

DPC pour rhumatologues occupés

Relever la barre en matière de vérification clinique : comparaison entre le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) et d'autres types de vérifications cliniques

Par Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, FSVU, RVT, RPVI; Elizabeth M. Wooster, M. Éd., Ph. D(c).; et Raheem B. Kherani, B. Pharm, M.D., FRCPC, MHPE

« Le Collège royal a déclaré que les vérifications des dossiers cliniques sont importantes pour les crédits obligatoires de la section 3 du programme de MDC... J'ai fait des recherches et il en existe différents types... Certains semblent plus faciles que d'autres », s'exclame la D^{re} AKI Joint, rhumatologue et membre de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). « Je sais que des changements ont été apportés récemment aux lignes directrices sur le maintien de la certification – que dois-je faire? ».

Une vérification clinique est un examen systématique de la pratique d'un individu ou d'un groupe par rapport à des normes établies de « meilleures pratiques ». Le cycle de vérification permet d'identifier les lacunes, de promouvoir le changement et de confirmer l'amélioration des pratiques. Il doit être directe et axé sur la pratique réelle de manière à permettre une intervention et un changement discrets. Il ne s'agit pas d'un inventaire des pratiques ni d'un projet de recherche visant à identifier les « meilleures pratiques ». Il s'agit plutôt d'une vérification destinée à améliorer la qualité des pratiques actuelles. Idéalement, il faut repérer les lacunes et fournir des retours pour proposer des solutions applicables dans la pratique. Une nouvelle vérification de suivi peut être effectuée pour confirmer le changement de pratique.

Bien que les vérifications administratives et hiérarchiques ainsi que les évaluations à 360° aient été encouragées pour identifier les forces et les faiblesses dans l'utilisation des lignes directrices par les médecins, ces méthodes sont souvent volumineuses, coûteuses et rarement réalisées. Les lignes directrices choisies peuvent être incompatibles à la pratique réelle. La sélection des patients peut manquer de spécificité et de pertinence, et exige souvent un grand nombre de patients ou des vérifications « à l'aveugle » de bases de données étendues. Les renseignements sont souvent généraux et ne ciblent pas la pratique spécifique d'un individu. L'analyse peut être effectuée par des « experts » sur le site et le retour d'information peut prendre la forme d'un « plan d'action » du comité. Cela peut conduire à des comparaisons inappropriées, entraînant ainsi des conclu-

sions et des recommandations de changement peu applicables. En conséquence, la mise en œuvre et la réévaluation peuvent ne pas être pratiques.

En revanche, le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) (voir Tableau 1) se base sur des domaines et des éléments directement liés aux lignes directrices, normes ou protocoles de pratique individuels. Un nombre limité de patients (10 à 20) est souvent suffisant pour échantillonner les pratiques. Les données peuvent être mises en corrélation directe avec les lignes directrices et les lacunes peuvent être facilement identifiées. Il a été démontré qu'il permettait d'informer directement les médecins sur les stratégies d'amélioration et leur mise en œuvre spécifique. Il est fiable et se rapporte clairement à des interventions réalisables, y compris l'éducation et la revérification, et la mise en œuvre de l'amélioration des pratiques (Wooster, 2007).

Le cycle de vérification, d'analyse, d'éducation/intervention, d'application, de revérification et de ré-application utilisé dans le mPAM peut être utilisé pour l'amélioration personnelle ou dans le cadre d'une stratégie de groupe. Cela peut être documenté comme un projet d'apprentissage personnel ou comme une activité d'amélioration de la qualité pour obtenir des crédits de développement professionnel continu (DPC) reconnus. Les résultats et le processus peuvent également être utilisés pour l'apprentissage en groupe, des sessions de formation ciblées ou des cours, ainsi que pour des revues de littérature ou la recherche de définitions et de lignes directrices appropriées. Les lacunes identifiées peuvent également guider des investigations cliniques supplémentaires, des examens des normes et des stratégies d'amélioration de la qualité dans des domaines connexes.

« Le modèle mPAM est un format que je pourrais réellement utiliser... », déclare la D^{re} AKI Joint. « Je peux choisir la meilleure approche tous les six mois pour suivre activement les dossiers de mes propres patients dans mon cabinet (et pour obtenir des crédits de la section 3 du programme de MDC). »

Tableau 1 : avantages et inconvénients des vérifications de pratique clinique (VPC) et du processus mPAM

	VPC	mPAM
Considérations administratives	Large, diffuse	Personne
	Durée	Efficacité
	Une gouvernance complexe	Éthique et gouvernance locales
	Autorités, coûteux	Spécifique et rentable
Sélection des lignes directrices	Sélection standard	Spécifique à la pratique individuelle
Population de patients	Grandes dimensions	Focalisé, limité
	Groupe général	Spécifique à la pratique
Analyse des données	Autorité à distance	Autonome
	Entre pairs	
Identification des lacunes	Comparer avec la norme	Pertinent pour la pratique
Recommandation de modifications	Ressources non disponibles ou coûteuses	Modélisation de la pratique
	Basé sur le système	Basé sur les processus et les systèmes
Mise en œuvre	Durée	Efficacité
	Coûteux	Économique
Réévaluation	Général	Spécifique, ciblée
	Durée	Efficacité
	Coûteux	Rentabilité

Références :

- Rose N, Pang SJ. A practical guide to implementing clinical audit. *Can Vet J.* 2021; 62:145–156.
- Pasquale E, Dal Canton A. « Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology ». *World J Nephrol.* 2014 Nov 6; 3(4):249-55. doi:10.5527/wjn.v3.i4.249
- Wooster D. A Structured Audit Tool of Vascular Ultrasound Interpretation Reports: A Quality Initiative. *JVU.* 2007; 31(4):207-10.
- Fasih N, Mason A. The Canadian Association of Radiologists. A Step by Step Guide: Maximizing The Effectiveness Of Clinical Audits. 2011.
- Pereira VC, Silva SN, Carvalho VKS, et coll. Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. *Health Res Policy Syst [Internet].* 2022; 20(1). Disponible à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-022-00815-4>. Consulté le 13 août. Consulté le 13 août 2024.
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Crédits de la section 3 du programme de MDC : ça peut se relever facile. *Journal de la Société canadienne de rhumatologie.* Automne 2023; 33(3).
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Application des connaissances : qu'est-ce que j'y gagne? *Journal de la Société canadienne de rhumatologie.* Hiver 2023; 33(4).
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. DPC pour des rhumatologues bien occupés : modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : surmonter la « peur » des vérifications de dossiers. *Journal de la Société canadienne de rhumatologie.* Printemps 2024 : 26-27.

Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS,
DFSVS, FSVU, RVT, RPVI
Professeur de chirurgie,
Temerty Faculty of Medicine,
Université de Toronto

Elizabeth M. Wooster, B. Comm, M. Éd., Ph.D(c)
OISE/Université de Toronto
Associée de recherche,
École de médecine,
Université métropolitaine de Toronto

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE
Ancien président du Comité d'éducation de la SRC,
Directeur de programme et professeur agrégé de clinique,
Université de Colombie-Britannique
Directeur, Programme intensif de collaboration sur l'arthrite,
Mary Pack Arthritis Program,
Clinicien-chercheur, Arthritis Research Canada
Chef de division en rhumatologie,
Hôpital de Richmond
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Richmond (Colombie-Britannique)