

Mots clés :

Compé-
tence
DPC
Exercice
profession-
nel
FMC

Développement professionnel continu et petits groupes de praticiens

Le concept de développement professionnel continu (DPC) rappelle opportunément que la formation de professionnels en exercice ne peut se concevoir qu'à partir d'un regard critique sur les pratiques. S'il peut y avoir des *temps* spécifiques (formation, évaluation, etc.), la *finalité* est unique : qualité/sécurité des soins. La *mise en œuvre* peut être très diverse, mais les approches collectives, staffs hospitaliers ou groupes de libéraux, semblent prometteuses¹. Différentes formes de *peer reviews* ont été réalisées dès 1970-80 en Hollande et Grande Bretagne autour de Grol², Davies, Winickof et bien d'autres. Une mise à jour *Cochrane*² sur les conditions d'efficacité de la FMC, des articles canadiens^{3,4} et hollandais⁵ apportent quelques données dans un domaine où il faut admettre que la richesse du foisonnement conceptuel a pour corollaire une remarquable indigence de l'évaluation...

Principes de base : années 70-80

Grol a montré² comment un programme intensif structuré par des pairs (une dizaine de sessions en 18 mois) peut modifier les pratiques réelles en les comparant dans le groupe avant et après (audit) et à un groupe de contrôle. C'était - dans cette étude parmi d'autres - particulièrement vrai pour clarifier les questions et les attentes du patient, l'impliquer dans la décision, lui apporter les informations et conseils nécessaires et prescrire à bon escient (tranquillisants, antibiotiques et antalgiques). Grol insistait sur la nécessité de la confiance entre membres du groupe, l'importance de la réflexion critique sur les pratiques réelles et de l'approche factuelle des réponses envisagées. Il soulignait que l'impact réel sur les pratiques est toujours le plus difficile à démontrer, notamment parce qu'il s'agit toujours d'effets de faible amplitude.

Premier « moteur » : l'interactivité

Dans la mise à jour 2009 d'une revue *Cochrane* antérieure³, où plus de 11 000 professionnels (81 essais) sont maintenant inclus, l'interactivité entre professionnels combinée à l'apport didactique de données factuelles contribue au mieux (mais modestement) à modifier les pratiques et les résultats sanitaires. Cela concerne surtout les situations cliniques les plus graves, aux comportements relativement stéréotypés, moins les situations moins graves ou les comportements complexes.

Que conclure pour notre pratique ?

Si le DPC n'est qu'une réglementation de plus, **le recueil individuel de quelques indicateurs** est largement suffisant.

S'il s'agit d'une **réflexion systématisée sur l'ensemble du processus décisionnel médical**, le **co-regard des pairs** et le **recueil des données réelles** (registres ?) sont essentiels. Le DPC français semble hésiter entre le maintien de l'existant et la mise en place de « processus nouveaux » dont rien ne permet d'affirmer la faisabilité et l'efficacité. Les petits groupes locaux de professionnels apparaissent comme les structures favorisant au mieux la mise en œuvre du DPC, comme elles le font depuis longtemps sous diverses appellations, Balint, pairs, pratiques, etc.

Ce schéma doit sans doute être **renové** et surtout **évalué sur ses résultats** : une recherche spécifique en est aujourd'hui d'autant plus importante et urgente.

Groupes de pratiques

Le programme canadien *PBSG (practice-based small group)* a été développé depuis 1986 au sein de groupes professionnels locaux⁴. Il est maintenant mis en œuvre au Kenya, aux USA et en Ecosse. La méthode est proche de celle qu'envisageait Grol : petits groupes de pairs, identification des questions posées par la pratique, approche interactive des réponses factuelles, « facilitateurs » (animateurs) formés à cet effet. Une étude qualitative auprès de 24 groupes⁵ a montré qu'ils favorisaient une interactivité respectueuse de chacun, peu conflictuelle, qu'il s'agisse d'information scientifique ou de la manière de faire face à des problèmes similaires. Le groupe apparaissait comme lieu idéal de partage des connaissances et de validation de l'expérience clinique, même si certains groupes ne réussissaient pas à atteindre ce niveau.

Un essai randomisé (mise en œuvre des recommandations) est en cours aux Pays-Bas auprès de 50 groupes de généralistes⁵. Il est basé sur une stratégie complexe de recueil des données d'évaluation et des obstacles au changement, avec retour d'information auprès des groupes. Les questions en débat portent sur la nécessité de créer des registres spécifiques, l'efficacité du groupe pour l'ajustement des pratiques et les coûts de telles interventions.

Références :

- 1- Sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_443273/comment-evaluer-et-ameliorer-votre-pratique
- 2- Grol R et al. The effects of peer review in general practice. *R Coll Gen Pract.* 1988; 38(306): 10-3.
- 3- Forsellund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.
- 4- Armson H. Translating learning into practice. Lessons from the practice-based small group learning program. *Can Fam Physician.* 2007; 53: 1477-85.
- 5- Perelles L et al. Permanent small groups: Group dynamics, learning, and change. *J Contin Educ Health Prof.* 2002; 22(4): 205-13.
- 6- Trietsch J et al. A cluster randomized controlled trial aimed at implementation of local quality improvement collaboratives to improve prescribing and test ordering performance of general practitioners: Study Protocol. *Implementation Science.* 2009; 4: 6.