

Mots clés :

EPP  
Indicateur  
Qualité des  
soins  
Méthodologie  
Groupe de  
pairs

## Evaluer les pratiques professionnelles : limites et perspectives

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la qualité des soins (cf *Bibliomed* 513, 515, 517). Les premières<sup>1</sup> intégraient *les points de vue du planificateur, du soignant et du patient*. De plus récentes s'inspirent de la *démarche qualité utilisée dans l'industrie* en utilisant des indicateurs mesurables suffisamment nombreux pour s'approcher du « zéro défaut ». Pour d'autres la santé est trop complexe pour une approche simpliste de type « produit », la qualité y est un *concept multidimensionnel*. Evaluer ses pratiques est indispensable, mais réduire cette démarche à une série de mesures « quantifiables », sous prétexte qu'elles sont reproductibles, a surtout un intérêt de type médico-légal, blâmes/sanctions, bien différent de la recherche de qualité des soins<sup>2</sup>. Prendre conscience de ces limites peut alors ouvrir de nouvelles perspectives, dans l'intérêt de tous, patients et professionnels.

### Les limites de l'analyse quantitative

**Combien d'indicateurs ?** En Grande Bretagne, pour 19 situations fréquentes de soins primaires, 229 indicateurs ont été identifiés<sup>in2</sup> ; avec le risque de focaliser l'attention sur les aspects mesurés au détriment des autres. Cette vision fragmentée privilégie le « mesurable » au détriment du qualitatif, du subjectif inhérents aux soins.

**Comment les recueillir au long cours ?** Un dossier informatisé uniformisé, avec codage des plaintes, procédures de soins, diagnostics, traitements, n'a jamais été envisagée en soins primaires<sup>2</sup>. Elle est probablement inenvisageable...

**A quels coûts ?** Les diverses « certifications » ont mobilisé partout des ressources considérables<sup>3</sup>. A titre d'exemple, une étude comparant la prise en charge de situations cardiaques classiques aux USA entre hôpitaux *certifiés* et *non certifiés* a montré une quasi-égalité entre les 2 groupes, mais un risque bien réel de désengagement des soignants à la suite des multiples procédures et rappels de contrôle<sup>in3</sup>.

**Pour quelle fraction de l'activité de soins ?** Une large part de l'activité clinique n'est pas réellement fondée sur des « preuves »<sup>4</sup>, et ne peut donc être comparée à des référentiels. Le débat agite aujourd'hui les hôpitaux français, avec la tarification dite « T2A », basée sur la reconnaissance d'un nombre limité de groupes de séjours dits homogènes. Cela fonctionne assez bien pour les actes simples, mais est totalement inadapté à

l'essentiel de la médecine, en particulier les maladies chroniques<sup>5</sup>.

### Les perspectives d'une approche qualitative

**Pour la recherche, la méthode qualitative est là où s'arrête le quantitatif<sup>6</sup>.** C'est à cette démarche d'observation non standardisée, tenant compte des différentes subjectivités, que devrait faire appel une part importante de l'EPP. Aucune « grille » ne pourra être complète de ce point de vue, mais est-ce l'essentiel ? Il s'agit d'une approche itérative, au cas par cas. Ses hypothèses et méthodes de travail changent selon les lieux et les moments pour prendre conscience des véritables enjeux de la qualité<sup>6</sup>.

**Le lieu privilégié de cette approche est le petit groupe de professionnels.** Le débat *peer to peer* permet une réflexion efficace. Le regard, les remarques des pairs évitent la majeure partie des dérapages liés à la subjectivité, comme le montraient il y a déjà 10 ans des expériences canadiennes<sup>7</sup>. Il ne s'agit pas de juger les pratiques, mais d'initier pour chaque professionnel et en toute transparence une réflexion sur ce qu'il fait et pourquoi il le fait<sup>8</sup>.

**Une intervention extérieure est-elle indispensable ?** L'opinion de patients et collaborateurs (par questionnaires interposés)<sup>2,7,8</sup>, le regard ponctuel (qui ne peut être un contrôle) d'un membre extérieur au groupe peuvent améliorer l'information et éviter une trop grande homogénéisation.

### Que conclure pour notre pratique ?

**La recherche de qualité des soins est un processus actif, constructif et cumulatif.** C'est le but de toute évaluation des pratiques ; à condition de prendre en compte la réalité, notamment des situations uniques, floues et complexes, et des conflits de valeurs et problèmes éthiques qui sont la règle en santé.

**Il s'agit pour chaque professionnel de comprendre** comment il travaille, apprend, mémorise, résout les problèmes de santé de ses patients, construit ses pratiques, éventuellement les modifie. Une réflexion approfondie sur méthodes et résultats reste indispensable.

**Le développement d'une expertise professionnelle de type collaboratif** – le travail entre « pairs » ne pouvant être opposé aux exigences d'« interdisciplinarité » - est probablement l'une des perspectives les plus porteuses d'avenir. Tout reste à défricher.

#### Références :

- 1 - Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;268:1743-8.
- 2 - Bovier P et al. Mesurer la qualité des soins en médecine de premier recours. Difficultés et solutions. Med Hyg. 2004;62:1833-6.
- 3 - Boss JL. Les limites de la certification qualité en médecine. Rev Med Suisse. 2008;4:1944-5.
- 4 - Goichot B et al. Recherche sur les pratiques : un enjeu pour la médecine interne. Rev Med Interne. 2008;29:179-80.
- 5 - Grimaldi A. L'arnaque de la T2A. Médecine. 2008 (In press).
- 6 - Greenhalgh T. Savoir lire un article médical pour décider. Meudon: Rand; 2000.
- 7 - Violato C et al. Alberta Physician Achievement Review. CMAJ. 2000;162:1803.
- 8 - Stevens DP. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Qual Saf Health Care. 2008;17:1.