conclusion**

Le concept de l'enseignement tel que conçu, facilite la mobilisation des acquis dans un contexte d'intégration de compétences ancrées dans la réalité à travers une pédagogie active et renforce la démarche continue de la qualité des soins.

## Acronymes

ACGME:	Accreditation Council for Graduate Medical Education
HUEH :	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti
IRA :	Infections respiratoires aiguës
MDS :	Médecin de service
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RMM :	Revue de morbi-mortalité
RI :	Résidents de première année
RII :	Résidents de deuxième année
RIII:	Résidents de troisième année
WHO/IMCI:	World Health Organization/Integrated Management of Childhood Illness

## Liste des Tableaux

Tableau 1: Organisation et clarté

Tableau 2: Intérêts et stimulation intellectuelle

Tableau 3 : Positionnement général

Tableau 4 : Evaluation des compétences

Tableau 5 : Evaluation du degré d'appréciation de cet enseignement

- Tableau 5a Résident I
- Tableau 5a Résident II
- Tableau 5a Résident III
- Tableau 5a Médecins de service



## **Table des Matières**

Remerciements.....	1
Résumé .....	4
Acronymes .....	5
Liste des tableaux .....	6
Introduction Générale.....	9
Première partie :	
Analyse de la revue de morbi-mortalité au sein du service de pédiatrie de L'HUEH .....	12
1-Introduction .....	13
2-Contexte .....	13
2.1- Structure du Service de Pédiatrie.....	13
2.2- Organisation de l'enseignement .....	14
2.3- Organisation des soins.....	14
2.4-Situation sanitaire .....	15
2.5- Description de la revue de dossiers .....	15
2.5.1- Définition de dossiers critiques.....	15
2.5.2- Analyse de dossiers .....	16
2.5.3- Avantages et inconvénients .....	16
2.5.4- Principes et modalités actuelles de la revue de morbi-mortalité.....	18
2.5.5-Perception .....	18
3- Sondage préliminaire .....	19
3.1- Méthodologie .....	18
3.2- Résultats .....	21
4-Évaluation de la conférence de morbi-mortalité .....	23
4.1- Méthodologie .....	24
4.2- Matériel .....	24
4.3- Résultats .....	25
Tableaux des résultats .....	32
5-Discussion.....	36
5.1- Sur la méthode .....	36
5.2- Sur les résultats .....	37
6- Conclusion.....	43

Deuxième partie :

Projet de réorganisation de la revue de morbi-mortalité au Sein du Service de Pédiatrie de L'Université d'État d'Haïti	. 44
1- Introduction	45
2- Méthode	45
3- Résultats : la réorganisation	46
3.1 Finalités	46
3.2 Objectifs	46
4- Procédure	47
4.1- Principes organisationnels	47
4.2 Préparation d'une séance	48
4.3 Identification de cas	48
4.4 Modalités de réalisation	48
5-Déroulement d'une séance	49
6- Rapport d'une séance	50
7- Discussion	52
7.1 Sur la méthode	52
7.2 Sur les résultats	52
7.3 Perspectives	53
8- Conclusion	55
9- Références	57
10-Annexes	59

## **Introduction Générale**

Une analyse de la revue de morbi-mortalité en termes d'activité médicale basée sur la compétence est effectuée au sein du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti en vue de susciter des réflexions pour une réorganisation de cette démarche. Notre attention s'est focalisée sur l'aspect didactique de la conférence de morbi-mortalité qui constitue un processus visant l'évaluation de la qualité des soins prodigués à un patient et du même coup l'évaluation de l'apprentissage de l'enseigné. Grâce à l'essor de la pédagogie axée sur les adultes, la pratique d'enseignement adapté au monde médical prend de jour en jour, un tournant prometteur tant pour les enseignants que pour les enseignés. De plus en plus de réflexions sont produites dans ce domaine, en tenant compte des compétences attendues tout au long du cursus médical. Il existe donc un champ d'actions très vastes qui mérite d'être évaluées en vue d'enrichir le duo enseignement-apprentissage.

Le système enseignement-apprentissage est devenu avec les réflexions approfondies sur la pédagogie, un paradigme dans lequel tout observateur s'attend à retrouver non seulement l'évaluation des besoins du milieu auquel il est destiné mais aussi tout le processus d'organisation de l'acquisition des compétences. Dans le domaine médical, ce concept peut être représenté par le patient en quête de soins, le médecin en charge et la finalité obtenue à l'issue de cette quête. Il s'agit là d'un processus d'apprentissage qui exige une qualité académique et un intérêt profond, partagé à la fois par l'enseignant et par l'enseigné. En raison de l'importance accrue accordée au concept d'apprentissage, et les nouvelles perspectives qui s'en dégagent avec la pédagogie, la compétence est devenue un leitmotiv incontournable. Si elle se développe avec le temps, elle tient cependant compte du contexte dans lequel elle doit être acquise, de la qualité de connaissances transmises antérieurement tout aussi bien de la qualité de la supervision de cette acquisition.

En fait, l'évolution de la compétence à l'intérieur tout comme à l'extérieur d'un cadre médical doit être constante et englobe la performance, le binôme efficacité-efficience et doit être maintenue tout au long de la vie professionnelle. Dans le cadre d'une approche par compétence, par exemple lors d'une spécialisation médicale, l'étudiant apprend à devenir compétent au travers d'une variété de situations où il réfère l'action à entreprendre aux connaissances préalablement acquises. La démarche décrite en matière d'étude de santé consiste donc à donner aux étudiants des objectifs de connaissances qu'ils peuvent acquérir sur une base continue à travers des cours ou des références bibliographiques et des objectifs de compétences qui se matérialisent dans la pratique au contact des enseignants. Une fois cette étape franchie, la qualité de l'enseignement sera jugée par rapport à la qualité des résultats obtenus.

La formation académique médicale est donc majoritairement complétée, par l'applicabilité des notions acquises en considérant le contexte et les conditions particulières qui peuvent survenir. Cette applicabilité passe par le raisonnement clinique qui constitue le référentiel pour la personnalisation des soins et est au cœur même de la compétence des professionnels de la santé. Dans cette démarche, l'étudiant, exposé à différentes expériences tout au long de son apprentissage clinique, doit être à même d'argumenter son raisonnement clinique tout comme sa décision thérapeutique. Il génère donc des réflexions synthétiques de toute situation clinique à laquelle il doit faire face. Sa démarche d'apprentissage passe par une appropriation de l'attitude attendue face à une réalité précise et est même liée à un rôle pédagogique hiérarchisé. En outre, dans une perspective de développement et de maintien des connaissances, enseignants et enseignés sont impliqués dans un processus d'évaluation qui devient donc un élément prioritaire qui s'inscrit dans un cycle leur permettant de modifier les stratégies d'apprentissage ou d'établir de nouvelles normes de fonctionnement ou d'acquisition des compétences.

Ce travail met l'accent sur la formation clinique en utilisant un outil qui analyse l'articulation connaissance-compétence, il s'agit de l'analyse de dossiers d'un patient ayant présenté une situation critique ou une issue fatale en tenant compte du contexte dans lequel il est réalisé. Dans le système de formation médicale en Haïti, aucun guide n'a été trouvé permettant aux

prestataires d'orienter ce genre de réunion à la fois dans l'intérêt du médecin mais aussi du patient.

Le curriculum du service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) prévoit dans son approche pédagogique des revues de dossiers de cas critiques dont le but et les objectifs ne sont pas explicités, encore moins la méthodologie pour leur réalisation. Vu les multiples avantages qui peuvent en découler lorsque cet enseignement est bien planifié et coordonné et dans la perspective que cette stratégie d'apprentissage puisse renforcer les compétences attendues des résidents en formation, notre intérêt pédagogique pour l'analyse des dossiers ou revue de morbi-mortalité nous porte à évaluer l'organisation de ce processus d'apprentissage au sein du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti en vue d'y apporter un remodelage axé sur les principes pédagogiques.

Dans une **première étape**, nous avons effectué, à travers les expériences relatées par les collègues en fonction et les résidents en formation, une analyse de la situation du service de Pédiatrie de l'HUEH en ce qui a trait à l'analyse des dossiers critiques ce qui nous a permis de dégager une méthodologie d'évaluation de ces dossiers appliquée à notre réalité mais en lien avec les principes d'apprentissage et l'organisation des soins dans un contexte à ressources limitées. Ceci débouche sur une **proposition d'un projet d'enseignement** axé sur la revue de dossiers critiques (revue de morbi-mortalité) avec pour objectif de décrire le déroulement de la prise en charge passée d'un patient et d'analyser les circonstances de survenue de l'évolution critique ou fatale d'un patient.

Ce travail permet donc de trouver des méthodes spécifiques en ce qui a trait au processus d'apprentissage intégré devant générer des réflexions ou d'évaluer l'adéquation de la prise en charge du patient par rapport aux arguments diagnostiques. Il doit à terme, aider à promouvoir une organisation des soins, adaptée au plateau technique disponible au service de pédiatrie de l'HUEH, susceptible d'augmenter la survie.

## **PREMIERE PARTIE**

### **Analyse de la revue de morbi-mortalité au Sein du Service de Pédiatrie de l'Université d'État d'Haïti**

## **1- Introduction**

L'analyse de la littérature fait remonter le concept de Revue de morbi-mortalité (RMM) il y a un siècle sous la forme de « conférences d'analyses des décès » dans un souci de mieux structurer la formation des médecins jugés trop disparates. Les spécialités médicales utilisant initialement cette approche au XX<sup>e</sup> siècle étaient constituées de chirurgiens américains puis d'anesthésistes considérés comme précurseurs de la RMM moderne. Leurs buts étaient d'évaluer le devenir des patients par rapport à la qualité du service offert. Avec le temps cette approche a pris la forme de forum éducatif à l'intention des résidents (*by the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*). Pour certains auteurs, cette conférence est un moyen efficace d'impliquer les prestataires à tous les échelons du système de santé dans la quête des causes expliquant les évolutions peu favorables d'un patient [1],[2]. Cette démarche d'enseignement dans notre approche est destinée à des étudiants en formation mais constitue en fait une démarche qualité impliquant tous les acteurs du système de soins.

Les séances de revue des dossiers si elles jouent un rôle important en tant que moyens d'apprentissage soulèvent néanmoins des interrogations fondamentales relatives à leur structure, leur impact réel dans la formation des médecins. Chaque centre hospitalier établit son propre format ouvrant ainsi la porte à une démarche non systématisée.

## **2- Contexte**

### **2.1- Structure du Service de Pédiatrie**

Ce travail s'effectue dans le cadre du service de Pédiatrie de l'HUEH, qui depuis le séisme de Janvier 2010 occupe des unités préfabriquées provisoires. Antérieurement il était situé dans un bâtiment connexe au département d'Obstétrique, dans une structure rigide regroupant les sections de soins hospitaliers et ambulatoires. L'objectif général du programme d'enseignement de pédiatrie tel que stipulé dans le curriculum du service est de former des pédiatres généralistes capables de prendre en charge au terme de trois années de Résidence, les enfants de 0 à 19 ans [3].

Le recrutement des résidents en formation se fait à partir d'un concours organisé par la direction de ressources humaines du Ministère de la Santé Publique et ouvert à des médecins généralistes ayant fait un an de service communautaire et obtenu leur licence professionnelle.

La structure de ce département de formation de pédiatres compte : 10 médecins formateurs, 30 résidents en formation, 50 infirmières, quatre salles d'hospitalisation pour nourrissons et grands enfants, une unité de néonatalogie, une salle polyvalente pour toutes urgences confondues quelque soit l'âge et une clinique de consultation externe.

## **2.2. Organisation de l'enseignement**

L'enseignement pédiatrique en général est dispensé par les médecins de service notamment dans les salles d'hospitalisation selon un système de rotation et s'effectue pour les activités « académiques » (formation théorique) dans la salle de conférence. Ces activités comprennent la grande tournée hebdomadaire, la revue bibliographique, les discussions de cas cliniques, la revue des décès et ou de dossiers (revue de morbi-mortalité ou de dossiers critiques)

## **2.3. Organisation des soins**

Les soins médicaux au niveau de six secteurs d'hospitalisation sont assurés par : un Médecin Pédiatre, au moins deux (2) Résidents, un Interne et une Infirmière ou une Auxiliaire pour une capacité de 10 lits par secteur. La salle polyvalente compte deux médecins formateurs, 4 résidents, 2 internes suppléés par les prestataires assurant les gardes. Le Service de Pédiatrie de l'HUEH, accueille en moyenne 4500 patients par année en soins d'urgence (données statistiques 2012-2013 du service) et constitue pour la pédiatrie le maillon le plus élevé du système de santé. Chaque jour environ 80 à 125 patients bénéficient de consultations. En raison de sa triple vocation de soins, de formation et de recherche, cette structure gère une population pédiatrique requérant des soins du plus simple au plus complexe assurant de ce fait, la prise en charge des cas les plus critiques référés des différents départements du pays et accueille en formation environ 8 à 10 pédiatres par année pour une période de trois ans de formation.



## **2. 4. Situation sanitaire**

L'analyse épidémiologique de la situation sanitaire en général en Haïti révèle que la mortalité infantile en Haïti, 57 pour 1000 naissances est la plus élevée de la région des Caraïbes, les causes principales de décès incluent les infections néo-natales, les infections aiguës des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, l'anémie, et la malnutrition chronique.

Parmi les décès dus aux infections courantes des enfants de moins d'un an, 31 % sont des infections respiratoires aiguës (IRA) (premier rang), 26 % des diarrhées (deuxième rang) et 13 % des méningites (troisième rang). Entre 1 et 4 ans, les maladies diarrhéiques remontent au premier rang (37 %), les IRA passent au second (21 %) et les méningites passent au cinquième rang soit 9 %) [4]

Au Service de Pédiatrie de l'HUEH, secteur hospitalo-universitaire une analyse sommaire des cas les plus à risque inclut de manière spécifique :

- Dans le secteur néonatal : prématurité et septicémie
- Dans le secteur de pédiatrie générale : les détresses respiratoires graves, les septicémies, la malnutrition aigue sévère, les convulsions et chocs.

Pour l'année 2013, selon les registres du service 16800 patients ont été vus en ambulatoire, 6000 ont été admis aux urgences de pédiatrie générale dont 480 en salle d'hospitalisation et 1200 en unité de néonatalogie. Rien que pour cette période 66 % des décès ont été répertoriés dans le groupe d'âge de 1 à 23 mois. On retrouve ici un champ très vaste de cas susceptibles d'être analysé en réunion de « revue de dossiers critiques »

## **2.5. Description de la revue de dossiers**

### **2.5-1.Définition de dossiers critiques**

Un dossier critique se définit comme un dossier tiré du registre de patients sévèrement malades ou du registre de décès du Service de Pédiatrie. Les critères étiquetant les patients sévèrement malades émanent des protocoles de *WHO/IMCI* incluant des

septicémies, des convulsions, des chocs, de la malnutrition sévère, des cas de détresse respiratoire etc. [4].

Au service de Pédiatrie de l'HUEH, à ces items préalablement cités, la revue de dossiers associe les problèmes de tous patients dont l'évolution a été jalonnée de complications inattendues ou évitables ainsi que ceux liés à la démarche diagnostic ou thérapeutique.

En général les critères recherchés par les enseignants pour s'assurer de l'assimilation des connaissances et de leur application lors de cette séance mettent l'accent sur la possibilité de l'étudiant, d'une part, d'identifier les situations d'urgence et de planifier leur prise en charge; d'autre part, d'argumenter l'attitude thérapeutique et programmer le suivi du patient, en vue de parer aux complications graves des enfants hospitalisés ou d'éviter des issues fatales. Elle s'effectue en fonction de la gravité des cas pris en charge et permet de regrouper tous les médecins enseignants ainsi que les résidents et internes en formation. La durée de la séance varie en fonction des éléments critiques retrouvés dans la prise en charge, de la justesse du raisonnement sur chaque cas et s'intègre dans la fourchette horaire des activités académiques quotidiennes du service, ce pendant environ 2 heures.

### **2.5.2. L'analyse des dossiers**

Cette analyse est effectuée par des médecins enseignants assistés des résidents ayant contribué à la prise en charge du patient. Ces derniers après lecture de l'histoire clinique, des trouvailles physiques, décrivent la prise en charge du patient. Cette présentation est suivie d'un débat axé sur la justesse des conclusions cliniques et le rationalé thérapeutique.

### **2.5-3. Avantages et inconvénients**

Par sa nature et les actes qui la sous-tendent, la revue de dossiers critiques sert à soulever des réflexions pour stimuler les efforts et l'intérêt des enseignants et des enseignés en vue d'aboutir à une amélioration de la pratique médicale et la pertinence des décisions thérapeutiques.

La revue de dossier médical appelée encore conférence de morbi-mortalité devient donc un enjeu dans lequel il faut tenir compte :

- des avantages : reconstitution des faits cliniques, de la chronologie de la prise en charge du patient, évaluation du suivi du patient. Bref un outil de traçabilité des soins.
- des inconvénients constatés avant la proposition de réorganisation : source de conflits entre pairs, vulnérabilité de l'enseignant ou de l'enseigné, fragilité de relations entre senior et junior, sensation de blâme ou dérision, confrontation d'opinions ou de stratégies.

#### **2.5.4-Principes et modalités actuelles dans le Service de pédiatrie de l'Université d'État d'Haïti**

Ma première exposition à la revue de morbi-mortalité en tant que résident en formation au sein du service de Pédiatrie de l'HUEH s'était soldée par un sentiment d'incompréhension d'une démarche dont je n'avais aucune information préalable et d'où j'en ressortais avec beaucoup d'amertume. Durant mon parcours comme médecin formateur, cette démarche a très peu évoluée. Les expériences que nous avons tous connues et observées lors des réunions de morbi-mortalité au sein du service de pédiatrie, nous ont confortés dans l'idée que les démarches utilisées jusqu'ici ne pouvaient servir de critères d'évaluation des soins tant sur le point éthique que sur le plan pédagogique. Jusqu'ici ces expériences s'articulaient souvent autour d'éléments souvent incompatibles, comme l'autonomie et la vulnérabilité de l'étudiant face à des sentiments de compassion et de justice, à travers une quête sur la responsabilité de l'action. Il nous a semblé qu'avant de procéder à des régulations de cette pratique, nous devions en avoir une approche descriptive.

## **Modalités antérieures**

La revue de morbi-mortalité est une activité réalisée de manière irrégulière selon les distorsions observées lors de l'évolution fatale d'un patient ou la survenue de complications évitables.

## **Déroulement**

En début de session, le médecin formateur qui doit guider le processus, analyse les dossiers antérieurement soumis par le chef de service et, partant des constats qu'il a effectués, désigne en fonction de ces observations, les prestataires responsables du suivi du patient qui devront réaliser la lecture du dossier face à un public composé uniquement de médecins formateurs et de résidents. Ces prestataires, en l'occurrence les résidents en formation doivent donc sur le vif se remémorer la situation qui aura abouti à une évolution non favorable.

Au cours de cette activité, les intuitions des divers soignants face au patient qui aura eu une évolution non favorable, si elles sont contradictoires, provoquent une crise de l'action (que faire ?). La pratique hospitalière sort de sa routine et se trouve face à une remise en cause de l'acte normatif. Ce qui bien entendu soulève automatiquement malaise et perplexité sur une situation clinique que l'on a peut être mal abordée ou gérée.

## **Processus final**

Cette démarche évaluative a toujours reposé sur :

- Les éléments cliniques de la situation à savoir le diagnostic, le degré d'urgence de la situation,
- les actions entreprises par les acteurs impliqués alors dans la prestation de soins.
- Les éléments contextuels tels que les circonstances, les contraintes, le temps.

L'orientation privilégiée est donc la recherche de la route des erreurs commises et leur prise de conscience par le ou les responsables, et le rappel des normes de prise en charge relatives au cas considéré. Il est important de signaler qu'à l'issue de cette activité, les éléments de discussions ne sont pas sauvegardés pour en assurer le suivi, si bien que la prochaine session de morbi-mortalité peut se dérouler autour des mêmes cas de figures, ce qui constitue une lacune palpable du processus d'évaluation.

### **2.5-5. Perception de la revue de dossiers critiques**

La revue de dossier critique quand on considère les avantages et inconvénients précités présente donc des perceptions différentes selon les acteurs impliqués, la méthodologie de réalisation de ce processus, et les moyens d'action du service hospitalier, où elle se déroule.

## **3- Sondage préliminaire**

### **3.1- Matériel et méthode**

Notre travail s'est articulé autour de l'évaluation de la perception de cet enseignement tant du côté des enseignants que de celui des enseignés par une étude rétrospective non délimitée dans le temps, portant sur un ou deux ans de recul pour les résidents, plusieurs années pour les enseignants en vue de déterminer les finalités de cette revue de dossiers critique et enfin dégager les principes pédagogiques.

Pour affiner notre perception du ressenti de la Revue de morbi-mortalité nous avons proposé au prime abord, par courriel un éventail de questions ouvertes qui vise l'amélioration des soins sous le couvert d'une formation de qualité.

Une liste de 5 questions a été acheminée à 12 membres faisant partie du staff de la pédiatrie c'est-à-dire 5 médecins de service, 7 résidents finissants de 2013 et le Chef du Service :

- 1- La revue de dossiers critiques est-elle utile selon vous ?
- 2- Quels sont les éléments manquants dans ce processus ?
- 3- Avez-vous la préparation adéquate pour réaliser une revue de dossiers critiques ?
- 4- Sur quelle base les dossiers devraient-il être choisis?
- 5- Citez 2 avantages et 2 inconvénients
- 6- Comment auriez vous souhaité que ce processus soit organisé?

### **3.2- Résultats**

Nous avons reçu 8 réponses par voie électronique portant sur la perception du déroulement actuel de la revue de dossier critique et les attentes par rapport à ce processus.

#### **Pour les enseignés**

Les réflexions générées indiquent que cette activité pédagogique est enchâssée de sentiments de crainte, de frustrations et est perçue comme

- une séance d'accusation dans un tribunal,
- un moment pénible à éviter à tout prix,

#### **Pour les enseignants**

- une occasion de montrer des faiblesses inavouables,
- une autre opportunité de pointer du doigt des limitations.

Le point de vue de l'enseignant et de l'enseigné, interviewés sur cette pratique relève également les éléments qui suivent :

#### **Utilités**

##### **Pour l'enseignant**

- son utilité est discutable puisque certaines analyses de dossier critiques reprennent les mêmes recommandations faites à des revues antérieures dans le même contexte.

- elle est utile si intégrée dans un cadre global d'amélioration des soins comme outil d'enseignement

### **Pour l'enseigné**

- elle doit viser l'intérêt du patient, et doit se faire avec méthode et rigueur
- elle permet de corriger les erreurs commises
- elle doit être orientée pour la mise à jour des protocoles et guider les responsables sur la mise en œuvre de moyens pour une dispensation adéquate des soins
- c'est une démarche pour optimiser la qualité et l'efficacité des soins

### **Éléments considérés manquants pour les deux groupes:**

A travers les éléments manquants les réponses tiennent compte également de la préparation de l'activité et du choix des dossiers

- Il existe trop peu de préparation de l'enseignant conduisant cette séance ou de l'enseigné devant y participer.
- Les discussions qui en découlent sont parfois injustifiées du fait d'éléments de base manquant, ne facilitant pas l'argumentation des gestes à visée diagnostic ou thérapeutique.
- On y relève également une absence d'objectif d'apprentissage, de standardisation du processus, de critères d'éligibilité du dossier, d'objectivité dans la démarche et d'un cadre d'analyse systémique.
- Il y manque la revue anatomo-pathologique
- La qualité des dossiers et la procédure ne sont pas explicitées



- L'absence du personnel infirmier pourtant impliqué dans les soins

## **4- Evaluation de la conférence de morbi-mortalité**

### **4-1 Méthodologie**

À l'issue de ce premier sondage, un questionnaire d'évaluation plus approfondie a été soumis à l'ensemble des médecins de service et résidents du service de pédiatrie. Afin de tirer profit du bénéfice de la mutualisation ou de la divergence d'opinions sans l'influence des enseignants sur des résidents et de respecter les règles d'éthique, le questionnaire fait référence au rang occupé dans le staff pédiatrique mais reste par ailleurs anonyme.

Étaient inclus dans l'étude :

- tous les médecins de service en fonction en pédiatrie au moment de l'enquête durant l'année 2012-2013.
- tous les résidents finissants de 2010-2013
- tous les résidents de deuxième année 2011-2013,
- la promotion de résidents de première année pour l'année 2012-2013

Étaient exclus de l'étude

Tout autre personnel (infirmières, auxiliaires, étudiantes infirmières) attaché à la prise en charge des patients et non impliqué dans les activités pédagogiques.

14 résidents de première année, 8 résidents de deuxième année, 7 résidents finissants, 5 Médecins de service soit un total de 34 participants ont participé à l'enquête et fourni les réponses aux questions soumises. Les vagues successives des réponses obtenues des différents

acteurs serviront d'orientation pour l'organisation de la revue de dossiers leur permettant ainsi d'être partie prenante de ce projet.

#### **4.2- Matériel**

L'enquête porte sur la perception des différents acteurs à travers un questionnaire.

Ce questionnaire soumis aux 4 groupes ciblait des points spécifiques de la revue de dossiers dont:

- a. son organisation et sa clarté,
- b. les intérêts qu'elle suscite en termes de stimulation intellectuelle,
- c. le positionnement général des sujets impliqués,
- d. les compétences à générer,
- e. le degré d'appréciation de cet enseignement
- f. les propositions de tout un chacun en vue de son amélioration.

Ces points étaient présentés sous forme de 5 groupes de questions en utilisant l'échelle de type Likert où les réponses proposées étaient réparties comme suit: **Sans avis, plutôt oui, oui, plutôt non, non** et deux groupes de questions ouvertes dont une, avec réponse à cotation et un espace pour commentaire libre. La hiérarchisation des propositions a été menée de la manière suivante : chaque énoncé a obtenu une note en fonction du rang auquel il a été cité. Nous avons procédé au recodage des réponses en télescopant les échelons de réponses et 4 classifications ont été considérées avec le regroupement suivant : **sans avis, non, oui et n/a** (n/a = réponses non obtenues).

### **4.3- Résultats**

Cette enquête a révélé que

#### **A) Organisation et clarté (tableau 1)**

- 1- Les objectifs de la conférence de morbi-mortalité ne sont pas clairs dans 47 % des cas.
- 2- 50 % pensent que la répartition du temps pour cette activité est insuffisante.
- 3- Pour 76 % de participants la RMM n'a pas été présentée de façon claire et en début d'enseignement.
- 4- 50 % pensent que les supports fournis ne facilitent pas cet apprentissage contre 29 %.
- 5- 52 % estiment que la présentation de la RMM n'est pas claire contre 32 %.
- 6- 82 % estiment que le mode d'évaluation n'a pas été présenté en début d'enseignement.
- 7- Les délais accordés pour la préparation d'une RMM sont insuffisants pour 58 % des interrogés.
- 8- Le volume de travail personnel demandé est proportionné pour 44 % et non proportionnée pour 47 %.

### **B) Interets ó Stimulation intellectuelle ( tableau 2)**

L'enquête apprécie également les intérêts que la RMM suscite en termes de stimulation intellectuelle à travers 4 types de questionnement :

1. La majorité des participants admettent que la RMM aide à comprendre les étapes de la prise en charge d'un cas critique. Cet avis reçoit l'approbation de 75 % de participants.
2. La RMM offre un apport de connaissances sur la pathologie, la prise en charge du patient pour la majorité des groupes soit 88% du total.
3. Les connaissances préalables sont suffisantes dans 50 % des réponses, et insuffisantes pour 50 %.
4. La RMM pousse à rechercher de la documentation par soi-même. Ce volet suscite une réponse unanime des participants soit 94 %.

### **C) Positionnement général ( tableau 3)**

Le positionnement général des sujets impliqués est mis en évidence à travers 3 types de réponses dont :

- Je comprends bien l'importance de cet enseignement pour ma formation, la réponse est positive dans 79 % des cas.
- L'enseignement est bien situé et coordonné avec les autres dans le plan d'étude pour 50 % alors que 41 % répondent négativement.
- De manière globale, cet enseignement est de bonne qualité 41 % oui contre 35 % non.

#### **D) Compétences ( tableau 4)**

Dans cette section, une auto-évaluation des participants est obtenue qui reflète les points forts et les points faibles des 4 groupes.

**Tableau 4 : Evaluation des compétences**

<b>Compétences/Groupes</b>	<b>Résidents I</b>	<b>Résidents 2</b>	<b>Résidents 3</b>	<b>MDS</b>
Argumenter un diagnostic en fonction des signes cliniques du patient	<b>9/14</b>	<b>1/8</b>	<b>4/7</b>	<b>4/5</b>
Déterminer les paramètres cliniques pour classer le degré de gravité du patient	<b>7/14</b>	<b>3/8</b>	<b>5/7</b>	<b>4/5</b>
Décrire les étapes indispensables dans la prise en charge d'un cas critique	<b>7/14</b>	<b>1/8</b>	<b>5/7</b>	<b>4/5</b>
Préparer la revue de morbi-mortalité d'un patient	<b>0/14</b>	<b>1/8</b>	<b>1/7</b>	<b>.3/5</b>

Nous avons ici respecté l'appartenance au groupe afin de mieux illustrer le profil des participants. Ce tableau peut se lire de la manière suivante :

- Sur 14 résidents de 1<sup>ère</sup> année, 9 estiment que la revue de morbi-mortalité aide à argumenter un diagnostic en fonction des signes cliniques du patient soit 64 % des R1.

- Sur 8 résidents de 2<sup>ème</sup> année, 3 (soit 37% des R2) estiment que cette activité aide à déterminer les paramètres cliniques pour classer le degré de gravité du patient.
- Sur 7 résidents de 3<sup>ème</sup> année, 5 (soit 74% des R3) estiment que la revue de morbi-mortalité aide à décrire les étapes indispensables dans la prise en charge d'un cas critique.
- Sur 5 médecins, 3 (60% des MDS) estiment être capable de préparer la revue de morbi-mortalité d'un patient.

### **E) Evaluation du degré d'appréciation de cet enseignement**

Les réponses formulées sont présentées selon la distribution des participants dans les tableaux (5a, 5b, 5c, 5d).

L'analyse des résultats dans la catégorie des résidents de première année met en relief les critères qui ont une valeur égale ou supérieure à 7 (7 = moyenne de l'effectif pour les résidents I), 4 sur les 8 critères considérés pour ce groupe sont: la ponctualité, le dynamisme la documentation et la disponibilité. Ils sont évalués comme faisant partie d'un niveau appréciable par environ 50 % du groupe de résidents I. (Tableau 5a)

Par contre le degré d'appréciation pour la moitié des résidents II, repose plutôt sur l'expression orale, la documentation, et la disponibilité. (Tableau 5b)

Les résidents III mettent plutôt l'accent sur la qualité et l'expression orale. (Tableau 5c).

Les médecins de service ont une meilleure considération pour 7 des critères dans à peu près 40 % des cas avec l'accent sur la disponibilité. (Tableau 5d)

### **F) Propositions d'amélioration**

#### **Résident I**

- Mieux structurer la RMM

- Présentation des objectifs en début d'enseignement
- Donner plus de temps pour la préparation
- Avertir 48 heures à l'avance pour une meilleure préparation (2)
- Plus de temps pour étudier
- Participation de tout le monde (2)
- Explication claire des erreurs commises et moyens de les éviter
- Disponibilité de l'internet
- Agrandir l'espace - repos des résidents pour faciliter la lecture, la concentration, les repas
- Enseignement plus concret, situé dans le temps
- Bonne harmonisation entre résidents et entre les médecins de service
- Orientation de l'enseignement vers l'éthique médicale et non vers les obligations légales susceptibles dont le non-respect conduit à des conséquences pénales.

## **Résident II**

- Motivation du prestataire impliqué et non condamnation (2)
- Prise en charge hiérarchisée
- Meilleure planification (2)
- RMM sans diagnostic précis ridicule, nécessité d'analyse ana-pathologique
- Impartialité indispensable
- Lecture préalable du dossier (2)

- Définition claire des objectifs
- RMM une fois par semaine pour tous les cas de décès de la semaine

### **Résident III**

- Discipline et respect de l'horaire du travail (2)
- Meilleure disponibilité des médecins de service
- Disponibilité 24h sur 24 de pharmacie et matériels
- Communication du résultat d'évaluation du résident, notes et conseils pour amélioration
- Incorporation des infirmières lors des tournées
- Interprétation et discussion d'articles d'actualités
- Evaluation annuelle anonyme des médecins de service par les résidents
- Meilleure communication avec la hiérarchie
- Redéfinir les objectifs pour les MDS pour une équité de l'enseignement (2)
- Délai de préparation suffisant pour l'enseignement (2)
- Culpabilisation du résident à éviter (3)
- Implication des prestataires concernés dans la présentation du cas (2)
- Critique constructive encouragée
- Attitude détendue nécessaire



### **Médecins de service**

- Standardisation des procédures
- Temps adéquat pour la préparation des dossiers (2)
- Session pédagogique de RMM à l'attention des médecins de service
- Mise en relief des problèmes systémiques lors des RMM
- Implication de la paraclinique et du service d'ana-pathologie (2)
- Etapes indispensables dans la prise en charge d'un cas critique
- 2 séances par semaine suggérées
- Ponctualité et participation de tout le staff de la pédiatrie.

Les principales recommandations mises en relief par tous les participants se regroupent sous les rubriques suivantes par ordre d'importance :

- 1- Bonne planification de la structure
- 2- Temps de préparation
- 3- Objectifs
- 4- Explication claire
- 5- Disponibilité de ressources

6- Implication de tout le personnel

## Tableaux des résultats

Tableau 1 : Organisation et Clarté

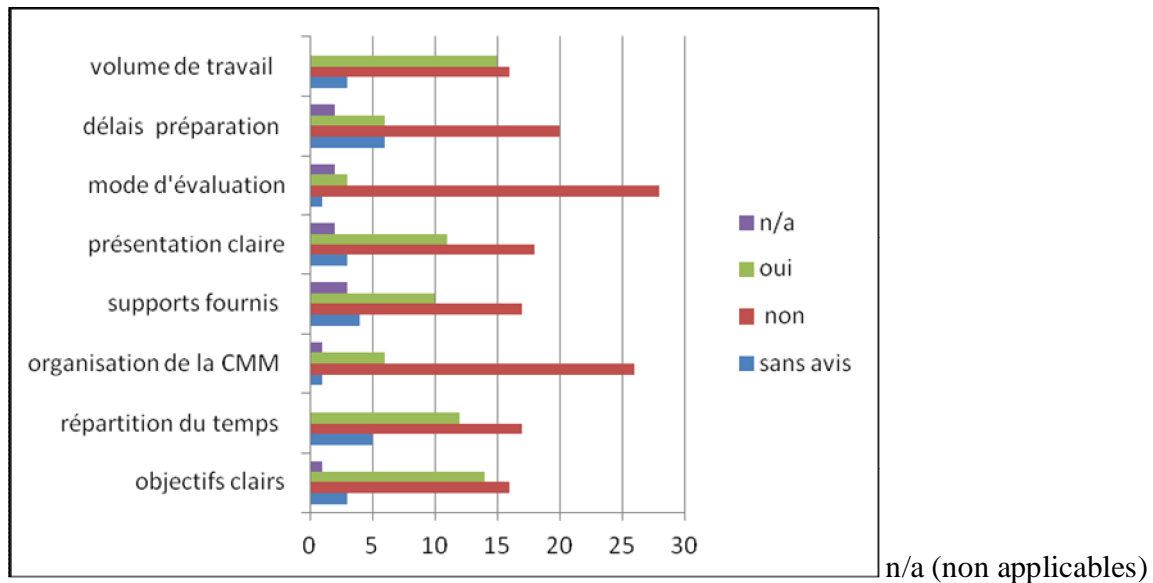
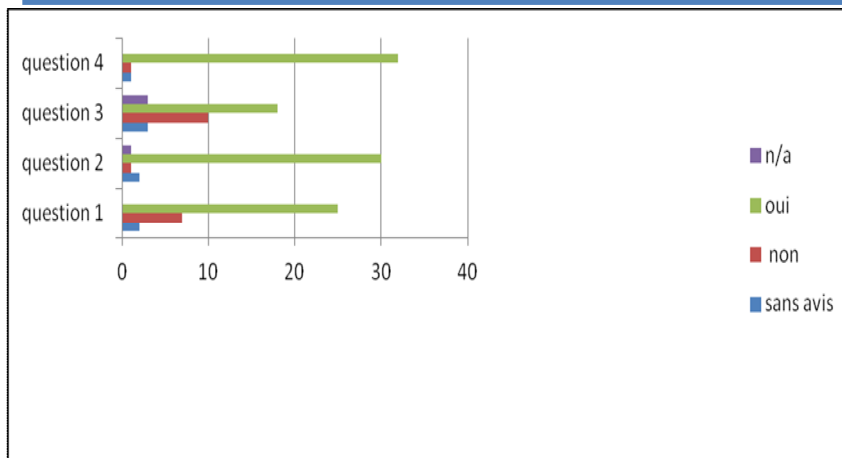


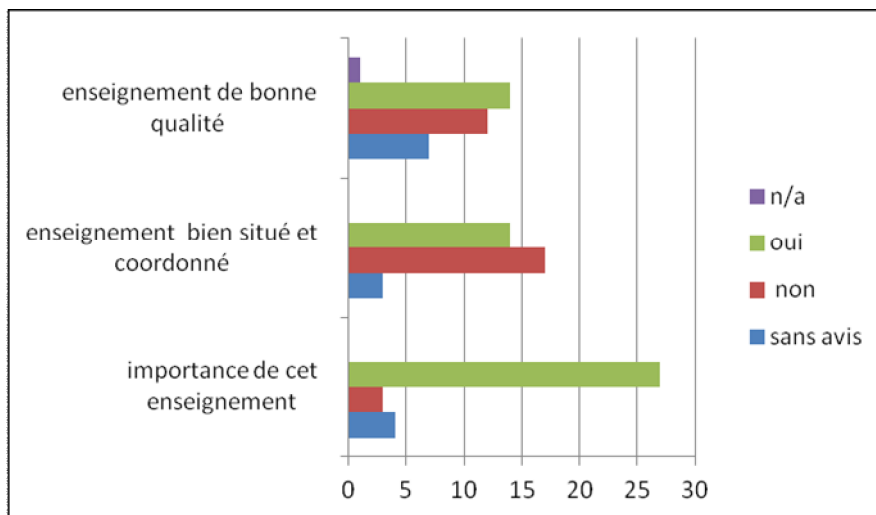
Tableau 2 : Intérêts et Stimulation Intellectuelle

*Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques au sein du Service de Pédiatrie  
de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti*



1- Etapes de la prise en charge,  
2- apport de connaissances,  
3- connaissances préalables,  
4- motivation à la recherche

**Tableau 3 : Positionnement Général**





**Tableau 5 : Evaluation du degré d'appréciation de cet enseignement**

**A = Bien - B = Plutôt Bien - C = Plutôt Médiocre - D = Insuffisant - E = Sans avis**

**Tableau 5a : Résidents I = 14**

	Bien	Plutôt Bien	Plutôt Médiocre	Insuffisant	Sans avis
1-ponctualité	7	4		2	1
2-qualité	4	6		2	2
3-dynamisme	7	5			2
4-expression orale	5	4	4		1
5-documentation	8	4		2	
6-équilibre	6	6	1		1
7-climat	4	5	3	1	1
8-disponibilité	8	4		1	1

**Tableau 5b : Résidents II =8**

	Bien	Plutôt Bien	Plutôt Médiocre	Insuffisant	Sans avis
1-ponctualité	3	2	1	1	
2-qualité	1	2	2	1	1
3-dynamisme		3	1	3	
4-expression orale	2	4		1	
5-documentation	1	4	1		1
6-équilibre	1	2	2	1	1
7-climat		1	5	1	
8-disponibilité		4	1	2	

*Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques au sein du Service de Pédiatrie  
de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti*

---

**Tableau 5c : Résidents III =7**

	Bien	Plutôt Bien	Plutôt Médiocre	Insuffisant	Sans avis
1-ponctualité		1	5	1	
2-qualité		4	1	1	1
3-dynamisme		3	1	2	1
4-expression orale	1	4	1		1
5-documentation		3	2	1	1
6-équilibre		2	4		
7-climat		2	4		1
8-disponibilité	1	1	1	4	

**Tableau 5d : Médecins de service = 5**

	Bien	Plutôt Bien	Plutôt Médiocre	Insuffisant	Sans avis
1-ponctualité	2	2	1		
2-qualité		3		2	
3-dynamisme	2	2		1	
4-expression orale	1	1	2	1	
5-documentation	2	1	1	1	
6-équilibre		2		3	
7-climat	2	2		1	
8-disponibilité	1	4			

## **5-Discussions**

### **5.1-Méthode**

La méthode utilisée dans notre étude permet de générer des consensus raisonnés qui pourront servir à légitimer certaines décisions futures à prendre sur ce projet. La richesse des informations collectées ouvre des perspectives qui permettent ainsi d'intégrer les opinions à la fois des enseignants et des enseignés. Nous avons opté dans un premier temps, d'effectuer une approche restreinte de la perception de cette conférence et compte tenu de la pertinence des informations obtenues dans l'enquête informelle, une deuxième évaluation ciblant un groupe plus large et des thèmes clés a été réalisée. L'anonymat de cette deuxième évaluation facilite la mise en commun d'intérêts à priori non conciliables, par rapport à notre pratique habituelle.

### **Les limites**

La méthodologie paraît lourde et peu conventionnelle, de ce fait le risque que certains acteurs se basent sur leur intuition plutôt que la raison reste une possibilité dont il faut tenir compte mais « *en matière d'enseignement il faut donner une place importante au ressenti* » nous dit le Professeur André Quinton ».

Un aspect important, d'ailleurs signalé dans l'enquête informelle, est la non inclusion de certains prestataires de soins dont le personnel infirmier. Ce maillon incontournable dans la chaîne de soins n'est pas pris en compte dans cette évaluation. Cette faille mérite toute notre attention car elle reflète en fait l'inadéquation de la proportion des ressources infirmières impliquées aussi bien dans les soins que dans le processus de formation au service de pédiatrie de l'HUEH.

## **5.2-Résultats**

L'analyse des résultats était essentiellement qualitative, cependant le regroupement et la synthèse des énoncés a également permis leur quantification. Les groupes sont disparates certes, mais les réflexions obtenues permettent de juger des différences de perception au sein d'une équipe de travail et font ressortir également les niveaux d'expériences des groupes par rapport à leur maturité dans le service.

- 1- Notre travail met en évidence que les objectifs de la conférence de morbi-mortalité ne sont pas clairs pour 47 % des enquêtés. Il va de soi que toute formation doit inclure les compétences attendues par l'apprenant afin de mieux articuler l'évaluation de la formation elle-même. Les démarches éducatives à notre avis, doivent tenir compte des besoins identifiés qui doivent être exprimés en compétences attendues en vue de dégager les objectifs d'apprentissage. En s'appuyant sur la littérature internationale, il est clairement démontré qu'une analyse des besoins pédagogiques permet de rationaliser et d'optimiser la capacité d'enseignement d'un service clinique et le cursus de l'étudiant au sein du service [5]. Ainsi, le développement des objectifs permet de mieux planifier l'enseignement et les applications opérationnelles auxquelles elles seront associées [6].

Quand on se réfère à la classification taxonomique de « Bloom ou de Gagné », on peut déjà mieux conceptualiser les objectifs pour un meilleur ciblage des compétences à atteindre. Il va s'en dire que ce processus une fois accompli, la démarche qui suivra consistera à disséminer cette information afin que tuteur et apprenant se placent sur la même ligne car visant à atteindre un but commun. En outre, l'étudiant comprendra mieux la rigueur de l'enseignement car exposé très tôt à sa diffusion. Dans le cadre qui nous préoccupe ici, ces compétences se traduisant dans un contexte clinique, on ne saurait laisser la lubie l'emporter sur l'organisation.



- 2- Dans notre analyse, la charge temporelle attribuée à cette activité a bénéficié d'une cotation insuffisante pour environ 50 % des participants aussi bien dans la réalisation de l'activité que dans le temps alloué à sa préparation. Lorsqu'on évalue l'effet des caractéristiques temporelles sur la formation, on se rend compte que cette dynamique peut avoir un effet favorable ou défavorable lorsque la gestion du temps n'est pas adéquate. En se basant sur une revue de la littérature, les progrès méthodologiques réalisés pour mieux appréhender les relations entre le rendement des élèves et le temps d'apprentissage ont été largement analysés.

Dans un article : « le temps », comme unité d'analyse dans la recherche sur l'enseignement a été pris en compte [7]. Dans une optique d'organisation et d'évaluation on peut adapter cette activité de manière coordonnée afin de bien l'intégrer dans la programmation académique du service de Pédiatrie. Cette tâche d'apprentissage pourra se réaliser en considérant le volume horaire des autres activités tout en épuisant son contenu de manière ponctuelle.

- 3- Les autres pistes abordées pour évaluer l'organisation et la clarté ont tenu compte de la conception pédagogique telle que conçue de nos jours. Cette conception se doit d'être claire, précise et identifie de ce fait dès le début de l'enseignement, les activités qui seront entreprises, les supports qui seront utilisés et les compétences attendues. Ces trois pistes ont été étiquetées non satisfaisantes dans notre enquête. Ces pistes offrent pourtant, un cadre propice pour la motivation et la sécurité aussi bien des enseignants que des enseignés. Les réponses suscitées par cette évaluation en ce qui a trait à ces trois volets corroborent une fois de plus les réflexions tirées dans la première question. Quand on se réfère aux données de la littérature, la planification méthodique d'ailleurs décrite et

reconnue comme garant pour l'atteinte des objectifs d'apprentissage est une étape incontournable de toute conception pédagogique [8].

- 4- Au terme d'un enseignement, l'évaluation des acquis permet de vérifier l'atteinte des objectifs préalablement fixés. Cette dimension reçoit une mention spéciale de la part des participants, puisque 82 % des participants estiment que le mode d'évaluation n'a pas été présenté en début d'enseignement. Selon une publication sur L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire « Les pratiques d'évaluation se différencient d'abord en regard de l'importance relative qu'elles accordent au contrôle continu par rapport au contrôle terminal et en regard de la nature des épreuves de contrôle continu. » [9]. Elle tient compte du niveau taxonomique des objectifs et particulièrement des compétences attendues selon le niveau de maturité à atteindre au cours de la formation. Des repères sont ainsi établis et permettent aussi bien à l'enseignant qu'à l'enseigné d'effectuer cette analyse.

Notre travail pointe encore une fois un élément clé de tout processus d'apprentissage dont la pertinence et l'exploitation ne sont pas prises en compte.

- 5- La stimulation intellectuelle et l'intérêt qui en découle, est une valeur professionnelle qui implique que l'on s'applique dans ces actions, et la satisfaction d'avoir bien travaillé vous dispose à accomplir un travail de qualité et à s'informer pour mieux les réaliser. Le sujet expose ainsi, ses capacités et son jugement dans les activités qui lui sont proposées. Du côté de l'enseignant cela signifie qu'il est attentif aux efforts de l'enseigné et que ce dernier est également prêt à répondre à des sollicitations intellectuelles. Par ailleurs, l'enseignant lui aussi a le désir de s'améliorer pour l'amélioration de ses connaissances personnelles. Dans notre étude, sur les 4 questions posées, les réponses trouvent une résonance majoritaire en ce qui a trait à l'apport de connaissances sur la pathologie et la

prise en charge du patient ; 88 % des participants ont donc témoigné de leur intérêt pour cette activité. Quoique constituant un pourcentage raisonnable, ils sont 75 % seulement à admettre comprendre les étapes de la prise en charge d'un cas critique. Dans ce même

ordre d'idées, les résultats démontrent que 88 % des participants trouvent que la RMM offre un apport de connaissances sur la pathologie et la prise en charge du patient.

Par contre 50% admettent que les connaissances préalables sont suffisantes. La stimulation intellectuelle comme on le sait, permet de réfléchir et d'apprendre comment les choses fonctionnent. Elle est présente toutes les fois que les individus ont des intérêts scientifiques et le désir d'utiliser leurs propres capacités et leur propre jugement. En ce sens l'individu conscient de ses faiblesses se doit de les combler ou d'effectuer une mise à niveau dans un processus continu, axé sur l'applicabilité des connaissances recueillies.

- 6- le positionnement général des sujets impliqués est mis en évidence à travers les réflexions sur l'importance de cet enseignement dans la formation, sa position et sa coordination par rapport au programme d'apprentissage et enfin sa qualité.

Dans notre évaluation 79 % des participants comprennent bien l'importance de cet enseignement pour la formation. Plus de la moitié des répondants incluant enseignants et enseignés s'accordent sur l'impact que peut avoir cet apprentissage dans la formation. Dans l'enseignement traditionnel, les modalités de l'enseignement, les objectifs, le déroulement et les principes dépendent uniquement de l'enseignant.

Il y a donc du côté de nos participants, la conscience d'un besoin. Cependant en matière de coordination de ce besoin par rapport au plan d'étude, la moitié d'entre eux estime que cette attente n'est pas réalisée ; tandis que sur le plan qualité seulement 41 %, classent la RMM comme étant un enseignement de qualité. En regard de ces résultats, nous nous sommes penchés sur l'organisation d'un enseignement et son importance pour l'étudiant [10]. Il est essentiel que l'étudiant soit doté d'un curriculum adapté à ses besoins, il y

puisera également les éléments importants pour son apprentissage qui sera effectué de manière cohérente par rapport à l'ensemble du cursus. En ce qui a trait à la qualité nous rejoindrons ici *Jurgen Kohler* qui stipule « La qualité des programmes d'études est surtout la qualité des résultats ».

7- Un aspect préoccupant évalué dans notre étude est la mobilisation des acquis en situation. Une auto évaluation de quatre compétences à intégrer dans le processus pédagogique d'une revue de morbi-mortalité a été effectuée ; le profil des participants de manière générale montre un faible pourcentage (15 %) capable de préparer la revue de morbi-mortalité. Seulement la moitié du groupe se sent capable d'argumenter un diagnostic ou de déterminer le degré de gravité en fonction des paramètres cliniques ou de décrire les étapes de prise en charge d'un cas critique. Le concept de l'enseignement tel que développé actuellement inclut un investissement des acquis de la formation dans le lieu de travail. Ce concept concrétise en fait une approche intégrée de l'enseignement et constitue donc un défi à relever par les différents groupes concernés par cet apprentissage. Cette démarche concerne en fait l'évaluation formative et s'inscrit dans la verticalité de l'enseignement évalué tout au long des sessions de formation mais également intervient de manière horizontale car enseignants et enseignés participent au processus de qualification des compétences [11].

8- Le monde de l'éducation est un domaine complexe qui nécessite une interdisciplinarité où les acteurs enseignants-enseignés ensemble dégagent en fonction des besoins les objectifs à générer et les paliers d'atteinte de ces objectifs, aussi le degré d'appréciation de cet enseignement et les propositions de tout un chacun, en vue de son amélioration ont été prises en compte. Parmi les dimensions proposées pour apprécier la revue de morbi-mortalité dans notre enquête trois paraissent dominants : les quatre groupes participant à notre enquête ont mis l'accent sur le dynamisme, la documentation et la disponibilité

de manière globale dans 75 % des cas. La ponctualité, l'expression orale, la qualité de l'enseignement sont prises en considération dans 50% des cas.

Une vision intégrée de toute démarche d'enseignement nécessite sans aucun doute un dynamisme certain et requiert constamment de la documentation. Les recherches dans le domaine de l'apprentissage reconnaissent que ce processus ne peut être passif. Avec cette approche, les étudiants ont une meilleure compréhension des concepts importants s'ils sont engagés et amenés à réfléchir par l'entremise de stratégies dynamiques [12].

Ces stratégies marchent de pair avec une disposition générale. Ce sont là des défis qui réclament du temps, et les liens avec des cours précédemment reçus par l'enseigné. Les aptitudes aussi bien que les attitudes à la fois des enseignants et des enseignés sont aussi des déterminants majeurs qui jouent un rôle important dans la réussite de toute activité scientifique. Dans cette optique la démarche qualité retenue dans un second temps par les participants met bien en exergue la cohérence d'un enseignement par rapport aux besoins, aux finalités qui en découlent et aux modalités de cet enseignement selon des objectifs précis et bien adaptés au contexte [13].

## **6-Conclusion**

L'analyse que nous venons d'effectuer, présente de manière synthétique les diverses composantes d'évaluation d'un enseignement. Elle nous renseigne sur une situation d'apprentissage qui interpelle tous les acteurs de cet enseignement dans un contexte peu favorable mais qui ne doit pas néanmoins occulter la cohérence indispensable dans un processus d'acquisitions de compétences.

Les réflexions obtenues constituent donc une base d'argumentations non figées car intéressant divers groupes de niveau cognitif différent. Les perspectives que nous dégageons ici reconstituent les principales recommandations des participants qui portent un regard différent sur certains points clés de notre enquête.

Le cheminement de l'enseignement à travers une filière bien identifiée par nos participants enchaîne la planification de la structure de l'enseignement, un temps de préparation, des objectifs, des explications claires, des ressources disponibles et l'implication de tout le personnel.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **Projet de réorganisation de la revue de morbi-mortalité au Sein du Service de Pédiatrie de l'Université d'État d'Haïti**

## **1-Introduction**

Ce travail est conçu dans le but d'implémenter la revue de décès comme un **moyen d'enseignement** au sein du service de Pédiatrie de l'HUEH, basé sur la standardisation des méthodologies d'apprentissage et une **formation axée sur la qualité des soins**. Suite aux réflexions recueillies des enseignants et des enseignés du service de Pédiatrie, la réorganisation de la revue de dossiers critiques (revue de morbi-mortalité) tient compte des divers aspects analysés dans notre enquête pour une meilleure intégration de ce processus dans l'acquisition des compétences. C'est un enseignement qui s'adresse à des médecins désireux d'acquérir une formation en pédiatrie. Avec des expériences personnelles acquises sur le terrain ils s'approprient à parfaire des compétences en médecine infantile dans les domaines des savoir être et savoir faire et à développer des aptitudes à la prise de décisions rationnelles. Ceci nécessite un réajustement continu de la pratique comportementale en termes de connaissances cliniques, d'intégration à travers des activités d'apprentissage qui occupent une place fondamentale dans cette acquisition des compétences.

## **2-Méthode**

Ce travail de réorganisation de la RMM est établi en prenant en compte les résultats de l'enquête présentée dans la première partie de ce travail, des finalités de l'enseignement en pédiatrie de manière générale [3], des recommandations pour la formation du médecin en Haïti [14]. Il est élaboré avec la collaboration des médecins de service qui ont participé à l'enquête initiale et est soumis à l'appréciation du chef de Service.

La RMM est ici conçue comme un projet d'organisation d'enseignement qui vise l'évaluation de l'acte médical et puise son plan d'organisation des références proposées par l'enseignement actuellement suivi avec l'Université de Bordeaux [10]. Il n'en demeure pas



moins vrai qu'il devra au fur et à mesure de sa maîtrise par les enseignants puis par les  
enseignés, être surtout utiliser comme une démarche axée vers la qualité des soins.

### **3-Résultats**

#### **La réorganisation de la RMM au Service de Pédiatrie de L'HUEH**

##### **3.1 Finalités:**

La RMM a pour finalité de tirer des enseignements permettant une meilleure prise en  
charge des patients par une équipe de soins, chacun de ses membres étant concerné à son niveau  
de responsabilité. C'est un outil d'évaluation de la qualité de l'acte médical  
que nous abordons comme un outil de formation médicale continue.

Son principal but est d'identifier, pour ne pas les répéter, les erreurs systémiques et non  
pas de trouver des coupables. Exemple: la gestion des réanimations cardio-respiratoires, la  
gestion des erreurs médicamenteuses, etc.

Selon les circonstances qui portent à la réaliser comme outil d'enseignement, (morbidité  
ou mortalité), **les objectifs opérationnels** qui suivent peuvent aider à son orientation.

##### **3.2 - Objectifs opérationnels : Être capable**

- ❖ d'énumérer les données sémiologiques à partir d'informations pertinentes recueillies du dossier
- ❖ d'argumenter à partir de l'histoire, l'examen physique, la probabilité des hypothèses diagnostiques retenues
- ❖ d'identifier les causes et mécanismes de décès, d'arrêt cardiorespiratoire et de complications graves survenant chez les patients hospitalisés dans une unité de pédiatrie générale sur lesquels il aurait été possible d'agir.
- ❖ de déduire des recommandations quant à la démarche à tenir dans un cas similaire afin de modifier ces causes et mécanismes, et améliorer ainsi la pratique médicale au sein de notre service.

- ❖ d'indiquer les étapes d'investigations-clés pour le suivi du patient - de déterminer les priorités de la prise en charge
  
- ❖ d'identifier l'arsenal thérapeutique indispensable à la prise en charge du patient
- ❖ de spécifier les paramètres de surveillance clinique en rapport avec la condition clinique du patient et selon le degré d'instabilité de la maladie
- ❖ d'établir le pronostic à court- moyen et long terme du patient selon le degré d'instabilité ou de contrôle de la maladie.

#### 4- **Procédure**

##### **4.1-Principes organisationnels**

- Participants : tous les prestataires de soins évoluant dans le service de pédiatrie et/ ou, les prestataires d'autres services connexes impliqués dans la démarche clinique ou dans le diagnostic post-mortem (ana-pathologie).
  
- Responsable des RMM : Le chef de Service peut à tout moment désigner, parmi les médecins formateurs, un responsable de sélections des dossiers.
  
- Responsable de séance: Un Médecin de service enseignant au service de Pédiatrie
  
- Intervenants : des résidents sont désignés par le responsable pour la préparation et la présentation du dossier critique
  
- Choix des dossiers :
  - Tout cas de décès survenu moins de deux semaines suivant une hospitalisation en pédiatrie
  
  - Tout arrêt cardiorespiratoire;

- Toute complication grave (ex : convulsion, traumatisme important, infection nosocomiale sévère, etc.) identifiée par le médecin traitant. Les événements sont survenus en salle d'urgence ou en salle d'hospitalisation.

#### **4.2- Préparation d'une séance**

Une réunion spécifique mensuelle est consacrée à la RMM. La durée des réunions ne devra pas dépasser 2 heures. Tous les médecins du service y compris les internes participent à cette réunion. Les autres professionnels impliqués dans la prise en charge des cas sélectionnés participent aussi à la réunion.

#### **4.3- Identification des cas**

- Les cas seront principalement signalés par Le Chef de Service et/ ou les médecins formateurs,
- La liste des décès des archives sera aussi consultée par le Chef de service ou par le médecin désigné à cet effet, de façon semestrielle afin de s'assurer que tous les cas soient identifiés.

#### **4.4- Modalités de réalisation**

Objectifs spécifiques pour les présentateurs de la RMM : être en mesure de

- Suivre le plan de travail établi selon les recommandations de ce projet d'enseignement en accord avec le chef de service

## 5- Déroulement d'une séance

- La présentation de chaque cas sera sous la responsabilité d'un médecin de service. Ce médecin se chargera d'instruire le dossier de manière impartiale et désignera un ou des résidents pour la lecture des faits.
- La présentation aura le format suivant :
  - Présentation clinique, mettant l'accent sur les événements pertinents ayant menés au décès, à l'arrêt cardiorespiratoire, ou à la complication grave.
  - Présentation des résultats d'investigation ou de laboratoire pertinents.
  - Discussion sur :
    - La démarche clinique
    - Les aspects scientifiques pertinents (à la discrétion du médecin traitant ; par exemple, présentation d'un article décrivant des cas semblables, etc.)
    - Conclusions et recommandations de l'assemblée

## **6- Rapport de séance**

Un compte-rendu de la réunion sera tenu par le responsable de l'activité et devra contenir les recommandations de l'assemblée en tenant compte des questions pour faciliter l'analyse du caractère évitable ou pas du décès ou de la complication :

- La maladie du patient en rapport avec les soins à l'origine de l'événement était-elle grave ?
  - Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient (état général, comorbidités...) ?
  - Ces soins étaient-ils urgents ?
  - Ces soins étaient-ils indiqués (niveau de preuves scientifiques) ?
  - Y a-t-il eu une dérive dans la réalisation de ces soins par rapport à la pratique attendue ?
  - Quel était le bénéfice potentiel, pour le patient, de ces soins au moment de la réalisation des ces soins ?
  - Quel était le risque potentiel de survenue d'événement indésirable au moment de leur réalisation ?
  - La plupart des médecins ou professionnels de santé, dans un contexte identique, auraient-ils pris en charge le patient de la même manière ?
- Le chef du service de pédiatrie assurera le suivi des recommandations faites lors des réunions de morbidité et de mortalité. Cette révision de dossier critique sera considérée par les

*Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques au sein du Service de Pédiatrie  
de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti*

participants comme une activité intéressant uniquement les prestataires du Service où il sera réalisé.

**Rapport d'une séance**

Les modalités d'évaluation de la RMM

Numéro du dossier	Identification de l'événement (Décès, complication)	Patient DX	Date évènement	Noms médecins soignant le cas	Date RMM

Un autre tableau permettra de figurer pour chaque séance, sa date de réalisation et sa durée, les objectifs à atteindre, les écarts constatés et les décisions prises pour la séance suivante

Date	Durée de la séance	Objectifs de la séance	Difficultés rencontrées durant la séance	Décisions pour la séance suivante

*Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques au sein du Service de Pédiatrie  
de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti*


## **7-Discussion**

### **7.1- sur la méthode**

La démarche décrite pour la réalisation de la RMM met en exergue les différentes étapes de la mise en place d'un enseignement, notions puisées des principes de construction d'enseignements [10].

### **7.2 - sur le projet**

Nous connaissons tous la rétroaction par l'analyse de pratiques qui permet parmi les cas compliqués d'un service hospitalier de distinguer les décès prévisibles des inattendus ; Elle produit une réflexion collective et rétrospective sur des cas réels afin de porter des mesures correctrices soit dans le raisonnement, soit dans la démarche thérapeutique. L'approche proposée ici repose sur les principes de l'apprentissage-enseignement et permet au bout du processus d'évaluer d'une part divers aspects de l'enseignement : l'évaluation de l'enseignement, l'évaluation des apprenants et l'évaluation des enseignants, en évitant toute discrimination et d'autre part de recueillir de tous les prestataires, des réflexions relatives à la qualité de la démarche thérapeutique.

Les besoins qui conduisent à organiser l'enseignement découlent d'une observation personnelle et de l'appréciation recueillie à la fois des enseignants et enseignés du système de formation de résidents au service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti. Les objectifs qui en découlent visent à promouvoir à tous les échelons à travers des tâches claires et précises, **une amélioration de l'enseignement** lui-même et par ricochet **une amélioration de la qualité des soins** de manière générale. Nous avons constaté qu'avec le temps, le discours pédagogique s'est progressivement transformé.



Il y a toujours des règles à respecter dans toute construction d'une activité d'apprentissage et lorsque la pédagogie est « centrée sur l'apprenant », on met en place des « contrats » à partir d'objectifs négociés, avec le souci constant d'impliquer chacun dans la démarche, de le rendre « actif » et de le faire participer à sa propre évaluation [15].

Il en résulte un travail consensuel ayant pour finalités un enseignement de qualité en vue de l'acquisition de compétences, avec pour boussole : l'efficacité et l'efficience. Par ailleurs le programme d'enseignement a des visées cognitives mais également comportementales (aptitude et attitude) et les compétences générées incluent à la fois des connaissances, un raisonnement logique et des réflexions ancrées dans la réalité du terrain en mettant l'accent sur l'apprentissage autonome et l'interdisciplinarité [16]. Dans notre projet d'enseignement, ces aspects sont pris en compte et se focalisent sur les finalités à atteindre.

L'importance des modalités pédagogiques ne fait aucun doute dans tout projet d'enseignement. Nous avons tenu compte des activités des résidents, de leur motivation, et des objectifs sont clairement démontrés aussi bien pour les prestataires à tous les niveaux que pour les présentateurs de la RMM. La procédure utilisée permet une pédagogie active, qui facilite la maîtrise des éléments d'apprentissage. Le contenu de la formation est basé sur des problèmes rencontrés par les participants dans leur pratique quotidienne. Cette approche est largement décrite par *David Kolb* et est illustré dans « le cycle d'apprentissage » [17].

La RMM de par sa structure, son contenu, constitue un outil d'évaluation formative en plus d'être une démarche qualité remarquable. Elle permet dans notre projet d'enseignement à travers : la séance elle-même, les rapports de séance, d'effectuer le réajustement des connaissances et des compétences des apprenants ainsi que des enseignants. Tout en étant une activité réduite dans le temps, elle permet également de guider le curriculum de formation par l'analyse des besoins, l'analyse des

compétences obtenues, à partir des constats résultant des rapports de séance qui constituent un garant de l'objectivité du processus.

### **7.3-Perspectives**

Les perspectives qui s'en dégagent, peuvent être considérées en terme de:

- Meilleure gestion du système de formation
- Changement dans la culture d'apprentissage
- Opportunité d'apprentissage centré sur le raisonnement
- Implication de tous les prestataires de soins du service et même des services connexes  
Comme le service d'ana-pathologie.
- Opportunité d'améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins.

Cette démarche d'enseignement s'inscrit donc dans la lignée des activités d'apprentissage dont l'intérêt revêt un caractère à la fois individuel et collectif. La participation des enseignants et des enseignés du service de Pédiatrie à l'analyse initiale a été la première étape d'implication des ressources. La deuxième étape est la validation de ce projet après sa présentation officielle et sera suivi de son implémentation au sein du service durant l'année 2014-2015.

## **8 - Conclusion**

La problématique de la revue de morbi-mortalité en tant qu'outil d'enseignement reste un champ qui peut aider à contourner les difficultés rencontrées dans l'apprentissage par la démarche clinique. Nous avons présenté en tenant compte des modèles d'apprentissage de l'adulte, les pistes de solutions pour résoudre le problème de l'apprentissage de la Revue de Morbi-Mortalité au sein du service de Pédiatrie de l'HUEH en passant par le raisonnement clinique axé sur l'application des connaissances. Les apports de ce travail en termes d'amélioration des connaissances sont indéniables. La RMM permet de développer une meilleure maîtrise des méthodologies d'apprentissage en s'assurant que les objectifs sont liés aux besoins identifiés et aux finalités attendues.

Nous avons dans la phase initiale de notre étude, démontré la contradiction qui existe souvent entre enseignants et enseignés. Ceci a été largement exposé dans l'évaluation de l'organisation de la RMM, les intérêts qu'elle devrait susciter en termes de stimulation intellectuelle, le positionnement général des participants qui méritent une meilleure intégration et leur appréciation d'un tel outil d'apprentissage dont l'utilité est certes reconnue mais mal exploitée. Nous avons tenu compte des diverses opinions des participants qui ont démontré une compréhension des critères d'un enseignement de qualité en considérant la planification de la structure, le temps de préparation, les objectifs, la clarté des explications, la disponibilité des ressources et l'implication de tout le personnel comme des éléments incontournables de ce processus.

La seconde partie de notre travail tout en tenant compte des recommandations faites plus haut tient compte des principes enseignés au cours de cette formation en pédagogie médicale « DU de pédagogie médicale, Université de Bordeaux sous la direction du Professeur *André*

*QUINTON*. Il est un fait certain que certaines nuances doivent être considérées dans notre travail par rapport au contexte, aux ressources disponibles en vue de parvenir à des finalités propres au système d'enseignement considéré. Ce contrat pédagogique actif permet une approche intégrée dans un apprentissage dynamique intégrant tous les prestataires de soins. L'accent est mis dans les objectifs opérationnels sur l'identification des mécanismes ou des causes d'un décès ou d'une complication. Il peut judicieusement être utilisé tant pour les cas de morbidité ou de mortalité en choisissant des objectifs opérationnels appropriés. A travers les objectifs spécifiques communs à tous les groupes, l'argumentation, l'analyse et le raisonnement des actions constituent le fondement de base de la RMM axé sur la cohérence des faits et des actes posés.

Nous avons à travers la procédure proposée, démontré que La RMM peut avoir un intérêt éducationnel et sa valeur en tant qu'outil d'apprentissage en cas de décès ou de complication survenant chez un patient est un atout précieux en termes de moyens d'évaluation d'une formation. Sa perception et son interprétation par les étudiants et leurs formateurs peuvent alors évoluer vers une autre représentation mentale d'une activité complémentaire du savoir, empreinte de savoir faire et de savoir-être tout en gardant la valeur en général attribuée par rapport à la qualité des soins.

Au delà de son apport au Service de Pédiatrie, où il a été évalué et révisé, ce projet d'enseignement a l'avantage de pouvoir être exploité comme démarche d'apprentissage dans tout système de formation incluant l'acte médical. La part relative à l'amélioration générale de la qualité des soins reste un aspect de haute valeur qu'il ne faut pas négliger.

Pour paraphraser le Philosophe ARISTOTE:

« Les choses que nous devons apprendre avant de pouvoir les faire, nous les apprenons en les faisant ».

## Références bibliographiques

- [1] FLEXNER A. *His report, Medical Education in the United States and Canada, and the historical questions raised by the report.* Acad. Med. 2010 Feb; 85(2):203-10. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c88506.
- [2] DEIS JN, SMITH KM, and WARREN MD, et al. *Transforming the Morbidity and Mortality Conference into an Instrument for Systemwide Improvement.* In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug.
- [3] *Curriculum du Service de Pédiatrie- Hôpital de l'Université d'État d'Haïti*, révisé en 2009.
- [4] *World Health Organization - Haiti Health profile report 2007.*
- [5] BIDAULT F., LEVEQUE J., PIERRE-LOUIS B., GRALL J-Y. and CHARLES H. *Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : L'expérience Rennaise.* Pédagogie médicale 2002; 3 (2): 74-80. DOI: 10.1051/pmed:2002017.
- [6] NGUYEN D-Q., BLAIS J-G.. *Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique.* Pédagogie Médicale 2007;8:232-51.
- [7] DELHAXE A. *Le temps comme unité d'analyse dans la recherche sur l'enseignement.* / Revue Française de Pédagogie no 118, janvier, février, mars 1997, 107- 125.
- [8] JEAN P. *Pour une planification méthodique des activités de formation.*

*Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 101-107.*

- [9] ROMAINVILLE M.- *L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire.* /Déc. 2002/ [www.ladocumentationfrancaise.fr/var/.../0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/.../0000.pdf)
- [10] QUINTON A. *Organisation d'un enseignement.* Université Victor Segalen Bordeaux 2..Mai 2008.
- [11] BELAIR LM., LEBEL C., SORIN N., ROY A., LAFORTUNE L. *Régulation et évaluation des compétences en enseignement.* Collection éducation-intervention; 29. Presses de l'Université du Québec. Ebook.
- [12] DIAS M. *Café pédagogique. Stratégies pour enseigner de façon dynamique/.* Centre de pédagogie Universitaire. Mars 2011
- [13] QUINTON A. et JEANNEL A. *La Démarche Qualité dans l'enseignement à l'Université Victor Segalen Bordeaux 2..Une Evaluation d'aujourd'hui pour demain.* Montréal, Logiques 2002, 45-69 /.
- [14] *Le profil de diplômé en Médecine en Haïti.* Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'État d'Haïti, Nov 2009.
- [15] MEIRIEU P. *L'éducation et le rôle des enseignants à l'horizon 2020,* Professeur des Universités UNESCO : HORIZON 2020.
- [16] QUINTON A. *Besoins, finalités, programmes, objectifs opérationnel.* Université Victor Segalen Bordeaux 266 Mars 2007.
- [17] KOLB D. A.- BOYATZIS R.E. - MAINEMELIS C. *Experiential Learning Theory: Previous Research and New Directions.* Department of Organizational Behavior Weatherhead School of Management. Case Western Reserve University. The revised paper appears in: R. J. Sternberg and L. F. Zhang (Eds.), *Perspectives on cognitive, learning, and thinking styles.* NJ: Lawrence Erlbaum, 2000.

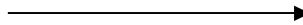
## Annexes

### Questionnaire d'évaluation de La Conférence de morbi-mortalité (CMM) au Service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti.

Le questionnaire est anonyme ce qui vous permet de donner librement votre opinion. Les résultats de cette évaluation permettront aux enseignants concernés de connaître comment est perçu cet enseignement et de proposer, le cas échéant, des possibilités d'amélioration à travers un guide d'enseignement.

**Je suis un résident I , résident II , résident III  
Je suis Médecin de service**

**Sur une échelle de 1 à 5**



	<i>Sans avis</i>	<i>Non</i>	<i>Plutôt non</i>	<i>Plutôt oui</i>	<i>Oui</i>
<b>A) Organisation et clarté</b>					
1- Les objectifs de la CMM sont clairs ?					
2- La répartition du temps pour cette activité est satisfaisante ?					
3- L'organisation de la CMM vous a été présentée de façon claire et en début d'enseignement ?					
4- Les supports fournis facilitent cet apprentissage ?					
5- La présentation de la CMM. est claire ?					
6- Le mode d'évaluation vous a été présenté en début d'enseignement ?					
7- Les délais qui vous sont donnés pour la préparation d'une CMM sont suffisants ?					
8- Le volume de travail personnel demandé est bien proportionné					

**B) Intérêts ó Stimulation intellectuelle**

*San  
avis      Non      Plutôt  
non      Plutôt  
ou      O i*

9- La CMM aide à comprendre les étapes de la prise en charge d'un cas critique ?

10- La CMM offre un apport de connaissances sur la pathologie, la prise en charge du patient ?

11- Les connaissances préalables sont suffisantes pour suivre cet enseignement ?

12- La CMM vous pousse à rechercher de la documentation par vous-même ?

**C) Positionnement général**

*Sa s  
avis      Non      Plutôt  
non      Plutôt  
oui      Oui*

13- Je comprends bien l'importance de cet enseignement pour ma formation ?

14- L'enseignement est bien situé et coordonné avec les autres dans le plan d'étude ?

15- De manière globale, vous estimez que cet enseignement est de bonne qualité ?



**D) Questionnaire sur vos compétences :**

pour cette QCM, vous cochez les propositions qui correspondent à ce que vous savez faire.  
(Il s'agit d'une auto-évaluation sincère).

**Je suis capable de :**

- A ó argumenter un diagnostic en fonction des signes cliniques du patient
- B ó Déterminer les paramètres cliniques pour classer le degré de gravité du patient
- C ó Décrire les étapes indispensables dans la prise en charge d'un cas critique
- D ó Préparer la revue de morbi-mortalité d'un patient

**E) Evaluation du degré d'appréciation de cet enseignement**

*des critères d'évaluation sont les suivants (à mettre dans les cases du tableau):*

**A = Bien - B = Plutôt Bien - C = Plutôt Médiocre - D = Insuffisant - E = Sans avis**

- 1- ponctualité (respect des horaires et des séances programmées dans l'emploi du temps)
- 2- qualité (qualité des enseignements ó appréciation du niveau des enseignements)
- 3- dynamisme (dynamisme et implication de l'enseignant)
- 4- expression orale (élocution, clarté, supports visuels,...)
- 5- documentation (bonne documentation, références fournies de bonne qualité,...)
- 6- équilibre (équilibre entre théorie, exemples concrets et applications)
- 7- climat (les enseignements se déroulent dans un climat de respect réciproque)
- 8- disponibilité (l'enseignant est disponible et encourage les contacts, répond aux questions, peut être sollicité en dehors des heures d'enseignement)

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

*Réorganisation des séances de revue de dossiers critiques au sein du Service de Pédiatrie  
de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti*

--	--	--	--	--	--	--	--

**F) Vos propositions d'amélioration ó remarques:**

--

**Avec nos remerciements pour votre contribution !**