

l'émergence de nouvelles techniques. Les équipes de recherche hospitalo-universitaires associées ou non à celles d'autres secteurs, notamment privés, doivent garantir le développement d'essais cliniques valides, permettant de répondre aux questions concernant la sécurité, l'efficacité et l'utilité des techniques. Cette expérimentation, dans le cadre de la recherche clinique, soutenue par des partenaires privés et publics, doit tendre à devenir plus systématique. Elle doit, par ailleurs, respecter l'intérêt des patients et les conditions réglementaires et juridiques à leur droit à l'information ;

- en outre, l'hôpital est le lieu où les dépenses de santé sont significatives ; encore faut-il que ces dépenses correspondent à l'utilisation appropriée en routine de techniques efficaces. Les directeurs d'établissements ont une responsabilité à ne pas négliger lorsqu'ils favorisent en nombre, la réalisation conjoncturelle d'actes diagnostiques et/ou thérapeutiques dont l'utilité n'est qu'implicite et/ou non démontrée.

Les évaluations technologiques réalisées par l'Andem depuis 1995

- Traitement des anévrismes de l'aorte par prothèses endovasculaires (janvier 1995)
- Usage thérapeutique des cyclotrons en cancérologie : évaluation clinique et économique (février 1995)
- Doppler en obstétrique : évaluation clinique et économique (mai 1995)
- Évaluation de l'opportunité d'un programme de dépistage : l'exemple de l'hémochromatose (octobre 1995)
- Matériel à usage unique : état des connaissances et recommandations (janvier 1996)
- Prothèses mammaires remplies de gel de silicone (mai 1996)
- Greffons cornéens (septembre 1996)
- Greffons osseux (en cours)
- Chirurgie ambulatoire (en cours)
- L'imagerie numérique en radiologie (en cours)

La liste complète est disponible auprès de l'Andem

Étant donné l'importance de ces enjeux, l'évaluation technologique doit être mieux connue et maîtrisée par l'ensemble des professionnels de santé comme par les responsables institutionnels. En effet, face à l'innovation, les acteurs concernés, médecins prescripteurs, industriels et administrateurs des organismes sociaux de financement, développent chacun des logiques qui leur sont propres. Les praticiens cherchent à mener une activité professionnelle conforme à l'état de l'art en ayant la possibilité de choisir parmi les techniques disponibles, les industriels se situent naturellement dans une logique de profit. Enfin, dans un contexte où les contraintes économiques s'accroissent, les administrateurs des caisses d'assurance maladie s'efforcent de rendre optimale l'allocation des ressources.

Les limites du processus actuel d'évaluation rendent difficile l'intégration de ces intérêts parfois divergents dans une politique de santé publique.

Cette constatation amène à conclure sur la poursuite de l'effort entrepris en matière d'évaluation et sur le nécessaire renforcement de la collaboration entre les professionnels de santé, les industriels et les structures institutionnelles ayant des responsabilités de santé publique.

Frédéric Fleurette,

Suzanne Charvet-Protat, Yves Matillon

L'évaluation des pratiques en médecine générale

La spécificité de la médecine générale justifie-t-elle une approche particulière de l'évaluation des pratiques ? S'il est vrai que les maladies rencontrées en ville et à l'hôpital sont les mêmes et que les différentes étapes d'une consultation sont dans les deux cas très proches d'un praticien à l'autre, les termes de médecine, de médecin et de malade recouvrent des réalités très différentes qui permettent bien de parler de spécificité : la maladie est vue à des moments différents, l'utilisation des moyens diagnostiques ou thérapeutiques est particulière, la notion d'équipe médicale a un autre sens, les stra-

tégies diagnostiques et thérapeutiques sont différentes, le champ d'action ne se limite pas à l'activité de soins.

Une réalité de pratique

Depuis 1990, l'évaluation des pratiques médicales est devenue une réalité en médecine générale. Si des facteurs économiques et facteurs conventionnels ont accéléré le mouvement, il est important de constater que la prise de conscience de la dimension évaluative de l'exercice médical ambulatoire a, avant même ces contraintes, touché tous les professionnels de santé responsables et le généraliste dans son cabinet.

Cette évolution n'est pas propre à la France, elle a touché les principaux pays industrialisés. Les grands principes décrits par Donabédian en 1966 ont trouvé leur application en Angleterre où en 1977 le Royal College of General Practitioners a mis l'évaluation des pratiques en tête de ses préoccupations. En 1991, un document du General Medical Service Committee « Building your own future » sensibilisait tous les généralistes anglais à la méthodologie de l'audit médical et à l'évaluation des pratiques.

Introduite en France sur le plan des idées, il y a une vingtaine d'années, son implantation a d'abord lentement progressé. Elle a été le fait de personnalités isolées et des travaux ponctuels d'évaluation ont été réalisés dès les années quatre-vingt. L'Andem a contribué à diffuser le concept à toutes les filières de soins, en particulier à la médecine générale. Parallèlement différentes structures ont diffusé auprès des praticiens des conseils méthodologiques.

Avec les années quatre-vingt-dix, le processus s'est accéléré. Le réseau de médecine libérale de l'Andem a expérimenté un travail d'évaluation à travers un audit médical sur le statut vaccinal des personnes de plus de soixante ans. Cette étude a montré l'impact que pouvaient avoir des recommandations librement acceptées sur le comportement des médecins. Le succès du guide méthodologique publié par l'Andem sur la pratique de l'audit médical en médecine générale, les plus de cinquante audits de pratiques en médecine générale publiés, les larges diffusions des résultats des conférences de consensus, l'élaboration de recommandations de plus en plus nombreuses concernant l'exercice libéral montrent que les médecins français sont de plus en plus convaincus du caractère indis-

A. Donabedian. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966 ; 44 : 166-206.

Medical Audit Advisory Group. *Medical audit in general practice : a survival guide*. Wiltshire : MAAG 1992, 36 p.

R. Baker, P. Presley. *The practice audit plan : a handbook of medical audit for primary care teams*. Bristol : Royal College of General Practitioners, 1990, 32 p.

Y. Matillon. *Évaluation en médecine : les missions de l'Andem*. Lyon : Chir, 1992, 88 : 1.

C. D. Shaw. Aspects of audit. 3. Audit in British general practice. *Br Med J*, 1980, 280 : 1361-63.

Andem. *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical*. Paris : Andem, 1993 : 32 p.

pensable de l'évaluation médicale dans l'aide à la décision et dans l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale.

Méthodes

Évaluer sa pratique c'est la comparer avec des recommandations de bonnes pratiques communément admises. L'évaluation sous-entend ainsi, à la fois des recommandations adaptées à la pratique de la médecine générale, adoptées par la profession et des moyens fiables pour permettre à chaque médecin de pouvoir apprécier sa pratique. De la comparaison entre ces deux pôles va permettre de mettre en place les mesures correctrices pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

Mieux connaître sa pratique pour mieux l'évaluer

Depuis 1990 un effort a été fait pour développer les méthodes permettant au praticien de mieux apprécier sa pratique et la confronter aux recommandations établies.

Parmi les différentes méthodes possibles, l'audit médical a pris une place prépondérante en France. L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés au malade. C'est une méthode d'évaluation tournée vers la pratique du soin. C'est une demande interne réalisée par le médecin à partir de son exercice médical. C'est une méthode efficace si on l'applique avec rigueur. Elle semble la mieux adaptée à la complexité de l'exercice de la médecine générale. Son objectif est d'identifier les occasions, les circonstances propices à l'amélioration de la qualité des soins et de fournir les moyens de la réaliser.

Un audit comprend six étapes : constituer un groupe de médecins promoteurs de l'enquête, choisir un sujet, définir les références souhaitées, déterminer les critères et normes, analyser les résultats obtenus en les comparant avec les références choisies et identifier l'action permettant de modifier le comportement, et modifier le comportement.

Chaque étape est tributaire de la précédente. De la bonne articulation de ces différents pas dans la progression du processus d'évaluation dépend le succès de l'audit.

Pour utiliser cet outil de mesure indispensa-

ble qu'est l'évaluation et améliorer la qualité des soins, la médecine générale a ainsi utilisé les mêmes outils que le monde hospitalier. Elle a dû cependant créer ses propres outils en tenant compte des conditions particulières de son exercice. L'audit médical s'inscrit dans cette logique.

Promu par l'Andem et par de nombreux organismes de formation qui ont vu en lui un outil performant pour évaluer non seulement la performance du médecin mais aussi la qualité d'une formation, l'audit médical en médecine générale a maintenant ses lettres de noblesse avec plus de cinquante audits publiés et un supplément régulier dans une revue médicale.

Les particularités de la médecine générale, ajoutées aux difficultés inhérentes à une démarche qui remet en question certains aspects de la pratique médicale, montrent bien que l'évaluation de la qualité des soins en médecine générale est un encore un domaine où il est difficile d'avancer et l'on comprend mieux que l'évolution des mentalités paraisse lente à certains. Il faut tenir compte des relations entre l'évaluation de la qualité des soins et les mo-

World Organization of
National Colleges
Academies. Quality
assurance for family doctors.
Wellington : WONCA
Marwick J, Grol R, Borgiel A
Eds, 1992, 99 p.

- ▶ M. Doumenc. *Les différentes phases de l'audit*. Rev Prat MG, 1996, Audit n° 1 ; 347 : 4.
- M. Molinari. *Le choix d'un sujet d'audit*. Rev Prat MG 1996, Audit n° 2 ; 347 : 4.
- P. Hoflioger. *Comment nous avons amélioré notre pratique*. Rev Prat MG Audit n° 347

alités de régulation du système de santé. Cette difficulté ne doit pas faire différer la mise en place de moyens efficaces pour que chaque médecin puisse mesurer l'écart qui existe entre sa pratique et des paramètres fiables de référence. Cette démarche est fondamentale au plan pédagogique. On pourrait souhaiter qu'elle soit prise en compte au plan professionnel et dans la régulation du système de santé comme cela s'est engagé, il y a quelques années, dans certains autres pays.

Michel Doumenc, Marielle Lafont

Évaluation des soins et assurance qualité à l'hôpital

L'évaluation des pratiques cliniques, la recherche de la qualité, la prévention des risques ne sont pas des démarches nouvelles à l'hôpital puisqu'elles sont la base même des pratiques soignantes enseignées depuis les origines de la médecine. Mais, depuis quelques années, évaluation, qualité, sécurité sont les maîtres mots de toute réforme de santé (cf. loi du 31 juillet 1991 et ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996).

Est-ce un effet de mode, la conséquence de la mise en cause de la sécurité de nos pratiques ou une réelle volonté d'amélioration de la qualité ? Et en avons-nous les moyens ?

En matière d'évaluation ou de qualité à l'hôpital, la confusion est grande, de nouveaux concepts apparaissent tous les jours : évaluation des pratiques professionnelles (nous préférons le terme pratiques cliniques car nous nous intéressons *a priori* plus aux pratiques de soins qu'aux pratiques des jardiniers ou des chauffagistes hospitaliers tout autant professionnels que les soignants), assurance de la qualité, amélioration continue de la qualité (le fin du fin du moment, le TQM des anglo-saxons), sans parler de la gestion des risques, de la sécurité sanitaire ou de l'accréditation.

Évaluation des pratiques cliniques

La mise en œuvre d'un programme d'évaluation des pratiques cliniques à l'hôpital peut

Médecin généraliste et références

La difficulté en médecine générale est d'avoir des références adaptées à son exercice. Ceux qui les faisaient traditionnellement étaient des spécialistes hospitaliers sans pratique de la médecine ambulatoire. Le désintérêt des généralistes à l'élaboration de références sur leurs pratiques est de moins en moins fréquent et de plus en plus de généralistes sont conscients de l'intérêt d'avoir à leur disposition des références adaptées à leur exercice. Les raisons invoquées, manque de temps, manque à gagner, manque de formation à une méthodologie rigoureuse, manque d'habitude, sont de plus en plus rarement opposées à la nécessité ressentie de faire participer la médecine générale au processus général de l'évaluation.

Les médecins généralistes sont partie prenante avant même le début de l'élaboration des recommandations pour la partie clinique en étant souvent à l'origine du choix du sujet de la recommandation — les groupes régionaux de médecins libéraux de l'Andem ont ainsi mis en évidence l'importance et les problèmes qu'ils rencontraient dans leur pratique concernant la prise en charge de la douleur cancéreuse, la recommandation de l'Agence, réalisée en 1995, leur a apporté la réponse qu'ils attendaient. La place privilégiée qu'ils tiennent dans le système de soin les amène à jouer un rôle essentiel dans les groupes d'élaboration. À la fois experts de la médecine de premier recours et lien privilégié entre le monde médical et la population des patients, ils assurent l'applicabilité des recommandations et en sont les garants. De la même manière, leur participation à la diffusion et à la mesure d'impact est un gage de succès.

MD, ML