

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

avoir deux objectifs : améliorer la qualité (parfois en acceptant que les coûts soient augmentés) ou baisser les coûts (sans diminuer la qualité des soins, voire en l'améliorant). Ce dernier objectif de rationalisation des pratiques se rapproche du concept des références médicales opposables. Le parallèle s'arrête ici car il existe des spécificités propres au monde hospitalier : lieu de formation, lieu de recherche mais surtout lieu ou différents prescripteurs, dont certains en formation, interviennent sur un même malade. De plus, même s'il n'est pas prescripteur, le personnel infirmier intervient dans la demande d'examen ou la dispensation de médicaments. Pourtant, en raison même de ces spécificités, l'hôpital est un site idéal de la mise en œuvre de recommandations de pratiques cliniques.

Cette mise en œuvre peut passer par quatre types d'actions :

- des actions de formation spécifique sur le ou les thèmes faisant l'objet de recommandations, faisant intervenir si possible les leaders d'opinion locaux. En effet, il ne faut pas attendre de la diffusion simple de recommandations, par exemple par courrier, un quelconque effet. Ceci est démontré en pratique hospitalière comme en pratique de ville, surtout si ces recommandations ont été élaborées au niveau national n'impliquant pas ceux qui vont avoir à les appliquer ;
- un retour d'information au prescripteur par patient, par type de prescription, par prescripteur, concernant le nombre d'examen réalisés, le caractère approprié ou non des pratiques, leur coût. Pour être utilisé en routine, ce type d'actions nécessite un système d'information hospitalier dont nous ne disposons pas aujourd'hui ;
- un encadrement des prescriptions au moment de leur réalisation. C'est la méthode qui est considérée comme la plus efficace ; elle est de plus parfaitement cohérente avec le rôle formateur de toute structure hospitalière. Elle consiste à rappeler au médecin les recommandations de pratiques au moment où elles sont susceptibles d'être mise en œuvre : sur le dossier médical, par affichage, sur les documents de prescription ou sur écran en cas de prescription informatique. Ces méthodes peuvent associer des barrières qui empêchent le médecin de prescrire en dehors des recommandations (signal d'alerte en cas de prescription informatique, fiches limitant la prescription aux bonnes indications). En informant simplement de cette

Prévention des thromboses veineuses en chirurgie, prise en charge de la douleur postopératoire, des traumatismes du crâne ou de la cheville aux urgences, antibiothérapie...

Selon l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée :

- l'évaluation des soins s'appuiera sur les bonnes pratiques cliniques définies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé selon les méthodes scientifiques qui président déjà pour la médecine ambulatoire à l'élaboration des références médicales ;
- tous les établissements de santé doivent s'engager d'ici à cinq ans dans une procédure d'accréditation de leurs activités qui appréciera la qualité de celles-ci ;
- les établissements doivent réaliser des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge.

façon le prescripteur du coût des actes qu'il engendre, certains auteurs ont obtenu une baisse de 10 % des prescriptions ;

- des mécanismes incitatifs ou coercitifs financiers peuvent être développés. À l'hôpital, l'opposabilité par médecin est impossible à réaliser mais les actions d'évaluation peuvent être prises en compte dans les mécanismes d'allocation budgétaire par service.

Ces différents types d'actions peuvent être mis en œuvre à l'hôpital, isolément ou de façon associée ainsi que nous l'avons montré à l'AP-HP sur un certain nombre de thèmes. Cependant, la mise en œuvre de bonnes pratiques hospitalières est un processus long et difficile. L'absence de systèmes d'information pertinents rend illusoire l'évaluation simultanée de nombreuses recommandations et leur pérennisation.

Qualité du processus de soins

La qualité d'un processus de soins dépend tout autant de l'organisation générale d'un établissement que du caractère approprié ou non des seules pratiques cliniques. Les processus de soins sont complexes, les intervenants sont nombreux auprès d'un même malade et la culture soignante, en particulier médicale, n'est pas particulièrement orientée sur la formalisation par écrit de ses pratiques. Cela justifie le développement de démarches d'assurance de la qualité et leur conséquence logique, l'accréditation, c'est-à-dire la reconnaissance de cette qualité accordée par un organisme extérieur.

Des expériences d'accréditation ou proches de celle-ci se développent aujourd'hui en milieu hospitalier, ainsi celle de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer qui vient de publier un guide d'accréditation des centres de lutte contre le cancer ou l'expérience que nous avons développée à l'AP-HP. Dans la suite d'une réflexion sur la restructuration des urgences-portes, nous avons élaboré une grille d'évaluation de l'organisation des urgences-portes adultes, réalisé un audit dans les seize établissements retenus SAU et rendu des recommandations issues de cet audit aux seize établissements, charge à eux d'en tenir compte dans leur plan d'actions.

Certaines sociétés médicales scientifiques élaborent des grilles d'accréditation. Il restera à voir de quelle façon ces différentes expériences seront prises en compte par la future Anaes.

Évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Que l'on touche au domaine de l'évaluation des pratiques cliniques ou à celui de l'accréditation, le débat reste important sur le type d'indicateurs à prendre en compte : évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Les structures représentent les moyens consacrés au soin des malades, ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la délivrance des soins médicaux. Les procédures regroupent les activités des médecins et des professionnels de soins directement ou indirectement consacrées au diagnostic et au traitement des malades : examen clinique, stratégies de prescription des examens complémentaires et des traitements, suivi des malades, qualité des gestes, circuit du malade...

Les résultats des soins sont les changements que ceux-ci induisent chez le malade en termes d'état de santé, de qualité de vie, de satisfaction. Concernant ces différents domaines, il existe de nombreux indicateurs potentiels.

Le meilleur indicateur de qualité théorique est celui qui qualifie l'état de santé. Une bonne qualité des soins devrait être reflétée par de bons résultats en terme d'indicateurs de santé. Pourtant la plupart des études d'évaluation vérifient simplement l'adéquation à un référentiel, une norme ou des recommandations, car les indicateurs de résultats (en particulier morbidité, mortalité) sont difficiles à mesurer et à interpréter (ainsi le lien entre le résultat et la qualité des procédures mises en œuvre n'est pas toujours évident).

L'évaluation des procédures semble plus pertinente et plus facile à mettre en œuvre que l'évaluation des résultats. En effet, il est plus facile d'évaluer de manière reproductible, et sans biais le plus souvent, le processus de soin (ce qui est fait au malade, où, quand et comment), d'interpréter ces données, d'identifier les dysfonctionnements et d'intervenir afin de corriger ceux-ci. De plus, une nouvelle évaluation quelques mois plus tard permet de déterminer si cette intervention a été efficace.

Ce débat se développe aux États-Unis où l'évaluation des résultats, par exemple, le taux de mortalité pour tel type d'intervention par hôpital ou par chirurgien, a pris une importance très grande dans l'évaluation en routine de la performance des structures hospitalières.

L'administration fédérale américaine vient de

cesser de publier les taux de mortalité par hôpital des patients pris en charge par le programme Medicare en raison de la difficulté d'ajuster ses données sur la gravité de la maladie.

Une autre façon d'évaluer la qualité est de pondérer ces indicateurs de résultats par un indicateur de qualité de vie ou de prendre en compte la satisfaction du patient (du client).

Les indicateurs de satisfaction sont ainsi de plus en plus utilisés en routine pour évaluer une structure hospitalière, sans que là non plus le lien soit clair entre satisfaction et qualité des soins. Les taux de satisfaction sont régulièrement mesurés en France dans de nombreux hôpitaux.

Quels que soient les discussions concernant les domaines pris en compte, les méthodes utilisées ou les indicateurs mesurés, l'évaluation des soins et les actions d'assurance de la qualité sont aujourd'hui un enjeu majeur de toute structure hospitalière qui doit mettre en place les moyens de leur réalisation. [Pierre Durieux](#)

L'accréditation des établissements de santé

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit en France l'accréditation des établissements de santé, des réseaux de soins hospitaliers et des groupements de coopération sanitaire. Cette disposition existe déjà dans plusieurs pays étrangers (États-Unis d'Amérique, Canada, Grande-Bretagne, Catalogne, Australie, Nouvelle Zélande...). Mais s'agit-il bien de la même chose ?

Buts et objectifs de l'accréditation

Bien qu'il existe plusieurs orientations en matière d'accréditation au niveau international, on s'accorde en général sur son but : obtenir une reconnaissance de la qualité des établissements par les pairs et éventuellement par le public et inciter à atteindre certains standards.

En France, il s'agit d'une procédure externe d'évaluation visant à « assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». Cet objectif amène à rechercher la participation des professionnels de santé à la procédure.