

Evaluation de la qualité des prestations médicales

Un article de la rubrique «Newsletter psychosomatique»¹

Overeem K, Wollersheim HC, Arah OA, Cruisberg JK, Grol RP, Lombarts KM. Evaluation of physicians' professional performance: an iterative development and validation study of multisource feedback instruments. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:80.

Une préoccupation majeure du corps médical est d'assurer une bonne qualité des prestations. Pour cela, la question décisive est de savoir qui est le plus apte à s'exprimer au sujet de la qualité d'une prestation médicale. Dans le cas d'interventions techniques, la réponse est en principe simple: un résultat mesurable peut être déterminé, par ex. sous forme de taux d'infection suite à une opération ou de taux de réussite après un remplacement d'articulation. Dans les deux prochaines années, de tels chiffres seront rendus publics pour chaque chirurgien au sein des NIH en Grande-Bretagne [1].

La détermination de la qualité des pratiques cliniques en dehors des procédures techniques est bien plus difficile à réaliser. Dans ce but sont par ex. employés des questionnaires de satisfaction remplis par les patients, qui montrent toutefois généralement que les patients sont manifestement ravis [2] et ne permettent guère d'émettre une opinion qualifiée sur les différences entre chaque médecin. De même, les auto-évaluations sont à considérer d'un œil critique, car elles ne sont pas vraiment en corrélation avec les observations faites par d'autres [3]. Le jugement de collègues issus de la profession et de collaborateurs non-médecins constitue une source rarement utilisée pour évaluer la qualité des pratiques médicales. En salle d'opération, il est bien connu que les chirurgiens jugent l'atmosphère de manière largement plus positive que le personnel chargé de l'anesthésie ou les infirmières instrumentistes [4]. La qualité est jugée très différemment selon la personne interrogée.

Dans ce contexte, le travail de Overeem et al. est intéressant: elle compare les évaluations de patients, collègues et collaborateurs avec l'auto-évaluation de médecins issus de 26 cliniques ambulatoires des Pays-Bas. Des médecins ont été priés par email de trouver 8 collègues et 8 collaborateurs pour les évaluer et, en outre, de s'auto-évaluer. Des patients ont été abordés à la réception, pour savoir s'ils étaient prêts à remplir des questionnaires destinés à l'évaluation de leur médecin traitant.

Les tiers procédant à l'évaluation voient un médecin de manière semblable; l'auto-évaluation ne correspond pas à ce que d'autres perçoivent ...

Afin de résumer brièvement un grand nombre de données: les tiers procédant à l'évaluation voient un médecin manière semblable; leurs indications coïncident entre elles; l'auto-évaluation ne correspond pas à ce que d'autres perçoivent.

Les évaluations par des tiers se concentrent principalement sur des attitudes, ainsi que des compétences sociales et communicatives.

- La collaboration et l'introspection (self-insight) expliquent 42% des divergences au niveau du jugement des *collègues de la profession*, suivies par la qualité du travail clinique (clinical performance) avec 8%.
- Les *collaborateurs non-médecins* basent principalement leur jugement sur des questions relatives au facteur relationnel avec d'autres professions du domaine de la santé (57% des divergences) et au facteur communicationnel avec les patients (7% des divergences)
- L'évaluation des patients peut être interprétée par un seul facteur, que les auteurs appellent «pratique centrée sur les patients» (patient-centredness); il justifie 60% des divergences et englobe surtout la qualité de l'écoute, les efforts fournis pour comprendre le patient et lui expliquer de quoi il s'agit.

Une dernière question: cela est-il réalisable avec des moyens réalistes?

Le feedback de 5 collègues issus de la profession, 5 collaborateurs et 11 patients est nécessaire pour obtenir des résultats fiables au sujet d'un seul médecin, ce qui représente un effort en principe raisonnable.

Références

- 1 Iacobucci G. Performance data on all surgeons in England will be published within two years. *BMJ.* 2012;345: e8377.
- 2 Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H. Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2002;52(8):348-54.
- 3 Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA.* 2006;296(9):1094-102.
- 4 Carney BT, West P, Neily JB, Mills PD, Bagian JP. Improving perceptions of teamwork climate with the Veterans Health Administration medical team training program. *Am J Med Qual.* 2011;26(6):480-4.

Correspondance:

Prof. Dr Wolf Langewitz
Dept. Innere Medizin, Psychosomatik
Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 2
4031 Basel
wolf.langewitz[at]usb.ch

¹ Le but de la «Newsletter psychosomatique» est de présenter d'intéressants travaux et de fournir des renseignements sur l'état de l'art de la médecine psychosomatique et psychosociale.