

EPP : l'engagement d'un médecin généraliste



Par **Jean-Jacques Ormières**,
médecin généraliste, 31650 Saint-Orens
de Gameville. ormieres.jean@wanadoo.fr

L'engagement dans l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) procède d'une démarche personnelle et volontariste. Animés d'une conscience professionnelle incontestable, beaucoup de médecins s'y sont déjà engagés, souvent sans le savoir ou sans l'avoir formalisé. D'implicite, l'EPP doit devenir maintenant explicite^{1,2}. Restent des questions légitimes sur ce que l'on a à y gagner et la peur d'être « jugé ». Nous donnons ici le témoignage personnel de cet engagement qui s'est fait au fil du temps. Il peut servir à comprendre ce que l'on entend par EPP, sur la façon de la mettre en place dans sa pratique et surtout sur les bénéfices pour les patients en termes d'amélioration du service rendu. Beaucoup de médecins généralistes s'y reconnaîtront.

EPP : 2 BONNES RAISONS POUR S'ENGAGER

1. Lutter contre la non-qualité

Mille deux cents patients nous ont choisis comme médecin traitant, ce qui fait avec les enfants une patientèle d'environ 1 500 personnes. Une « mini-population » qui nous confie ses problèmes de santé, que nous avons en charge et qui nous interpelle...

Nous observons tous les jours des prescriptions et examens complémentaires redondants, de trop nombreuses consultations qui aboutissent à des excès de soins et à une sur-utilisation des moyens...

À déplorer également des retards au diagnostic, de longs délais d'attente, le manque d'information, la non-coordination des soignants autour du patient avec des défauts de soins, des accidents médicamenteux et des chiffres qui interpellent : 4 % des causes d'hospitalisation en France correspondent à des événements indésirables graves liés aux soins survenus en ville ou à l'hôpital, avec un coût financier qui correspond à 15 % des dépenses hospitalières...

2. Transférer « la science » dans la pratique

Exercer dans le respect des bonnes pratiques nécessite de les connaître et de les intégrer à son activité clinique. Le médecin généraliste n'a ni le temps ni les moyens de faire des synthèses des données actuelles de la science... Son énergie et son temps sont consacrés à soigner des patients. À chaque praticien d'adapter les recommandations et consensus à la situation clinique et au patient. Ces nouvelles exigences nous ont amenés à nous interroger sur la qualité des soins délivrés à nos patients dans notre cabinet, à l'analyser pour l'améliorer. Nous l'avons fait empiriquement par manque d'encadrement et de formation, souvent avec maladresse, mais toujours conscients de notre mission : améliorer la qualité des soins.

ÉVALUATION PREMIÈRE GÉNÉRATION

Audit clinique et questionnaire de satisfaction

Nous sommes « entrés en évaluation » en 1990 au sein de l'Andem puis comme correspondant régional en 1995 de l'Anaes et depuis 2005 comme chargé de mission régional pour l'évaluation de la HAS. Durant ces 16 années, nous avons eu la chance de participer aux différentes évolutions. Initialement, la vision était celle de l'évaluation normative, de la mise aux nor-



mes et du contrôle qualité. Très tôt et très vite, les instances responsables et les professionnels ont choisi l'évaluation formative et cherchent maintenant à simplifier les procédures au maximum pour rendre l'EPP facilement accessible, réalisable et acceptable par tous les médecins. Ainsi, à l'audit clinique (comparer sa pratique à des pratiques idéales à l'aide de grilles de critères) a succédé l'EPP qui consiste en l'analyse de la pratique en référence à des recommandations avec mise en place et suivi d'actions d'amélioration. Toutes les approches sont donc valides à condition qu'elles débouchent sur l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de plans d'actions.

L'EPP À PARTIR DE 2005

Analyse, protocolisation et coordination de la pratique

Avec le décret du 14 avril 2005, l'EPP devient une démarche d'évaluation/amélioration des pratiques. Elle cherche à favoriser une approche entre médecins de même spécialité^{3,6} dont une référence sont les groupes de pairs de la Société française de médecine générale^{3,4} et qui a depuis lors connu de nombreuses adaptations⁶. Le médecin enrichit sa pratique non seulement des données des recommandations mais aussi de l'expérience de ses confrères. Les soignants sont ainsi invités à s'entendre, à échanger et se coordonner autour du patient pour lui offrir le meilleur soin. En voici 4 exemples récents.

Améliorer la permanence des soins

Avec nos 23 confrères locaux, nous avons une organisation pour la permanence des soins les nuits, les week-ends et les jours fériés. Chacun à tour de rôle prenait sa garde et répondait aux appels quelle que soit leur nature. Le dimanche matin, par exemple, un cabinet restait ouvert et le médecin de permanence consultait comme en semaine des patients venant de tout le département. Par ailleurs, un débat avait lieu au sein de la profession pour améliorer le confort d'exercice des médecins. En réponse, des décrets concernant l'organisation et la mise en place de la permanence des soins étaient publiés. Ils nous ont servi de références.

À l'aide de « debriefing » réguliers pendant un an avec les collègues locaux, nous avons identifié certaines pistes : améliorer le confort d'exercice ; éviter que certains ne quittent la permanence des soins ; mettre en place une régulation médicalisée et centralisée des appels ; regrouper les médecins dans un secteur géographique opérationnel.

Les mesures d'amélioration mises en œuvre ont été la constitution d'un secteur géographique composé des 4 communes où les 23 médecins installés ont tous accepté de participer à la permanence des soins ; la constitution d'une association de régulateurs ; la possibilité pour chaque médecin de choisir son mode de participation, en prenant des gardes soit sur le secteur soit à la régulation

(ce qui a satisfait particulièrement les médecins femmes).

Résultats en 2006. Le nombre d'actes en garde est passé d'une moyenne de 40 à 10 actes par 24 heures ; tous les médecins participent à la permanence des soins ; la majorité des actes sont devenus médicalement « justifiés ».

Dépister les cancers du sein dans notre patientèle

Nous avons conçu et organisé 2 actions de FPC protocolisée, financée par l'OGC et indemnisée. Chacune d'elle s'est déroulée en trois temps : formation (2 jours), action (mise en place des objectifs fixés sur 6 mois), évaluation (1 jour : analyse des résultats d'un audit et de dossiers médicaux posant problème). Ces actions ont été réalisées en collaboration avec les radiologues locaux.

À améliorer : l'information et la sensibilisation des femmes sur la nécessité de se faire dépister ; la coordination avec les radiologues pour une interprétation des mammographies selon la classification ACR.

Mesures mises en œuvre : interroger systématiquement les femmes de 50 à 75 ans sur leur statut vis-à-vis du dépistage ; si ce dernier n'est pas fait, le prescrire ; le noter dans le dossier avec les résultats ; créer un rappel avec la date du prochain examen ; obtenir un compte-rendu du radiologue se référant à la classification ACR.

Résultats en 2006. En 2004, alors que nous commençons à les interroger sur leur statut vis-à-vis du dépistage, 15 % des femmes de 50 à 75 ans de notre patientèle avaient bénéficié d'une mammographie. En 2006, 80% d'entre elles en ont bénéficié au minimum tous les 2 ans. Durant cette période, 5 cancers du sein ont été dépistés dans notre patientèle.

Prescrire l'automesure tensionnelle aux patients hypertendus

Constat (à la lumière des recommandations de la HAS)⁷ : il faut améliorer l'observance et confier aux patients suivis et traités la surveillance de leur pression artérielle.

Mesures d'amélioration : prescrire l'achat d'un appareil d'automesure ; délivrer au patient une fiche-conseil avec la « règle des trois » et la liste des appareils validés par l'Afssaps ; lui demander de ramener les résultats de ses automesures à chaque consultation.

CONSEILS POUR UNE EPP SIMPLE, PRAGMATIQUE ET PAS SOPHISTIQUEE !

- Choisir une thématique médicale fréquente, où existe une recommandation.
- Contacter ses confrères et leur proposer d'amener des dossiers médicaux à analyser ensemble.
- Ne pas craindre le regard de ses pairs et savoir se remettre en cause.
- Contacter un organisme agréé et/ou l'URML afin de mettre en route la procédure de validation.

EPP : l'engagement d'un médecin généraliste

Résultats en 2006 : 6 patients s'étaient spontanément « équipés » au début de notre action. Six mois après la mise en oeuvre, 50 % des patients traités et suivis pour HTA pratiquent l'automesure et ramènent les résultats à chaque consultation de renouvellement de traitement.

Éduquer les asthmatiques^{8,9} et les diabétiques

Nous avons conçu et mené une action de FPC protocolisée (financée par l'OGC et indemnisée) en trois temps : formation (2 jours), action (mise en place des objectifs fixés sur 6 mois), évaluation (1 jour : analyse des résultats d'un audit et de dossiers médicaux posant problème). Ces actions ont été réalisées en collaboration avec les pneumologues et diabétologues locaux.

Pistes d'amélioration : délivrer à tous les asthmatiques, des conseils et un plan d'action personnalisé écrit, leur permettant de gérer une crise d'asthme pour éviter qu'elle mette leur vie en danger ; délivrer à tous les diabétiques un protocole écrit de dépistage des complications.

Mesures mises en oeuvre : remise à tous les asthmatiques, en particulier lors d'un renouvellement de salbutamol, d'une fiche-conseil avec explications orales comportant les principaux messages de sécurité, l'utilisation du salbutamol et un protocole de gestion de la crise avec l'adresse du médecin à contacter si la crise ne cède pas ; remise à tous les diabétiques

d'un fiche-conseil avec explications orales leur permettant de planifier les consultations de dépistage des complications.

Résultats en 2006 : avant le début de notre action (avant 2005), nous devions délivrer ces conseils oralement mais sans pouvoir en mesurer la portée. En 2006, nous avons automatisé les fiches-conseils et les avons délivrées à 80 % de nos patients diabétiques et à 50 % de nos patients asthmatiques. Il nous faudra ensuite évaluer, au cours des consultations de surveillance et de suivi, leur compréhension et leur tenue, et surtout faire passer le message aux asthmatiques qui s'ignorent ou ne se reconnaissent pas comme tels.

COMMENT VALIDER SON ENGAGEMENT INDIVIDUEL

Vous pouvez vous rapprocher soit d'un organisme agréé, le plus souvent issu d'une société savante de votre spécialité, soit de votre URML qui missionnera un médecin habilité. Il n'existe pas des crédits d'EPP mais une validation binaire¹¹ (100 points ou rien) qui correspond à l'engagement global du médecin dans une démarche continue d'EPP¹². L'EPP valorise le travail du médecin. Ce sont les organismes agréés et les URML qui délivrent les certificats pour les médecins généralistes libéraux. Ils sont ensuite adressés aux Conseils régionaux de FMC/EPP et aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui délivrent alors les attestations quinquennales. ■

QUE RETENIR DE CES EXPÉRIENCES ?¹⁰

Informatisez la tenue des dossiers médicaux. Cela nécessite beaucoup d'investissements personnels, financiers et de temps. C'est dans les dossiers que l'on va chercher les informations indispensables. C'est aussi grâce à l'informatique qu'un certain nombre d'actions d'amélioration sont automatisées : rappels, fiches-conseils, alertes, aides mémoires. **Faites simple.** Donnez-vous des objectifs tenables et faisables, et surtout persévérez.

Agissez dans l'intérêt du patient. L'EPP recentre la décision médicale sur la relation médecin-malade. L'EBM ne se résume pas à une approche uniquement factuelle.

Donnez la parole aux patients. Ils y sont particulièrement sensibles. Permettez-leur de donner leur avis sur l'organisation et le fonctionnement du cabinet et de la consultation. Et surtout tenez-en compte.

Travaillez en équipe. Un certain nombre d'améliorations nécessitent une bonne coordination avec les confrères et les correspondants spécialistes locaux. L'implication de ces derniers, très tôt dans l'élaboration des plans d'action, donne de la cohérence au projet et rend sa mise en oeuvre possible.

Débloquez du temps pour l'EPP pour analyser votre pratique, reprendre des dossiers, lire des recommandations, faire des synthèses, des fiches-conseils et des rappels, revoir et discuter des traitements ; pour réfléchir et vous préparer à la rencontre avec le patient ; pour échanger et produire avec vos confrères. Et limitez les aspects organisationnels au strict minimum !

Remerciements à :

Christian Boissier, Jean-Yves Bousigüe, Jean Brami, Bernard Bros, Yves Destrube, Eric Drahi, Jacques Lagarde, Robert Nicodème, Claire Pech-Ormières, François Pignal, Jean-Michel Chabot, qui ont accepté de relire cet article.

Références

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Paris: Journal officiel de la république; 2004.
- Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris: Journal officiel de la république; 2005.
- Marguerit C. Les groupes de pairs, essentiels à la pratique de la médecine générale. Rev Prat Med Gen 1994;8:31-2.
- SFMG. Les groupes de pairs. <http://www.sfm.org/>
- Michel C. Cercle de qualité : rompre l'isolement, enrichir son expérience. Rev Prat Med Gen 2000;14:1462-4.
- Brami J. EPP et groupes d'analyse de pratiques entre pairs : l'association idéale pour le généraliste. Rev Prat Med Gen 2006;20:740-1.
- HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Paris; 2005.
- Boilevin L, Ormières JJ. L'éducation thérapeutique du patient asthmatique en médecine générale. Toulouse: Thèse médecine; 2003.
- Didier A, Ormières JJ. Éducation thérapeutique du patient asthmatique. Guide pratique. Paris: Phase 5; 2003.
- Berwick DM. Lessons from developing nations on improving health care. BMJ;2004;328:1124-9.
- Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue. Paris: Journal officiel de la république; 2006.
- HAS. Décision de la Haute Autorité de santé relative aux modalités de mise en oeuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris; 2005.