

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 premières¹ 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 soins². 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 identifiésⁱⁿ² ; 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 primaires². Elle est probablement inenvisageable...

A quels coûts ? Les diverses « certifications » ont mobilisé partout des ressources considérables³. 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 contrôleⁱⁿ³.

Pour quelle fraction de l'activité de soins ? Une large part de l'activité clinique n'est pas réellement fondée sur des « preuves »⁴, 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 chroniques⁵.

Les perspectives d'une approche qualitative

Pour la recherche, la méthode qualitative est là où s'arrête le quantitatif⁶. 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 qualité⁶.

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 dérives liées à la subjectivité, comme le montraient il y a déjà 10 ans des expériences canadiennes⁷. 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 fait⁸.

Une intervention extérieure est-elle indispensable ? L'opinion de patients et collaborateurs (par questionnaires interposés)^{2,7,8}, 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.