



J.M. CHABOT
Conseiller Médical du Directeur
Haute Autorité de Santé,
SAINT-DENIS-LA-PLAINE.

Editorial

Dès lors qu'elles ne provoquent pas de réactions d'irritation, d'incrédulité, ou un rejet immédiat, 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 60 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 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 notre formation initiale en faculté ou à l'hôpital ne nous a préparés à cette 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 et tout à fait perceptible, qui porte sur les fondements de l'exercice médical.

Pour beaucoup, les principes énoncés dans la "Charte médicale" de 1927 restent d'actualité et l'exercice clinique continue de se dérouler dans le cadre d'un colloque singulier. Pour d'autres, l'exercice médical devrait de plus en plus s'appuyer sur la mise en œuvre de "recommandations de bonne pratique".

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 d'isoler "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 pro-

motion 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 les 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 ont, depuis quelques années, 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 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 qualitiens 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 initia-*

tives 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).

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 bureaucratie triomphante.

Au-delà des premières expérimentations, il faut souhaiter que l'évaluation se généralisant, 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 rénovées de l'exercice clinique. C'est le cas aujourd'hui dans les réseaux de soins qui fonctionnent et au sein des services cliniques qui mettent en œuvre des revues de morbidité ou des séances de révision de dossiers. C'est aussi le cas pour les Unités qui suivent leur activité clinique au moyen d'indicateurs et qui s'investissent dans la constitution et l'exploitation de registres.

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. ■