

Mots clés :

EPP  
Indicateur  
Qualité des  
soins

## Evaluer les pratiques professionnelles : avec quels indicateurs ?

Le seul véritable intérêt d'une évaluation des pratiques professionnelles des médecins (EPP) est d'améliorer la qualité des soins délivrés<sup>1</sup>. Encore faut-il définir au préalable ce qui caractérise des soins de qualité ; et parallèlement à quels paramètres objectivables, les indicateurs, ils correspondent en matière de pratiques professionnelles. Il s'agira alors de comparer les soins réels à ces indicateurs, comparaison qui ne peut se faire sur des données purement déclaratives. On voit ainsi l'importance du choix de ces indicateurs : ils doivent témoigner de la qualité des soins, et leur utilisation identifier une amélioration de cette qualité et non simplement le respect des indicateurs choisis<sup>2</sup>.

### Des critères de qualité aux indicateurs

Identifier les critères de qualité des soins est difficile : selon le point de vue où l'on se place, les critères pourront concerner **le patient** (son état de santé, sa qualité de vie, sa satisfaction, etc.), **le médecin** (son environnement de travail, sa qualité de vie, sa satisfaction, etc.), **le décideur ou financeur** (ses priorités pour la santé, ses capacités de dépenses, etc.). Pour être évalués, ces critères devraient être établis sur des données objectives, à partir des données scientifiques régulièrement actualisées, correspondre à un bénéfice reconnu pour le patient, être acceptable et coût-efficaces. C'est à partir de ces données que doivent être définis les indicateurs de qualité des soins utilisables dans le processus d'EPP pour comparer les pratiques aux objectifs de qualité. Ils doivent correspondre à la réalité des pratiques des médecins concernés, être si possible quantifiable, mesurable et identifiable de façon simple et objective, notamment dans le dossier médical<sup>4</sup>.

### A partir de quels « référentiels » ?

Les RPC et autres référentiels, conçus à partir de synthèses des essais cliniques, visent à définir à un moment donné le meilleur état des données scientifiques disponibles. Ils sont en général centrés sur une maladie, avant tout sur les aspects techniques du soin, parfois leur organisation ; ils sont fondés sur des études concernant des patients sélectionnés. C'est dans cet (étroit) domaine de la qualité des soins que des indicateurs quantifiables, issus du dossier médical, sont aisés à utiliser<sup>3</sup>. Il serait pourtant illusoire de limiter l'EPP à ces seuls indicateurs qui ne prennent en compte ni la diversité des patients, souvent bien différents de ceux des essais, ni les problèmes relationnels pourtant élémentairement majeur de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients.<sup>2</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Il est impossible aujourd'hui de concevoir une méthode unique d'EPP « externe »,** c'est-à-dire répondant aux exigences réglementaires en cours, sauf à admettre que la qualité des soins répond à des processus simples et stables dans le temps. Ce n'est le cas que de très peu des problèmes humains envisagés en matière de santé...

**Une EPP « interne » est nécessaire :** l'incitation à regarder ses pratiques, à les remettre en cause est facteur de progrès. Mais elle ne doit pas oublier le patient au-delà des impératifs de la maladie.

C'est à partir de ces deux constats que nous pouvons analyser les méthodes d'EPP possibles et utiles à la qualité de soins.

### Des indicateurs à diversifier

Les indicateurs de résultats (morbi-mortalité) sont difficiles à établir et à interpréter : le lien entre procédures les résultats n'est pas toujours évident<sup>3</sup>.

**Définir des indicateurs pour les procédures de soins est relativement simple :** on peut aisément relever sur le dossier du patient si tel examen a été réalisé, tel traitement prescrit... On pourra ainsi évaluer, interpréter, corriger si nécessaire, réévaluer à distance, et même juger du bénéfice sur des critères intermédiaires (chiffres de TA, d'HbA1c...).

**Définir des indicateurs pour des situations moins « standardisées » est difficile** (polypathologies, enfants, personnes âgées...). Pourtant dans ces situations, les décisions doivent tout particulièrement prendre en compte le contexte spécifique<sup>2,5</sup>.

**C'est encore moins aisé pour ce qui concerne directement la relation patient-médecin :** capacités, représentations, attentes, priorités, qualité de vie du patient. C'est aussi le problème des symptômes médicalement inexplicables. La structuration de la démarche clinique est alors plus importante que la prescription d'un examen ou d'un médicament.

### L'analyse objective des pratiques ne peut ainsi se limiter aux indicateurs « classiques »

Si le but recherché est bien d'améliorer la qualité des soins, non de répondre à une quelconque obligation réglementaire, l'EPP passe alors par une analyse des pratiques réelles en petits groupes de pairs, en toute transparence et objectivité<sup>6</sup>. Elle permet la référence permanente aux données scientifiques disponibles, et le travail d'expertise nécessaire, interne ou externe au groupe, mais aussi les échanges sur les autres aspects de la pratique.

#### Références :

1. Collectif. EPP et qualité des soins. Principes généraux. *Bibliomed* 2008,...
- 2- Heath I et al. Measuring performance and missing the point? *BMJ*. 2007 ; 335 : 1075-6.
- 3- Durieux P. Evaluation, qualité, sécurité. Paris: Médecine-Sciences Flammarion: 1997.
- 4 - Campbell SM et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*. 2003; 326: 816-9
- 5- Smith KL et al. National quality-of-care standards in home-based primary care. *Ann Int Med*. 2007; 146: 188-92.
- 6- Brami J. EPP et groupes d'analyse de pratiques entre pairs : l'association idéale pour le généraliste. *Rev Prat Med Gen*. 2006; 29(740): 902-4.