

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

François Raineri, Michel Arnould, Pascale Arnould

L'Évaluation des pratiques professionnelles, inscrite dans le code de déontologie est devenue une obligation légale depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. Il ne s'agit donc plus seulement, pour le médecin, d'attester qu'il se forme assidûment, il doit aussi s'engager dans une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle. À cela près que c'est la Haute Autorité en Santé (HAS) qui définit l'Évaluation en santé et agréé les organismes effecteurs auprès des médecins.

Selon l'HAS « Évaluer, c'est apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle stratégie pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est mettre en place les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, imaginer et fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction. L'évaluation médicale est l'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de transformer et diffuser la production scientifique pour la rendre acceptable par les praticiens ».

Le travail en Groupes de Pairs labellisé peut-il constituer un moyen simple et peu coûteux de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles ?

C'est ce qu'a dit le représentant de l'HAS au 3^e Symposium des Groupes de Pairs (juin 2005), le Professeur Jean-Michel Chabot. Celui-ci a en effet annoncé que les Groupes de Pairs pourraient être une des modalités de validation de l'EPP sous réserve que les organismes promoteurs de la méthodologie respectent au moins les trois points suivants :

- articuler la discussion des cas autour de recommandations,
- produire des résultats objectivables en terme d'évolution des pratiques,
- accepter le principe du regard externe.

Les Groupes de Pairs sont-ils déjà une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles ?

L'analyse réflexive de la pratique

Au cours de chacun des trois temps de la réunion, les participants sont invités à réfléchir en permanence aux déterminants appuyant ou justifiant leurs décisions.

L'analyse réflexive de la pratique à la lumière de la grille de présentation de cas permet une prise de conscience des déterminants de la démarche décisionnelle, et un regard distancié et critique sur la pratique. Ce processus est en lui-même facilitateur de changements.

La confrontation aux pairs

Au cours du 1^{er} temps, chaque médecin à son tour expose sa pratique au regard critique de ses pairs, non pour être jugé, mais bien dans un souci d'enrichissement mutuel. L'expertise est alors au grou-

pe. Les discussions s'appuient sur le « savoir procédural » cumulé en termes de données de la science et l'expérience cumulée des « savoirs d'actions ». Dans la moitié des cas, un consensus est trouvé. Quand ce n'est pas le cas, des solutions doivent être recherchées ailleurs et rapportées à la rencontre suivante.

Au cours des 2^e et 3^e temps, les discussions permettront également d'échanger, d'enrichir et d'appréhender ce qui dans la pratique relève de « la science », des « représentations » ou de « l'expertise collective ».

La confrontation aux données de la science

En Groupe de Pairs, lorsqu'un consensus documenté n'a pu être trouvé lors de la discussion d'un cas clinique ou lors de l'élaboration d'un protocole de soins, une recherche documentaire est réalisée. Le groupe peut en faire une « lecture critique » et surtout discuter de sa faisabilité (implémentation) et de son acceptabilité par le patient concerné.

Par ailleurs, en cas d'écart constaté avec un référentiel existant, le médecin expose les raisons de cet écart lors de la présentation du cas.

Ces confrontations répétées aux référentiels applicables en médecine générale pour des populations analogues permettent aux médecins de prendre conscience de ce que les données scientifiques recommandent de faire (pratique idéale) de ce qu'ils font effectivement (pratique observée) et des raisons expliquant ces « écarts ».

Modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques en Groupe de Pairs et critères permettant d'en montrer la pertinence.

Les médecins ayant participé à l'atelier, ont proposé trois outils jugés acceptables et permettant

de mieux répondre à l'obligation d'EPP et au cahier des charges de l'HAS :

- La grille de présentation des cas et le compte rendu de séance.

De nombreux critères présents sur la grille de présentation des cas et les comptes rendus de séance sont faciles à étudier par un regard externe comme « indicateurs » d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

On peut citer :

- Le nombre de Résultats de Consultations (diagnostics) étudiés sur un an : plus ils seront nombreux, plus grand sera le champ de la discipline soumis au regard critique. Par ailleurs leur présence sur la grille reflète leur mention dans le dossier médical (critère HAS de bonne tenue du dossier).
- La démarche décisionnelle : le référencement aux données de la science y est en bonne place, mais à sa juste place, tout comme la démarche EBM, qui rend au patient son rôle central.
- La tenue du dossier médical (un grand nombre de critères de bonne tenue du dossier médical figurent sur la grille).
- L'évaluation du recours à la documentation scientifique, avec les références bibliographiques, leurs dates, leur niveau de preuve s'ils existent, la population étudiée, la notification d'écarts significatifs de la pratique par rapport aux données de la science dans les mêmes populations et les moyens à mettre en œuvre s'ils sont réalisables. Plus ces recherches seront nombreuses et leurs résultats notés voire publiés, plus elles feront la preuve que les médecins prennent connaissance et effectuent une lecture critique des référentiels.
- Le nombre de problèmes résolus, avec des solutions pertinentes, appuyées par des documents de bon niveau de preuve attestera des progrès du groupe.
- La réflexion du groupe sur l'amélioration du parcours et de la coordination des soins.

- La réalisation d'audits de pratique et de leurs comptes rendus

Les audits, reprenant la méthodologie proposée par les URML à partir du travail commun avec l'HAS, pourraient être mis en œuvre au cours du troisième temps. Un premier tour d'audit permet aux médecins de mesurer l'écart entre leur pratique et la pratique recommandée par l'HAS. Les moyens à mettre en œuvre pour réduire les écarts sont proposés par le groupe. Un second tour d'audit quelques mois plus tard sera nécessaire pour évaluer les progrès accomplis. Un compte rendu de ces audits et

de leurs suivis sera produit par le groupe et adressé à la SFMG.

Conclusion

Le Groupe de Pairs témoigne d'un engagement réel, méthodique et documenté dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour devenir un processus institutionnellement reconnu de l'EPP, il doit s'adapter aux trois demandes de la HAS. Ceci suppose que la SFMG « porte » la charge administrative en rapport avec cette obligation et que les médecins acceptent la « procédurisation » inévitable d'une démarche jusque-là volontaire.

Jusqu'à présent, les participants actuels semblent s'accorder sur le principe d'une évaluation extérieure qui porterait sur le travail et la production du groupe à partir des documents produits (comptes rendus de séances, grille de présentation des cas, feuille d'émargement, compte rendu et suivi des audits) et s'assurant :

- du respect de la méthodologie (modérateur, compte rendu, émargement),
- de la réelle articulation des discussions sur les recommandations,
- du nombre de recherches documentaires effectuées,
- du nombre de problèmes cliniques résolus,
- du nombre de référentiels étudiés.

De même l'introduction d'audits thématiques au cours du 3^e temps pour les groupes le souhaitant pourrait permettre de répondre « sur site » à l'évaluation ponctuelle des pratiques professionnelles.

Mais les pairs souhaiteraient également participer à l'élaboration d'un projet d'amélioration des référentiels en portant un regard critique sur les référentiels « au moment de l'action » et en adressant un « feed-back » collectif de cette mise en pratique à leurs promoteurs, avec l'idée intéressante d'adapter au mieux ces recommandations à la pratique en soins primaires quand cela s'avère nécessaire. Les difficultés d'accès à l'information, le coût des abonnements, la nécessité de formations à la recherche documentaire, à la lecture critique, la fréquente inadaptation de ces données à la pratique quotidienne en médecine générale en terme de populations concernées par exemple figurent parmi les nombreuses raisons avancées par les pairs pour expliquer cet état de fait. Une nécessaire réflexion de la part des institutionnels serait souhaitable concernant la diffusion des référentiels et leur accessibilité.