

L'expérience professionnelle garantit-elle la qualité des soins ?

Mots
clés :

Exercice
profes-
sionnel,
Qualité
des
soins,
Evalu-
ation des
prati-
ques.

La qualité des soins est à l'ordre du jour. Parmi ses déterminants, l'expérience professionnelle est habituellement considérée comme un facteur important, non par l'intermédiaire des connaissances qui évoluent en permanence, mais par celui de la compétence acquise au fil des années. Cet *a priori* favorable est-il justifié ? Des études ont évalué l'influence de l'ancienneté sur la qualité des soins ; les indicateurs peuvent porter sur la morbidité ou la mortalité mais sont difficiles à mettre en œuvre. Plus souvent, il s'agit d'indicateurs intermédiaires recueillis dans les dossiers des patients¹. Une revue systématique américaine² a recensé toutes les publications s'intéressant à cette question. Les résultats sont troublants...

Sur quelles données s'appuie cette revue ?

Les auteurs américains² ont sélectionné au final 62 études utilisant comme critères d'analyse à la fois des résultats d'observation des pratiques réelles et la durée de cette pratique ou l'âge du médecin. Ils les ont analysées en 4 groupes, selon les données recueillies : **connaissances** (par exemple des risques transfusionnels, pour les chirurgiens et anesthésistes ; 12 études au total), **adhésion aux standards de pratique pour le dépistage, la prévention et le diagnostic** (24 études), **adhésion aux recommandations thérapeutiques** (par exemple l'utilisation de l'aspirine chez les patients atteints d'angor stable ; 19 études), **résultats de soins** (par exemple mortalité chez les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde aigu ; 7 études).

Une étude aux limites évidentes...

Ces études, par trop hétérogènes, n'ont pas permis de méta-analyse. Les auteurs reconnaissent qu'il est difficile d'être exhaustif, faute de mots-clés appropriés. Les désaccords possibles sur les recommandations font que le respect des référentiels qui en sont issus n'est pas nécessairement un bon indicateur. Aucune étude ne prend en compte des données moins « évaluables » telles qu'un meilleur jugement diagnostique ou une approche plus humaniste de la médecine...

Que conclure :

Cette synthèse rassemble les données de l'évaluation des pratiques de près de 60 000 médecins de toutes disciplines. Malgré ses faiblesses, elle nous pose de vraies questions, que souligne l'éditorial qui l'accompagne⁴ :

- **L'expérience n'est pas garantie de qualité des soins. Elle doit être en permanence confrontée aux données nouvelles de la médecine factuelle.** C'est cela qui définit les objectifs d'une FMC, d'un *développement professionnel continu* (DPC) tout au long de la vie professionnelle.

- **Ce n'est que cette confrontation des pratiques et des référentiels qui peut assurer les changements et adaptations nécessaires.** Ainsi, le DPC repose d'abord sur une analyse des modalités et des résultats de la décision médicale dans les différentes configurations de la pratique.

- Cette analyse, quelles que soient les méthodes utilisées, implique le choix d'indicateurs pertinents. **C'est cela l'évaluation qui n'est pas une fin en soi, mais la première étape d'une démarche d'assurance qualité où la formation répond aux questions posées par l'évaluation des pratiques.** C'est ce que réaffirmait récemment, longtemps après Hippocrate, la *charte du professionnalisme médical* proposée par les associations d'internistes américains et européens⁴. Nous y reviendrons.

... mais des résultats troublants. 52% des études retenues montrent une association constamment négative entre performance du médecin et durée d'exercice pour tous les paramètres évalués ; 21% une association partiellement négative (positive pour certains critères) ; 3% une courbe concave d'amélioration durant les premières années d'autonomie professionnelle, puis de stagnation, puis de régression. Une seule étude (2%) montre une association positive pour tous les paramètres. Ces résultats ne sont pas remis en cause en restreignant l'analyse aux indicateurs les plus objectifs. Au total, les 3/4 de ces études faites entre 1966 et 2004 montrent qu'il est au moins plausible que les médecins les plus expérimentés délivrent des soins de moindre qualité.

Quels sont les bons indicateurs ?

Les auteurs ajoutent prudemment qu'il n'est pas question de tirer de conclusions définitives de cette synthèse ; qu'il faudrait maintenant programmer des recherches portant sur des indicateurs spécifiques de maladies ou processus pathologiques ; que les effets de l'âge sont probablement très différents d'un mode d'exercice à l'autre, notamment entre pratiques individuelles et travail d'équipe ; et que la formation continue est sans doute le cœur du problème...

Références :

- 1 - Collectif. *La recertification des médecins en exercice. Données internationales. Bibliomed. 1999; 162.*
- 2 - Choudhry NK et al. *Systematic review : the relationship between clinical experience and quality of healthcare. Ann Intern Med. 2005; 142: 260-73.*
- 3 - Weinsberger SE, Duffy FD. *"Practice makes perfect"... or does it ? Ann Intern Med. 2005; 142: 302-3.*
- 4 - ABIM Foundation. *Medical Professionalism in the new millennium : a physician charter. Ann Intern Med. 2002; 136: 243-6.*