



Qu'est-ce qu'une recommandation professionnelle opposable ?

Vers l'accréditation individuelle ?

Opposable professional recommendation: what is it? Toward individual accreditation?

Mots-clés : Évaluation formative, Amélioration de la prise en charge, Amélioration de la qualité.

Keywords: *Formative assessment, Improvement of health care, Quality improvement.*

J.-M. Chabot⁽¹⁾

“Les lois sont des institutions particulières et précises de la législature ; et les mœurs et les manières, des institutions de la nation, en général.

De là suit que lorsqu'on veut changer les mœurs et les manières, il ne faut pas les changer par les lois cela paraîtrait trop tyrannique : il vaut mieux les changer par d'autres mœurs et d'autres manières...

C'est une très mauvaise politique de changer par les lois ce qui doit être changé par les manières. Il y a des moyens pour faire changer les manières : ce sont les exemples.”

Montesquieu : De l'Esprit des lois, livre XIX, chapitre XIV

Nous évoluons donc vers une médecine dont l'exercice tend à devenir davantage “protocole” et évalué. Cette évolution de l'exercice médical traduit une tendance lourde touchant l'ensemble de nos organisations scientifiques et sociales.

Et même si cette évolution a quelquefois provoqué des réactions contrastées d'impatience, d'agacement ou d'incrédulité, il faut observer qu'elle a été menée sur une période relativement courte (une quinzaine d'années de la fin des années 1980 à 2005) et qu'elle s'est déroulée sous trois influences principales qui ne se démentent pas :

1. Haute Autorité de santé, Saint-Denis.

- celle des financeurs, publics ou privés, soucieux de maîtriser les dépenses, fortement croissantes, liées à la santé ;
- celle des patients et des associations qui les représentent, de plus en plus attentifs aux soins qu'ils reçoivent ;
- celle des médecins, qui perçoivent, de manière aiguë la nécessité de redéfinir leur situation au sein de la société [1].

Dans ce contexte, deux nouvelles obligations, pesant sur les épaules des médecins viennent d'être instituées. La première est une obligation de formation continue, portée par la loi de mars 2002, et sensiblement modifiée par l'article 98 de la loi de santé publique publiée au JO du 11 août 2004. La seconde est une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles, portée par la loi relative à l'assurance maladie (art. 14 et art. 16), publiée au JO du 17 août 2004.

On peut s'attendre à ce que les textes d'application des deux lois tendent à l'équivalence des exigences de formation et d'évaluation. En réalité, il s'agit bien davantage d'un changement de culture et non pas d'une simple modification légale ; d'où la réflexion de Montesquieu placée en exergue de ce texte.

Le but poursuivi par ces nouvelles dispositions légales est la recherche d'une efficacité et d'une utilité maximales de l'activité des médecins et, plus largement, du fonctionnement du système de santé. Efficacité et utilité étant appréciées à l'aune d'un concept de mieux en mieux précisé, **la qualité des soins** et de son précurseur indispensable, **l'évaluation**.

En réalité, 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 continue. Cette explicitation est, cependant, susceptible de provoquer des difficultés, essentiellement de deux ordres.

Difficultés d'ordre technique

L'évaluation des pratiques va 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 et noyés dans un jargon inutile (*voir encadré*).

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 renouvelées de l'exercice clinique. C'est le cas, dès aujourd'hui, dans les réseaux de soins qui fonctionnent et au sein des services cliniques qui mettent en œuvre, par exemple, des revues de morbi-mortalité ou des séances de révision de dossiers. C'est également le cas au sein des unités de concertation pluridisciplinaire (UCP).

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 qu'une comparaison entre des pratiques et une référence (ou une recommandation ou *guidelines* ou démarche idéale...), et qu'il faut avant tout se soucier de l'acceptabilité et de la validité de la procédure d'évaluation [2].

Difficultés d'ordre culturel

Aujourd'hui encore, l'évaluation peut être considérée comme un contrôle 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 [3] – relativement étranger à la culture latine – qu'il convient de développer de manière privilégiée.

Références bibliographiques

[1] Kassirer JP. Doctor discontent. *N Engl J Med* 1998;339:1543-5.

[2] Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326(7393):816-9.

[3] Chabot JM. Évaluation: quelle place dans la formation? *Rev Prat* 1996; 46:341-2.

[4] Field MJ, Lohr MJ, eds *Clinical Practice Guidelines: National Acad Pr*, 1990.

[5] Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G, Moran SE. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999;11(1):21-8. Review.

Le titre proposé pour cette communication traduit bien les facilités qui peuvent être faites à un inutile jargon.

La recommandation (de pratique clinique) correspond à une définition précise. Ce sont des “propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à identifier les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données”. [4] Les recommandations de pratique clinique (RPC ou guidelines) incluent “l'intention délibérée d'influencer la pratique médicale [1]” des systèmes de santé.

Le caractère opposable d'une recommandation renvoie à des dispositions conventionnelles arrêtées entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux.

- Ainsi en 1993, la convention avait institué les RMO : “Il n'y a pas lieu de...”. Ces RMO étaient tombées en désuétude moins d'une année après leur lancement ; et pourtant...

- Ainsi le décret précisant les missions de la HAS (art. R.161-72 du CSS) indique : “Dans le domaine de l'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques, la Haute Autorité établit les références professionnelles mentionnées à l'article L.162-12-15 susceptibles d'être rendues opposables aux professionnels de santé par les conventions prévues aux articles (...) ainsi que les recommandations de bonnes pratiques qui y sont associées.”

Enfin, **l'accréditation**. Jusqu'à la loi relative à l'assurance maladie d'août 2004, elle s'appliquait aux établissements de santé publics ou privés. Mais les aléas de la discussion parlementaire, lors du vote de la réforme de l'assurance maladie, ont fait que l'“accréditation” des établissements de santé, instituée par l'ordonnance d'avril 1996, s'intitule désormais “certification”.

La cause en est que le terme “accréditation” a été finalement choisi (on peut sur ce point consulter la transcription des débats à l'Assemblée nationale lors de la deuxième séance du jeudi 8 juillet 2004) pour désigner la nouvelle procédure (art. 16 de la loi) par laquelle des médecins exerçant dans des spécialités dites “à risque” pouvaient bénéficier d'éléments de valorisation professionnelle, dès lors qu'ils s'engageaient dans une procédure garantissant la qualité de leur pratique et pour laquelle le terme “labellisation” avait été initialement envisagé.

Ainsi, par un jeu de dominos, “accréditation” est devenue “certification” sans que cela n'ait de signification particulière pour le législateur.