

Mots clés :

EPP
Indicateur
Qualité des
soins

Evaluation des pratiques professionnelles : quels enjeux ?

Parler d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) souffre à ce jour des multiples maladresses de « décideurs » divers. L'obligation réglementaire (décrets de 1999 et 2005) créait artificiellement deux « voies » parallèles, FMC et EPP, en insistant beaucoup sur les procédures de contrôle. L'actuel avant-projet de loi *Patients-Santé-Territoires* semble revenir à une formulation plus réaliste, confortant une « formation à visée évaluative ». Le problème de fond reste entier : quels sont les enjeux et les limites ? A qui, et à quoi, doit d'abord servir l'EPP : le patient, le médecin, les gestionnaires du système de soins ? Que devrait être idéalement l'EPP, sinon un « moyen » d'amélioration de la qualité des soins, et peut-être d'appropriation de l'information médicale validée ?

Une obligation contreproductive ?

L'instauration d'une obligation légale, son vécu comme contrôle externe, les formalités d'attestation de sa réalisation peuvent conduire à la tentation, purement formelle et minimaliste, de satisfaire à la règle, sans chercher le bénéfice que l'on peut en tirer pour la pratique, et donc sans intérêt pour la réelle qualité des soins.

Un autre effet pervers d'une EPP trop assimilée à un contrôle externe a été constaté au Royaume Uni avec l'introduction du paiement à la performance¹. Les données de l'évaluation externe des critères de performance préétablis conduit les médecins à centrer leurs efforts dans les domaines faisant l'objet de cette évaluation, à négliger les domaines non évalués, les malades trop sévèrement atteints¹. Malgré un bénéfice reconnu pour certaines pathologies², le rapport avantages/inconvénients de l'évaluation contrôle reste incertain¹.

L'EPP constituant nécessaire de la FMC

Evaluer le résultat des soins serait très difficile, porteur de nombreux biais. Analyser ses propres processus de soins, comparer la réalité à ce qui est souhaitable, est le premier pas d'une démarche de recherche de qualité. La réalité des pratiques n'est ni le reflet des seules connaissances, ni la représentation qu'a le médecin de sa pratique : on sait qu'il y a souvent un très grand écart entre ce que l'on sait et ce que l'on croit faire, ce que l'on croit faire et ce que l'on fait réellement. Ce qui est souhaitable est en première approche, et pour une part limitée du soin, défini dans les synthèses fondées sur les données actuelles de la science (DAS). Les recommandations pour la pratique (RPC) en sont un exemple parmi

d'autres, avec leurs qualités et leurs limites.

Pour des professionnels en exercice, **la formation continue ne peut être qu'évaluative**, ce qui, à partir de ces principes et pour une situation donnée, comprend quatre étapes :

- analyser les pratiques réelles, erreurs comprises, sur des indicateurs de qualité pré-déterminés¹,
- les comparer aux DAS,
- identifier les écarts, les écarts justifiés, et ceux nécessitant des éventuelles améliorations,
- vérifier à distance les modifications réalisées

L'EPP, comme la FMC, est un processus permanent, et ne peut se limiter à une analyse ponctuelle

... mais difficile à mettre en œuvre

Les DAS correspondent pour l'essentiel, en tout cas le « démontré », à des patients « standardisés » souvent peu comparables à ceux de tous les jours, notamment les personnes âgées et/ou polyopathologiques. Les aspects psychologiques, attentes, représentations et préférences du patient ne sont pas pris en compte³, ni bien sûr les caractéristiques de chaque praticien.

Rappelons que les RPC ne sont pas des « règles » à appliquer impérativement, mais des guides à adapter aux conditions d'exercice liées au patient et au médecin. Elles doivent être régulièrement actualisées et surtout prendre en compte les aspects particuliers des divers modes d'exercice. Les indicateurs ne peuvent être qu'un reflet imparfait des conditions de la pratique. Ceux concernant la relation interpersonnelle restent à inventer.

Que conclure pour notre pratique ?

Evaluer les pratiques professionnelles est nécessaire à leur amélioration. Mais considérer l'EPP sous le seul point de vue de l'obligation risque de nuire à cet objectif.

Les enjeux en cours sont multiples : intégrer l'évaluation aux pratiques et à la FMC, s'appuyer sur des données scientifiques constamment réactualisées, privilégier la transparence et l'expérience professionnelle collective, améliorer sans cesse la compétence des professionnels. Cela nécessite de définir des indicateurs adaptés.

La décision médicale n'est pas seulement l'application d'une RPC, mais son adaptation aux particularités du contexte. Les écarts sont possibles entre la RPC et la décision prise, à condition d'être justifiés, donc d'avoir fait l'objet d'une réelle analyse. C'est dire l'importance du dossier médical où cela doit être noté.

Nous analyserons ces points dans de prochains Bibliomed.

Références :
1 - Mansion R, Davies H. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008; 336:306-8.
2 - Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance? *N Engl J Med*. 2007; 357: 181-90.
3 - Lester H, Roland M. Future of quality measurement. *BMJ*. 2007; 335: 1130-1