

## EVALUATION DES PRATIQUES EN MEDECINE GENERALE ET GROUPES DE PAIRS: A PROPOS D'UN AUDIT INTERNE SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL

L'auteur relate la réalisation d'un audit au sein d'un groupe de pairs. Parmi les femmes jusqu'à 65 ans fréquentant un Cabinet médical de médecine générale, combien ont eu un frottis depuis moins de 3 ans, ce frottis comportait-il des cellules glandulaires, par qui avait-il été réalisé?  
Plus que les résultats eux-mêmes – par ailleurs très satisfaisants – c'est la méthode de mise en place et surtout le suivi de cet audit interne qui nous intéresse ici.

*Dr Eugène CASTELAIN  
296 Route Nationale  
62290 NOEUX LES MINES*

### A – INTRODUCTION

Le développement d'une évaluation en médecine générale est considéré depuis de nombreuses années comme un point de passage obligé pour parvenir à des soins de santé de haute qualité. L'évaluation des pratiques est un moyen parmi d'autres afin d'aboutir à une démarche d'assurance–qualité. Ces autres moyens peuvent être des changements de comportements, une transformation du système de soins, une amélioration de la formation médicale initiale et continue.

#### A – Buts de l'évaluation des pratiques

Ces buts sont ceux de toute démarche d'assurance–qualité.

#### **– Améliorer la pratique quotidienne**

L'évaluation permet de déterminer les points faibles de chacun et de l'aider pour combler les éventuelles lacunes et ainsi perfectionner sa pratique.

#### **– Améliorer la qualité des soins et la qualité de la vie de la population.**

Cet objectif auquel l'évaluation contribue ne dépend pas que des médecins généralistes et nécessite une coordination étroite entre tous les intervenants sanitaires.

#### **– Légitimer la pratique généraliste.**

Le développement de cette évaluation en médecine générale permet d'accroître une identité généraliste. Ces efforts servent à augmenter la confiance que les décideurs politiques et institutionnels ont en la médecine générale.

La preuve de notre compétence ne peut être apportée que par des démarches de ce type.

## B – Composante de cette évaluation

Elle peut être décomposée en deux parties complémentaires et synergiques.

### **– Une partie technique**

Elle concerne la construction et le maniement des différents outils de l'évaluation

Ces différents outils sont le dossier médical, les systèmes informatique de retour d'information, les cercles de qualités composés de médecins et de patients, les conférences de consensus, les recommandations pour les pratiques cliniques, l'audit interne.

Une conférence de consensus doit être étudiée avec attention afin de savoir si elle répond aux critères méthodologiques précis <sup>(1)</sup> qui en font un consensus réel. Elle a pour but de dégager une attitude commune sur un sujet à controverses.

Une recommandation pour la pratique clinique sert à dégager une attitude commune sur un sujet bien maîtrisé. Elle apporte une aide à la décision. Un groupe de médecin généralistes qui en connaît bien la méthodologie conceptuelle <sup>(2)</sup> peut en réaliser.

Un audit interne permet d'améliorer sa pratique en prenant conscience de ses lacunes par rapport à une référence admise. il est réalisable par tout groupe de généralistes prêt à suivre la démarche de base pour arriver à un résultat intéressant pour tous <sup>(3)</sup>.

### **– Une partie culturelle**

Elle permet la diffusion d'une démarche d'assurance–qualité à l'ensemble des généralistes. Les Groupes de Pairs ont un rôle fondamental dans cette démarche. Ils constituent un endroit privilégié pour l'implantation de références de qualité <sup>(8)</sup>. De plus, les Groupes de Pairs constitués depuis de nombreuses années réalisent une évaluation des généralistes entre eux. Chaque soirée permet au médecin de présenter le cas d'un malade choisi au hasard. Ensuite les confrères réagissent et donnent leur avis sur cet exemple <sup>(4)</sup>. Ces réunions permettent aux participants de confronter leur pratique quotidienne. Ils font de l'évaluation depuis de nombreuses années de manière tout naturelle...

Ces groupes bien structurés et ouverts à une culture évaluative semble être un endroit idéal pour réaliser un audit interne de manière efficace.

## **B – METHODE MISE EN PLACE D'UN AUDIT INTERNE PAR UN GROUPE DE PAIRS**

La réalisation d'un audit interne répond à des règles précises et indispensables pour réussir celui-ci <sup>(3)</sup> .

Le but de l'audit interne est d'améliorer une pratique. Le moyen utilisé pour atteindre ce but final étant la comparaison entre une référence et une pratique.

### A – Méthode

#### **1) Choix d'un sujet pertinent**

Le thème de l'audit doit concerner une pratique quotidienne du médecin. Surtout lorsqu'il s'agit du premier audit réalisé par celui-ci. Son impact doit être intéressant en médecine générale pour nos patients.

Les 7 médecins du groupe de pairs choisirent comme thème : "La place et l'efficacité des généralistes dans le dépistage du cancer du col utérin".

#### **2) Revue de la littérature, choix d'une référence**

Les médecins effectuèrent une revue de la littérature afin de trouver une référence correcte pour tous et répondant aux critères de qualité suivant <sup>(5)</sup> .

##### – Les buts de la référence :

Ils doivent être clairement définis dès le début, ce qui est souvent oublié. Les buts diffèrent beaucoup selon qu'il s'agisse d'une aide à la décision, d'une base de référence ou d'un moyen d'éviter les écarts de pratique. Cette référence doit être une production des généralistes destinée à améliorer leur pratique.

##### – Validité :

La référence doit permettre une amélioration de la santé. Cela est garanti par une revue de la littérature scientifique en écartant les études inadéquates et non pertinentes.

##### – Reproductibilité

Deux groupes d'experts doivent fournir la même référence. Donc des généralistes différents pourront appliquer ces références.

– Pertinence clinique et applicabilité

L'applicabilité des référence pose un problème lorsque la référence n'a pas été écrite en pensant aux généralistes. La référence doit se concentrer sur les problèmes rencontrés en pratique quotidienne. Elle doit répondre aux questions que se pose le généraliste et lui seul. Tester l'applicabilité en pratique quotidienne est une part primordiale dans l'élaboration d'une référence.

– Spécificité :

Une référence applicable en pratique quotidienne doit présenter une description détaillée de la population de malades à qui elle s'adresse. Elle doit préciser aussi les conditions exactes dans lesquelles elle est utilisable ainsi que l'incidence, la prévalence, la sévérité de la maladie.

– Flexibilité :

Les références existantes ne reflètent pas toujours la diversité rencontrée en pratique quotidienne. Chaque patient est plus ou moins unique et les pratiques peuvent différer énormément. La référence doit laisser place au jugement clinique, aux préférences du patient et aux différentes conditions de prise en charge sociale.

– Clarté et compréhension :

La références sont souvent formulées en terme vagues, ambigus avec le risque d'être interprétées différemment par des médecins différents. Une terminologie précise et la suppression des termes abstraits sont importantes.

– Pédagogique et attractive :

La référence doit être présentée dans un format pratique, agréable à utiliser (fiches plastifiées par exemple). Elle doit se concentrer sur les points essentiels, donner des résumés courts et utiliser une mise en page agréable. Des schémas peuvent y aider grandement.

La référence choisie fut la conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col <sup>(6)</sup>

Concernant les références pour la pratique médicale, il faut garder à l'esprit "qu'elles ne sont qu'un résumé des meilleures connaissances valables à un moment précis et qu'elles peuvent rapidement devenir obsolètes" <sup>(7)</sup>. Une référence sérieuse n'est nullement un dogme inviolable et imposé. Il s'agit d'une aide à la pratique quotidienne.

## B – MISE EN PLACE

### **1) Définition de critères mesurables.**

A partir de la référence choisie, les médecins ont extrait des critères mesurables.

Ces critères définissent les conditions d'inclusion et les questions à poser aux patientes. Ces critères ne doivent pas dépasser la dizaine car au delà la faisabilité de l'audit devient difficile.

Les critères choisis furent :

#### **POPULATION CIBLEE**

Toutes les femmes depuis l'âge des premiers rapports, jusqu'à 65 ans

#### **QUESTIONS POSEES**

- Avez-vous eu un frottis depuis moins de 3 ans (ou depuis un an s'il s'agit du deuxième frottis)
- Le frottis comporte-t-il des cellules glandulaires ?
- L'examen a-t-il été réalisé par votre médecin habituel, par un laboratoire, par un spécialiste, par un autre généraliste ?

A ce stade, TOUS les médecins doivent être d'accord sur les questions à poser. Sinon l'audit court à l'échec.

### **2) Test des questions**

Après la définition des critères mesurables, quelques médecins doivent tester le questionnaire en pratique quotidienne afin de vérifier sa faisabilité. En effet une question sans réponse est d'interprétation délicate.

Le test permet d'apporter des corrections légères si nécessaire avant d'impliquer tout le groupe. Ce teste permet d'ajouter à la question "existe-t-il des cellules glandulaires" la réponse "Ne sait pas" en plus du Oui-Non.

### **3) Mise en oeuvre de l'audit**

un questionnaire dut donné à chaque médecin qui devait le remplir en interrogeant les 30 premières patientes vues.

A ce stade le rôle du coordinateur est primordial. Il doit aider et stimuler les médecins par des relances amicales.

#### **4) Analyse des premiers résultats.**

Une comparaison entre la pratique du groupe et la référence dut réalisée. L'analyse statistique des résultats dut effectuée avec le logiciel Epi-Info.

La comparaison n'est pas le but de l'audit mais un moyen intermédiaire pour aboutir au but final qui est l'amélioration de la pratique.

Ces résultats permettent de connaître le niveau de la pratique par rapport à la référence choisie. Ils permettent également de juger de la pertinence de la référence. En effet si les résultats sont très éloignés de la référence, la qualité de la référence peut être mise en cause. Cette discordance pouvant être utile pour concevoir une nouvelle référence plus pertinente.

#### **5) Détermination de l'action à entreprendre**

En fonction des premiers résultats, les médecins décidèrent de faire porter leurs efforts sur le nombre de femmes dépistées. En effet la qualité des frottis était excellente.

L'amélioration viendra donc d'un plus grand nombre de femmes dépistées.

A cet effet, les médecins poseront à toutes leurs patientes, la question : "Avez-vous eu un frottis depuis moins de trois ans ? Si oui, pouvez vous me montrer le compte-rendu histologique ?"

Afin de rappeler cette question aux médecin, il est prévu que chaque médecin pose un petit carton sur son bureau, visible de lui seul, sur lequel il sera noté "FROTTIS ?".

#### **6) Analyse de l'impact de l'audit à moyen terme.**

Le but final de l'audit est d'améliorer la pratique. Pour concrétiser ce résultat un deuxième questionnaire identique au premier sera réalisé dans 6 mois. La comparaison des résultats à six mois d'intervalle permettra de mesurer l'amélioration réalisée.

Cette phase finale est indispensable. Un audit qui s'arrête à l'analyse des premiers résultats n'a d'audit que le nom. En effet il n'aboutit qu'à une comparaison et non à une amélioration de la pratique.

## C - RESULTATS DU PREMIER QUESTIONNAIRE

202 patientes furent interrogées par les 7 médecins

15-19 ans : 05% - 20-29 ans : 23 % - 30-39 ans : 30 %

40-49 ans : 17 % - 50-59 ans : 20 % - 60-65 ans : 05 %

Les médecins ont donc remplis les questionnaires en quasi-totalité (202 réponses sur 210 théoriques). Les 7 médecins ont participé de bout en bout à l'audit. Cela montre le bon choix de la référence et sa bonne applicabilité en pratique quotidienne. Les médecins se sont sentis concernés par cette démarche originale. Un dépistage est considéré comme efficace lorsqu'il a atteint plus de 60 % de la population.

Les médecins concernés ont donc une politique de dépistage active avec 70 % de leurs patientes dépistées. Le taux de frottis réalisé est peu différent d'une tranche d'âge à l'autre.

Le résultat d'un frottis est inconnu dans 16 % des cas. En effet, très souvent lorsque le frottis est réalisé par un gynécologue, le médecin généraliste n'en connaît pas le résultat. De plus lorsque le frottis est effectué par un confrère généraliste, même au sein d'une association, le résultat est quasiment toujours inconnu.

Le Taux élevé de frottis avec des cellules glandulaires (78%) prouve l'excellente technicité des médecins. Ce taux atteint 93 % si on ignore les frottis avec un résultat inconnu (16% de Ne Sait Pas).

Ces généralistes réalisent 60 % des frottis, tous âges confondus.

**Ces résultats reflètent la pratique des 7 médecins du groupe et n'ont aucune valeur épidémiologique. Une étude plus poussée des résultats n'a donc que peu d'intérêt. Ils ne sont qu'un moyen pour apprécier ultérieurement l'amélioration de la pratique quotidienne du groupe.**

QUESTIONS POSEES	OUI	NON	NSP
Avez-vous eu un frottis depuis moins de 3 ans ? (ou depuis un an s'il s'agit du deuxième frottis)	70 / <b>82</b> %	30 / <b>18</b> %	0
Le frottis comporte-t-il des cellules glandulaires ?	78 / <b>90</b> %	6 / <b>5</b> %	16 / <b>5</b> %
L'examen a--il été réalisé par le médecin	55 / <b>69</b> %		
par un laboratoire	5 / <b>7</b> %		
par un spécialiste	35 / <b>23</b> %		
par un autre généraliste	5 / <b>1</b> %		

Résultats sur 202 patientes, exprimés en pourcentage (en gras, les résultats du second questionnaire).

## D – RESULTATS DU SECOND QUESTIONNAIRE

Le même nombre de patientes fut interrogé par les mêmes médecins. La répartition par âge fut sensiblement identique.

Les 7 médecins au départ de l'audit sont tous allés jusqu'au terme de ce travail. Ces médecins se sont pleinement investis dans cette démarche de qualité des soins.

Le taux de réalisation d'un frottis passe de 70 à 82 %. Les médecins ont donc concrètement amélioré leur pratique de dépistage.

En outre, le taux de résultat inconnu d'un frottis baisse fortement (de 16 à 5 %) ce qui améliore encore la politique de prévention. En conséquence, le taux de frottis avec des cellules glandulaires passe à 90 % du fait de la diminution des frottis avec un résultats inconnu.

## E – DISCUSSION

La réalisation d'un audit sur le dépistage du cancer du col utérin par un groupe de pairs permet de concrétiser une démarche évaluative.

Cette démarche évaluative a été très bien acceptée par l'ensemble du groupe, montrant ainsi l'existence d'une culture évaluative au sein d'un groupe avant la réalisation de l'audit interne.

**Cela confirme l'hypothèse du départ de considérer le Groupe de Pairs comme un terrain propice à l'évaluation médicale donc à une démarche d'assurance qualité.**

Les résultats comparatifs à 6 mois d'intervalle montrent une amélioration nette de la politique de dépistage réalisée par les généralistes au sein de ce groupe.

La pratique de l'audit a donc provoqué une amélioration de la pratique des participants.

Ces résultats ne sont pas des résultats épidémiologiques. En effet le fait de débiter au audit et d'en accepter les critères entraînent déjà un changement positif des pratiques.

Ce premier audit effectué avec succès va certainement encourager ces médecins à persévérer dans une démarche d'assurance qualité.

## F – CONCLUSION

L'audit interne permet de vérifier l'amélioration de la pratique devant découler de l'application d'une référence pertinente.

En effet une bonne information médicale ne signifie pas automatiquement concrétisation de ce savoir en action efficace dans la pratique quotidienne<sup>(9)</sup>.

Les groupes de pairs sont donc des lieux privilégiés pour réaliser ces démarches d'audit interne.



Améliorer la pratique médicale pour améliorer les soins est l'étape la plus complexe dans un système d'assurance qualité. En effet cela implique des changements comportementaux qui ne sont pas aisés <sup>(10)</sup> .

**Les groupes de pairs permettent de diffuser une culture évaluative à un très grand nombre de médecins généralistes en les impliquant de manière importante dans les différents processus de l'assurance qualité médicale.**

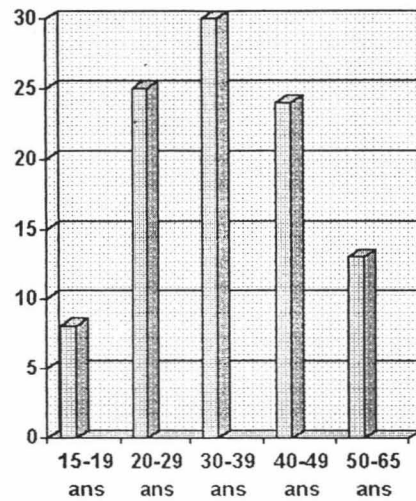
L'audit interne est un outil de l'évaluation médicale qui s'intègre dans une chaîne aux multiples composantes (tableau). Ce processus est en mouvement perpétuel. L'évaluation est une spirale ascendante qui permet de progresser à chaque étape. En effet lorsque l'audit est réalisé, la pratique est modifiée, ce qui donnera lieu à l'élaboration d'une nouvelle référence avec de nouveaux critères, donc un nouvel audit, etc...

**Au sein de cette démarche évaluative, l'audit interne est un moyen simple pour améliorer et légitimer sa pratique à condition d'être rigoureux dans sa méthodologie.**

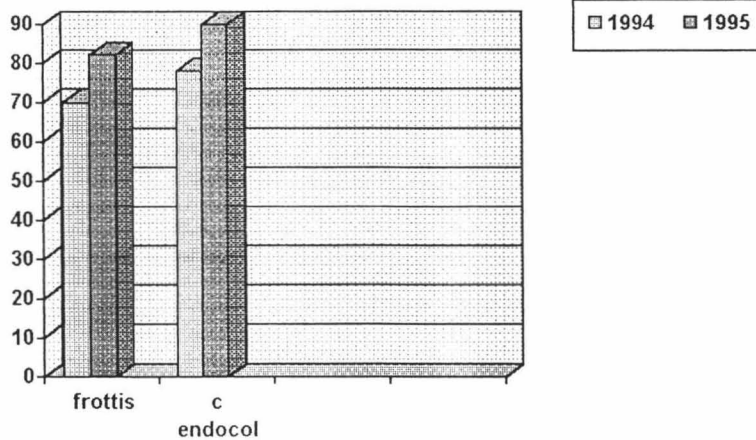
Médecins ayant participé à cet audit : Drs BOUCHE Philippe, CASTELAIN Eugène, CHEVALIER Jean-Marie, DEFRANCE-LAPOTON Françoise, LEMAIRE Laurent, NANSION Gérard, PLUSKOTA Caroline

Annexe 1

**202 PATIENTES INTERROGÉES PAR 7 MÉDECINS  
sur la RÉALISATION d'un FROTTIS 1995**



**REPARTITION par AGE des PATIENTES**



**RÉALISATION d'un FROTTIS et PRÉSENCE de  
CELLULES GLANDULAIRES**

## BIBLIOGRAPHIE

*Guide pratique pour la réalisation d'une conférence de consensus*  
ANDEM 1992 <sup>(1)</sup>

*Les recommandations pour la pratique clinique . Bases méthodologiques*  
ANDEM 1993 <sup>(2)</sup>

*L'assurance – qualité des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical*  
ANDEM 1993 <sup>(3)</sup>

*Les Groupes de Pairs. Essentiels à la pratique de la médecine générale*  
**Ch. MARGERIT**  
La Revue du Praticien – MG 1994; 242; 31–32 <sup>(4)</sup>

\* *Standards of Care or Standard Care ?*  
**R. GROL**  
Scan j Prim Health Care 1993; 11 Suppl. 1;26–31 <sup>(5)</sup>

*Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin*  
Journal de gynécologie obstétrique 1990; 19; 1–16 <sup>(6)</sup>

\* *Development of guidelines for general practice*  
**R. GROL**  
Br J Gen Practice 1993; 43; 146–151 <sup>(7)</sup>

\* *Implementing guidelines in general practice care.*  
**R. GROL**  
Quality in Health Care 1992;1;184–191 <sup>(8)</sup>

*Effect of clinical guidelines on medical practice : a systematic review of rigorous, evaluations*  
**J.M. GRIMSHAW**  
Lancet 1993;342; 1317–1322 <sup>(9)</sup>

*In pursuit of quality*  
**A. DONABEDIAN**  
Royal College of General Practitioners 1986 <sup>(10)</sup>

\* Article traduit. Disponible sur simple demande