



EVALUATION DE L'EPP EN REGION CENTRE

Le point de vue des médecins engagés et habilités

Novembre 2007

Observatoire Régional de la Santé du Centre

CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439

45032 Orléans cedex 1

☎ : 02 38 74 48 80 📠 : 02 38 74 48 81

mail : accueil@orscentre.org - site : www.orscentre.org



EVALUATION DE L'EPP EN REGION CENTRE

Le point de vue des médecins engagés et habilités

Novembre 2007

Etude réalisée par Noémie Hilmoine, Chargée d'études
Agnès Caille, Interne de Santé Publique
Charbelle Adihou, Assistante d'études
Sous la direction de Céline Leclerc, Directrice de l'ORS Centre

Financée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la région Centre

Observatoire Régional de la Santé du Centre

CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439
45032 Orléans cedex 1

☎ : 02 38 74 48 80 📠 : 02 38 74 48 81

mail : accueil@orscentre.org - site : www.orscentre.org

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui se sont impliquées dans la réalisation de cette étude :

- Claudine Le Lann, Directrice Administrative et Financière de l'URML Centre,
- Le Dr. Patrick Jacquet, Secrétaire général de l'URML Centre,
- Les médecins habilités et engagés ayant bien voulu consacrer un peu de temps pour répondre à nos questions.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
I. Objectifs de l'évaluation et méthodologie.....	9
A. Notre question de départ	9
B. Méthodologie appliquée	9
1. Pourquoi la méthode qualitative ?	9
2. Public cible et échantillonnage	10
3. Déroulement de l'étude.....	11
II. L'avis des médecins habilités sur l'EPP en région Centre	15
A. Organisation et fonctionnement de l'EPP : l'avis des médecins habilités	15
1. L'organisation de l'URML félicitée par tous	15
2. Les outils de l'EPP.....	17
B. Le cycle d'évaluation : déroulement et difficultés.....	19
1. Rappels sur l'organisation d'un cycle d'évaluation.....	19
2. L'investissement temps dans la démarche d'EPP	20
3. Fonctionnement des réunions d'EPP	22
C. Les résultats de l'EPP vus par les MH.....	27
1. Un constat plutôt positif	27
2. Les difficultés rencontrées	28
D. L'avenir de l'EPP : inquiétudes et doutes des médecins habilités.....	31
1. une organisation de plus en plus complexe.....	31
2. Le « cafoillage entre la FMC et l'EPP ».....	32
3. Politique, financement et EPP.....	33
III. La satisfaction des médecins engagés vis-à-vis de l'EPP en région Centre	39
A. L'implication des ME dans la démarche.....	39
1. Une démarche faite par anticipation	39
2. « C'était obligatoire, je l'ai fait c'est tout ».....	40
3. Des médecins poussés par la curiosité.....	41
B. Organisation et fonctionnement de l'EPP	43
1. Un bon travail logistique et relationnel	43
2. La relation avec les médecins habilités.....	44
3. Les impressions des ME sur les outils utilisés	46
C. Le déroulement du cycle d'évaluation.....	53
1. Un délai d'inscription tout à fait acceptable.....	53
2. Un cycle d'évaluation: durée et nombre de réunions.....	53
3. Le temps consacré à la démarche.....	54
4. L'appréciation des médecins sur la forme et le contenu des réunions	55
5. Les prochaines sessions	58
D. Intérêt et impact de l'EPP : des avis partagés	59
1. Etre évalué sur ses pratiques : un mal nécessaire ?.....	59
2. Les reproches faits à la démarche.....	60

3.	L'impact positif de l'EPP sur les pratiques professionnelles	65
4.	Les potentielles évolutions de l'EPP.....	68
	Conclusion	73
	Table des annexes.....	79
	Table des matières.....	85

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Quelques rappels législatifs...

Qu'est ce que l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, encore appelée EPP ?

« L'évaluation des pratiques professionnelles consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. ». Le but de l'EPP est d'améliorer de manière continue la qualité des soins et le service rendu au patient par les professionnels de santé, « elle fait partie intégrante de la formation médicale continue. »¹

L'EPP en France

Le décret de décembre 1999 définit l'organisation et le fonctionnement de l'EPP du médecin. La loi du 9 août 2004 confirme, quant à elle, l'obligation de formation continue et la loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance Maladie soumet tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Enfin, le décret du 14 avril 2005 porte cette obligation tous les 5 ans : « Art. D. 4133-0-2. - Tout médecin satisfait à l'obligation d'évaluation mentionnée à l'article L. 4133-1-1 dès lors que sa participation au cours d'une période maximale de cinq ans à un ou plusieurs des dispositifs mentionnés au présent article atteint un degré suffisant pour garantir, dans des conditions définies par la Haute Autorité de santé après avis des conseils nationaux de la formation médicale continue compétents, le caractère complet de l'évaluation. »

La place des URML dans ce champ

Le décret du 14 avril 2005 définit aussi les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML)

¹ J.O n°88 du 15 avril 2005 page 6730 - Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles - Art. D. 4133-0-1.

comme étant les organisateurs de l'EPP en région : « *L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux est organisée par l'union régionale des médecins libéraux. Dans ce cadre, celle-ci met à disposition des médecins toutes les informations utiles à l'évaluation des pratiques professionnelles dans la région. Elle reçoit les demandes des médecins intéressés et leur communique la liste de l'ensemble des médecins habilités et des organismes agréés mentionnée à l'article D. 4133-0-7. »*

Contexte de l'étude et mission de l'ORS Centre

L'URML de la région Centre s'est engagée depuis 2003 dans la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), conformément au décret de décembre 1999², en privilégiant la méthode de l'autoévaluation en groupe. Les sessions ont débuté en novembre 2004.

Un financement FAQSV³ régional est demandé en décembre 2004. Il prend fin en mars 2006 car une demande de financement FAQSV national⁴ a été faite. Le travail mené ici concerne uniquement la période financée par le FAQSV régional, soit en 2005 et jusqu'à mars 2006.

L'ORS Centre a donc été sollicité par l'URML pour réaliser une évaluation de la satisfaction des médecins libéraux engagés (appelés ME tout au long de notre travail) et l'avis des médecins habilités (soit MH dans ce rapport) sur la démarche d'EPP en région Centre.

² J.O n° 301 du 29 décembre 1999 ; Décret no 99-1130 du 28 décembre 1999

³ Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 a prévu la création du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins en lieu et place du FAQSV et de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux. Ceux-ci ont donc disparu le 30 juin 2007.

⁴ Suite à la loi d'août 2004 et au décret d'avril 2005, les URML sont chargées d'organiser et de financer l'EPP, et la décision est prise via la Conférence Nationale des Présidents d'URML de déposer un dossier FAQSV national.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

I. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ET METHODOLOGIE

A. NOTRE QUESTION DE DEPART

L'objectif de ce travail est de connaître le point de vue des médecins sur l'EPP en région Centre, d'où notre question :

Quelle est l'appréciation globale des médecins libéraux sur l'EPP en région Centre ?

Nous mesurerons la satisfaction des médecins par rapport à trois thématiques centrales :

- L'organisation de l'EPP : implication de l'URML et perception des outils mis à disposition
- Le déroulement des sessions
- L'impact sur les pratiques professionnelles : attentes et constats.

B. METHODOLOGIE APPLIQUEE

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi de mettre en place une méthodologie qualitative, basée sur la réalisation d'entretiens directifs à semi-directifs avec les médecins concernés.

Il est à noter qu'un courrier avait été envoyé par l'URML à tous les médecins engagés concernés par notre étude avant toute prise de contact, ainsi qu'un mail à tous les médecins habilités, en leur présentant notre travail et en les prévenant de la possibilité d'un appel de notre part.

1. POURQUOI LA METHODE QUALITATIVE ?

Permettant d'aller au cœur des représentations et de recueillir des propos spontanés, la méthode qualitative par entretien est une stratégie d'accès au réel apparue pertinente dans le cadre de notre problématique, celle-ci étant essentiellement axée sur la notion très subjective d'appréciation.

Nous pourrions donc mesurer le ressenti des médecins vis-à-vis de la démarche d'EPP, comprendre leurs perceptions et mettre à jour leurs attentes futures autour de ce thème.

Hormis ces considérations méthodologiques, le choix de la méthode qualitative a été soutenu aussi par des raisons d'ordre plus pratique. Sachant en effet que les médecins reçoivent énormément de courrier de part et d'autres, nous avons préféré avoir un contact téléphonique plutôt que d'envoyer des questionnaires et risquer de ne pas avoir assez de retours. L'entretien par téléphone nous apporte ainsi la flexibilité nécessaire à la bonne mise en œuvre de ce type d'étude, avec des professionnels ayant une activité libérale prenante et des horaires variables.

2. PUBLIC CIBLE ET ECHANTILLONNAGE

Nous avons interrogé des médecins ayant réalisé leur EPP (médecins engagés), soit ayant intégré la démarche de manière volontaire avant l'obligation, soit l'ayant intégré après l'obligation. En parallèle à cela, nous avons aussi souhaité interviewer quelques médecins habilités afin d'avoir leur avis sur la démarche.

Le choix des médecins interviewés est totalement aléatoire, leurs noms étant tirés au sort grâce au logiciel Excel.

Les entretiens se sont déroulés fin octobre. Au total, 41 entretiens ont été menés :

- 33 avec des médecins engagés, sur les 206 engagés entre janvier 2005 et mars 2006):
23 avec des médecins généralistes (nommés MG1 à MG23 dans le rapport) et 10 avec des spécialistes (nommés MS1 à MS10).
- 8 avec les médecins habilités (sur 12 habilités au total pour cette même période).

3. DEROULEMENT DE L'ETUDE

A) MISE AU POINT DES GRILLES D'ENTRETIEN

Pour ce faire, nous avons mis au point 2 grilles d'entretien, une pour les ME⁵ et une pour les MH⁶. Les grilles sont construites à partir de grandes thématiques, desquelles découlent les questions à poser ainsi que les relances pour animer le dialogue.

Ces guides tournent essentiellement autour de 5 axes principaux :

- Implication personnelle dans la démarche d'EPP (pour les ME) / satisfaction globale (pour les MH)
- Outils et méthodes
- Organisation du cycle d'évaluation
- Déroulement général de la démarche
- Impact de l'EPP / perspectives

B) RECOLTE DES DONNEES

Comme nous l'avons dit précédemment, les entretiens ont été effectués par téléphone, afin de répondre au mieux aux disponibilités horaires des interviewés.

Un premier appel téléphonique était passé, soit pour la prise de rendez-vous, soit, si la personne était disponible, pour mener l'entretien directement. Lorsque qu'une personne de la liste refusait, nous prenions le numéro d'une nouvelle personne en suivant l'ordre de notre tirage au sort.

Dans l'ensemble, les médecins ont été très difficiles à joindre.

Les médecins habilités, prévenus par mail par l'URML de notre appel, se sont bien prêtés au jeu de l'entretien et aucun refus n'a été relevé. Il n'en a pas été de même avec les médecins engagés, beaucoup d'entre eux ont refusé l'entretien, voire dans certains cas les secrétaires nous ont fait barrage, ne permettant pas d'exposer l'étude au médecin. Vraisemblablement ceux-ci n'avaient pas lu le courrier envoyé par l'URML pour les prévenir de l'étude et de notre éventuel appel.

⁵ Annexe 1

⁶ Annexe 2

Au total, c'est donc près de 120 appels qui ont été passés pour recruter les médecins dans le cadre de cette étude.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur grande majorité, sauf en cas de refus de la personne interviewée.

C) TRAITEMENT DES DONNÉES RECUEILLIES

La retranscription a été faite sous Word de manière partielle⁷. Les propos recueillis sont par la suite classés selon l'idée générale qu'ils expriment, donnant lieu à une analyse thématique.

D) LES LIMITES DE LA MÉTHODE

Tout d'abord, les données recueillies sont d'ordre qualitatif, ce travail ne se veut donc pas représentatif de l'ensemble des médecins engagés dans l'EPP en région Centre, il nous montre juste des exemples de points de vue non quantifiables.

Le contact téléphonique permet d'avoir une disponibilité en termes d'horaires mais présente aussi des inconvénients, notamment le fait d'essuyer de nombreux refus, parfois même par la secrétaire, nous expliquant que « *le docteur ne répond pas aux sondages* », ou « *ne répond pas aux enquêtes par téléphone* ».

Parmi quelques uns de ces refus, certains médecins n'avaient pas l'air satisfaits de l'EPP et n'ont pas souhaité nous faire part des causes de leur mécontentement. Nous n'avons par conséquent pas pu récolter leur avis.

De plus, nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger un médecin n'ayant pas terminé le cycle (abandon après la première réunion). En effet, le choix des interviewés a été fait par tirage au sort et aucun cas de ce type n'a été rencontré dans notre tirage.

Enfin, quelques médecins qui ont bien voulu nous répondre n'ont apparemment pas bien saisi l'intérêt de l'entretien et nous ont formulé des réponses très brèves sans explications, ce qui est difficilement exploitable dans le cadre d'une analyse qualitative.

⁷ L'intégralité des propos de l'interviewé ont été retranscrits, seuls les propos de l'enquêteur sont synthétisés.

L'AVIS DES MEDECINS HABILITES SUR L'EPP EN REGION CENTRE

II. L'AVIS DES MEDECINS HABILITES SUR L'EPP EN REGION CENTRE

Le rôle des MH est défini comme tel par la HAS : « *Les médecins habilités (MH) sont des professionnels de santé en exercice qui accompagnent sur le terrain la mise en œuvre de la politique d'évaluation des pratiques des médecins libéraux. Pour cela, les MH peuvent avoir une fonction de conseil, de manière à expliquer la finalité de l'évaluation ou à préciser les moyens d'accomplir ces évaluations des pratiques. Ils peuvent aussi avoir une fonction de validation, en étant missionnés par leur URML de façon à attester la bonne réalisation de programmes d'évaluation des pratiques réalisés par des médecins dans le cadre de leur activité clinique* »⁸.

En région Centre, les 12 premiers médecins libéraux ont été habilités en juillet 2004, pour commencer les autoévaluations en groupe en novembre 2004.

Nous avons donc interrogé 8 de ces médecins afin de connaître leur avis sur les sessions d'EPP qu'ils ont menées, le but étant de savoir ce qu'ils ont pensé de l'organisation de la démarche et s'ils sont prêts à se réengager.

A. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'EPP : L'AVIS DES MEDECINS HABILITES

1. L'ORGANISATION DE L'URML FELICITEE PAR TOUS

L'URML est promotrice de l'EPP depuis 2003 en région Centre. Nous avons souhaité demander aux médecins habilités ce qu'ils avaient pensé de l'organisation des sessions d'EPP et du travail fourni par cette structure en termes de logistique, d'informations données, etc.

⁸ http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_435703

A) UNE BONNE COORDINATION DE LA PART DE L'URML

Tous sont d'accord pour dire que l'URML a très bien mené sa mission en ce qui concerne la mise en place et le déroulement de l'EPP sur la région Centre, *« franchement ça c'est toujours bien passé au niveau d'Orléans, tout a toujours bien été organisé, j'ai rien à dire »,* que ce soit en terme d'organisation, *« jusqu'à maintenant, tout ce qui a été fait, l'aide, l'organisation pure et la logistique, j'ai trouvé que c'était très très bien »* ou en terme de circulation des informations : *« on fonctionnait par mail, quelques jours avant on envoyait des mails à la secrétaire disant ce dont on avait besoin ; dans le groupe évalué, on choisissait toujours un responsable nommé du groupe, donc on correspondait préférentiellement avec ce médecin, en matière de locaux, de matériel, et avec l'URML aussi ».*

L'équipe de l'URML a été mise à l'honneur dans le discours de quelques MH : *« sur la région Centre, on a la chance d'avoir une directrice efficace et une équipe très performante, qui nous a toujours facilité les choses sur le plan administratif, pour ça, vraiment, l'organisation était toujours impeccable »,* malgré bien entendu *« quelques petits problèmes techniques de locaux »,* *« mais à 95% les séances se sont déroulées dans la sérénité, c'était bien organisé ».*

B) DES MH PRETS A SE REENGAGER

Les MH nous ont avoué avoir apprécié cette mission de MH et beaucoup se disent prêts à *« recommencer dans les mêmes conditions », « j'en referai avec plaisir ».*

En revanche, quelques personnes interrogées nous ont fait part de leurs inquiétudes quant à l'avenir du rôle du MH dans l'EPP, qui, selon eux *« a pris un tournant où les MH sont mis de côté ».*

Prêts à se réengager ? *« Pour la même démarche initiale oui, mais y a tellement d'incertitudes actuellement sur le devenir de l'EPP dans son ensemble et de la place des MH dans l'EPP que je vous répondrai dans quelques mois... ».* Ils craignent en effet un détournement du but premier de l'EPP, si bien qu'ils hésitent à se réinvestir dans cette mission et posent des conditions *« oui si ça reste pur et entre médecins (...) si ça reste médico-médical ».*

Nous voyons donc que la peur du réengagement ressentie par certains n'est pas liée à l'organisation de l'EPP par l'URML mais plutôt à l'EPP en elle-même et aux potentielles dérives soulignées par quelques médecins.

2. LES OUTILS DE L'EPP

A) DES OUTILS GLOBALEMENT BIEN PERÇUS PAR LES MH...

Nous avons souhaité connaître l'avis des MH sur les outils mis à disposition, à savoir le carnet de bord du MH, le guide pratique, et les référentiels.

L'ensemble des outils fournis pour l'EPP par la HAS et l'URML ont en général été appréciés par les MH, *« c'était très pratique à utiliser, on a fait très peu de modifications »*, ainsi que la formation à leur utilisation *« on a eu de bonnes formations au site de la HAS sur les divers outils de l'évaluation des pratiques professionnelles qui sont tout à fait intéressants et adaptés »*. Ces réunions sont apparues comme étant très complètes, *« tout ce qui était dit était pragmatique lors de cette formation, on repartait avec des fils conducteurs pratiques »*, si bien qu'aucun conseil méthodologique supplémentaire n'a été demandé par les personnes interrogées au cours des sessions passées, hormis une intervention *« non pas sur la méthodologie mais pour avoir des conseils par rapport à la gestion d'un conflit »*.

Le carnet de bord est lui aussi apparu comme *« pratique »*, *« bien fait, facile à utiliser »*.

Concernant les référentiels, les MH sont unanimes : ils pensent que l'outil est *« intéressant »*, *« bien fait »* et que les grilles, même si quelques points demeurent critiquables, sont *« globalement très pratiques »*. Certains MH sont d'ailleurs intervenus dans la rédaction des questions afin d'éviter les redondances remarquées : *« bon on a émis quelques suggestions pour les faire évoluer, pour éviter un certain nombre de redites dans les questions, mais globalement le matériel est tout à fait valable, c'est juste des petites remarques au niveau de la forme »*.

B) ... MAIS DES REFERENTIELS A AMELIORER »

Cependant, certains considèrent ces documents comme « *des outils partiels* » : « *Oui c'est bien mais c'est à améliorer, des fois y a des redondances, c'est pas très précis, y a des trucs à améliorer* ».

Leur praticité est aussi parfois remise en cause « *C'est pas très pratique, du moins c'est très complet mais c'est pas adapté, c'est plus un ouvrage de référence qu'un outil pratique* », « *les référentiels c'est un peu éclaté ça va dans tous les sens, ça serait bien d'avoir un petit guide dans la poche et voilà* ».

Certains nous ont aussi parlé de remarques faites par les médecins engagés : « *bon y'avait quelques critiques quelques fois de la part des médecins évalués mais enfin c'était par rapport à leur pratique quotidienne, ils jugeaient que certains items n'étaient pas intéressants dans la grille* ». Nous verrons en détails ces remarques plus loin dans ce travail.

C) LE MANQUE DE REFERENTIELS POUR LES SPECIALITES

Enfin, deux MH ayant mené des EPP auprès de médecins spécialistes ont mis l'accent sur l'absence de référentiels dans certains domaines comme la radiologie: « *Il n'existait pas d'outil pour les radiologues, pas de référentiel* », ou la pneumologie « *il y a des soucis pour certains référentiels, notamment lors d'une EPP pour des pneumologues, on n'avait pas de référentiels adaptés, donc il a fallu qu'on meuble pour pouvoir faire l'EPP* ». Ce médecin réclame une amélioration sur ce point précis : « *Si on choisit des EPP pour des spécialistes il faut qu'ils aient au moins un référentiel pour chaque spécialité* ».

Nous voyons donc dans l'ensemble que les outils sont bien perçus. Certains MH ont néanmoins émis quelques critiques sur les référentiels, notamment en terme de praticité et sur le fait qu'il n'en existe pas encore dans certaines spécialités. Cela les oblige à travailler à partir d'autres documents, ce qui pourrait éventuellement poser un problème d'hétérogénéité des données transmises.

B. LE CYCLE D'ÉVALUATION : DÉROULEMENT ET DIFFICULTÉS

1. RAPPELS SUR L'ORGANISATION D'UN CYCLE D'ÉVALUATION

Un cycle d'évaluation a été prévu pour un déroulement en 3 réunions⁹.

La première permet de présenter la méthodologie de l'EPP, de choisir le 2^{ème} référentiel¹⁰ et de remettre aux ME les documents d'auto-évaluation, à savoir les référentiels et le carnet de bord. La deuxième réunion est une réunion de restitution des auto-évaluations, avec à la fin une présentation des actions d'améliorations pour le groupe, encore appelé « plan qualité ». En moyenne, le temps prévu pour chacune de ces 2 réunions est de 4h.

Enfin, la troisième réunion serait réalisée à 6 mois et permettrait d'évaluer l'impact de l'EPP ; elle rassemblerait plusieurs groupes. Une évaluation (par voie postale) était normalement prévue pour ceux qui n'ont pas eu la possibilité d'assister à la réunion.

Cette troisième réunion, évoquée dans le dossier FAQSV de septembre 2004 et repris dans la convention FAQSV datant de mars 2005 au titre d'expérimentation, n'a apparemment pas eu lieu dans les groupes d'EPP étudiés, seuls quelques médecins nous ont évoqué une troisième rencontre informelle. Nous n'avons pas reçu d'explications supplémentaires par rapport à cette troisième réunion.

Nous aborderons donc dans ce chapitre, d'une part, la notion d'investissement : investissement temps en termes d'heures passées mais aussi investissement personnel en termes de partage d'expériences et d'apport pour le médecin habilité.

Nous verrons dans un deuxième temps l'aspect organisationnel des réunions, avec un avis des médecins sur chaque composante : le nombre de médecins par groupe, la durée des réunions, ou encore l'animation de ces réunions.

⁹ Selon la convention de financement FAQSV régional.

¹⁰ Le premier étant obligatoirement « La tenue du dossier patient »

2. L'INVESTISSEMENT TEMPS DANS LA DEMARCHE D'EPP

A) LE TEMPS TOTAL CONSACRE A LA DEMARCHE

Nous avons souhaité savoir combien de temps les MH ont estimé avoir consacré en totalité à la démarche d'EPP. La majorité des répondants ont fixé ce total à une dizaine d'heures, en dehors du temps de réunion, « *On compte une heure par dossier soit 10 h pour 10 personnes, ça prend un dimanche...* ».

Compte tenu de la durée de cette démarche, nous nous sommes demandés si cette activité n'interférait pas trop avec la pratique libérale de chacun.

(1) « C'EST DU TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE, MAIS IL SUFFIT DE S'ORGANISER »

Les interviewés conçoivent parfaitement que cette mission leur prend du temps, cela est d'ailleurs souvent vécu comme une fatalité, les médecins nous expliquant en effet avoir « *arrêté de calculer* » : « *c'est une question qu'on se pose plus ça ! il est vrai que si j'étais salarié à compter les heures je dirais oui c'est un problème* ». Comme nous l'avons vu tout à l'heure, les MH se sont investis de manière volontaire dans cette mission, ils sont par conséquent conscients que cela leur amènera une charge de travail supplémentaire et l'acceptent dès le début. Nous allons voir d'ailleurs que cela retentit davantage sur leur vie privée que sur leur activité professionnelle.

(2) DU TRAVAIL AU DETRIMENT DU TEMPS LIBRE, MAIS BIEN ACCEPTE

La charge de travail ne retentit pas forcément sur l'activité libérale mais plutôt sur le temps libre : « *on fait ça le soir après le travail, et puis on arrête quand c'est fini* », « *je suis médecin généraliste, on travaille tous beaucoup, ce qu'on fait c'est au détriment de nos soirées, de nos dimanches, c'est évident c'est une charge supplémentaire* ».

Notons au passage que l'intérêt de la mission est apparemment un facteur important dans l'acceptation de la charge de travail supplémentaire, car, d'après ce médecin, « *quand ça intéresse ya pas de souci* ».

(3) UNE GESTION PERSONNELLE DU TEMPS

La majorité des médecins considèrent néanmoins qu'avec un peu d'organisation personnelle, il était tout à fait possible de mener cette démarche en parallèle d'une activité libérale, chacun ayant sa méthode de travail :

- « *...on avait bien managé notre truc, j'ai fait une grille de recueil qu'on remplissait et donc ça nous permettait d'avoir une vision très synthétique du travail des différents membres du groupe évalué et ça nous aidait pour faire notre rapport final, rapport qu'on restituait au groupe sous power point aussi, avec ensuite un rapport papier avec un petit mot spécifique pour chaque médecin du groupe* »,
- « *c'est du travail supplémentaire mais surtout fait à la maison et puis je me débrouillais pour appeler les médecins en dehors de mes heures de consultation* ».

Certains nous ont avoué avoir l'expérience de cette situation et par conséquent réussir à tout gérer sans souci : « *non pour moi ça s'est bien goupillé, j'avais l'habitude de faire pas mal de choses en dehors, c'est un surcroit de travail tout à fait gérable* ».

B) MEDECIN HABILITE, LIBERAL AVANT TOUT

Un des médecins interrogé a mis l'accent sur l'ubiquité de sa posture : « *on a gardé cette ubiquité de vouloir rester des professionnels de terrain, c'est-à-dire que le gros des MH de la région Centre est attaché à son indépendance* », position pouvant d'ailleurs engendrer des difficultés, notamment vis-à-vis de leur disponibilité, comme nous l'explique par la suite cette personne : « *nous ne sommes pas des professionnels de l'EPP, nous sommes des médecins libéraux en exercice qui, parce que ça nous passionne, faisons en plus de l'EPP, avec des bons côtés et des moins bons côtés, c'est-à-dire on a une moins grande disponibilité* ».

Etre MH, c'est donc prendre une dizaine d'heures sur son temps libre pour travailler sur les dossiers et rédiger les rapports d'évaluation. Cela n'a pas de réelles conséquences sur leur

activité libérale mais empiète plus sur leur vie privée, ils précisent toutefois que cette activité étant leur choix, ils ne le considèrent pas comme une charge de travail pesante.

3. FONCTIONNEMENT DES REUNIONS D'EPP

A) LA DURÉE DES RÉUNIONS

Tous les MH interviewés ont terminé leur cycle d'évaluation. La durée moyenne des réunions était de 2h45.

La première réunion a donné lieu pour quelques MH à un recadrage sur l'EPP, elle a par conséquent souvent été plus longue que la deuxième :

- *« la première réunion du choix du thème, c'est la plus longue donc on va dire 2h30-3h, en plus on leur faisait un petit topo d'une demi heure au début sur l'intérêt de l'EPP, à quoi ça servait (...) la réunion de restitution était en général plus courte, 1h30 à 2h selon les référentiels aussi »*,
- *« souvent il y avait besoin de faire une mise au point au départ avec un power point donc rappels concernant la méthodologie de l'évaluation, les bases documentaires, les niveaux de preuves, toutes ces notions élémentaires »*.

Le temps passé à ces réunions a été plutôt bien accepté par les personnes interrogées, considérant globalement qu'il n'était pas possible de faire plus court:

- *« en moyenne on démarrait à 20h30 et on terminait entre 23h et 23h30, et on faisait 2 réunions, donc à peu près 6h de réunions en 2 sessions, en ne perdant pas de temps c'était le temps qui était nécessaire (...) le choix des référentiels, discuter des différents items, en répondant aux questions, un ou 2 tours de table, on remplissait facilement nos trois heures »*.

Certains considèrent que *« 2h – 2h30 par réunion, c'est suffisant »*, signalant une baisse d'efficacité et du niveau d'attention, *« y a une perte d'adhésion des médecins, même avec une pause au milieu »*. De plus, les réunions se déroulant en soirée, ils précisent *« qu'au-delà de 10h30, y en a beaucoup qui ont envie de rentrer chez eux »*.

Un MH se demande même « *s'il ne faudrait pas faire des réunions un tout petit peu plus courtes mais en faire plus, plutôt que de faire en longueur* ».

B) LE NOMBRE OPTIMAL DE ME

Concernant le nombre de personnes par groupe, quasiment tous les MH interrogés ont « *conclu que le mieux c'est une dizaine de médecins* », précisant que « *quand ils sont plus nombreux ça devient moins gérable* », lorsque bien sûr ils sont en binôme : « *c'est correct 10, à condition d'être à 2, 10 tout seul ça me paraît un peu compliqué* ».

Dans certains cas, les médecins peuvent accepter 12 personnes, mais de manière exceptionnelle : « *ça peut aller à douze mais bon, c'est selon les référentiels, selon la méthode choisie, y a des méthodes courtes et d'autres longues, à multiples critères, ce qui va entraîner un travail de dépouillement et de rédaction plus important* ».

C) L'ANIMATION DES RÉUNIONS

(1) DES RÉUNIONS SANS ENCOMBRE

Pour de nombreux répondants, les réunions se sont bien déroulées et l'expérience a été très satisfaisante, « *je n'ai pas eu de souci pour l'animation, c'était très satisfaisant comme expérience* », « *les gens sont courtois, polis, ça se passe bien* ». Cela se passe même de mieux en mieux au fil des sessions, « *on étaient bien rodés, ça fonctionnait bien, on étaient arrivés à notre vitesse de croisière* ».

Certains reconnaissent la difficulté réelle de l'exercice : « *Vous imaginez, vous êtes en face de 12 médecins, c'est des grands garçons, c'est pas facile à manier, c'est sportif un peu...* », mais, d'après l'un d'entre eux, « *c'est ce qui en fait le charme !* ».

(2) LE MANQUE DE MOTIVATION DES ME DEPUIS L'OBLIGATION

La difficulté majeure citée par les MH est liée à la notion d'obligation de l'EPP. Certains MH nous ont en effet expliqué que d'après eux, « *y a des collègues qui viennent juste chercher un*

tampon, donc ils n'adhèrent pas ou difficilement à la vraie démarche de l'EPP, ils viennent satisfaire une obligation pour être en règle avec une règle imposée ». Ils n'observent plus la même motivation que pour les premiers groupes qui eux, étaient volontaires : « ... depuis que l'EPP est devenue obligatoire, les gens y viennent de moins bonne volonté (...) y a quand même une réticence beaucoup plus forte qu'avant à cause de l'obligation ».

Certains groupes de ME semblent même hostiles au départ à toute forme d'EPP, hostilité qui s'estompe peu à peu lors de la deuxième réunion « *j'ai eu un groupe de psychiatres qui était assez hostile au départ au principe de l'EPP, donc la première réunion était un peu difficile, mais lors de la deuxième les gens s'aperçoivent que c'est utile, même si le principe ne leur paraît pas justifié, on a toujours réussi lors des 2èmes réunions à faire en sorte qu'ils soient motivés et intéressés par l'EPP ».*

(3) DES CRITIQUES A CAUSE DE L'ABSENCE DE REFERENTIELS

L'absence de référentiels dans certains domaines a pu être, dans certains cas, une cause de tensions lors des réunions ; deux MH nous ont parlé d'oppositions de la part de quelques médecins engagés : « *j'ai eu une opposition importante des personnes, la moitié de l'effectif, lors de ma première réunion mais aussi ma première expérience de l'EPP, le groupe sur lequel on avait pas de référentiel et sur lequel il a fallu improviser mais on maîtrisait mal l'ensemble des outils (...) ça a été un peu difficile, on a dû improviser, y'avait pas de référentiel donc on devait adopter d'autres démarches ».* Cela a aussi engendré des soucis au final « *sur la partie conseil/ améliorations on a eu des difficultés ».*

Le constat d'ensemble est donc plutôt positif, les médecins semblent satisfaits des réunions, autant sur la durée, le nombre de participants, les lieux choisis et la logistique mise en œuvre par l'URML pour mener à bien ces rencontres.

Les difficultés viennent plutôt du fait de l'absence d'outils standardisés et adaptés, ou encore du manque de motivation de la part de certains médecins engagés, manifestement peu convaincus de l'intérêt de la démarche. Cette observation se vérifiera plus loin dans ce

travail et nous verrons en effet que l'EPP obligatoire n'a pas suscité un grand enthousiasme parmi les ME, jugeant au départ cela comme une contrainte supplémentaire.

C. LES RESULTATS DE L'EPP VUS PAR LES MH

Comme nous l'avons déjà dit au début de ce travail, l'EPP a pour but l'amélioration des pratiques, en mettant en relation les pratiques médicales avec les recommandations de bonnes pratiques. Elle doit, à terme, entraîner une actualisation des modalités de prise en charge et une amélioration continue de la qualité des soins.

Dans ce cadre, le MH peut formuler des recommandations : « *Art. D. 4133-0-3. - Des recommandations peuvent être formulées par le médecin habilité (...) à l'issue de chaque évaluation et porter notamment sur le suivi d'actions de formation médicale continue. Ces recommandations sont communiquées par écrit au médecin évalué (...)* ».

1. UN CONSTAT PLUTOT POSITIF

Une fois l'autoévaluation faite, le MH doit rédiger un rapport et le présenter lors de la deuxième réunion. Nous allons voir dans cette partie comment les MH ont perçu le travail réalisé par leurs groupes, ainsi que les difficultés qui ressortent de cette expérience, autant dans la rédaction du rapport final que dans la mise en place de recommandations d'amélioration à la fin de la session.

A) PAS DE DIFFICULTES DANS LA REDACTION DU RAPPORT

Concernant la rédaction du rapport final, tous les MH nous ont répondu ne pas avoir connu de difficultés particulières, « *ça s'est bien passé, on faisait un premier rapport après la 1^{ère} réunion que l'on donnait à la deuxième pour dire ce qui c'était passé, et on envoyait un 2^{ème} rapport de fin d'EPP, avec nos conclusions à nous, avec ce qui avait été dit dans le groupe* », notamment grâce à des méthodes personnelles : « *le fait qu'on préparait tout par Power point pour la restitution, je préparais tout à l'avance sur un fichier Word donc c'était facile après d'envoyer ça aux collègues* ».

B) « ILS FONT TOUS LES MEMES REFLEXIONS, ILS ABOUTISSENT AUX MEMES DEMARCHES... »

En général, « *l'ensemble des participants avaient fait un bon travail* » et des idées d'amélioration se sont dégagées à l'issue des séances : « *on a toujours réussi, à la fin de chaque session, à mettre 2-3 points d'amélioration pour le groupe* », avec parfois un engouement autour de la démarche : « *y'a une dynamique qui s'est créée, les gens ont prévu de se revoir un an après pour faire le point... je crois qu'ils ont bien participé à cette démarche* ».

Quelques MH ont remarqué que les pistes d'amélioration pour un même référentiel sont souvent les mêmes pour les groupes, ce qui, à moyen terme, permet aux MH de bien maîtriser le sujet : « *on voit toujours un peu les mêmes choses, les premières séances ça peut poser problème, mais très rapidement on s'aperçoit que les médecins vont tous dans la même direction, et on pourrait prédire ce qu'ils vont trouver après réflexion (...) ils ont les mêmes cheminements, ils aboutissent quasiment aux mêmes démarches d'améliorations par rapport à un référentiel donné... c'est surprenant la première fois mais beaucoup moins après, ça devient presque une routine* ».

2. LES DIFFICULTES RENCONTREES

A) DES ECARTS ENTRE LES PREMIERS ET LES DERNIERS GROUPES

Quelques médecins ont relevé « *une disparité entre les premiers groupes (...) et les derniers groupes* », les premiers étant, selon eux, « *des médecins fortement engagés au niveau professionnel dans des associations, des groupes de formations, des gens qui avaient déjà une réflexion préalable* » alors que les médecins des derniers groupes « *répondaient plus à des objectifs d'obligation* ».

La différence leur a semblé d'autant plus flagrante au moment où les ME devaient formuler des actions d'amélioration, les premiers groupes « *dégageaient facilement des pistes d'amélioration, avec un programme mis en œuvre, un échéancier, voire ils avaient déjà commencé à modifier leurs comportements en faisant leur auto-évaluation* » alors que pour

les groupes inscrits plus tard, le travail de réflexion a souvent dû être suscité par les MH, « *il fallait qu'on suggère beaucoup les pistes d'amélioration, qu'on soit force de proposition, qu'on discute avec eux et qu'on s'en tienne à des objectifs raisonnables, une ou deux pistes d'amélioration, des choses pratiques et faciles à mettre en œuvre* ». La motivation est en effet un facteur essentiel dans la phase d'émergence des résultats, or « *dans certains groupes, les gens ne viennent pas se lancer dans une démarche d'EPP mais viennent chercher un tampon. Après à partir de là, pour passer à un niveau supérieur dans la démarche d'amélioration, c'est encore plus dur...* ».

B) LES ABANDONS EN COURS DE ROUTE

Certains MH se sont trouvés face à des cas d'abandon, avec des médecins engagés qui n'ont pas renvoyé leurs référentiels « *malgré des relances insistantes et confraternelles*», ce qui met l'évaluateur dans une situation délicate « *c'est très difficile quand un médecin engagé ne joue pas le jeu et ne renvoie pas le référentiel* » d'autant plus qu'il n'a « *pas de levier* » pour l'obliger à le faire.

Même si « *ce problème a été très ponctuel* », ce médecin considère qu'il « *manque un appui* » dans ce cas présent, comme par exemple, une intervention directe de la HAS auprès de ces ME « *démissionnaires* ».

C) PAS DE RETOURS SUR LES SUITES DE L'EPP

Enfin, plusieurs MH nous ont aussi exprimé leur déception de ne pas avoir de retour par rapport aux sessions d'EPP qu'ils ont menées, « *le 2ème rapport qu'on adressait aux médecins mais qu'on ne revoyait pas, j'ai jamais eu de retours ! Donc je ne sais pas quel a été l'impact de ce rapport qu'on a envoyé* ».

Les troisièmes réunions n'ont effectivement pas toujours eu lieu, les MH n'ont donc pas pu connaître la portée du travail effectué et les éventuelles modifications des pratiques que cela aura pu entraîner.

Pour ces personnes, un suivi de l'EPP serait le bienvenu : « *il faudrait pouvoir faire un suivi des groupes pour leur première EPP, savoir ce qui a été fait, un an après par exemple* », dans

le but de mettre en évidence « *ce qui a été utile, ce qui a permis de faire progresser les choses, de voir si ça entraîne une modification de la pratique où si c'est lettre morte* ».

D. L'AVENIR DE L'EPP : INQUIETUDES ET DOUTES DES MEDECINS HABILITES

Les entretiens menés avec les MH ont été l'occasion pour eux de faire part de leurs inquiétudes face à l'évaluation de l'EPP.

Changements d'orientations, complexifications des démarches, cafouillage entre EPP et FMC, problèmes de validation, tous ces éléments participent à la crainte grandissante de voir une EPP de plus en plus technique.

1. UNE ORGANISATION DE PLUS EN PLUS COMPLEXE

Certains médecins se plaignent de la complexification de la démarche, *« avant c'était très beau, très clair, pas compliqué, mais ça commence à se compliquer extrêmement »*, cette personne nous avoue même ne plus se sentir capable de présenter la démarche simplement : *« moi en cinq minutes on me demande d'expliquer l'EPP maintenant, j'aurais beaucoup de mal ! »*.

Depuis sa naissance, l'EPP a connu plusieurs mutations notables, *« on est parti d'une EPP basée sur le volontariat à une EPP obligatoire, d'une EPP qui se basait sur des référentiels précis, on est passé à une EPP beaucoup plus large maintenant »*. Ces *« multiples changements de cap et d'organisation »* rendent aujourd'hui le principe difficile d'accès selon quelques médecins, qui trouvent cela *« un peu perturbant »* : *« la multiplicité des évolutions à l'initiative de la HAS de la démarche d'EPP »* entraîne apparemment une incompréhension, voire même *« une certaine lassitude des MH »*, qui peuvent avoir l'impression que le concept leur échappe.

Le problème de la validation des premières sessions d'EPP est abordé aussi : *« Accessoirement quand on a commencé l'EPP, on a engagé des confrères en leur disant venez, faites le maintenant comme ça, ça sera fait, après pendant un moment on ne savait plus du tout si l'EPP qu'avaient fait les premières générations de médecins engagés seraient*

validantes ou pas, ce qui est quand même un tout petit peu déstabilisant pour eux et pour nous ».

Les MH souhaiteraient que la démarche reste simple et accessible, et qu'elle garde en tête son but premier : *« restez simple ! Le message qu'on peut faire passer aux gens qui s'occupent de ça au dessus de nous, c'est de rester simple et avec toujours la vision de l'amélioration de la pratique médicale, ce pourquoi était prévue l'EPP, et non pas l'élaboration sur 25 pages de critères d'audit extrêmement compliqués et inapplicables ».*

Participe à cette complexification le flou notable pour certains médecins engagés entre les concepts de FMC et d'EPP.

2. LE « CAFOUILLAGE ENTRE LA FMC ET L'EPP »

Selon la HAS, *« l'évaluation des pratiques (EPP) et la formation continue (FC) ont toutes deux une même finalité d'amélioration de la qualité des soins et du service rendu au patient.*

Pour atteindre cette même finalité, EPP et FC empruntent des voies complémentaires :

- *La FC privilégie une approche davantage pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances/compétences ;*
- *L'EPP privilégie une approche davantage clinique et professionnelle, fondée sur l'analyse des données de l'activité ».*

Cependant, lors de leurs réunions avec les médecins évalués, les MH se sont rendus compte qu'il régnait une certaine confusion entre la FMC et l'EPP : *« ils confondent un peu formation et EPP, il faut bien expliquer la différence entre les deux, bien dire que c'est pas une formation médicale, et bien préciser que c'est pas un examen avec contrôle, juste une remise en question personnelle de sa pratique ».* Il semble donc bien nécessaire de rappeler à chaque fois ce qu'est l'EPP par rapport à la FMC, en montrant que ces deux activités coexistent et se complètent.

En définitive pour les médecins, les choses doivent être claires entre FMC et EPP, et c'est le rôle de l'HAS que de redéfinir ceci : *« La HAS, qui est normalement celle qui organise tout au niveau référentiels, grilles, les messages doivent être faits par elle, et surtout clairement répercutés à l'ensemble des médecins, en disant, voilà vous pouvez faire ça, et pour le faire*

vous pouvez vous appuyer sur tel ou tel organisme, mais il faut bien définir à nouveau ce qu'est l'EPP par rapport à la FMC, ya une trop grosse confusion actuellement ».

3. POLITIQUE, FINANCEMENT ET EPP

Si l'organisation de l'URML pour la mise en place de cette EPP est félicitée par tous, quelques médecins émettent en revanche des réserves et des inquiétudes quant à l'avenir de l'EPP et la place de l'URML et des MH dans cette démarche. Beaucoup nous ont parlé du flou actuel en ce qui concerne cette activité et leur implication : *« le seul problème ce sont les interrogations qu'on se pose sur notre rôle actuel et sur la pérennité de ce système, je n'ai pas l'impression qu'il y ait une clarté dans les choix actuels de l'URML ».*

Pour certains, ce flou ne vient pas de l'URML mais de la HAS :

- *« j'ai l'impression que ça cafouille un peu en amont de l'URML, c'est au dessus que c'est pas clair... »,*
- *« je pense qu'il y a une volonté, en particulier du président de l'URML, de maintenir l'EPP avec les groupes de MH que nous sommes, mais il y a des considérations multiples et extérieures qui font que je ne sais pas si cette activité de MH pourra perdurer, quelles que soient les bonnes volontés».*

Quelques médecins dénoncent un manque d'engagement des politiques et montrent du doigt une certaine incohérence dans l'utilisation des moyens financiers.

A) UNE VOLONTE ALTEREE PAR LE MANQUE DE MOYENS

La volonté politique vis-à-vis de l'EPP est ternie, selon les MH interrogés, par le manque de moyens financiers : *« C'est plus au niveau politique de savoir si on décide de développer, de promouvoir l'EPP, mais s'il n'y a pas les moyens financiers qui sont mis derrière, c'est totalement illusoire ».*

Cela plonge les interviewés dans une certaine perplexité par rapport à leur futur de MH : *« on est tombés des nues quand on s'est rendus compte qu'il y avait pas les budgets derrière (...) on a été extrêmement déçus, et d'ailleurs on a pas bien compris ... la HAS avait voulu*

recruter des nouveaux MH et avait reformé une nouvelle fournée alors que peu de temps après, y'avait pas de budget pour les faire fonctionner donc la plupart n'ont rien fait ! ».

Ils dénoncent un comportement incohérent de l'Etat vis-à-vis de cette problématique. D'un côté l'Etat « *oblige à faire les EPP dans la loi* » alors que de l'autre côté, « *il supprime les financements* ». Ce médecin juge cette attitude « *un peu schizophrénique* », et rajoute que « *pour former un MH il faut beaucoup d'énergie, de financement, on voit pas bien à quoi ça sert d'être formés* ».

L'attitude dominante est donc l'attente de clarification : « *pour l'instant c'est pas encore très clair tout ça... On nous a parlé que peut être on allait avoir une enveloppe pour en reprendre d'autres [des groupes de ME] cette année, on attend de voir...* ».

Hormis la problématique financière, c'est l'organisation elle-même de l'EPP qui sème le trouble chez certaines personnes interrogées.

B) LA MEFIANCE VIS-A-VIS DES NOUVEAUX ORGANISATEURS D'EPP

De nombreux médecins nous ont fait part de leurs inquiétudes vis-à-vis des orientations prises par les nouveaux organisateurs d'EPP :

- « *Sur le moyen terme l'EPP paraît mal engagée avec l'évolution vers les organismes agréés. On est passé des médecins habilités à quelque chose de plus lourd (...) je me pose des questions sur le devenir des MH...* »
- « *j'ai l'impression que la tournure que ça prend, avec les autres organisateurs d'EPP, ça risque de faire un peu cafouiller le truc (...) va y avoir des laboratoires qui vont organiser les EPP, je pense que c'est fait d'ailleurs* ».

Certains médecins redoutent donc, comme nous venons de le voir, la reprise de l'EPP par des structures de taille plus importante, avec des lobbies puissants et une supériorité en terme de moyens et de disponibilité incontestables, « *on entre en concurrence avec des gens avec qui on a pas vraiment envie de se battre* ».

C) LA CONCURRENCE DES GROSSES STRUCTURES

(1) DES MH VICTIMES DE LEUR STATUT DE MEDECIN LIBERAL

Initialement, les MH formés par la HAS étaient les seuls à pouvoir réaliser des démarches d'EPP, « *mais depuis quelques temps il y a des organismes agréés, semi professionnels, souvent liés à des groupes divers et variés, syndicats, FMC (...) industries pharmaceutiques, presse médicale* ». Certains appréhendent particulièrement le fait que leur mission ne soit marginalisée par rapport à « *l'activité de grosses structures, structures para-syndicales, structures de formations médicales, avec des gens dont l'EPP serait une forme d'activité principale* ». Les MH, qui sont médecins libéraux avant tout, craignent en effet que leur double activité (EPP + activité libérale) ne les mette sur la touche face à des structures qui feraient de l'EPP leur activité centrale : « *c'est évident que nous, nous sommes des amateurs par rapport à ces grosses structures, amateurs au bon sens du terme...* ».

(2) L'EPP, UNE MANNE FINANCIERE

Ils craignent enfin que l'aspect financier ne prime sur l'intérêt pragmatique de l'EPP, « *j'imagine que l'EPP va être autre chose que ce pourquoi elle a été conçue, et l'esprit va changer peut être... j'espère me tromper !* ». Un médecin raconte d'ailleurs une anecdote explicitant ses propos : « *j'ai reçu des propositions dans ma boîte mail, des propositions moyennant finance de me faire une EPP* ».

Les MH observent une dérive de l'EPP et regrettent le côté confraternel des débuts, « *c'était un truc assez pur, les médecins parlent aux médecins* ». Avec l'arrivée des nouvelles structures agréées, ils redoutent que la démarche ne perde de vue ses principaux objectifs pour ne devenir qu'« *un gagne pain comme un autre* ».

LA SATISFACTION DES MEDECINS ENGAGES VIS-A-VIS DE L'EPP EN REGION CENTRE

III. LA SATISFACTION DES MEDECINS ENGAGES VIS-A-VIS DE L'EPP EN REGION CENTRE

23 médecins généralistes et 10 médecins spécialistes ont été choisis de manière aléatoire afin de recueillir leur avis sur l'EPP qu'ils ont mené avec l'URML Centre.

Nous avons souhaité marquer la différence entre les propos des généralistes et des spécialistes en indiquant MG ou MS entre parenthèses, certains propos étant spécifiques aux uns ou aux autres.

A. L'IMPLICATION DES ME DANS LA DEMARCHE

Quasiment tous les médecins interrogés connaissaient déjà la démarche d'EPP avant de l'intégrer, ou du moins en avaient déjà entendu parler, « *dans les journaux* » (MG10), « *par le biais du syndicat* » (MS2), « *par la presse médicale* » (MG21), « *par des réunions de présentation organisées par l'URML* » (MG22), ou encore par le biais de leur « *groupe de FMC* » (MG19).

1. UNE DEMARCHE FAITE PAR ANTICIPATION

Quelques médecins se sont impliqués dans l'expérience dès les premières heures de l'EPP en région Centre: « *C'était volontaire, je faisais partie du 1^{er} groupe à faire ce genre d'évaluation dans l'Indre* » (MG12), souvent d'ailleurs en lien avec des confrères : « *Je l'ai fait au tout début (...) avec des copains qui m'ont dit qu'ils montaient un groupe* » (MG10), « *on était un groupe de 6 médecins dans un canton et on s'est dit hop on le fait, on y va tous* » (MG15).

Pour ceux qui ont réalisé leur EPP avant que ce ne soit obligatoire, la démarche était anticipée sur l'éventuelle obligation future, « *Il y avait un peu ce côté on y va, parce que ça va bientôt être obligatoire* ». (MS1), « *ça allait devenir obligatoire et donc je me suis dit que c'était l'occasion de le faire* » (MG16), « *je voulais me débarrasser peut être un peu de la formalité, car on avait l'impression que c'était semi obligatoire* » (MG10), « *c'est une*

démarche volontaire pour anticiper l'obligation qui allait être faite de valider» (MS8). d'autant plus que le bénéficiaire n'était pas vraiment perçu par tous : « je m'étais dit de ne surtout pas perdre de temps dans un truc qui n'allait rien me rapporter. J'avais un peu peur de quelque chose qui n'aurait pas été utile » (MG7),

2. « C'ÉTAIT OBLIGATOIRE, JE L'AI FAIT C'EST TOUT »

Manifestement, la quasi-totalité des ME inscrits après le texte de loi stipulant le caractère obligatoire de l'EPP, l'ont fait « uniquement pour le valider » (MG14), et n'émettait pas d'attente particulière vis-à-vis de l'EPP.

L'EPP est perçue comme une contrainte, dont il faut se libérer le plus vite possible pour passer à autre chose : « c'était une obligation et compte tenu de l'obligation, j'ai voulu m'en débarrasser le plus tôt possible » (MG6), d'ailleurs, comme nous l'exprime bien cette personne, « ça n'aurait pas été obligatoire on ne l'aurait pas fait » (MS5).

Ils sont principalement dans l'optique « ça se fait donc je le fais » (MG4), et emploient cette expression paradoxale de « volontairement obligé » (MG20) pour désigner leur état d'esprit face à l'EPP. Ce volontariat est donc tout relatif, il répond plutôt à la volonté d'être « tranquille » le plus rapidement possible, « puisqu'on est obligé on devient volontaire » (MS5).

Ce manque de motivation au départ peut probablement s'expliquer en partie par une mauvaise lecture de la démarche, et une grande appréhension, celle d'être jugé : « Je voyais plus ça à la limite comme un contrôle des connaissances, avec effectivement un système c'est bien / c'est pas bien, ma première façon de l'avoir comprise c'était ça, alors que c'est pas ça du tout... Beaucoup de gens d'ailleurs, je pense, redoutait de le faire à cause de ça, en pensant qu'on allait voir, regarder au dessus de leurs épaules pour voir ce qu'ils faisaient » (MS2).

3. DES MEDECINS POUSES PAR LA CURIOSITE

En s'inscrivant à la démarche, les ME étaient majoritairement poussés par leur curiosité : « *curieux de voir comment ça se passait, et ce que ça donnait* » (MG12), « *parce que je ne me rendais pas du tout compte de ce qu'on allait nous demander* » (MG17).

Un médecin voulait comprendre le fonctionnement pour pouvoir le reproduire ensuite auprès d'autres professionnels : « *c'était pour voir comment ça se passait et voir à partir de ça ce qu'on pouvait faire pour l'évaluation des acupuncteurs* » (MG5).

Deux médecins seulement nous ont dit vouloir « *réévaluer [leur] pratique, apporter une amélioration aux insuffisances* » (MG3), en bref, « *l'amélioration de la pratique professionnelle* » (MG21), soit l'objectif premier de la démarche.

Enfin, une des personnes interrogées s'avérait être très motivée, car elle avait participé aux fondements de l'EPP sur la région et souhaitait se rendre compte sur le terrain des éventuels soucis repérés par d'autres : « *j'étais très impatient de faire ma propre EPP, puisque je faisais partie d'un groupe avec l'URML pour mettre en place l'EPP, donc j'étais impatient d'avoir fait la mienne pour pouvoir avoir un avis plus objectif sur la question et pour pouvoir en discuter avec les sceptiques* » (MG2).

Nous pouvons donc observer un certain manque de motivation au départ, avec des médecins qui font leur EPP uniquement pour valider une obligation administrative, ou qui ont des objectifs personnels éloignés des apports attendus de la démarche.

Nous allons voir plus loin dans ce rapport que quelques médecins sceptiques ont été agréablement surpris, et que les bénéfices retirés sont apparemment plus importants que leurs attentes, nulles au départ.

B. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'EPP

1. UN BON TRAVAIL LOGISTIQUE ET RELATIONNEL

A) UNE ORGANISATION SANS FAILLES MALGRE LE CARACTERE PIONNIER

L'organisation orchestrée par l'URML a été félicitée par tous, ils ont trouvé le tout « *bien aiguillé au niveau administratif* » (MG9), que ce soit à propos de la durée des réunions, la circulation des informations, ou encore le lieu des rencontres : « *le lieu choisi était le plus central pour le département, les locaux étaient agréables...* » (MG12).

Certains ont noté le caractère pionnier de la démarche, ce qui n'a pas entravé la bonne impression globale de l'expérience : « *c'était tout à fait débutant quand je l'ai fait (...) les formateurs venaient juste de passer leur accréditation et avaient fait juste 1 groupe avant nous, c'était peut-être de l'essuyage de plâtre, mais en tout cas c'était bien* » (MG12).

B) LA RECONNAISSANCE VIS-A-VIS DES EQUIPES

Les équipes ont été félicitées, notamment pour leur disponibilité et leur amabilité : « *les personnes étaient joignables quand on avait des questions à leur poser et très agréables* » (MG12)

Nous avons même recueilli des témoignages de reconnaissance vis-à-vis des MH et des équipes en charge de l'organisation : « *je trouve qu'ils bossent bien, heureusement qu'on a des confrères qui font ce boulot là (...) je les remercie de se dévouer autant (...) et je félicite ceux qui ont mis cette démarche sur pieds, vue le temps que ça leur demande* » (MS3).

Nous voyons donc que l'opinion globale sur l'aspect logistique semble très favorable, même si très peu de commentaires ont été faits à ce sujet. Les réponses aux questions posées ont souvent été brèves, mais toujours positives.

C) DES CRAINTES DE NON VALIDATION

Certains médecins se sont inquiétés de la validation des sessions. En effet, dans le système existant, le fait d'avoir réalisé cette session d'EPP permet d'engranger des points. Or, les premiers groupes inscrits dans la démarche ont eu peur que leur EPP ne soit pas validée : « *On espère que ça va compter dans les points* » (MG19), une personne a même « *appelé paniqué celui qui avait mis en place le groupe pour lui demander si l'évaluation qu'on avait fait nous était valable* » (MG10). Apparemment ces sessions seraient vraisemblablement validées, ce qui l'a rassurée, « *car mine de rien, une soirée, c'est précieux à mes yeux pour ma famille* » (MG10).

2. LA RELATION AVEC LES MEDECINS HABILITES

A) UNE COLLABORATION APPRECIEE

La plupart des ME interrogés ont apprécié travailler avec les médecins habilités, perçus comme étant « *des animateurs compétents et agréables* » (MG6), « *des confrères sympathiques, clairs, nets précis* » (MG10), qui « *ont expliqué les choses de manière claire* » (MS2).

L'ambiance étant généralement « *assez sympa* » (MG1), « *détendue* » (MG9), malgré quelques réticences au départ de la part de certains, « *c'était beaucoup moins contraignant qu'on aurait pu le penser* » (MG1). En effet, quelques ME émettaient au départ quelques doutes par rapport à ce mode d'évaluation, pensant que le MH allait tout contrôler, doutes qui se sont vite estompés au fil des réunions : « *ils sont pas contraignants hein, ils sont pas là pour nous juger. Ils sont là pour orienter, et voir comment notre pratique peut être améliorée* » (MG9).

La peur d'être jugé et réprimandé s'est transformée en un travail collaboratif, avec un MH qui est là pour accompagner, tel « *un guide* » : « *il n'y a pas de punition, on a pas l'impression d'être observé, d'être contrôlé (...) [le MH] s'est rendu compte des préoccupations qu'on avait, il était très compréhensif, c'était comme une orientation, il n'y avait pas du - il faut que, vous devez... -, il n'y avait pas de contrainte majeure* » (MG9).

Le rapport final a lui aussi été bien accueilli, « *c'était très complet, très bien fait* » (MG21), « *très clair* » (MG8), il permettait de mettre par écrit des remarques qui ont pu être faites à l'oral lors des réunions et ainsi garder une trace synthétique des conclusions, « *c'était assez intéressant de le mettre en mot* » (MG7), « *le rapport était très instructif au niveau des améliorations apportées* » (MG3).

B) « ILS ONT TROUVE QU'ON AVAIT PAS ASSEZ D'ENTHOUSIASME »

Ce travail est basé sur une collaboration active entre le ME et le MH, chacun doit œuvrer de son côté afin que l'échange soit constructif. En effet, les MH attendent un minimum de motivation de la part des évalués, ce qui parfois n'a pas été le cas, au regard du cadre réglementaire dans lequel se déroule l'EPP.

Les ME sont donc parfois apparus quelque peu dilettantes aux yeux des évaluateurs, ce qui ne leur a pas vraiment plu, comme nous l'explique un médecin ayant connu cette situation : « *ils ont trouvé qu'on avait pas assez d'enthousiasme, qu'on prenait ça un peu à la légère (...) c'étaient des menaces douces, toutes gentilles mais qui étaient très claires du genre - si vous n'êtes pas contents les gars, et bien vous allez recommencer avec quelqu'un d'autre -, on a été un peu surpris de cette réaction, ça ne plaisait pas a priori...* » (MS5).

Au moment du rendu du rapport, les MH ont exprimé leur mécontentement, et le groupe a dû retravailler les dossiers afin de rendre « *quelque chose de plus sérieux* » (MS5). Ce rappel à l'ordre un peu vexant pour les ME a permis à certains de mettre l'accent sur le côté « scolaire » de ce type d'évaluation. Nous verrons plus loin dans ce rapport que c'est une des principales critiques émises contre cette forme d'EPP.

C) L'ÉVALUATION PAR DES MH DE MEME SPECIALITE

Un des médecins spécialistes nous a avoué qu'il aurait aimé être évalué par des médecins de sa spécialité : « *ça aurait peut être été mieux qu'on soit évalué par des médecins de notre spécialité. Les deux médecins étaient bien hein, mais bon je sais pas, je pense que ça aurait*

été mieux quand même (...) notamment sur les aspects techniques, mais bon, c'est plus sur la logistique de notre travail qu'on a été évalué, sur la partie organisationnelle » (MS4).

Les propos de ce médecin montrent une certaine confusion entre l'EPP et la FMC. Nous allons voir un peu plus loin que d'autres médecins confondent les 2 démarches et du coup, dénoncent un manque d'intérêt de l'EPP et de mauvais objectifs.

3. LES IMPRESSIONS DES ME SUR LES OUTILS UTILISES

D'une manière générale, les documents fournis par l'URML, à savoir le guide pratique et le carnet de bord, ont été bien acceptés, *« c'était bien fait » (MG5), « c'était facile de comprendre » (MG7), « c'était irréprochable, clair » (MG15).* Les documents proposés étaient adaptés et intéressants, traitant *« des sujets qui étaient tout à fait de notre niveau, c'était assez pratique » (MG9).*

Seuls les référentiels avec les grilles d'évaluation ont été sujets à quelques critiques de la part des interviewés.

A) LES REFERENTIELS

Pour chaque groupe, deux référentiels ont été abordés, le premier étant obligatoirement la tenue du dossier patient.

(1) LA TENUE DU DOSSIER PATIENT

Ce premier référentiel n'a pas soulevé beaucoup de remarques de la part des médecins, hormis pour une personne qui a trouvé ce référentiel plutôt inutile, prétendant d'ores et déjà connaître les bonnes pratiques dans ce domaine : *« la mise en ordre des dossiers, j'ai envie de dire que je n'ai pas attendu qu'on me propose un référentiel de gestion des dossiers pour le faire... je suis formaté à ça, quand on est externe on apprend à réaliser des observations, on apprend à suivre les gens... bon ça se sont des choses qu'heureusement je savais faire » (MS3).*

Deux médecins nous ont néanmoins parlé de la « *notion de trace* » : « *je me suis rendu compte que sur le plan juridique c'est assez important d'avoir une trace sur ce qu'on a dit au patient* » (MG12). Si cette personne semble voir l'aspect positif de cette notion, permettant d'avoir un suivi des discussions avec le patient, une autre l'a perçu de manière douteuse, mettant en avant un aspect judiciaire qu'il a du mal à comprendre : « *un autre point qui m'a profondément choqué, c'est qu'il faut noter des éléments dans le dossier non pas pour l'intérêt du patient mais pour le juge, c'est à dire qu'on nous a demandé de noter des choses dans le dossier médical qui n'ont pas d'intérêt pour le patient, qui n'ont pas d'intérêt pour nous, mais qui étaient simplement au cas ou on aurait un problème juridique, afin que le juge puisse aller voir dans le dossier... Alors ça j'ai eu du mal à comprendre pourquoi on me demandait de noter certaines choses dans le dossier* » (MG21).

Nous avons ensuite recueilli l'avis de quelques médecins sur le deuxième référentiel qu'ils avaient étudié, choisi par les membres du groupe. Il est à noter qu'environ un tiers des médecins interrogés nous ont déclaré ne pas se souvenir du référentiel choisi par leur groupe.

(2) LES AUTRES REFERENTIELS ETUDIES

Le référentiel sur les vaccinations apparaît plutôt pragmatique, « *simple à mettre en œuvre du point de vue du référentiel pur* » (MG9). Il en est de même pour la « *prévention de l'insuffisance rénale chez le sujet âgé* », pour lequel il n'y a « *pas spécialement de critiques, il est correct ce référentiel* » (MG22).

- Prise en charge du cholestérol de 20 à 70 ans

Trois médecins nous ont dit avoir choisi cette thématique, pour l'un, cela était « *très utile* » (MG3), pour un autre, ce référentiel était plutôt « *sans intérêt car trop vague* » (MG13), quant au troisième médecin, il nous a avoué avoir choisi ce thème avec ses collègues du groupe car c'était, selon eux, l'un des plus « *faciles* » à traiter : « *je vous dis la vérité ? De manière unanime avec le groupe on avait décidé de prendre le sujet qui nous ferait le moins possible travailler, c'était un choix stratégique. On avait pris un truc très basique, qui soit commun à tout le monde* » (MG10).

- L'amygdalectomie chez l'enfant

Trois médecins spécialistes ont travaillé sur le thème de l'amygdalectomie chez l'enfant. Selon deux d'entre eux, ce référentiel « *n'était pas le plus intéressant* » (MS8), il était « *moyennement intéressant* » (MS6). Seul le troisième médecin a émis un avis plus positif en faveur de cette thématique, précisant que « *c'était très bien de travailler et de discuter dessus* » (MS5).

- Conduite à tenir en cas de frottis anormal du col de l'utérus

Pour 2 des médecins gynécologues interrogés ayant choisi ce référentiel, la thématique était intéressante et ce choix leur a semblé « *tout à fait pertinent* » (MS1). Par contre, la lecture du référentiel leur est apparue parfois laborieuse : « *C'était un petit peu fastidieux à lire mais bon il fallait bien s'y plier (...) je pense avoir eu du mal à ne pas m'endormir là-dessus !* », même si, une fois ces textes assimilés, « *c'était clair, une fois qu'on avait lu (...) ça allait tout seul* » (MS2). Pour le deuxième gynécologue, même constat, « *ces documents n'étaient pas très clairs à l'état brut de lecture individuelle...* ». Selon cette personne, des explications supplémentaires étaient les bienvenues pour comprendre le sujet dans sa globalité, ce qui a allongé un peu le processus : « *Il a été nécessaire que ces documents soient expliqués de façon orale, c'était un peu long* » (MS1).

Par contre, le troisième médecin ayant travaillé sur le frottis anormal n'a pas trouvé le contenu et la forme de l'évaluation intéressants : « *Pour moi c'était normalement une discussion entre les collègues, l'avis des experts sur les cas difficiles, savoir en cas de pathologie, quelle était la succession des examens faits parce que des fois il y a des discordances entre les uns et les autres et l'attitude thérapeutique n'est pas forcément évidente, mais c'est pas ça du tout qu'on a eu* » (MS9).

Pour lui, le véritable intérêt du thème sur le plan thérapeutique n'a pas été traité, seul l'aspect logistique et relationnel du problème a été abordé : « *Concrètement ce qu'on a eu c'était de savoir qu'est-ce qu'on faisait quand on avait un frottis anormal; si on appelait la patiente, si on lui écrivait, si on rappelait les gens, et si les gens ne revenaient pas si on les convoquait; or c'est pas ça du tout que je recherchais* » (MS9).

De même, un médecin nous a déclaré avoir travaillé sur le référentiel « vaccination contre le tétanos », qui, selon lui, ne traite pas de l'essentiel : « *les objectifs demandés n'étaient pas les éléments les plus importants, c'est pas vraiment adapté à ce qu'on devrait faire* » (MG20).

Selon ce médecin, l'évaluation portait « *sur des documents administratifs et non médicaux et c'est là que ça me dérange le plus* » (MG20).

Ces propos démontrent bien la confusion qui réside au sujet des objectifs de l'EPP. Certaines personnes attendent de l'EPP qu'elle donne l'occasion de discuter de cas difficiles entre confrères, or c'est davantage l'objectif de la FMC.

- Suivi du patient hypertendu de moins de 65 ans, non diabétique, non IR

Les 5 médecins généralistes qui ont choisi l'hypertension artérielle en tant que second référentiel ont été globalement satisfaits, « *Il était bien fait, sans plus* » (MG11). Ce sujet, considéré comme « *l'un des grands classiques* » n'a pas apporté de surprises, « *par toutes nos revues on était au courant* », néanmoins il aura permis de faire, en quelque sorte, une piqûre de rappel, « *de remettre en tête tous les protocoles de prise en charge* » (MG15). Cette thématique a d'ailleurs été considérée par un médecin l'ayant choisi avec son groupe comme « *le sujet le plus peinard* » (MG19).

Dans d'autres groupes, ce référentiel a vraisemblablement donné lieu à de très longues discussions « *sur les normes de LDL, cholestérol, les normes d'intervention thérapeutique (...) des discussions longues entre les médecins participants* » (MG12). Un des médecins interrogés nous a parlé de la présence inappropriée « *d'un examen de labo que personne ne demandait, qui ne sert à rien et qui n'est pas recommandé par l'afssaps* » (MG16). Ces critiques étaient apparemment fondées « *puisque 1 an après on avait changé de référentiel...* » (MG12).

(3) LE NOMBRE DE DOSSIERS ETUDIES

Un des interviewés a trouvé que l'étude systématique de tous les items sur les 20 dossiers trop longue, et pencherait vers « une certaine simplification » (MG11) : « *Est-ce qu'il n'est pas plus utile de passer à 10 ou 12 dossiers (...) parce que quand il y a un manque sur une pratique, et bien qu'on en voit 20 ou 10, le manque est là hein. Et quand on est bon, que ce soit sur 20 ou 10, on reste bon* » (MG11).

B) LES GRILLES D'ÉVALUATION

(1) DES GRILLES ADAPTEES...

La plupart des médecins interviewés n'ont rien trouvé à redire aux grilles utilisées dans le cadre de cette EPP, elles sont « *adaptées, pratiques* » (MG3), « *simples* » (MG9), et n'ont pas posé de difficultés de compréhension, « *c'est relativement facile à remplir* » (MG12).

Un médecin les a cependant trouvés « *très complètes mais un petit peu éloignées de la pratique de tous les jours mais bon c'est un peu le souci de la manœuvre* » (MG11), « *c'était parfois un peu ambigu* » (MG13).

(2) ... MAIS QUI PRESENTENT DES LIMITES

Cette remarque paraît tout à fait compréhensible, bien qu'elle ne soit pas spécifique à ces grilles. En effet, ce système d'évaluation, basé sur le remplissage d'un questionnaire, ne pourra jamais dépeindre une situation dans sa globalité, en prenant en compte les imprévus ou les situations particulières, comme l'a d'ailleurs fait remarquer cette personne : « *je ne sais pas si ce sont les grilles qui ne sont pas adaptées ou si c'est nous qui ne le sommes pas (...) mais c'est difficile de dire oui ou non, des fois on a envie qu'il y ait une 3^{ème} ou 4^{ème} phrase, pour pouvoir dire autre chose (...) le type de critique qu'on pourrait formuler c'est ça* » (MG2).

(3) QUELQUES REDITES, ET DES QUESTIONS PARFOIS INADAPTEES AU CONTEXTE

Les médecins nous ont évoqué quelques petits soucis comme « *une question redondante* » (MG7), « *des redites dans les référentiels par exemple, des questions qui se chevauchent* » (MG22).

Selon certains, il serait aussi nécessaire de réactualiser les référentiels « *qui datent un peu et qui donc n'ont pas eu le temps d'être réévalués, réactualisés avec les nouvelles données de la science (...) à ce niveau là c'est un peu imparfait* » (MG22). On y trouve d'après eux des questions inutiles, inadaptées au contexte actuel : « *il y avait des questions (...) dont on*

voyait pas l'utilité (...) une question particulière à laquelle tout le monde a répondu « non » parce que personne ne faisait ces choses là, mais elles ne sont pas dans les recommandations actuelles... » (MG16).

Nous voyons donc que, globalement, l'avis des ME sur les outils utilisés dans le cadre de l'EPP semble positif.

Les deux remarques principales que nous pouvons néanmoins mettre en avant sont le manque de choix de référentiels pour les spécialités, et des référentiels pas toujours mis à jour, avec des questions parfois inadaptées au contexte professionnel actuel.

Les référentiels apparaissent comme étant des outils de base pratiques et utiles, mais qui nécessitent cependant en permanence un aller retour entre la FMC et l'EPP, afin de mettre à jour les données. Il sert de base commune à la pratique, mais apparaît selon un des ME plutôt *« restrictif par rapport à la recommandation qui est bien plus riche » (MG23)*. Pour cette personne en effet, ces premières sessions ont permis de se familiariser avec la démarche et avec ce type d'outils, mais ces derniers sont amenés à évoluer dans les temps qui viennent : *« c'est à mon sens une démarche d'initiation à l'epp, mais on ne peut pas penser que l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins puisse se faire en routine avec ces outils là » (MG23)*.

C. LE DEROULEMENT DU CYCLE D'EVALUATION

1. UN DELAI D'INSCRIPTION TOUT A FAIT ACCEPTABLE

Tous ont trouvé le temps entre la demande d'inscription et le début effectif de la démarche acceptable, « *on a pas trop attendu il y a pas eu de souci* » (MG7), « *ça s'est passé très vite, pas de délai d'attente* » (MG10). Pour ce médecin par exemple, le délai était d'environ 3 mois : « *On a dû en parler en mars et puis ils sont venus nous faire faire ça en juin 2006* » (MG19).

Certains ont précisé avoir été « *pratiquement les premiers à le faire dans la région* » et ne pas avoir connu par conséquent « *le phénomène d'embouteillage qu'il y a maintenant* » (MG6).

Le délai n'a pas semblé long selon certains car « *ce sont des choses dont on est pas en demande dans l'urgence, on était pas pressé* », la personne précisant même ne pas se souvenir du délai. C'est une démarche obligatoire, les médecins s'inscrivent et attendent ensuite de commencer sans se préoccuper vraiment du délai d'inscription : « *Il y avait cette obligation d'EPP à réaliser et à partir du moment où j'ai fait la demande, je ne me souviens plus hein, mais en tout cas il n'y a rien qui m'a choqué* » (MS2).

Un seul problème a été soulevé par un médecin généraliste qui « *note qu'entre l'inscription et le début de l'EPP, il s'est écoulé un moment relativement long, fait de relances* » (MS1), ceci dû apparemment aux échanges quelque peu fastidieux entre le responsable de groupe et l'URML, ce qui fait que « *chacun des membres du groupe devait régulièrement contacter le responsable afin d'être mis au courant du programme* » (MS1).

2. UN CYCLE D'EVALUATION: DUREE ET NOMBRE DE REUNIONS

A) DES CYCLES À DEUX RÉUNIONS

Nous avons vu dans la première partie que tous les MH ont affirmé avoir terminé leur cycle d'évaluation. De leur côté, les ME engagés ont eux aussi confirmé avoir suivi les deux premières réunions. Cependant quelques uns nous ont signalé que leur groupe n'est pas

resté complet du début à la fin : « *On l'a fait à plusieurs, peut être 8 à la première, et on l'a mené à bout à 5* » (MG6). Notons aussi que la troisième réunion, servant normalement à faire le point 6 mois après le cycle sur l'impact de l'EPP et les modifications qui en découlent, n'a pas toujours été faite, ou du moins les médecins interrogés ne s'en souviennent pas et se demandent « *s'il manque pas l'étape du contrôle après 6 mois...* » (MS1). Un médecin, lui, se souvient d'y avoir assisté, mais ne l'a manifestement pas trouvée nécessaire : « *je pense que deux réunions auraient suffi, la dernière réunion, bon c'est sûr c'était pour le rendu de ce qu'on avait fait mais je sais pas si elle était vraiment intéressante* » (MG7).

B) LA DURÉE TOTALE DU CYCLE

La durée totale du cycle varie en général de 8 à 10 mois : de 2 à 4 mois entre la première et la deuxième réunion et la troisième réunion 6 mois après. Cependant la troisième réunion n'a pas toujours eu lieu, ce qui a souvent raccourci le cycle à 4 mois maximum.

Cette durée a globalement été bien acceptée, seuls deux médecins l'ont trouvée trop importante, « *j'ai trouvé que c'était quand même un peu long car on aurait pu résumer beaucoup plus rapidement tout ça* » (MS9), « *faut pas que ce soit plus long sinon ce serait trop compliqué, trop fastidieux avec tout ce qu'on a à faire* » (MS7).

3. LE TEMPS CONSACRE A LA DEMARCHE

Le nombre d'heures passées à la démarche d'EPP au total (le temps de réunion et le travail personnel) s'échelonne entre 8 et 20 heures en général. La majorité des médecins interrogés ont affirmé avoir consacré entre 10 et 15h. Concernant la charge de travail que cela représente, les avis sont partagés.

A) DES CONSEQUENCES SUR LE TEMPS LIBRE

Une partie des médecins trouve que la charge de travail est importante, « *ça demande beaucoup du temps, je considère que c'est un gros travail* » (MS3). Beaucoup nous ont dit que « *ça rallonge le travail* », et cela a forcément des conséquences sur le reste, les ME

rentrant tard un certain nombre de soirs ou se plongeant tout un dimanche dans la lecture de dossiers : « *toute préoccupation supplémentaire, elle est forcément au détriment de la vie privée* » (MS2), même si « *c'est pas insurmontable* » (MG8).

B) UNE CHARGE DE TRAVAIL BIEN REPARTIE ET GERABLE

Pour certains, la charge n'a pas semblé lourde dans le sens où « *c'était réparti dans le temps* » (MG17), « *le travail était assez fractionné et donc c'était faisable* » (MG9). Deux médecins ont même trouvé cette démarche rapide à mettre en œuvre, « *on a été agréablement surpris de la simplicité du processus, on s'attendait à plus* » (MG15).

Comme nous l'avons vu plus haut, certains avaient choisi un référentiel qui ne leur amènerait pas beaucoup de travail supplémentaire, « *on avait choisi nos thèmes, des thèmes relativement faciles à faire* » (MG19).

Enfin, un des médecins a résumé son impression sur la charge de travail, disant que « *c'est du temps gagné en consultations donc le bénéfice était plus important que le temps perdu* » (MG7).

La notion de charge de travail est tout à fait subjective, comme nous pouvons le remarquer ici. 15h de travail supplémentaires ne seront pas ressenties de la même manière par tous les médecins, et l'incidence sur la vie privée sera différente selon les perceptions.

4. L'APPRECIATION DES MEDECINS SUR LA FORME ET LE CONTENU DES REUNIONS

A) LA PREMIERE REUNION : CHOIX DES REFERENTIELS ET PRESENTATION DE L'EPP

Les réunions se sont globalement bien déroulées, dans une ambiance « *conviviale, confraternelle* » (MS1) et de manière interactive. Elles se terminaient en général par un « *petit pot* » pendant lequel les médecins discutent de manière informelle, « *on a discuté de façon plus libre avec les organisateurs* » (MG6).

(1) LE CHOIX DU DEUXIEME REFERENTIEL

Le choix du deuxième référentiel s'est fait sans encombre, de manière consensuelle, par vote ou par élimination, parfois de manière évidente aux yeux du groupe, à cause d'un choix très limité : « *concernant les ORL il n'y en avait que 2. L'ensemble des participants est tombé assez rapidement d'accord sur le 2ème, étant donné que le 1er ne présentait aucun intérêt* » (MS6), même cas de figure en pédiatrie : « *Concernant le référentiel choisi, on pouvait pas choisir autre chose* » (MS3). Ce manque de référentiel dans les spécialités avait déjà été soulevé par les MH, il semble ici confirmé par les médecins évalués.

Hormis cela, aucun mécontentement n'a été signalé parmi les personnes interrogées, « *il n'y a pas eu de conflits ou de remise en cause des pratiques des uns et des autres, mais plutôt des conseils, des comparaisons, des suggestions tout ceci dans un esprit de partage des connaissances et des pratiques* » (MS1).

(2) LA PRESENTATION DE L'EPP

Les ME interrogés ont tous bénéficié d'un rappel sur l'EPP lors de la première réunion.

Dans leur très grande majorité, ils ont souligné l'aspect positif et « *utile* » de la démarche : « *moi je savais pas trop ce que c'était que l'EPP donc ça nous a permis de savoir ce que c'était* » (MG7), « *on nous a expliqué ce qu'on allait faire effectivement* » (MG8).

A sa naissance, le concept d'EPP était un peu flou pour les médecins, ils en avaient « *entendu parler dans les journaux mais c'était au tout début, il y a au moins 2 ans de ça* », ce rappel semblait donc nécessaire pour les premiers médecins qui se lançaient dans l'expérience « *parce qu'on savait pas trop à quoi ça servait* » (MG10), « *on savait pas les détails donc on était content d'avoir les informations maximales au début du cycle* » (MG15). Selon cette personne, cette présentation a permis de redémontrer que le but n'est pas de stigmatiser mais bien d'améliorer les pratiques : « *ça montrait qu'on ne nous jugeait pas, que c'était une participation active, que c'était pas nos collègues qui allaient venir dans nos bureaux et nous dire - ça c'était bien ça c'était mal - . C'était bien de recadrer les choses, parce que moi c'était ma crainte et c'était la crainte de tout ceux qui étaient là* » (MG7).

Sur le plan de la forme, les médecins nous ont aussi parlé de clarté dans les explications données, « *c'était tout à fait compréhensible* » (MS3), notamment grâce à l'utilisation

d'outils de présentations comme le logiciel Power Point. Un des médecins a également noté le caractère professionnel des MH, « *on avait affaire à des pros donc c'était très bien fait* » (MS2).

Un point négatif a été néanmoins émis quant à la durée de cette présentation, qu'une personne aurait souhaitée « *raccourcie* » : « *le temps mis à expliquer ce rappel est un temps qui aurait pu être utilisé afin de travailler plus en profondeur certains aspects de [notre] activité professionnelle* » (MS1). Pour une autre enfin, c'est la présentation globale qui apparaissait comme inutile, cela constituait « *une perte de temps, 2 soirées consacrées à ça, c'était une perte de temps* » (MS8).

B) UNE DEUXIEME REUNION SOUS LE SIGNE DE L'ECHANGE

La deuxième réunion était l'occasion pour les médecins d'échanger sur leurs résultats, une fois l'autoévaluation faite par chacun, « *c'était moins didactique (...) on parlait assez librement* » (MG9), les médecins étaient plus dans le « *vécu de la situation* ». Ils ont pu comparer leurs pratiques « *on se disait - ah moi je fais ci, moi je fais ça -, on se conseillait* » (MG9).

Grâce à ce climat favorable à la communication, les pistes d'amélioration ont émergé assez aisément « *on a eu des conclusions assez rapides, intéressantes au niveau du groupe* » et le rapport des MH a été apprécié : « *ils ont fait la critique de nos travaux, de nos dossiers et moi j'ai trouvé que c'était très constructif* » (MS2).

La deuxième réunion, placée sous le signe de l'échange des pratiques, a été l'occasion de réconcilier l'EPP avec quelques personnes « *sceptiques, voire opposés* » du début : « *à l'arrivée tout le monde était content d'avoir fait ça (...) même ceux là lors de la 2^{ème} réunion ont admis que c'était quelque chose qui les avait intéressé comme démarche et qu'ils n'avaient pas le même avis qu'avant* » (MG2). L'impression de contrôle que pouvaient avoir certains s'est évaporée par la suite : « *j'ai pas eu du tout l'impression d'être fliqué* » (MS2), et le côté scolaire craint au début a été évité d'après ce médecin : « *on a évité le côté scolaire - oh t'es mauvais, bouh ! (...) c'est fait avec beaucoup de tact, avec beaucoup de gentillesse* » (MS2).

Bien entendu cela ne représente qu'un avis parmi d'autres, et plusieurs professionnels apparaissent en désaccord total avec cela, pensant au contraire que la manière dont s'est

déroulée l'EPP est tout à fait inadaptée. Nous allons voir d'ailleurs qu'au-delà de la mise en œuvre, c'est l'utilité même de l'EPP qui est parfois remise en cause.

5. LES PROCHAINES SESSIONS

La grande majorité des personnes interrogées nous a déclaré être prête à refaire une EPP dans les mêmes conditions avec l'URML (à savoir autoévaluation en groupe avec les MH) : « *je poursuivrai avec eux, c'était très bien* » (MG16), « *je me vois très bien recommencer dans 5 ans éventuellement sur un autre thème bien sûr* » (MS2), « *c'est pas obligatoire de changer. c'était bien, ce qui a été fait* » (MG5). Ils ont tiré un intérêt de cette première session et pensent « *qu'une piqûre de rappel de temps en temps, ça ne fait pas de mal* » (MS2).

Pour certains, cette première session a permis de comprendre le système et leur permettra pour la prochaine « *d'aller plus vite* », sans passer par les explications « *mais directement aux référentiels* », voire même de se passer des services de l'URML « *maintenant on sait que il y a d'autres méthodes d'auto évaluation quoi; on peut passer à autre chose, on l'a fait aussi dans notre association, donc on a plus besoin de l'URML maintenant, juste pour un avis quoi; on a plus besoin d'être complètement guidé* » (MG22).

Restent enfin quelques professionnels réticents, qui ne voient pas l'utilité de l'EPP et déclarent ne pas être « *prêts à refaire ce genre de conneries* » (MG19), et qui ne se plieront à la démarche que par pure obligation : « *si c'est obligatoire j'aurai pas le choix, si c'est volontaire ce sera non (...)* je ne vois pas l'intérêt de faire ce genre de choses » (MS8), « *volontairement non je ne le referai pas, car j'ai d'autres souhaits pour passer mon temps... Mais si on était obligé de le faire je le referai, deux soirées, c'est pas la mer à boire* » (MG10).

Certains même vont jusqu'à affirmer ne jamais refaire cette expérience, « *quitte à être radié de la profession* » (MG18)! Cette citation qui peut apparaître un peu extrême et provocatrice, exprime toutefois bien « *l'avis complètement négatif sur toute l'organisation, la durée... et surtout sur la démarche en elle-même* » (MG18). L'EPP ne plait vraiment pas à tout le monde...

D. INTERET ET IMPACT DE L'EPP : DES AVIS PARTAGES

Nous avons recueilli les impressions des médecins sur la démarche d'EPP qu'ils avaient menée. Si globalement tout ce qui relève de l'organisation pure et du déroulement des sessions est plutôt bien perçu, quelques médecins demeurent sceptiques quant à l'intérêt de la démarche et la manière dont cela est fait.

Nous allons donc voir dans ce chapitre les impressions positives de certains et les avis négatifs des autres.

1. ETRE EVALUE SUR SES PRATIQUES : UN MAL NECESSAIRE ?

L'évaluation fait aujourd'hui partie intégrante du monde du travail, que ce soit pour comparer, harmoniser, ou encore faire évoluer les pratiques : « *toutes les professions actuellement subissent des évaluations régulières et donc il n'y a pas de raison qu'on passe au travers* » (MG6).

A) UN INTERET BIEN COMPRIS POUR CERTAINS

Certains médecins l'ont compris de la sorte, et voient donc dans l'EPP une manière d'être plus clairvoyant sur leurs pratiques, « *je pense que c'est bien de nous évaluer régulièrement, de nous obliger à nous regarder* » (MS2), de se remettre en cause, « *ça nous permet de faire un travail perso et de le remettre en cause, la critique permet de faire avancer les choses* » (MG16) et d'éviter les erreurs redondantes : « *Si on est pas évalué, dans notre pratique, on reste dans nos erreurs* » (MS4).

Nous verrons d'ailleurs dans la partie suivante ce que pensent les médecins interrogés des bénéfices retirés de l'EPP et de son impact sur leur pratique professionnelle.

B) UN CONTROLE DE PLUS POUR D'AUTRES

D'autres au début voyaient cela d'un œil sceptique : « *Au début on était un peu vexé d'être contrôlé, vous voyez ; ça faisait comme un contrôle fiscal ; mais après on se dit ben,*

finalement c'était pas mal. Ça a quand même modifié ou amélioré nos pratiques médicales » (MG19).

La démarche, même perçue comme étant « *intéressante au point de vue gouvernemental* », est ternie par le système législatif qui l'a encadrée : « *c'est dommage qu'il faille qu'il y ait des lois pour nous imposer ce genre de chose car je trouve que normalement ça devrait être naturel* » (MS2). Selon cette personne, se faire évaluer dans son travail est donc un geste responsable et spontané, il ne devrait pas être nécessaire d'avoir une loi pour obliger les professionnels à le faire, ce sont des recadrages qui se font systématiquement dans la pratique... Elle reconnaît pourtant volontiers que cette introspection ne va pas de soi : « *je me rends compte que même moi il y avait des choses que je ne faisais pas donc, c'est pas si naturel que ça* » (MS2).

D'autres évoquent une forme de « *médecine à l'américaine* » (MG19), accumulant une multitude de contrôles dont ils se passeraient bien : « *il n'y a pas d'enthousiasme à se faire évaluer par des instances (...) c'est pas une démarche volontaire* » (MS5). Cette personne y voit une forme de flicage, même si, selon elle, c'est mieux que ce soit fait sous cette forme, par des médecins libéraux, plutôt « *que de se faire évaluer par le CHU qui viendra encore nous tatillonner plus. C'est un moindre mal mais c'est quand même un mal* » (MS5). Une autre, par contre, n'accepte pas le jugement en groupe tel qu'il est fait ici, il est « *d'accord pour être critiqué par un professeur ou un chef au regard de son activité professionnelle* » mais n'accepte pas « *d'être critiqué ou jugé dans le cadre d'un groupe ou par un groupe de médecins, même habilités* » (MG18).

2. LES REPROCHES FAITS A LA DEMARCHE

Inintérêt, incohérences, mauvais objectifs, cadre trop administratif ou trop scolaire, les médecins interrogés ne manquent pas de reproches contre l'EPP. Nous avons cherché à comprendre plus en détails les raisons de ces critiques.

A) PAS D'INTERET NI D'IMPACT POUR LES MEDECINS

Près d'un tiers des médecins interrogés n'a pas discerné de véritable intérêt à réaliser l'EPP sous cette forme, « *les objectifs voulus par l'EPP, ce sont des objectifs qui n'intéressent pas forcément les médecins (...) je suis sceptique sur la démarche d'EPP en général, et sur la façon dont c'est utilisé* » (MG20), « *on voyait pas tellement l'intérêt, et manifestement beaucoup n'adhérait pas à la démarche* » (MS6), certains même vont jusqu'à trouver cela « *complètement nul, ça sert à rien* » (MG18).

Certains pensent que la démarche est trop centrée sur le côté administratif du travail, avec les dérives que cela peut comporter : « *Si c'est purement administratif, et bien on fera les petits garçons bien sages, on ira remplir nos cases et faire comme si on avait bien écouté, mais ce serait ridicule* » (MS5).

Ils soulignent de plus le caractère inutile dans le sens où des logiciels existent maintenant capables de fournir ces informations : « *Votre EPP, ça a permis à des gens de se rappeler qu'il faut redemander toujours, notamment pour le dossier, le nom, l'adresse, les allergies... bon ça c'était intéressant au moment où on l'a fait, mais maintenant ça n'a plus aucun intérêt puisqu'on a des logiciels de l'assurance maladie, qui nous permettent de voir directement sur les cartes des gens, et de voir toutes les consultations qu'ils ont eu, tous les laboratoires qu'ils ont eu, tout ce qu'ils ont fait, tous les médicaments qu'ils ont eu...* » (MS9). Nous comprenons à travers ces revendications que l'EPP qui est réalisée n'est plus d'actualité, elle n'apporte rien, le côté administratif étant désormais pris en charge par des logiciels performants.

Il ressort ici l'envie de se diriger vers une vision plus technique de l'EPP.

(1) TRAVAILLER SUR L'ASPECT THERAPEUTIQUE

Selon un des médecins spécialistes, l'EPP telle qu'elle est réalisée « *n'a plus aucun intérêt puisqu'on a des logiciels de l'assurance maladie, qui nous permettent de voir directement sur les cartes des gens, et de voir toutes les consultations qu'ils ont eu, tous les laboratoires qu'ils ont eu, tout ce qu'ils ont fait, tous les médicaments qu'ils ont eu* » (MS9).

Il aurait préféré travailler sur les avancées thérapeutiques, discuter entre confrères des cas compliqués pour améliorer leur prise en charge... comme en FMC en quelque sorte: « *pour moi c'était une perte de temps, moi c'est la thérapie qui m'intéresse (...) les gynécos*

médicaux se recyclent constamment (...) on est tout le temps à la pointe, et pour moi, ça, c'était une perte de temps, c'est la discussion des cas difficiles qui m'intéresse, c'est ça que j'attendais, mais c'était pas ça du tout ... L'organisation...ça fait plus de 30 ans qu'on exerce, donc on sait exercer quand même ! » (MS9).

(2) PAS AUTANT D'INTERET QUE LA FMC

La FMC est reconnue car elle permet d'apprendre des choses techniques, alors que l'EPP ne présente pas de véritable intérêt pour ces médecins : *« j'aime autant aller à un séminaire de formation ou j'apprends des choses. Alors là, j'ai bien appris qu'il fallait que je vérifie les portables des gens que je reçois, mais ça me suffit pas... » (MS3).*

D'ailleurs, ces mêmes personnes affirment n'avoir tiré *« aucun bénéfice » (MG20)* de l'EPP qu'ils ont menée : *« ça n'a induit aucune modification » (MS8)*. Ils ont eu l'impression de ne rien apprendre de nouveau : *« c'est ce que je faisais avant, il y a peut être eu des petites bricoles mais pas un grand bouleversement » (MG5)*, *« on avait déjà fait le tour de la question dans le cadre de notre formation » (MS6)*.

Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins n'ont pas compris l'intérêt de l'EPP. Ils recherchent dans cette démarche une annexe de la FMC, qui présente un aspect plus scientifique et technique et qui les valorise plus. Ils ne perçoivent l'EPP que comme un contrôle administratif peu important.

B) DES INCOHERENCES DANS LA METHODE

La méthode adoptée, basée sur l'étude de référentiels et la confection de dossiers d'autoévaluation, est elle aussi remise en cause : *« Je vois pas l'intérêt de l'EPP, je vois pas l'intérêt de faire ce genre de choses sur des référentiels, selon les spécialités, certains auront des référentiels plus compliqués, et puis je vois pas comment on peut évaluer nos pratiques professionnelles sur des dossiers comme ça » (MS8).*

Un des médecins remet en cause l'évaluation en groupe, et préférerait l'évaluation individuelle : *« Je pense qu'une évaluation comme celle que j'ai faite, c'est intéressant de la faire, mais à condition de ne pas le répéter pareil, si c'est à mon cabinet, devant mon ordinateur, oui, là je suis d'accord et je pense que ce serait très bénéfique » (MG15).*

Enfin, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, quelques spécialistes trouvent incohérent le fait que les spécialistes ne soient pas évalués par des médecins de la même spécialité : « *la démarche en elle même, je l'ai trouvée primaire, je trouve curieux que des gynécologues soient accrédités par un cardiologue et un généraliste... C'était pas un problème, parce qu'il y a des gens qui sont polyvalents hein, mais c'est un peu curieux, sans animosité hein ... Ils sont pas forcément au courant sur les questions pointues posées en gynécologie* » (MS9).

C) L'EPP, UNE DEMARCHE ADMINISTRATIVE DE PLUS

(1) L'OBLIGATION EN TRAVERS DE LA GORGE

Nous l'avons vu, de nombreux médecins n'étaient pas très partants au départ pour réaliser leur EPP, et se sont pliés à l'exercice uniquement à cause de son caractère obligatoire. Le manque de motivation s'est souvent fait ressentir lors des réunions ou même lors du rendu final, qui, selon quelques MH, manquait parfois d'implication et n'allait pas très loin en terme de propositions d'amélioration. Pour certains professionnels en effet, le fait d'être évalué sur ses pratiques, « *c'est quelque chose de dérangeant* », non pas à cause de l'évaluation en soit mais « *car on nous l'impose et c'est pénible* » (MS5).

Nous voyons donc que le côté administratif de la démarche est largement stigmatisé dans les propos de ce médecin. Il remet en cause une méthode qu'il trouve scolaire et qui ne laisse pas la place aux rationalités individuelles.

(2) UN CADRE TROP SCOLAIRE POUR CERTAINS

La critique de ce modèle passe par le sentiment d'être dans un rapport « *évaluateur-maître d'école* » / médecin évalué « *bien sage* » qui remplit correctement ses dossiers. Pourtant au départ, les avis n'étaient pourtant pas si négatifs que ça ! « *Ca démarrait bien, on pensait que ça allait être consensuel, mais à la fin c'était pas ça* » (MS5), mais lui et l'ensemble de son groupe ont eu le sentiment d'être traités comme « *des petits garçons, des petits écoliers* ».

Ce qui devrait être fait selon ce médecin, c'est un échange entre professionnels de même spécialité, avec la présence d'évaluateurs « *pour que administrativement ce soit validé* »,

mais pas dans un cadre exigé comme celui de l'EPP : « *Je pense qu'on pourrait très bien se réunir entre ORL, prendre le sujet de l'amygdalectomie chez l'enfant et en discuter entre nous en un quart d'heure, vingt minutes... ça serait tout aussi utile médicalement, tout aussi intéressant et moins administratif et on pourrait le valider par des choses comme ça* » (MS5).

Le contexte (réunions en groupe) en lui-même n'est pas reproché directement. D'ailleurs, la présence des MH n'est pas du tout remise en cause par ce médecin, car selon lui elle légitime et formalise les propos échangés: « *il pourrait y avoir des gens qui représentent une administration, qui seraient quand même des médecins de ville et qui feraient des rapports en disant qu'il y a eu réunion d'ORL sur lequel il y a eu des discussions intéressantes, qui a bien intéressé les gens, sur un sujet intéressant, sur lequel ils discutent, évaluent leurs pratiques, ils s'autocritiquent, se remettent en cause, on peut faire un rapport à la fin de ce sujet, par exemple sur ce qu'on a constaté* » (MS5).

C'est plutôt la méthode et l'état d'esprit qui sont ciblés dans ces critiques. En imposant un cadre de pensée, l'EPP sous estime les capacités naturelles des médecins évalués à se remettre en cause : « *Je trouve quand même qu'on est des grands garçons ! Alors on peut nous présenter un sujet, mais enfin je sais pas, il y a quand même un état d'esprit, on est quand même des gens responsables !* ».

(3) L'EPP VECUE COMME UN MODE DE FORMATAGE

Pour ces médecins, l'EPP n'a pas vocation à améliorer les pratiques individuelles, mais plutôt à formater les esprits : « *j'ai eu l'impression de revivre les grandes heures du communisme; en gros il faut adhérer à la pensée de l'EPP* » (MS8), avec le risque d'être blâmé si l'on se montre résistant : « *si on est pas bien formaté, si on adhère pas au projet, on nous menace de ne pas nous valider* ». Dans le cadre de ce groupe, il a donc fallu montrer patte blanche :

- « *on a dû faire une petite lettre disant qu'on adhérerait bien à la pensée de ce projet, qu'on comprenait bien l'intérêt et la portée de ce projet... ça m'a rappelé les grandes heures du communisme ou même de la politique chinoise, ou il faut adhérer, montrer qu'on est volontaire sinon on est un dissident* » (MS8)

Ces personnes en viennent à adopter un ton volontairement moqueur sur les méthodes employées : « *il a fallu refaire un travail d'écolier, administratif, bien soumis et rendre les papiers, les copies toutes propres pour avoir droit aux bons points qui donnaient le droit*

d'avoir cette EPP (...) dire que c'était bien et qu'on avait appris pleins de choses, que c'était bien de se remettre en question... il fallait s'auto-flageller pour faire plaisir aux évaluateurs » (MS5).

Ces propos, bien qu'ils puissent paraître quelque peu excessifs, montrent bien l'état d'esprit revanchard de cette poignée de professionnels, se sentant probablement vexés de la situation infligée.

Nous pouvons observer d'après ces propos que l'acte d'évaluer suscite encore aujourd'hui des réactions vives auprès de quelques professionnels. Certains en revanche ont adhéré au principe de l'EPP et en ont retiré des bénéfices, comme nous allons le voir ci-dessous.

3. L'IMPACT POSITIF DE L'EPP SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Beaucoup de médecins venus faire leur EPP par pure obligation, se sont ravisés au moment des résultats, et ont vu dans la démarche un moyen d'éclairer les pratiques et de les modifier : *« disons qu'au départ j'étais un peu contre, nous étions contre, parce qu'on est des médecins et qu'on est français, quand on nous propose quelque chose, on est contre ! (rires) Et puis finalement, a posteriori, on s'est dit que ça ne faisait pas de mal et on s'est rendu compte que c'était quand même pas mal, ça remet certaines pendules à l'heure » (MG19).*

Nous allons énumérer ici les modifications de pratiques citées par les médecins engagés suite à leur EPP.

A) PLUS D'ATTENTION SUR LES DOSSIERS

Près de la moitié des médecins ont déclaré porter plus d'attention aux dossiers des patients : *« c'est devenu un réflexe maintenant, systématiquement je vérifie les items du dossier, même au point de vue administratif » (MS2), « j'ai des réflexes plus rapides pour faire des dossiers plus clairs » (MG22).*

Cela leur a permis de mieux organiser les données personnelles des patients comme les adresses, les numéros de téléphone : *« je suis plus attentif sur le dossier médical, sur les adresses, les numéros de téléphone, aux petites choses comme ça, qui sont pas importantes*

mais qui pourrissent la vie quand on en a besoin, ça m'a amené à noter beaucoup plus de choses dans mon dossier informatique » (MG12).

Ils prêtent désormais plus d'attention à noter les allergies médicamenteuses ou les vaccinations, ou encore à demander les antécédents de la personne, bref, ils revoient *« certains automatismes qu'ils n'avaient pas » (MS10):*

- *« Je fais plus attention à certaines choses qu'avant, notamment sur les allergies médicamenteuses que j'oubliais quasiment toujours de noter (...) je ne demandais pas systématiquement » (MS4)*
- *« actuellement j'avoue être plus vigilant sur le dossier de vaccination de mes patients et les mettre plus à jour qu'avant » (MG9)*
- *« ça nous a permis de s'apercevoir que les antécédents familiaux par exemple n'étaient pas toujours notés, qu'il y a avait des cas sur les facteurs de risque qui n'étaient pas toujours notés, ça a permis d'être plus rigoureux » (MG7)*
- *« ça nous a permis d'être plus vigilant sur l'exhaustivité des examens qu'on fait » (MG17).*

B) UNE ANALYSE DE SA PRATIQUE

L'EPP a permis à certains de faire une introspection de leurs pratiques, et de modifier *« la façon de voir les choses, d'appréhender les choses » (MG16), « c'est une prise de conscience par rapport à la pratique » (MG4), « parce que parfois on a l'impression de tout savoir faire, mais en fait on ne sait pas ou on fait mal, ça remet les choses en place » (MG12),*

Elle offre aussi la possibilité de recueillir l'avis des évaluateurs et des autres ME lors des échanges dans les réunions, *« ça permet de se remettre en question sous le regard des autres, c'est toujours intéressant d'avoir la critique et l'avis des autres » (MG15).*

C) ALLIER FMC, EPP ET MODIFICATIONS DES PRATIQUES

Cette première session a donné l'envie à quelques personnes de consulter d'autres référentiels, *« d'expérimenter les choses sur d'autres référentiels » (MG3): « on aurait presque envie de faire tout les référentiels à titre perso parce qu'ils sont intéressants (...) en*

les mettant en œuvre au cabinet, sans avoir un contrôle systématiquement » (MG9), « aller voir les recommandations de l'ANAES, ça m'intéresse maintenant » (MS5).

La méthodologie apprise lors de ce cycle peut être mise à profit sur d'autres thèmes : *« on nous a proposé une méthodologie qui était réutilisable sur d'autres items, on pouvait choisir personnellement d'autres items et y appliquer la même méthodologie et pouvoir à la limite progresser avec les autres référentiels » (MG12).*

Certains même pensent s'investir de manière plus intensive pour mettre en œuvre les acquis: *« ça m'a donné envie de faire des choses actives à côté de la FMC (...) c'est pas la même chose que la FMC ou vous êtes passifs ; là vous êtes actifs (...) quand il faut recadrer du point de vue organisationnel, il faut commencer à le faire. C'est vrai que ça a été » (MG7).*

IL semblerait que l'EPP s'est révélée être pour certains *« le déclencheur d'une modification pratique » (MG7)*. La FMC permet d'acquérir de nouvelles connaissances, alors que l'EPP a pour but de mettre à jour les éventuelles modifications de pratiques entreprises, ou à entreprendre, le cas échéant. Ces deux pratiques apparaissent donc bien complémentaires dans les propos de ce médecin.

D) INDUIRE DES CHANGEMENTS CHEZ LES AUTRES

Suite à l'EPP réalisée, un des médecins a souhaité faire évoluer le matériel informatique qu'il utilisait : *« j'ai pris contact avec la société qui met à jour le logiciel que j'utilise en leur demandant de bien vouloir faire certaines modifications. J'ai été aidé par une association de médecins utilisateurs de ce logiciel, et on a obtenu qu'ils mettent des items négatifs, par exemple - absence d'allergie médicamenteuse - (...) - absence de tabagisme - » (MG12).*

Cependant, un des médecins a insisté sur le fait que les conséquences positives de l'EPP ne peuvent pas toujours être applicables, à cause de paramètres extérieurs, qui sont, selon lui *« le manque de temps, le défaut d'outils adaptés notamment informatiques et l'absence de politique de santé publique en France pour la coordination entre les professionnels et le transfert de compétences. » (MG21)*. Selon lui, l'EPP peut certes conduire à des évolutions de sa propre pratique mais rencontre vite des limites, des freins non maîtrisables : *« l'EPP, c'est très bien mais quand on arrive au bout, on peut rien en faire. » (MG21).*

Le constat semble donc globalement positif en ce qui concerne l'impact de l'EPP. Nous voyons d'après les propos de nos interviewés que cela a effectivement entraîné des prises de conscience et des modifications dans les pratiques professionnelles, voire même a déclenché chez certains l'envie de s'évaluer sur d'autres référentiels.

4. LES POTENTIELLES EVOLUTIONS DE L'EPP

A) EVOLUER VERS UN SYSTEME GLOBAL FMC / EPP ?

L'idée d'un système qui regrouperait les approches formative et évaluative est envisagée. Pour certains, le principal apport serait de donner un caractère plus technique à l'EPP en l'intégrant dans la FMC de manière ponctuelle : *« chaque association de FMC essaierait d'être en même temps formative et évaluative, et ce qu'on peut faire c'est avoir quelqu'un de l'URML, de temps en temps, une fois par an, quelque chose comme ça, pour faire le point sur la façon dont on fait nos EPP »* (MG22). Apparemment cela existe déjà dans certains groupes organisés par l'industrie pharmaceutique : *« c'est ce que font déjà certaines équipes de laboratoires où l'on discute de cas difficiles; c'est ça l'intérêt »* (MS9).

Dans ce plan de figure, l'URML deviendrait un simple contrôleur de la bonne mise en œuvre de l'EPP, l'organisation reviendrait aux associations de FMC.

Un des médecins habilités semble contre ce rapprochement, en évoquant le risque de dérive vers une évaluation des connaissances et non pas des pratiques : *« on ne serait pas dans le cadre d'une EPP stricte, y a pas une démarche qualité réelle (...) pour l'EPP, on va répondre à des questions de connaissance et non pas à des questions de pratique, et ça c'est un peu une dérive nuisible à l'EPP telle qu'on avait prévu dès le début »*.

B) UNE EPP QUI DEVIENDRAIT PERENNE

L'EPP a déjà bien évoluée depuis ses débuts et risque encore de subir des changements. On parle aujourd'hui d'EPP pérenne, en opposition au système ponctuel actuel, à savoir une évaluation obligatoire tous les 5 ans. Certains médecins sont favorables à ce système, même si bien sûr cela nécessiterait encore d'autres modifications dans l'organisation de la

démarche : « *maintenant on parle d'EPP pérenne et plus d'EPP ponctuelle (...) il est certainement souhaitable que l'EPP soit pérenne dans le temps (...) c'est l'évolution actuelle* ». (MG2).

Pour un des médecins interrogés, l'EPP n'aura de sens que si elle est liée à la pratique quotidienne : « *Soyons clair, l'EPP telle qu'elle a été faite là, où l'audit tel qu'il a été fait là, c'est une initiation à l'EPP, une initiation, dans le sens où il n'y a d'avenir dans l'EPP que si elle est complètement intégrée à l'exercice au quotidien* » (MG23). Il pense qu'une évaluation qui s'effectue de manière ponctuelle n'est pas en adéquation avec l'objectif même de l'EPP, changer les pratiques au quotidien, « *comme c'est un exercice qui se plaque dans l'exercice quotidien avec des réunions qui ne sont pas dans le quotidien, ça complique un tout petit peu la pratique de l'évaluation par les médecins* » (MG23).

Selon lui, l'organisation mise en œuvre actuellement ne permet pas de répondre à une évolution vers un système continu : « *Mon avis c'est que l'EPP Anaes-URML, ce dispositif qui a fonctionné, est un dispositif qui n'est pas inscrit dans une démarche qualité, c'est à dire qu'on a un regard sur sa pratique, on construit des propositions d'amélioration des pratiques, mais on ne vérifie pas ses pratiques ... Donc ça aujourd'hui, ce n'est plus dans la définition actuelle de l'EPP.* » (MG23).

Pour induire des modifications dans les pratiques, il semble nécessaire d'intégrer l'EPP à l'activité professionnelle : « *Maintenant il faut aller plus loin avec une démarche continue et permanente; cette technique là ne permet pas une démarche continue et permanente* » (MG23).

Nous voyons d'après ces propos que le système mis en place semble trouver ses limites pour certains, qui espèrent une évolution rapide vers un système évaluatif pérenne. L'EPP menée jusqu'à présent, loin d'être considérée inutile, ne représente qu'une première étape dans un processus global visant au contrôle et à l'amélioration constante des pratiques.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'ORS a été chargé par l'URML du Centre de mesurer le niveau de satisfaction des médecins engagés et habilités vis-à-vis de l'EPP.

Comme nous l'avons dit, notre problématique tournait autour de 3 thèmes principaux :

- Organisation de l'EPP
- Déroulement des sessions
- Impact sur les pratiques professionnelles

Les médecins ont souvent trouvé peu de choses à redire sur l'organisation et la logistique de la démarche, ils nous ont plutôt fait part de leur avis sur l'EPP en général, ainsi que de leurs inquiétudes sur l'avenir de la démarche. Ceci constitue une limite importante de notre étude. Nous allons néanmoins récapituler ici les principaux résultats.

L'organisation de l'EPP et le déroulement des sessions

La logistique

Dans l'ensemble, tous les médecins interrogés, qu'ils soient habilités ou engagés, ont trouvé l'organisation de l'EPP et la logistique très performante. Ils ont été satisfaits des lieux de réunions, de leurs horaires, de leur durée, du nombre de médecins par groupe, ainsi que du délai d'inscription pour les ME. En général, la démarche n'a pas influé sur leur activité libérale mais plus sur leur temps libre, néanmoins cela ne leur a pas posé problème, dans le sens où le travail était réparti de manière assez équitable dans le temps.

Nous pouvons toutefois souligner quelques points posant parfois problème.

Les MH ont reconnu quelques fois avoir rencontré des difficultés par rapport à des ME qui n'auraient pas rendu leur dossier. Il se pose donc ici la question de la responsabilité et de la place du MH, qui dans ce cas précis, n'a pas de recours véritable.

La question de la validation des premières sessions (ayant eu lieu avant l'obligation) a aussi été évoquée.

La troisième réunion, évoquée dans la convention de financement sur le FAQSV¹¹, n'a apparemment pas eu lieu, ou du moins de manière informelle selon certains. Ce manque a été souligné par les MH, qui regrettent, de ce fait, de ne pas avoir eu de retours sur l'expérience, notamment sur les modifications des pratiques qui ont pu émerger.

Le travail des équipes

L'équipe de l'URML a été chaudement félicitée par plusieurs médecins, autant sur le plan organisationnel que relationnel. Les informations ont bien circulé, notamment par le biais des responsables de groupes.

La clarté et la simplicité des propos des MH ont elles aussi été soulignées à plusieurs reprises, permettant un échange souvent constructif et agréable. Les ME ont mis en avant la qualité des rapports rendus, présentant une analyse fine des résultats de chacun, sans stigmatiser ni reprocher. La deuxième réunion, présentant les pistes d'amélioration pour le groupe, a notamment permis à tous, ME et MH, de discuter de manière informelle et d'échanger leurs pratiques, ce qui semble important dans des métiers où l'on exerce et décide seul.

Les MH de leur côté se disent quasiment tous prêts à se réengager dans les mêmes conditions, ce qui démontre bien leur satisfaction quant à l'organisation globale de la démarche. Le côté confraternel a été souvent un moteur pour eux, certains considérant même cette mission comme une partie naturelle de leur travail. Ils en retirent des bénéfices sur le plan personnel, au niveau relationnel mais aussi pour leur propre pratique professionnelle.

Les outils

L'impression globale sur les outils est positive, le carnet de bord et le guide pratique ont été appréciés par tous les médecins.

Les référentiels essuient par contre quelques critiques, les principales étant le manque de choix dans les référentiels proposés aux spécialistes, et la présence dans les grilles, de questions parfois décalées par rapport à la pratique, nécessitant une remise à jour des données évaluées.

¹¹ Article 1 de la convention FAQSV

Le choix du deuxième référentiel qui se déroulait lors de la première réunion s'est relativement bien passé, un consensus s'est créé entre les médecins du groupe, parfois par intérêt réel pour la thématique, mais parfois aussi de manière stratégique autour d'un thème considéré facile par les ME, et n'entraînant par conséquent que peu de travail personnel.

L'impact de l'EPP sur les pratiques professionnelles des ME

Des apports positifs

D'une manière globale, l'étude à partir de référentiels aura donc :

- renforcé la rigueur des données contenues dans le dossier patient (adresses, numéros de téléphone, etc.),
- poussé les médecins à prêter plus d'attention aux examens complémentaires,
- amené le praticien à demander davantage d'informations au patient (antécédents familiaux, vaccinations, facteurs de risque, allergies médicamenteuses, etc.).

Dans quelques cas, l'EPP a permis une remise en question des pratiques, et a donné l'envie de s'investir davantage dans la FMC, voire même de consulter d'autres référentiels de manière personnelle. C'est en quelque sorte l'apport d'un outil, d'une méthodologie réutilisable sur d'autres items, qui peut permettre par la suite de vérifier ses pratiques et les comparer aux recommandations.

Il est à noter par ailleurs que certains médecins nous ont déclaré n'avoir retiré aucun bénéfice de la démarche. Ce mécontentement est souvent basé sur une mauvaise compréhension des objectifs de l'EPP, et leurs attentes étaient effectivement différentes des apports réels de la démarche.

La confusion EPP / FMC

L'EPP engendre une comparaison entre les pratiques et les recommandations professionnelles, c'est une approche clinique fondée sur l'analyse des données de l'activité. La FMC, quant à elle, privilégie une approche plus pédagogique, basée sur l'acquisition de nouvelles compétences.

La finalité des deux démarches est la même, à savoir l'amélioration des soins, mais elles sont complémentaires, voire étroitement liées, dans le sens où la FMC se doit de prendre en compte et de comparer les résultats aux bonnes pratiques existantes, et inversement l'EPP doit en permanence actualiser les données de l'activité clinique des médecins.

Nous retrouvons dans le discours des médecins des éléments qui démontrent une confusion persistante entre les objectifs de l'EPP et ceux de la FMC, ce malgré une présentation de l'EPP considérée claire et utile par les ME au début de chaque session.

Certaines personnes attendent de l'EPP qu'elle soit le lieu d'échange sur les pratiques, qu'elle engendre un consensus sur les nouvelles thérapeutiques, en particulier à propos des cas jugés difficiles. De ce fait, le côté administratif et « procédurier » de l'EPP laisse un goût amer chez quelques médecins.

En bref, l'intérêt de l'EPP n'a pas été compris par tous, et si certains ont cerné la portée de la démarche et ses conséquences sur leurs pratiques, d'autres en revanche ont l'impression de perdre leur temps sur du détail.

Une motivation qui fait défaut

Les MH ont dénoncé un manque de motivation des personnes évaluées. Les premiers groupes engagés présentaient, selon eux, un véritable intérêt pour l'EPP et ont bien répondu aux attentes de la démarche. Leur comportement dynamique et proactif a permis de mettre à jour des pistes d'amélioration très rapidement, certains ayant même commencé à modifier leurs pratiques avant même la deuxième réunion. Les groupes suivants, majoritairement poussés par le caractère obligatoire de la démarche, avaient vraisemblablement plus de mal à extraire les pistes et il a fallu inciter la réflexion.

Ce manque de motivation s'est retrouvé dans les propos des ME. Cela peut s'expliquer de plusieurs manières.

Tout d'abord, l'aspect obligatoire de l'EPP a engendré un sentiment de rejet vis-à-vis de la démarche. L'obligation sous entend une démarche ennuyeuse, qu'il faut rendre obligatoire, auquel cas personne n'aurait l'idée de l'accomplir.

La notion de contrôle est elle aussi rédhibitoire, dans une profession où le médecin est souvent seul devant ses décisions. La peur d'être jugé a engendré une méfiance vis-à-vis de la démarche ; ce sentiment s'est parfois estompé rapidement chez certains, ou au contraire,

s'est transformé en mécontentement global, face à une EPP considérée comme trop administrative.

Certains médecins se sont en effet plaints d'un cadre scolaire, qui infantilise et impose un cadre de pensée et ne laisse pas la place à la remise en question personnelle. Ils ont jugé que les éléments évalués n'étaient pas les plus intéressants car basés sur des procédures, mais qu'il aurait été plus judicieux d'étudier des données plus techniques.

Des inquiétudes pour l'avenir de l'EPP

La peur du réengagement qui peut exister chez certains MH n'est pas directement liée à l'organisation de l'URML mais plutôt au concept d'EPP en lui-même et à ses potentielles dérives. En effet, les MH ont peur que leur rôle ne soit mis de côté au profit de nouveaux organismes agréés qui tourneraient toute leur activité vers l'EPP. Ils redoutent de ce fait que le côté confraternel des débuts ne laisse progressivement la place à une évaluation purement administrative et déshumanisée.

L'EPP a déjà connu de nombreuses mutations depuis ses débuts, il y a près de 8 ans. Ces nombreux changements organisationnels entraînent certaines incompréhensions et les médecins avouent parfois avoir du mal à suivre. Ils souhaiteraient que les démarches à entreprendre restent simples et abordables.

Ils craignent enfin que l'EPP ne soit transformée en manne financière pour des grosses structures, et qu'elle perde de vue son intérêt premier, l'amélioration des pratiques.

Aller vers une évaluation pérenne

Pour une poignée de médecins, le système actuel trouve ses limites dans sa ponctualité, car il ne permet pas un contrôle et une amélioration simultanée. De ce fait, les démarches d'amélioration des pratiques peuvent parfois sembler fastidieuses, et beaucoup le voient comme une contrainte. Un système évaluatif permanent pourrait faire entrer les médecins dans une démarche qualité quotidienne. Néanmoins, cette évolution n'est possible qu'accompagnée d'un changement global des modes de pensée en matière de médecine libérale, et nécessitera par conséquent un accompagnement prégnant sur le terrain.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien Médecins Engagés	81
Annexe 2: Guide d'entretien Médecins Habilités	83

Annexe 1: Guide d'entretien Médecins Engagés

Fiche d'entretien évaluation EPP : Médecin engagé**Caractéristiques des répondants**

- Si spécialiste, demander la spécialité

Implication personnelle dans la démarche d'ep

- Connaissez-vous l'ep avant d'intégrer cette première session ?
 - C'était une démarche volontaire ou suite à l'obligation d'ep?

Regard sur l'organisation

L'URML du Centre est la structure promotrice de cette EPP.

- Vous avez eu de bonnes relations avec eux ?

Organisation du cycle d'évaluation

- Etes-vous satisfait du délai entre votre inscription et le début de l'EPP ? trop long ?
- Avez-vous réalisé intégralement le cycle d'évaluation (autoévaluation et 2 réunions) ?
 - Si non, quelles raisons vous ont amené à abandonner ?
- Etes-vous satisfait de la durée du cycle de votre évaluation ?
- A combien estimez-vous le temps consacré à la démarche au total (auto-évaluation, échanges avec les MH, y compris les réunions ...) ?
- La charge de travail induite par l'EPP vous-a-t-elle paru lourde ? difficultés avec activité libérale ?

Outils et méthodes

- Etes-vous satisfait des documents qui vous ont été fournis par l'URML ?
 - le guide pratique ?
 - le carnet de bord du médecin engagé ?
 - des référentiels proposés ?

- sur quel référentiel avez-vous travaillé en dehors de la tenue du dossier patient ?
- Quel est votre avis sur ce référentiel ?
- les grilles d'évaluation : adaptées, pratiques ?

Déroulement des réunions

- Avez-vous eu une présentation de l'EPP au début de la première réunion ?
 - Si oui : ce rappel était-il utile selon vous ? c'était clair ?
 - Si non : Auriez-vous souhaité en avoir une ? pourquoi ?
- Qu'avez-vous pensé de la première réunion ?
 - Au niveau de l'organisation,
 - de la durée : pas trop long ?
 - sur les explications apportées sur le déroulement de la démarche
 - Le choix du deuxième référentiel c'est bien passé ?
- Et la deuxième réunion ? Aussi bien, aussi mal ?
 - organisation, durée ?
 - qualité et contenu des échanges ?
- Etes-vous satisfait de vos relations avec les médecins habilités ?
 - disponibilité ?
 - explications données, animation des réunions ?
 - rapport d'évaluation qu'ils ont rendu ?

Impact de l'EPP

- Avant de commencer, aviez-vous des attentes particulières vis à vis de l'EPP ?
 - Si oui : L'EPP a-t-elle répondu à vos attentes ? si non pourquoi ?
- Au final, quels bénéfices en avez-vous tiré ? Etes-vous globalement satisfait de la démarche ?
- L'EPP a-t-elle induit des modifications dans vos pratiques ?
 - Actions d'amélioration suite à l'EPP ? Démarche de FMC ?

Annexe 2: Guide d'entretien Médecins Habilités

Fiche d'entretien évaluation EPP : Médecin habilité**Caractéristiques des répondants**

- Généraliste
- Spécialiste :
 - Quelle spécialité ?

Outils et méthodes

- Etes-vous satisfait des outils mis à votre disposition pour réaliser ces sessions ?
 - Carnet de bord du médecin habilité, thèmes ou référentiels proposés et grilles ?
- Lors de sessions d'EPP avez vous eu recours à un conseil méthodologique ? (correspondant régional de la HAS)

Cycle d'évaluation

- Avez-vous achevé tous les cycles d'évaluation ?
 - Si non, pourquoi ?
- En moyenne, combien de temps ont duré les réunions que vous avez animées ?
 - Cela vous semble trop long, pas assez ?
- Avez-vous rencontré des difficultés en terme de charge de travail avec votre activité libérale ?
 - Combien de temps au total avez-vous consacré à une démarche d'évaluation ?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans la gestion et l'animation de la visite / des Réunions de groupe ?
- Quel est pour vous le nombre optimal de médecins engagés par séance d'EPP ?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans l'élaboration du projet d'amélioration en collaboration avec le(s) médecins engagés ?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans la rédaction du rapport final ?

Déroulement général de la démarche

- Etes-vous satisfait du rôle de l'URML du Centre en ce qui concerne l'EPP ?
 - Au niveau de l'organisation
 - Au niveau de l'information

Satisfaction globale

- Etes-vous globalement satisfait de votre mission de médecin habilité ?

Perspectives

- Seriez-vous prêt à vous engager de nouveau en tant que médecin habilité avec l'URML ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Si oui, dans les mêmes conditions ?
 - Si non, pourquoi ? Que faudrait-il modifier d'après vous ?

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
I. Objectifs de l'évaluation et méthodologie	9
A. Notre question de départ	9
B. Méthodologie appliquée	9
1. Pourquoi la méthode qualitative ?	9
2. Public cible et échantillonnage	10
3. Déroulement de l'étude	11
A) Mise au point des grilles d'entretien	11
B) Récolte des données	11
C) Traitement des données recueillies	12
D) Les limites de la méthode	12
II. L'avis des médecins habilités sur l'EPP en région Centre	15
A. Organisation et fonctionnement de l'EPP : l'avis des médecins habilités	15
1. L'organisation de l'URML félicitée par tous	15
A) Une bonne coordination de la part de l'URML	16
B) Des MH prêts à se réengager	16
2. Les outils de l'EPP	17
A) Des outils globalement bien perçus par les MH...	17
B) ... mais des référentiels à améliorer »	18
C) Le manque de référentiels pour les spécialités	18
B. Le cycle d'évaluation : déroulement et difficultés	19
1. Rappels sur l'organisation d'un cycle d'évaluation	19
2. L'investissement temps dans la démarche d'EPP	20
A) Le temps total consacré à la démarche	20
(1) « c'est du travail supplémentaire, mais il suffit de s'organiser »	20
(2) Du travail au détriment du temps libre, mais bien accepté	20
(3) Une gestion personnelle du temps	21
B) Médecin habilité, libéral avant tout	21
3. Fonctionnement des réunions d'EPP	22
A) La durée des réunions	22
B) Le nombre optimal de ME	23
C) L'animation des réunions	23
(1) Des réunions sans encombre	23
(2) Le manque de motivation des ME depuis l'obligation	23
(3) Des critiques à cause de l'absence de référentiels	24
C. Les résultats de l'EPP vus par les MH	27
1. Un constat plutôt positif	27
A) Pas de difficultés dans la rédaction du rapport	27
B) « Ils font tous les mêmes réflexions, ils aboutissent aux mêmes démarches... »	28
2. Les difficultés rencontrées	28
A) Des écarts entre les premiers et les derniers groupes	28

B)	Les abandons en cours de route _____	29
C)	Pas de retours sur les suites de l'EPP _____	29
D.	L'avenir de l'EPP : inquiétudes et doutes des médecins habilités _____	31
1.	une organisation de plus en plus complexe _____	31
2.	Le « cafouillage entre la FMC et l'EPP » _____	32
3.	Politique, financement et EPP _____	33
A)	Une volonté altérée par le manque de moyens _____	33
B)	La méfiance vis-à-vis des nouveaux organisateurs d'EPP _____	34
C)	La concurrence des grosses structures _____	35
(1)	Des MH victimes de leur statut de médecin libéral _____	35
(2)	L'EPP, une manne financière _____	35
III.	La satisfaction des médecins engagés vis-à-vis de l'EPP en région Centre _____	39
A.	L'implication des ME dans la démarche _____	39
1.	Une démarche faite par anticipation _____	39
2.	« C'était obligatoire, je l'ai fait c'est tout » _____	40
3.	Des médecins poussés par la curiosité _____	41
B.	Organisation et fonctionnement de l'EPP _____	43
1.	Un bon travail logistique et relationnel _____	43
A)	Une organisation sans failles malgré le caractère pionnier _____	43
B)	La reconnaissance vis-à-vis des équipes _____	43
C)	Des craintes de non validation _____	44
2.	La relation avec les médecins habilités _____	44
A)	Une collaboration appréciée _____	44
B)	« Ils ont trouvé qu'on avait pas assez d'enthousiasme » _____	45
C)	L'évaluation par des MH de même spécialité _____	45
3.	Les impressions des ME sur les outils utilisés _____	46
A)	Les référentiels _____	46
(1)	La tenue du dossier patient _____	46
(2)	Les autres référentiels étudiés _____	47
(3)	Le nombre de dossiers étudiés _____	49
B)	Les grilles d'évaluation _____	50
(1)	Des grilles adaptées... _____	50
(2)	... mais qui présentent des limites _____	50
(3)	Quelques redites, et des questions parfois inadaptées au contexte _____	50
C.	Le déroulement du cycle d'évaluation _____	53
1.	Un délai d'inscription tout à fait acceptable _____	53
2.	Un cycle d'évaluation: durée et nombre de réunions _____	53
A)	Des cycles à deux réunions _____	53
B)	La durée totale du cycle _____	54
3.	Le temps consacré à la démarche _____	54
A)	Des conséquences sur le temps libre _____	54
B)	Une charge de travail bien répartie et gérable _____	55
4.	L'appréciation des médecins sur la forme et le contenu des réunions _____	55
A)	La première réunion : choix des référentiels et présentation de l'EPP _____	55
(1)	Le choix du deuxième référentiel _____	56
(2)	La Présentation de l'EPP _____	56
B)	Une deuxième réunion sous le signe de l'échange _____	57

5.	Les prochaines sessions _____	58
D.	Intérêt et impact de l'EPP : des avis partagés _____	59
1.	Etre évalué sur ses pratiques : un mal nécessaire ? _____	59
A)	Un intérêt bien compris pour certains _____	59
B)	Un contrôle de plus pour d'autres _____	59
2.	Les reproches faits à la démarche _____	60
A)	Pas d'intérêt ni d'impact pour les médecins _____	61
(1)	Travailler sur l'aspect thérapeutique _____	61
(2)	Pas autant d'intérêt que la FMC _____	62
B)	Des incohérences dans la méthode _____	62
C)	L'EPP, une démarche administrative de plus _____	63
(1)	L'obligation en travers de la gorge _____	63
(2)	Un cadre trop scolaire pour certains _____	63
(3)	L'EPP vécue comme un mode de formatage _____	64
3.	L'impact positif de l'EPP sur les pratiques professionnelles _____	65
A)	Plus d'attention sur les dossiers _____	65
B)	Une analyse de sa pratique _____	66
C)	Allier FMC, EPP et modifications des pratiques _____	66
D)	Induire des changements chez les autres _____	67
4.	Les potentielles évolutions de l'EPP _____	68
A)	Evoluer vers un système global FMC / EPP ? _____	68
B)	Une EPP qui deviendrait pérenne _____	68
	Conclusion _____	73
	Table des annexes _____	79
	Table des matières _____	85