

# L'évaluation des pratiques professionnelles

## Pour une politique fondée sur la qualité

**P<sup>r</sup> Jean Michel Chabot**  
Conseiller médical auprès du directeur  
de la Haute Autorité de santé

**La loi du 13 août 2004 a rendu obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles de tous les médecins. Philosophie et mise en œuvre du dispositif.**

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, l'exercice médical s'accompagnait naturellement d'une exigence implicite éthique et déontologique des « meilleurs soins ». Depuis cette échéance, l'exigence est devenue de plus en plus explicite, se traduisant par une volonté croissante d'encadrer les pratiques des médecins dans un objectif de garantie de qualité.

Cette évolution finalement assez rapide, sur une quinzaine d'années, répond à trois types de pression venant des patients, des financeurs et des médecins eux-mêmes. Tous voient bien en effet la nécessité de rationaliser le système de soins et de rechercher l'efficience des moyens mis en jeu.

L'encadrement des pratiques de médecins s'est naturellement traduit en premier lieu par une recherche de ce que pouvait être la meilleure médecine possible. D'où la mise en œuvre des différentes méthodologies d'analyse de la littérature, de procédure de consensus, puis de production de recommandations et d'*evidence-based medicine*.

Tout cela procédait d'un présupposé selon lequel il suffirait de faire émerger la « bonne médecine » pour que les médecins l'appliquent prioritairement. Le succès n'a pas été au rendez-vous, en tous les cas beaucoup trop partiellement. En conséquence, un grand nombre de travaux expérimentaux ont alors recherché les meilleures conditions de diffusion de la bonne médecine, puis, dans un deuxième temps, les meilleures conditions de l'appropriation par les médecins de terrain de cette bonne médecine.

L'ensemble de ces travaux a été l'occasion d'une redécouverte des données de base élaborées par les spécialistes des sciences de l'éducation, de pédagogie et plus généralement des sciences sociales au cours des années cinquante à quatre-vingt.

Selon ces données, le savoir n'est que l'un des déterminants du comportement diagnostique ou thérapeutique des médecins. En réalité, une série de facteurs interagissent pour entraîner des modifications du comportement des professionnels en activité.

Cependant ces facteurs – où se mêlent les conditions d'exercice du médecin, son environnement professionnel, les relations qu'il peut entretenir avec le patient ou son entourage, etc. — n'interviennent pas avec la même efficacité selon le profil du médecin concerné et, dans la plupart des cas, il ne s'agit que d'une efficacité partielle. De là les programmes complexes, qui associent les techniques de formation continue ou d'information et qui nécessitent des interventions multiples et diversifiées. Ces programmes sont expérimentés depuis plusieurs années, mais les résultats restent notablement insuffisants.

Au point qu'il faut se demander si l'on ne pourrait pas changer radicalement de stratégie.

Selon cette évolution stratégique, les approches fondées sur l'actualisation des connaissances seraient mises au second plan au bénéfice d'une négociation avec les professionnels, pour rechercher les conditions d'une réorganisation de l'exercice

professionnel (vraisemblablement dans le cadre d'équipes pluriprofessionnelles) axée sur l'application prioritaire des recommandations et leur adaptation/actualisation à la lumière de l'évaluation des résultats cliniques qui seraient obtenus. Une telle évolution est fondée sur le constat, de plus en plus largement partagé, selon lequel l'organisation du système de soins est davantage en cause que la somme des comportements individuels des médecins, quand il s'agit de rechercher l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des moyens engagés<sup>1</sup>.

### Les fondements d'une politique de qualité des soins

Pour autant, et dès lors qu'elles ne provoquent pas de réactions d'irritation ou d'incrédulité, toutes les questions qui concernent la qualité des soins et son précurseur inévitable, l'évaluation, peuvent aisément être traitées autour des principaux points d'accord suivants.

- D'abord, le constat que les mêmes politiques sont mises en œuvre, quasi simultanément, dans tous les pays dont le système de soins a été développé au cours des soixante dernières années, c'est-à-dire notamment les pays de l'OCDE.

Dans tous ces pays, que le système de santé soit à dominante publique ou bien privée, que le financement soit issu de l'impôt, de cotisations ou de *fees for service* et que la gestion soit centralisée ou au contraire largement déléguée, dans tous ces pays la priorité est à la maîtrise des dépenses ou, mieux, à la recherche de la plus grande efficacité possible du système de soins.

Et, pour les médecins, cette priorité se traduit en particulier par des contraintes portées par des obligations légales, soit de formation continue, soit d'évaluation des pratiques ou des compétences, soit de (re)certification, soit encore d'autres formes d'encadrement de l'exercice, les « soit » n'étant pas exclusifs les uns des autres.

S'agissant des médecins, singulièrement en France, il s'agit de contraintes qui ne sont pas faciles à accepter. En effet, rien dans leur formation initiale en faculté ou à l'hôpital ne les a préparés à cette

1. Donaldson J.D., Muir Gray A. « Clinical governance: a quality duty for health organisations ». *Quality in health care* 1998; 7 (Suppl) : S 37-S 44.

évolution de l'organisation de l'exercice professionnel. D'où l'ardente nécessité d'en parler aux étudiants d'aujourd'hui de la manière la plus positive possible.

- Ensuite, le débat en cours, qui porte sur les fondements de l'exercice médical.

Pour beaucoup, l'exercice clinique continue de se dérouler dans le cadre du colloque singulier où s'exprime la liberté du choix réciproque du patient et de son médecin.

Pour d'autres, l'exercice médical devrait de plus en plus évoluer vers la mise en œuvre de « recommandations de bonne pratique », incluses dans des schémas généraux d'organisation de la prise en charge des malades.

Plusieurs arguments plaident en faveur de cette standardisation de la pratique médicale : d'abord la profusion des données produites par la recherche clinique et la nécessité d'y faire un tri et de séparer « le bon grain de l'ivraie », ensuite l'impossibilité pour chaque professionnel d'embrasser l'ensemble des compétences nécessaires et, en conséquence, la nécessité d'élaborer des protocoles pour assurer coopération et coordination des soins.

D'autres arguments sont également avancés (notamment à la demande pressante des patients et des associations qui les représentent) : le développement de l'évaluation médicale et la promotion de la qualité des soins qui, à l'évidence, nécessitent d'asseoir la pratique clinique sur des référentiels ; le risque de judiciarisation de l'exercice qui peut également conduire à « garantir » la pratique en la déterminant par rapport à des systèmes de recommandations.

Finalement, c'est une véritable redéfinition du « contrat social » liant les médecins, les gestionnaires et les politiques représentant la population qui est attendue.

- Enfin, il est de plus en plus généralement admis que la qualité des soins admet deux composantes principales.

D'abord, bien sûr, une composante liée à la compétence individuelle de chaque médecin et plus largement de chaque professionnel de santé. De là découlent toutes les politiques d'évaluation et de formation continues.

Ensuite, une composante correspondant à l'organisation du système de soins et des diverses structures et administrations qui

contribuent à son fonctionnement. Cette seconde composante a été longtemps méconnue par les médecins. Elle était cependant portée par les gestionnaires et financeurs du système de santé eux-mêmes en miroir, insuffisamment attentifs aux points de vue des médecins.

L'enjeu d'aujourd'hui est donc que ces deux composantes, compétence individuelle et organisation efficiente, voient leurs effets se cumuler au bénéfice de la qualité du service rendu aux patients. C'est dans ce sens que les Britanniques, depuis quelques années, ont promu le concept de « *clinical governance* » pour accroître l'efficacité de leur *National Health Service* (NHS).

C'est également dans ce sens que les Hollandais, synthétisant des travaux menés des deux côtés de l'Atlantique, nous invitent à poursuivre en proposant l'intégration des deux approches portées, pour la première, par les cliniciens et, pour la seconde, par les managers.

En réalité, cette invitation est plutôt impérative, en aval du constat qu'ils font du gouffre (d'un abîme, *chasm* en langue anglaise) existant entre les deux approches :

« De nombreuses initiatives distinctes contribuent à améliorer les différentes composantes de la qualité. Au moyen des recommandations de pratique et des audits, les cliniciens développent la dimension "evidence-based" de leur activité. De leur côté, les managers et les qualitateurs organisent les procédures d'accréditation ou de certification, tandis que d'autres gestionnaires/managers s'impliquent dans les systèmes d'information médicalisée ou de rationalisation des ressources. La plupart du temps, cependant, toutes ces initiatives sont conduites séparément et les équipes travaillent chacune pour elle-même, dans l'ignorance des autres » (*Int J Qual Health Care* 2005 ; 17 : 75-82).

### Des difficultés techniques et culturelles à surmonter

Pour conclure à ce stade, il faut surtout rappeler que cette recherche permanente d'amélioration de la qualité n'est pas nouvelle pour les médecins ; elle était de tout temps présente à leur esprit. Il se trouve cependant que ce qui était le plus souvent implicite va devenir de plus en plus explicite.

Les activités diagnostiques et thérapeutiques des médecins sont donc appelées

à s'inscrire dans des processus d'évaluation et d'amélioration continues. Cette explicitation est cependant susceptible de provoquer des difficultés essentiellement de deux ordres.

- D'abord, d'un point de vue technique. Les évaluations des pratiques vont sans doute faire intervenir des procédures et des méthodes. Il est essentiel que les médecins se retrouvent dans ces procédures et qu'ils n'aient pas le sentiment d'être submergés par une technocratie triomphante.

Au-delà des premières expérimentations, il faut souhaiter que, l'évaluation se généra-

lisant, il ne sera plus nécessaire de plaquer sur l'exercice médical des méthodes ou des procédures, mais que l'évaluation se trouvera intégrée dans des formes renouvelées de l'exercice clinique. C'est déjà le cas aujourd'hui au sein des services cliniques qui mettent en œuvre des revues de morbi-mortalité ou des séances de révision de dossiers ou de bibliographie commentée, au terme desquelles les protocoles de prise en charge sont continuellement réadaptés.

De ce point de vue, il ne faut pas hésiter à rappeler aussi souvent que nécessaire que l'évaluation, quelle que soit l'approche utilisée, n'est que la résultante d'une mise

en relation des pratiques avec un « référentiel », et qu'il faut avant tout se soucier de l'acceptabilité et de la validité de la démarche d'évaluation.

- Ensuite, d'un point de vue culturel. Aujourd'hui encore les évaluations peuvent être considérées comme des contrôles conduisant systématiquement à des sanctions. Au contraire, l'évaluation ayant pour finalité première une amélioration du service rendu est encore méconnue. C'est ce modèle dénommé « évaluation formative », relativement étranger à la culture latine, qu'il convient de développer de manière privilégiée. ■

## Extrait de la plaquette réalisée par la Haute Autorité de santé



### Le cadre réglementaire

L'EPP est obligatoire pour tous les médecins (loi du 13 août 2004). Elle s'inscrit dans une démarche coordonnée avec la formation médicale continue (FMC) et doit contribuer à améliorer l'efficacité de cette dernière.

L'EPP 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 (HAS) et

inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (décret du 14 avril 2005).

### Le concept

La HAS propose aux professionnels une évaluation.

- Formative (et non sanctionnante), elle vise à favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. En aucune manière il ne s'agit d'une procédure de vérification à échéances régulières des pratiques.

- Intégrée à l'exercice clinique (et non surajoutée à celui-ci); il doit devenir habituel, voire routinier, pour les équipes médico-soignantes de mettre en œuvre une analyse régulière de leurs pratiques.

La finalité n'est pas l'évaluation des pratiques, qui n'est qu'un moyen, mais bien l'amélioration des pratiques.

### La mise en œuvre

La HAS incite les professionnels à favoriser des modalités d'exercice comportant un volet d'évaluation, mais ne recommande pas une méthode spécifique.

Ainsi, l'EPP pourra revêtir des modalités diverses tels les groupes d'analyse de pratiques entre pairs, les réunions de concertation pluridisciplinaire (en cancérologie ou pour d'autres pathologies), les réseaux de soins, les staffs EPP, les revues de morbi-mortalité utilisant, le cas échéant, différentes méthodes tels l'audit clinique, les chemins cliniques, les revues de pertinence, le suivi d'indicateurs.

Des fiches synthétiques présentant ces différentes démarches et méthodes d'EPP sont disponibles sur le site de la HAS.

### La validation

Ce sont, selon les modes d'exercice, les URML et/ou les CME qui établiront le certificat individuel d'EPP, après avis d'un « regard extérieur » qui est, selon les cas et le choix du médecin : un médecin habilité (MH), un médecin expert extérieur (MEE) ou un organisme agréé (OA).

Mode d'exercice	Certificat individuel d'EPP	« Regard extérieur »
Médecins libéraux hors ES	URML	MH ou OA
Médecins libéraux en ES	URML (± CME)	MH ou OA
Médecins salariés en ES publics et PSPH	CME	MEE ou OA
Médecins salariés hors ES	OA	

Ces certificats individuels seront ensuite envoyés aux conseils régionaux de FMC, qui les transmettront au conseil départemental de l'Ordre des médecins, qui délivrera *in fine* l'attestation quinquennale d'EPP.

En matière de formation médicale continue, la validation de l'EPP procure au médecin concerné un forfait de 100 crédits sur les 250 prévus par le barème quinquennal FMC (arrêté du 13 juillet 2006). ■

EPP des médecins : mode d'emploi (mars 2007) téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)