

# L'assurance de qualité et le médecin de famille

## Quality assurance and family medicine

by

Roland M. <sup>1,2,3</sup>, Prevost M. <sup>1</sup>, Jamoulle M. <sup>1,3</sup>

---

### Abstract

*Quality assurance for general practice/family medicine is a planified action or a program which includes results assessment and whose goals are to maintain or to achieve standards or pre-definite references for patients care. This WONCA (World Organization of General Practice/Family Medicine) definition is explicated point after point and step by step, successively describing quality actors (patients, care providers, funders and decidors), quality levels (national, local, practice, individual) and quality dimensions (structures, processes and outcomes). Some words are defined: guideline, indicator, criteria, standard and audit. Care and health systems quality criteria are reviewed one after one. At the end a lot of quality development tools specifically built for family medicine are presented.*

---

<sup>1</sup> Fédération des Maisons Médicales, boulevard du Midi 25(5), B-1000 Bruxelles, tél: 32.2.514.40.14, fax: 32.2.514.40.04.

<sup>2</sup> CUMG ULB

<sup>3</sup> Ecole de Santé Publique de l'ULB, Unité de Socio-Epidémiologie de la Santé.

## Keywords

Quality assurance, General practice, Family medicine, Evaluation, Health systems quality.

*«Cette vision de la science a bien sûr une portée utopique, tout comme la «nouvelle alliance» entre les savoirs ... Elle traduit la nécessité que nous ressentons de nous libérer de l'image, aujourd'hui encore dominante, d'une rationalité scientifique neutre, destinée à détruire ce qu'elle ne peut comprendre et contre laquelle devraient être défendues les questions et les passions qui donnent son sens à la vie humaine. Elle traduit aussi notre conviction profonde selon laquelle ce sont des généralisations hâtives, et non sa vérité, qui ont conduit la science à opposer l'homme et le monde qu'il cherche à comprendre» (1).*

## 1. Introduction

L'assurance de qualité est une méthode dont le but est de construire et proposer des outils efficaces pour évaluer les résultats d'un processus. Cette méthode est depuis quelques années en pleine extension dans le domaine de la santé, et jouit d'une réputation positive de modernité et d'efficacité.

Née dans l'industrie et encore porteuse de certaines de ses caractéristiques initiales, l'assurance de qualité conserve souvent une image de rigueur presque rigide, plus apte à contrôler et éliminer les mauvaises pièces de voitures qu'à appréhender et améliorer les fonctionnements humains – et dès lors, difficilement transposable dans le champ médical. Cependant, le concept n'est pas réellement neuf dans ce domaine: de tous temps, les médecins ont essayé de faire du mieux qu'ils pouvaient avec les moyens disponibles (connaissance, argent, temps ...), en reconnaissant comme nécessaire l'évaluation de leurs pratiques, individuelles et collectives. En 1933, certains (2) disaient déjà d'ailleurs que des soins médicaux de qualité:

- sont limités à une pratique rationnelle basée sur des connaissances actualisées,
- favorisent la prévention,
- requièrent une coopération intelligente entre les patients et les praticiens,
- prennent en charge les individus dans leur globalité,

- maintiennent une relation personnelle étroite et continue entre patients et praticiens,
- sont coordonnés avec les autres intervenants du bien-être social,
- coordonnent tous les types de services médicaux,
- appliquent tous les services nécessaires afin de répondre aux besoins de tous les individus.

Plus de 60 ans plus tard, il y a peu à ajouter à cette définition, dans laquelle on retrouve cités les principaux critères de qualité des soins.

Le développement récent des méthodologies d'assurance de qualité et leur utilisation progressivement généralisée tiennent sans doute à différents facteurs simultanés et synergiques (3):

- **le poids des contraintes financières** et la volonté de maîtriser la croissance des coûts (notamment en matière de soins de santé) tout en préservant la qualité, dans un contexte de raréfaction des ressources (qu'il faut cependant nuancer: en effet, la masse monétaire est globalement partout en augmentation constante – mais plus de 90% du capital disponible est immobilisé dans les circuits spéculatifs, alors que seuls 10% sont utilisés dans ceux des échanges et de la production ...).
- **le développement de la qualité des recueils de données sanitaires:** dossiers individuels, profils médicaux et de prescription, réseaux de médecins vigie, registres de pathologies spécifiques, statistiques de santé publique etc. Il est logique de penser à utiliser ces données à des fins d'analyse et d'optimisation.
- **le développement systématique de l'éducation médicale**, essentiellement depuis le début des années 1980. On a assisté en effet à une transformation fondamentale du modèle d'enseignement traditionnel de maître à élève (soit individuellement: le professeur et le disciple, soit collectivement: les cours ex cathedra), à une pédagogie nouvelle basée sur l'échange de savoirs et la participation, mais aussi sur l'apprentissage du savoir faire et du savoir être, dans lequel l'observation et l'évaluation de soi et de l'autre sont des éléments fondamentaux.
- **la multiplication des pratiques de groupe** impliquant des structures et un travail au quotidien basés sur l'utilisation d'outils communs, dont le plus important est probablement le dossier médical; ceci favorise intrinsèquement le partage d'informations, le regard critique, l'évaluation et le souci d'amélioration.
- **la volonté exprimée de plus en plus clairement, parfois même avec une certaine exigence, par trois des acteurs du système de**

**santé** (les patients, les décideurs politiques et les organismes assureurs payeurs) d'une plus grande transparence de son quatrième acteur, le corps des dispensateurs. La qualité des services de ceux-ci est aujourd'hui interpellée et revendiquée comme une attente légitime, qui ne peut pas être laissée à l'appréciation des seuls professionnels.

Certaines des raisons citées, expliquant la multiplication actuelle des techniques et des actions d'assurance de qualité, éveillent chez beaucoup de dispensateurs réticence, crainte ou même rejet inconditionnel. Ces réactions ne sont pas réductibles à un réflexe de type corporatiste. Il convient donc d'en tenir compte afin de mieux faire percevoir l'intérêt de l'assurance de qualité. Il s'agit aussi de mettre en lumière les points de convergence qui existent entre les pratiques actuelles et cette nouvelle démarche: de nombreux dispensateurs savent, même s'ils ne l'expriment pas de manière théorique, que leur agir et leur être font partie de la qualité des soins. Il leur appartient de forger leurs outils au feu de l'expérience et de les utiliser dans les tourmentes de leurs pratiques, en intégrant une science syncrétique, positive et bio-médicale mais aussi psycho-sociale, mêlant connaissance pure, psychologie, philosophie et politique. Les médecins et les autres dispensateurs sont donc mieux placés que quiconque pour organiser leur propre assurance de qualité, en tenant compte des exigences et des avis justifiés de la population, des décideurs et des payeurs. C'est sans doute une gageure mais à s'y essayer, ils n'auront qu'à y gagner et à y retrouver plus de satisfaction, de reconnaissance et de légitimité.

## **2. Définition du concept**

Le concept de qualité en général (qualité totale) est à l'origine défini comme les propriétés et les caractéristiques exemplaires d'un produit ou d'un service qui déterminent sa capacité à rencontrer la demande: c'est le degré ou la catégorie de l'excellence. L'évaluation de la qualité est donc a priori du côté du spectateur, du consommateur, du témoin, ce qui implique une dimension dynamique: le contexte, les attentes, les demandes, les coûts changent au cours du temps. Rien d'étonnant dès lors à ce que le paramètre varie en fonction du groupe client qui le définit et le conditionne. Dans l'industrie, où l'explicitation du concept est apparue initialement, c'est l'empreinte consumériste qui domine: un produit est de qualité totale s'il satisfait entièrement la clientèle, et ce n'est qu'assez récemment que d'autres dimensions ont été ajoutées à ce contenu assez restrictif.

Cette analogie avec une approche de type consumériste a bien évidemment des limites dans le domaine médical. Les pratiques de soins sont en principe basées plus sur le besoin tel qu'il est défini par les professionnels, que sur les seules demandes du public, et elles sont guidées par des objectifs pré-définis :

«La qualité des soins est le degré avec lequel les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'atteindre les objectifs de résultats sanitaires pré-définis, en adéquation avec la connaissance scientifique actuelle» (4). Il y a toutefois, constamment, un équilibre à trouver entre la qualité des soins définis par les dispensateurs et les attentes de la population: sans tomber dans des comportements démagogiques, les médecins de famille ne peuvent donc ignorer la demande du public – ce qui les met dès lors en position d'être jaugés par des groupes sociaux nombreux et variés, aux intérêts parfois contradictoires.

Plusieurs définitions ont été données à l'assurance de qualité appliquée au secteur de la santé. Celle de la WONCA est probablement la plus complète: «L'assurance de qualité pour la médecine générale /médecine de famille est une action planifiée ou un programme qui inclut l'évaluation des performances, et qui a comme objectif d'assurer que les soins au patient soient maintenus ou amenés à des standards ou des références pré-définis». Dans cette définition, extraite du rapport d'un groupe de travail mondial de la WONCA sur l'assurance de qualité, chaque partie est importante et a été longuement développée et argumentée par les auteurs chargés de la rédaction. L'assurance de qualité implique une démarche volontaire et systématique («action planifiée»), une séquence d'étapes organisées («programme»), l'appréciation exacte des résultats («évaluation des performances»), un centrage constant sur les destinataires des actions des prestataires («les soins au patient»), la recherche de l'optimal («maintenus ou amenés à»), la définition et le maniement d'instruments et d'éléments de comparaison («standards ou références»), le tout dans une visée anticipative («pré-définis»).

L'assurance de qualité peut donc se représenter conceptuellement comme un modèle cyclique bouclant sans cesse ce qui devrait être avec ce qui est réellement, en passant par un stade d'évaluation et de changement (5, 6): voir **Figure 1**.

Cette dimension dynamique incluant le maintien à ce qui est bien et/ou la transformation vers ce qui est mieux est relativement récente. Initialement, et on retrouve là les origines du concept, la démarche de

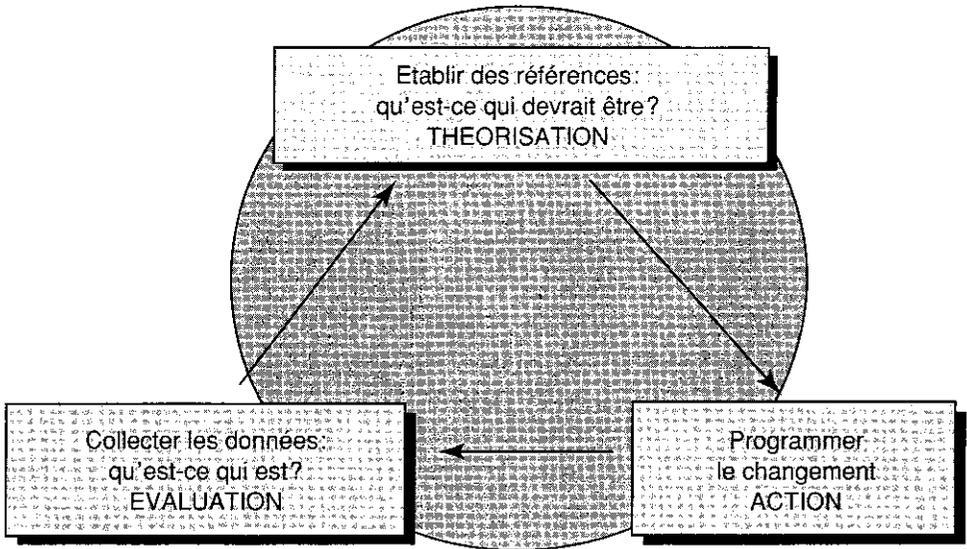


Fig. 1: Le cycle de l'assurance de qualité

qualité était a priori statique, réduite à une évaluation (*quality assessment*) pour appréhender le degré de performance atteint à un moment donné. Souvent, l'évaluation était synonyme de contrôle (*quality control*), cherchant à identifier et éliminer les mauvais produits. La notion d'assurance de qualité est dès lors encore souvent attachée pour beaucoup de médecins, et pas toujours à tort d'ailleurs, à celle d'examen et/ou de sanction, cherchant à séparer le bon grain de l'ivraie (*theory of bad apples*), et supposée entachée du poids péjoratif d'un Etat à visée totalitaire. Pourtant, si l'évaluation est indispensable, elle ne constitue qu'une étape d'un processus beaucoup plus global dont l'objectif est d'améliorer et non pas de punir (*theory of continuous improvement*). Evaluer ne sert qu'à identifier ce qui est satisfaisant pour le maintenir et ce qui ne l'est pas pour l'améliorer (*quality development ou quality improvement*). L'assurance de qualité (*quality assurance*) englobe tous les composants qui viennent d'être définis (voir **Figure 2**) et les réunit dans une dynamique séquentielle, cohérente et récursive. Il s'agit donc bien du processus continu (3) destiné à boucler et reboucler sans cesse, tel qu'il est illustré dans la **Figure 1**.

Une telle interprétation de la notion d'assurance de qualité ne complète que très peu la définition de Black (7): «l'évaluation des soins médicaux, les efforts pour améliorer leur dispensation, et les procédures pour assurer que leur qualité soit maintenue».

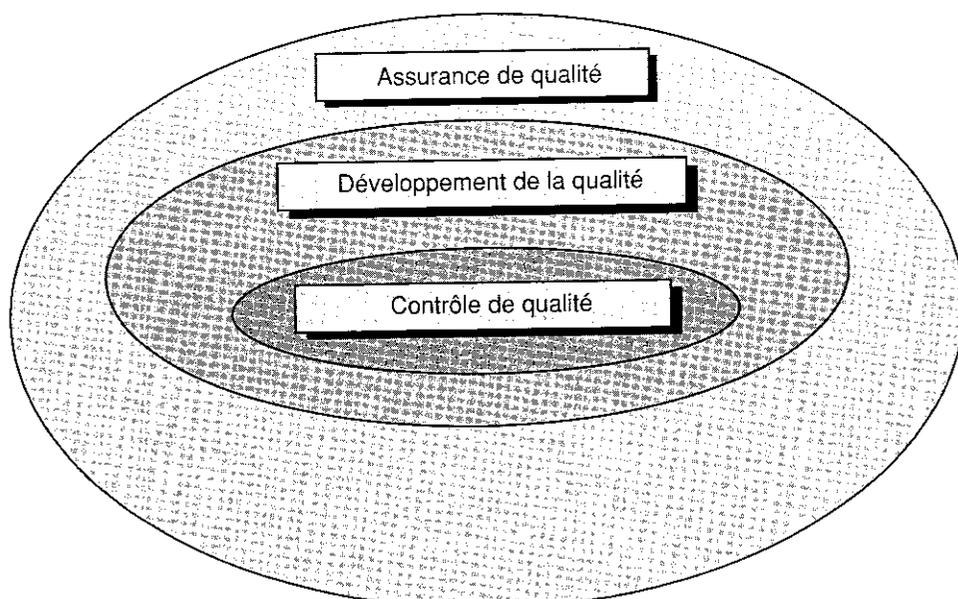


Fig. 2: Les composants de l'assurance de qualité

L'assurance de qualité peut revêtir concrètement plusieurs formes et se traduire par de multiples manières différentes d'agir. Certaines d'entre elles seront explicitées plus loin. Mais pour le médecin de famille dans sa pratique, il s'agit autant d'être que de faire, d'avoir une volonté de regard critique sur son propre travail et sur ses habitudes les plus ancrées et les plus immuables dans un but d'amélioration: nouvelle façon, en tout cas conceptualisée, de concevoir son métier et son travail.

### 3. Les différents aspects de la qualité

Les méthodes de l'assurance de qualité concernent plusieurs types d'acteurs, plusieurs niveaux d'intervention, et plusieurs dimensions.

#### 3.1. Les acteurs

Leur présence (ou en tout cas leur prise en compte active) est nécessaire dans tous les processus de recherche ou de décision, pour leur assurer globalité et cohérence. Ces acteurs ont des places différentes, parfois complémentaires, parfois antagonistes, dans le système de santé et les filières de soins, ce qui explique la difficulté de définir des recommandations ou de prendre des mesures qui tiennent simultanément

ment compte de toutes les complexités. Il existe entre ces divers acteurs toute une série de lieux de dialogue et de discussion, où le pouvoir de décision est exercé à géométrie variable en fonction des circonstances et du poids des lobbies. A côté des impératifs économiques (le plus souvent prépondérants), la recherche et l'assurance de qualité sont souvent les moteurs de ces différents lieux de concertation.

### *3.1.1. Les patients*

Le niveau de participation offert aux patients est souvent peu important. Ils sont cependant les premiers concernés par la qualité des soins qui leur sont prodigués et par les résultats de ceux-ci. Ils sont également les mieux à même d'apprécier certains éléments de la qualité des soins: par exemple, l'empathie du médecin, sa disponibilité, sa volonté d'impliquer ses patients dans leur prise en charge, le temps d'attente aux consultations. Ils ont aussi leurs propres idées sur les compétences techniques et relationnelles de leur médecin. C'est également à leur niveau que se recueillent certains des indicateurs de qualité les plus importants: qualité de vie, état global de bien-être, évaluations fonctionnelles etc. Enfin, les patients peuvent intervenir pour guider le choix des matières à évaluer, fixer des priorités ou recueillir des données. Leurs perspectives doivent donc toujours être gardées à l'esprit à toutes les étapes du processus d'assurance de qualité puisque, in fine, le système de soins a comme objectif principal l'amélioration de l'état de santé de la population.

### *3.1.2. Les dispensateurs*

Les médecins sont bien entendu eux aussi des acteurs-clé. Ils interviennent nécessairement à toutes les étapes des processus en ce qui concerne les aspects cliniques, techniques et relationnels, lesquels sont fondamentaux pour la performance professionnelle. Mais les médecins ne sont pas seuls, et il est fondamental d'impliquer, à leurs côtés, comme dans le travail quotidien, toute la série de leurs interlocuteurs et collaborateurs habituels, médicaux ou para-médicaux (spécialistes, équipes de soins hospitalières ou ambulatoires, coordinations formelles ou informelles).

### *3.1.3. Les payeurs*

Ce troisième acteur (tiers-payant, mutuelles, organismes assureurs) est également fondamental dans la mesure où c'est lui qui rétribue les prestataires pour les soins dispensés, et qu'il joue un rôle majeur dans les recueils des données de productivité et de différents indicateurs épidémiologiques.

#### 3.1.4. Les décideurs

Le dernier acteur (l'état et ses gouvernements), garant, caution et émanation démocratique, est celui à qui il revient de définir la politique générale de santé et ses instruments d'évaluation, en dialogue constant avec les trois premiers.

### 3.2. Les niveaux d'intervention

Ici aussi, il est indispensable d'associer les différents niveaux d'intervention pour aboutir à un ensemble global et cohérent et pour réduire au maximum les tensions ou même les contradictions entre la rigueur et le respect de l'évidence scientifique de l'échelon supérieur et la volonté de faisabilité, de souplesse et d'adaptation au contexte de l'échelon inférieur (8).

#### 3.2.1. Niveau central et international

Il n'existe que très peu d'expériences actives tendant à réaliser des programmes internationaux reproductibles d'assurance de qualité. Chaque pays a en effet ses caractéristiques propres, sa culture, ses traditions et la standardisation est dès lors difficile. C'est pourquoi les groupes de travail mondial et européen de la WONCA (EQUIP European Working Party on Quality in Family Practice) font en la matière œuvre novatrice: réflexion, élaboration et définition de standards validés à une échelle supra-nationale, mise sur pied d'outils, de procédures et de méthodologies, ... pour les essayer et les implanter à petite échelle en fonction des particularités locales. Les agences nationales de qualité en France (ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), aux Pays-Bas (WOK, Centre for Quality of Care Research), en Belgique (le futur CNPQ, Conseil National pour la Promotion de la Qualité des Soins), ont les mêmes objectifs de fournir aux groupes régionaux et locaux, aux pratiques et aux praticiens, le matériel «evidence-based medicine» nécessaire pour promouvoir la qualité des soins dispensés à leur propre échelle.

#### 3.2.2. Niveau loco-régional

La prise en compte du niveau local se justifie par l'existence de regroupements professionnels (groupes de médecins généralistes organisant leurs gardes, fédérations locales) et la réalité de communautés spécifiques de patients (milieu de vie, pollution d'un quartier, facteurs industriels).

### 3.2.3. Niveau de la pratique (solo ou en groupe)

Il s'agit surtout ici de facteurs structurels tels que l'organisation du centre de santé ou du cabinet, les rapports avec les autres pratiques et les institutions de référence.

### 3.2.4. Niveau individuel

C'est celui qu'on évoque spontanément vu le souci de toujours des dispensateurs de travailler le mieux possible et de dispenser des soins de qualité optimale. Mais si la tâche est louable et doit être entreprise, elle est aussi extrêmement ardue, les tentatives d'auto-évaluation sans regard extérieur se heurtant le plus souvent à de grandes difficultés (occultations sélectives et inconscientes, prise en compte insuffisante du point de vue des patients ou des impératifs économiques).

## 3.3. Les dimensions de la qualité

La qualité des soins est une entité globale définie comme les attributs qui caractérisent les «bons» soins. C'est encore la classification classique de Donabedian (9) en structures (inputs), processus (process) et résultats (outcomes), qui est la plus utilisée aujourd'hui.

Ces trois dimensions sont en étroite interrelation et touchent elles-mêmes à différents aspects: technique (qui implique l'application de la connaissance médicale et de la technologie de manière à maximiser les bénéfices et minimiser les risques), et relationnel (qui concerne les aspects interpersonnels entre le dispensateur et ses patients, et entre le dispensateur et ses collègues): voir exemples dans le **Tableau 1**.

### 3.3.1. Les structures ou intrants (input)

Elles constituent tous les éléments qui entrent comme données ou comme ressources dans la dynamique de dispensation des soins, aussi bien en terme humain, que matériel, technique ou organisationnel: ce sont tous les intrants (input), qu'on peut distinguer (10) en fonction de leur appartenance au milieu de vie (statut communautaire, état épidémiologique local et régional, environnement culturel, points d'appui familiaux ou professionnels), à l'individu/patient lui-même (caractéristiques personnelles, substrat religieux, héritage génétique) ou au système de santé (mode de financement, disponibilité et compétence des prestataires, organisation des pratiques).

### 3.3.2. Les processus

Ils concernent la manière dont les soins sont dispensés, c'est-à-dire tout ce que le professionnel de santé fait lorsqu'il reçoit, interroge, parle, écoute, examine, prescrit, rassure, traite, réfère, collabore, échange, coordonne, synthétise, conseille, mais aussi l'organisation et la gestion de sa pratique, la réalisation de la continuité des soins, la tenue du dossier etc.

### 3.3.3. Les résultats ou extrants (outcomes)

Ils mesurent l'aboutissement de l'évolution naturelle des problèmes de santé, influencée par les structures et les processus des activités médicales. Les résultats peuvent être appréhendés directement, quantitativement ou qualitativement, ou grâce à des indicateurs (voir plus bas).

### 3.3.4. Liens avec les aspects techniques et relationnels

Chacune de ces dimensions peut toucher à un aspect technique ou relationnel, comme le montre le tableau ci-dessous :

TABLEAU 1  
*Aspects de la qualité des soins en médecine de famille*

	Aspect technique	Aspect relationnel
Structure	Contenu de la mallette du médecin	Choix d'un collaborateur
Processus	Organisation des gardes	Répartition des tâches pénibles
Résultat	Taux d'hémorragies sur anti-coagulation	Satisfaction des patients diabétiques

### 3.3.5. Limites et complémentarité des différentes dimensions de la qualité

La qualité des soins n'est pas réductible à une des dimensions décrites. En effet, chacune d'elle a ses propres limites, et il convient donc de les examiner en complémentarité.

Ainsi, si les structures sont des éléments matériels faciles à mesurer, quantifier ou comparer, le gros problème est qu'il est très difficile de définir des références (voir plus bas critères et standards). De plus il n'y a pas toujours une relation évidente entre structures et résultats, même si celles-là conditionnent en partie (mais rien qu'en partie) ceux-ci. Les résultats d'une évaluation risquent donc d'être véritablement faussés et peu interprétables si cette évaluation se limite aux aspects structurels, simples mais réducteurs.

Le lien est plus étroit entre processus et résultats. Néanmoins, quoique souvent utilisés par défaut, les processus ne constituent pas non plus les paramètres d'évaluation idéale. En effet, un acte médical inadéquat n'aura pas toujours de conséquences dommageables; de plus, le délai entre procédure posée et résultat conséquent est souvent très long; enfin, il est rare qu'il n'existe qu'une seule bonne réponse à un problème médical.

Les résultats semblent donc constituer les paramètres idéaux d'évaluation de la qualité. Cependant, d'importantes restrictions doivent aussi leur être faites: les mesures traditionnelles sont beaucoup trop grossières, parce qu'elles embrassent de multiples problématiques simultanément (taux de mortalité par exemple); par ailleurs, la satisfaction des patients est un indicateur de qualité des résultats important, mais elle n'est pas toujours corrélée aux indicateurs médicaux traditionnels; enfin, les interactions multifactorielles sont souvent tellement complexes qu'elles rendent impossibles les mesures de résultats.

#### *4. Approfondissement des concepts*

##### *4.1. Les critères de qualité des soins*

Evaluer la qualité des soins implique que les critères de cette qualité soient préalablement définis de manière consensuelle. Nous avons vu que dès 1933, apparaissent les grandes lignes de ce qui constitue la qualité des soins. Par la suite, et parallèlement à une réflexion approfondie sur la spécificité des soins de santé primaires, une conceptualisation de la qualité des soins est établie; celle que nous présentons ci-dessous rassemble des concepts et définitions qui font largement consensus (11, 12).

Sans doute vaudrait-il mieux parler de «dimensions» de la qualité, dans la mesure où les termes «critères» et «standards» ont une acception bien précise dans le vocabulaire de l'assurance de qualité (voir ci-dessous). Néanmoins, l'expression «critères de qualité» fait partie du langage commun, et c'est donc elle qui sera utilisée. Les trois premiers critères de qualité sont spécifiques aux soins primaires en général, la médecine de famille en particulier; les autres s'appliquent à tous les échelons. Ce n'est pas une question conjoncturelle, une question de valeur intrinsèque supérieure ou inférieure des différents niveaux de soins l'un par rapport à l'autre; c'est une question structurelle. Les soins de premier échelon ont en effet une place bien précise dans la filière des soins, d'ailleurs en relation dialectique de complémentarité avec les

soins spécialisés; ils ont dès lors un ensemble de caractéristiques particulières qui ne peuvent intrinsèquement s'appliquer qu'à eux. Il s'agit du trépied fondateur des soins de santé primaires (13, 14, 15, 16, 17): globalité, continuité et intégration.

Encore plus qu'en ce qui concerne les soins spécialisés, la définition (donc l'implantation) des critères et des standards en médecine de famille est une entreprise difficile vu l'importance particulière des aspects subjectifs, implicites, qualitatifs, orientés vers le patient et ses problèmes, à côté des aspects objectifs, explicites, quantitatifs, orientés vers le médecin et les maladies – ces derniers aspects étant prépondérants en médecine spécialisée. Souvent en soins primaires, les problèmes qui se présentent ont une nature indéterminée (symptômes ou plaintes), les réponses aux différentes approches thérapeutiques montrent une grande variabilité, il n'existe pas qu'une attitude clinique unique pour tenter de résoudre les problèmes, et d'ailleurs la seule thérapie clinique le plus souvent ne suffit pas au vu, notamment, de l'histoire naturelle. Et s'il n'existe pas vraiment de réponse à la question de savoir quels sont les critères les plus appropriés pour mesurer la qualité des soins, c'est une raison de plus pour développer les idées nouvelles et les approches novatrices (18).

#### 4.1.1. *La globalité*

Consiste à envisager l'ensemble des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels. Elle articule donc la santé physique à ses déterminants et à ses conséquences mentales et sociales. Elle est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour y répondre adéquatement. Exemple: quelles répercussions psychologiques, familiales, sexuelles et financières aura le traitement médical d'une hypertension essentielle installée chez un patient jeune?

#### 4.1.2. *La continuité*

Implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être prises en considération aux moments adéquats par les dispensateurs appelés à soigner l'individu en demande de soins, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé. La responsabilité de la continuité relève essentiellement de l'échelon primaire et du patient lui-même, et permet de prendre, à chaque étape des processus de soins, les bonnes décisions aux bons moments. Exemple: si un patient présente une allergie médicamenteuse, cette information doit être connue par tout intervenant amené à le prendre en charge.

#### 4.1.3. *L'intégration*

Concerne la coexistence cohérente dans le même service de soins de santé primaires (généraliste solo ou équipe) d'activités curatives, préventives, d'éducation et de promotion de la santé, de revalidation et de réhabilitation. Elle se traduit à la fois au niveau individuel, notamment par la prise en compte des aspects préventifs à partir des opportunités des contacts curatifs (Exemple: à l'occasion d'une consultation pour bronchite chronique, est abordée la question du tabagisme), et au niveau collectif de la population prise en charge (Exemple: des jeux d'éducation à la santé sur les accidents domestiques se trouvent dans la salle d'attente).

#### 4.1.4. *La permanence*

Implique que le service assure une possibilité de recours de façon continue au cours du temps (soir, nuit, week-end, jour férié). Ce critère est souvent confondu avec celui de continuité, beaucoup plus large et plus difficile à réaliser. Exemple: les médecins s'organisent par quartiers pour assurer un rôle de garde pendant les fins de semaine.

#### 4.1.5. *L'acceptabilité ou légitimité*

Définit l'harmonie de la pratique par rapport aux normes sociales, éthiques et culturelles de ses utilisateurs et de leur famille. Exemple: le médecin essaie d'adapter le régime et le traitement chez son patient diabétique pendant la période du Ramadan, conformément aux prescrits religieux.

#### 4.1.6. *L'accessibilité*

Fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins nécessaires à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment (permanence et continuité) et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables. Exemple: une équipe de soins amenée à prendre en charge une population très défavorisée organise des conditions d'accessibilité financière maximale au travers d'une convention avec un centre local d'aide sociale.

#### 4.1.7. *La validité ou adéquation (availability)*

Constitue la mesure dans laquelle la pratique dispense des soins en quantité et en qualité compatibles avec la politique de santé définie à l'échelon des décideurs. Exemple: une campagne de vaccination contre l'hépatite B est réalisée suite à la décision de remboursement de ce vaccin pour certaines catégories de patients.

#### 4.1.8. L'efficacité théorique ou d'effet (efficacy)

Représente les résultats attendus d'un processus dans des circonstances idéales et théoriques. Exemple: la vaccination anti-influenza offre une protection de 85-90% contre l'infection grippale.

#### 4.1.9. L'efficacité opérationnelle (effectiveness)

Évalue les résultats constatés d'un processus de soins dans les circonstances de la réalité: conditions de travail, population avec ses caractéristiques particulières. Exemple: une campagne de vaccination anti-influenza ne permettra de vacciner que 65% des patients, vu qu'il est impossible de les contacter tous, que certains refusent et que pour d'autres la vaccination est contre-indiquée.

#### 4.1.10. L'efficience ou productivité (efficiency)

Représente le rapport entre l'efficacité pratique et les moyens utilisés, le rapport coût/bénéfice. Exemple: toujours dans le cas de la vaccination anti-influenza, quelle stratégie est la plus intéressante à mettre en œuvre pour obtenir la plus haute couverture vaccinale au moindre coût (lettres de rappel? en septembre ou en novembre? annonces dans la salle d'attente? petit journal d'information? profiter d'une consultation pour en parler? ou plusieurs de ces stratégies concomitamment?).

#### 4.1.11 La compétence

D'un dispensateur est ce qu'il est capable de faire. Ce concept relève de la connaissance, son contenu étant l'objet de l'enseignement et de son évaluation dans sa forme actuelle. Exemple: un médecin assure son recyclage régulier sous forme d'abonnement à des périodiques médicaux indépendants qu'il examine selon une grille de lecture critique, et d'assistance à des séances et des colloques de formation continue.

#### 4.1.12. La performance

D'un dispensateur est ce qu'il fait réellement dans les circonstances concrètes de sa pratique. Ce critère est souvent confondu avec celui de compétence (savoir); cependant son contenu est plus large et fait appel aux habilités non seulement techniques (savoir faire) mais aussi relationnelles (savoir être) et organisationnelles (savoir gérer). Ses méthodes d'enseignement et d'évaluation sont spécifiques. On peut assimiler la différence entre compétence et performance à celle entre efficacité théorique et efficacité pratique. Exemple: un praticien conscient de ses difficultés dans ses rapports avec ses patients participe à des séances de type Balint.

#### 4.1.13. L'équité

Constitue un attribut essentiel du système de santé, dont une des politiques généralement acceptée est la distribution des services en fonction des besoins. L'équité relève d'une dimension très politique et très idéologique puisque le critère «selon les besoins» exclut une répartition égalitaire des moyens, au profit de leur distribution plus large aux plus démunis. L'appréciation de l'équité peut se faire par des études épidémiologiques et des études d'utilisation des services. Exemple: les intervenants consacrent plus de temps aux patients qui ont du mal à s'exprimer en français.

#### 4.1.14. Le travail en équipe

Est de plus en plus souvent cité comme un critère de qualité en soi, par la confrontation, les échanges, les comparaisons, le non isolement qu'il génère intrinsèquement. Aux Etats-Unis, les primes d'assurance professionnelle sont plus élevées pour les médecins de famille travaillant solo que pour ceux travaillant en équipe. Exemple: l'utilisation du même dossier par tous les intervenants d'une même équipe améliore la globalité, la continuité et l'intégration des prises en charge.

#### 4.1.15. La satisfaction des patients

Pourrait en fait constituer le premier de tous les critères, surtout si l'on se place dans la perspective consumériste d'un marché de soins fait d'offres et de demandes. Il est évidemment fondamental de la prendre en compte à toutes les étapes des processus de soins, en sachant qu'il n'y aura jamais concordance parfaite entre les besoins de santé tels qu'ils sont définis par les professionnels ou les enquêtes épidémiologiques, les attentes et les demandes des patients et les services qui sont en mesure d'être proposés. Il est seulement possible de tendre vers l'équilibre optimal. Exemple: la bonne répartition entre consultations et visites à domicile est très difficile à définir selon que l'on se place du côté du patient souffrant et en demande, ou du côté du médecin surchargé qui se sent souvent dérangé par des malades trop exigeants par simple volonté de confort de leur part.

Les critères de qualité des soins sont donc nombreux et variés, parfois en contradiction dialectique: il peut par exemple exister une opposition potentielle entre le droit des médecins à disposer d'une totale liberté thérapeutique et le droit des patients à bénéficier des soins de qualité optimale au moindre coût. Il est possible de regrouper les différents critères en catégories plus larges, et d'essayer d'arriver à un équilibre pré-défini relatif et optimal entre les différentes catégories, lorsqu'on développe un

programme d'assurance de qualité sur une matière déterminée. Les catégories plus larges relèvent des dimensions :

- scientifique, comme l'efficacité,
- éthique et philosophique, comme la satisfaction des patients,
- économique, comme l'efficience,
- politique, comme l'équité.

#### *4.2. Les critères de qualité des systèmes de santé*

Les soins constituent les processus spécifiques d'un système général: le système de santé. La qualité de ses résultats, qui peuvent être appréciés par une série d'indicateurs sanitaires classiques (mortalité, espérance de vie etc), dépend donc également des structures (moyens et organisation). Il est d'ailleurs évident que la qualité des soins et des systèmes de santé dépend autant des valeurs personnelles liées aux individus (compétence, performance ...) que du contexte organisationnel collectif dans lequel ils sont dispensés. Concernant les systèmes de santé, un certain nombre de critères de qualité sont également reconnus (19, 20, 21, 22).

##### *4.2.1. Structuration du système en trois niveaux de soins*

Ces niveaux, cohérents et spécifiques, s'adressent à toute la population. Le premier niveau, non spécialisé de premier recours, assure l'entrée des patients dans les filières de prise en charge des problèmes de santé et la résolution de plus de 90% de ceux-ci. Son acteur central (et d'ailleurs celui de l'ensemble des trois niveaux) est le médecin de famille/médecin généraliste. Le deuxième niveau est celui de la référence spécialisée, le troisième, celui de la haute logistique et des technologies de pointe. Il importe d'assurer une logique séquentielle et une rationalité cohérente dans le recours à ces différents niveaux, qui se traduisent par un échelonnement souple et qui assurent une accessibilité optimale. Les soins de santé primaires doivent être la base de la pyramide et articuler l'ensemble du système.

##### *4.2.2. Ni manque fonctionnel (gap) ni recouvrement (overlap), mais subsidiarité*

Tous les services doivent être structurés et assurés pour répondre aux besoins et demandes de soins de la population. Il faut éviter les manques et les redondances. Chaque service ou niveau de soins doit assumer et réaliser une part spécifique de la dispensation globale des soins, sans concurrence avec d'autres. Il faut aussi éviter qu'un niveau de soins ou un service prenne en charge ou réalise les tâches qui relè-

vent d'un autre, de plus bas niveau de compétence, sans toutefois voir dans cet échelonnement un système de valeurs ou de hiérarchie (principe de subsidiarité).

#### *4.2.3. Un système d'information cohérent et structuré*

L'ensemble des informations importantes relatives à un patient doit être rassemblé, ordonné et classé, synthétisé, et restitué selon les nécessités, à partir d'un élément central: le dossier médical. Le médecin de famille/ médecin généraliste du patient, son interlocuteur et sa référence privilégiés, en est le dépositaire et le gestionnaire naturels. A tout moment, chaque citoyen doit bénéficier d'un médecin de référence (l'avoir désigné: titularisation) pour tous ses problèmes de santé, dont les maladies. Un bon système d'information permet et garantit une partie importante de l'efficacité (efficacité au moindre coût) des soins, donne de la matière aux processus d'assurance de qualité, ainsi qu'à ceux de la recherche, de l'enseignement et même de la décision politique (23).

#### *4.2.4. Participation de la population et des individus*

À la promotion de la santé et aux prises de décision à tous les échelons. La compétence technique ne peut assurer le monopole, en droit ou en fait, à la prise de décision. Ceci implique une information la plus objective possible de la communauté, préalable indispensable à la décision. L'action sanitaire doit également tendre à la libération de l'individu de toute servitude, plutôt qu'à son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire.

#### *4.2.5. Recherche de modes de financement*

plus adéquats pour la réalisation de certains objectifs de santé dans la prise en charge des maladies. Partout en effet, les systèmes de santé sont confrontés à un ensemble de problématiques additives complexes et parfois contradictoires: une volonté de limitation des budgets consacrés aux soins de santé, une explosion des dépenses liées notamment aux nouvelles technologies, et un questionnement quant à la qualité réelle des soins dispensés (indicateurs de résultats). Le type de financement du système de santé est un déterminant de la nature et de la qualité globale de celui-ci: il doit tendre à inciter aux comportements les plus adéquats en matière de santé, et à dissuader les moins appropriés, dans un contexte d'efficacité, aussi bien pour les décideurs politiques, que pour les patients, les dispensateurs, les organismes assureurs/payers. Une revue comparative de la littérature internationale montre qu'un financement forfaitaire partiel à la capitation peut constituer une alterna-

tive intéressante au financement à l'acte intégral des pratiques de soins primaires (solo ou en équipe) (24).

#### 4.2.6. Evidence-based medicine

La «médecine basée sur la preuve» (EBM evidence-based medicine) a été définie par ses concepteurs comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient (25). Les trois grandes étapes de la médecine basée sur la preuve sont:

- le recueil des faits prouvés par la recherche clinique, en utilisant les méthodes scientifiques les plus adéquates dans chaque cas particulier pour donner à la preuve la plus grande validité possible.
- l'élaboration de stratégies combinant les données validées et les situations cliniques rencontrées par les médecins (importance fondamentale de l'expérience).
- l'application personnalisée de la preuve à chaque patient en tenant compte de ses caractéristiques particulières bio-médicales, psychologiques et sociales.

La collecte et la réunion d'évidences scientifiques, d'analyses critiques de situations cliniques et de données individuelles agrégées fournissent un matériel utile à des décisions cohérentes pour orienter la politique générale de la santé et des soins.

### 4.3. Outils conceptuels

#### 4.3.1. Protocole, ligne-guide

Le terme «standard» est souvent utilisé au même titre que protocole et ligne-guide. Il vaudrait toutefois mieux se limiter à ces deux derniers termes, le terme «standard» ayant également une autre acception (voir ci-dessous). Les protocoles (ou lignes-guide) sont des documents systématiques définissant les critères de bonne pratique pour la prise en charge d'une situation clinique spécifique (*clinical practice guideline*), dont l'objectif prioritaire est l'aide à la décision du dispensateur et du patient (26). Comme les autres outils d'assurance de qualité, leur but est d'aider à la dispensation de soins de qualité optimale (voir ci-dessus les critères de qualité des soins) par la définition la plus claire possible de préceptes directs parfois extrêmement précis, basés à la fois sur l'évidence scientifique et l'expérience clinique. Ils devraient aboutir à diminuer la variabilité entre les dispensateurs et à abandonner des attitudes peu fondées (beaucoup plus fréquentes que ce qu'on imagine a

priori, notamment dans les situations les plus courantes au cours desquelles les praticiens suivent souvent une démarche personnelle et/ou non validée).

Certains pays ont fait des protocoles un des outils majeurs de leur politique d'assurance de qualité. Aux Pays-Bas, il en existe déjà plusieurs dizaines, les NHG «standards» (Nederlands Huisartsen Genootschap) touchant aussi bien les structures que les processus (voir plus haut la définition de ces concepts). Ces outils sont distribués systématiquement et régulièrement à tous les médecins de famille par le Dutch College of General Practitioners (via la revue «Huisarts en Genootschap»). En France, les fameuses «références médicales» de l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale – aujourd'hui ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) sont devenues opposables (RMO: Références Médicales Opposables) par la volonté politique. L'exemple français montre bien la différence conceptuelle entre développement et contrôle de la qualité, le premier se faisant avec la collaboration des dispensateurs, le second entraînant sans doute leur méfiance et même leur opposition.

Il est possible de développer des protocoles à tous les échelons du système des soins: du plus bas (niveau local) au plus haut (niveau central). Les premiers risquent de mieux correspondre aux réalités des terrains et de s'adapter aux contextes communautaires, les seconds seront probablement plus basés sur la connaissance scientifique. On retrouve là la tension habituelle entre rigueur théorique et évidence d'une part, pertinence pratique et applicabilité d'autre part, toutes devant malgré tout coexister dans une dialectique constructive pour une qualité optimale: des recommandations élaborées rigoureusement au niveau central peuvent être adaptées par des groupes locaux en fonction de leurs particularités.

#### *4.3.2. Indicateur (de performance)*

Un indicateur est un outil de mesure et de suivi de la qualité des soins (27); il appréhende une ou plusieurs dimensions de celle-ci, dans une ou plusieurs matières bien circonscrites. La définition des indicateurs constitue à elle seule tout un secteur dans le domaine plus général de l'assurance de qualité, peut-être un des plus importants dans la mesure où il se situe à l'origine des boucles d'évaluation et conditionne dès lors toute la validité du processus. Combien d'audit (voir ci-dessous), pourtant menés avec énormément de rigueur et d'honnêteté, n'ont-ils pas été invalidés parce que les indicateurs de performances choisis et défi-

nis n'évaluaient pas, ou mal, ces performances. Un bon indicateur répond à une série de conditions dont le respect doit être global et simultané de manière à ne pas favoriser une quelconque dimension au détriment des autres (règle d'ailleurs générale en assurance de qualité : tenir compte concomitamment de tous les paramètres).

- Un indicateur doit être mesurable. Il s'agit donc du résultat quantitatif d'une évaluation à visée qualitative. «Un indicateur est une quantité qui dit quelque chose sur une qualité» (28).
- Il doit présenter une bonne adéquation (*availability*) par rapport à la matière évaluée. Son impact doit être réel sur les résultats de la prise en charge de la situation clinique considérée. L'adéquation relève elle aussi des règles de l'évidence scientifique.
- Sa validité interne (*internal validity*) doit être élevée. Il doit mesurer réellement ce qu'on veut mesurer, en fonction du contexte général et des particularités locales. Comme pour un quelconque test, sa sensibilité et sa spécificité devraient être connues (calculées) et optimales. La sensibilité d'un indicateur traduit sa propriété de toujours varier parallèlement aux variations des résultats des soins dispensés; sa spécificité traduit sa propriété de ne varier que dans ces conditions de variation. De plus, même de légères variations de résultats devraient déjà entraîner des variations tangibles de l'indicateur.
- Sa validité externe ou reproductibilité (*external validity ou reliability*) doit aussi être élevée. Les mêmes variations de résultats dans les mêmes conditions doivent impliquer les mêmes variations de l'indicateur, et ne pas dépendre de l'observateur (de l'évaluateur).
- Il doit constituer un ensemble global pour couvrir la complexité de la prise en charge d'une situation clinique spécifique.
- Il doit être facile d'utilisation et celle-ci ne doit pas être trop coûteuse.
- Il importe enfin que l'évaluation à l'aide de(s) indicateur(s) sélectionné(s) soit pertinente (*relevance*), c'est-à-dire qu'elle concerne une situation clinique importante: de hautes prévalence et/ou incidence, à répercussion majeure pour la santé individuelle et/ou la santé publique, et vulnérable aux changements de pratique.

En combinant toutes ces conditions qui conditionnent la valeur globale d'un indicateur, on peut définir simplement celui-ci comme «un élément mesurable de la performance d'une pratique clinique pour lequel il y a évidence ou consensus qu'il peut être utilisé pour mesurer la qualité des soins dispensés et leurs variations» (29).

L'approche de l'élément à mesurer peut être directe, auquel cas un paramètre unique existe, associé à l'indicateur de manière univoque

(l'état vaccinal pour évaluer une campagne de vaccination). L'approche peut aussi être indirecte au travers d'un indicateur unique soigneusement défini et validé (le taux d'HbA1C pour évaluer l'équilibre diabétique), ou, dans le cas d'un élément complexe multidimensionnel, à l'aide d'une série d'indicateurs représentant chacun tout ou partie d'un axe à évaluer de l'élément considéré, l'ensemble de ceux-ci ayant été par ailleurs démontré nécessaire (pas de manque) et suffisant (pas de redondance). La satisfaction du patient est par exemple une entité plurielle dont la qualité globale ne peut être appréhendée qu'au travers d'une série d'indicateurs centrés sur le patient, et abordant autant les structures que les processus et les résultats: accessibilité, éducation à la santé, confidentialité, équipements de la pratique, continuité des soins, qualité de la relation etc. Ceux-ci sont rassemblés par thèmes dans une «check list», constituée d'items définis préalablement grâce à des interviews de patients, et statistiquement validée.

#### 4.3.3. Critères et standards

En passant des notions de lignes-guide et d'indicateurs à celles de critères et de standards, on envisage les applications concrètes de la réflexion et de la conceptualisation théoriques; on aborde les évaluations sur le terrain en situation réelle. En anglais, c'est d'ailleurs souvent le terme *review criteria* qui est utilisé, montrant bien par là sa portée pragmatique et opérationnelle. Le critère réfère à la concordance entre la recommandation de pratique (éventuellement sous forme de protocole) et sa réalité. L'Institut de Médecine parle d'«outils (paramètres, documents, textes) construits de manière systématique dans le but d'apprécier la validité des décisions, des services ou des résultats, dans un domaine spécifique des soins de santé» (26). En référence à la nature quantitative du concept, un critère peut aussi être défini comme «un phénomène défini et mesurable, en rapport avec la définition de la qualité, circonscrit de manière tellement précise qu'on peut toujours affirmer s'il est présent ou pas» (30). Le standard, lui, correspond à l'objectif préalablement fixé pour chaque critère. Par exemple: le vaccin anti-grippe ayant été démontré efficace pour diminuer la morbidité et la mortalité de certains groupes à risque, une campagne de vaccination anti-grippe est mise sur pied; l'indicateur direct de résultat est l'état vaccinal, le critère s'identifie directement à l'indicateur (sujet vacciné ou pas), le standard est fixé à l'obtention d'une couverture vaccinale de 60% après la campagne.

Si la difficulté est grande de développer des protocoles et de définir des indicateurs, elle l'est encore plus pour les critères (et les standards):

voir **Figure 3**. Pour l'hypertension artérielle par exemple, divers consensus existent concernant son diagnostic et son traitement; la pression diastolique constitue évidemment un bon indicateur de la qualité du traitement de l'hypertension artérielle; mais à quelle valeur placer le critère:  $\leq 90$ ?  $\leq 95$ ? et quelle est la proportion de patients hypertendus traités qui doivent respecter ce critère et constituer le standard: 70%? 80%? La réponse dépend tout à la fois des évidences scientifiques existantes et de leur adaptation au contexte local de la pratique.

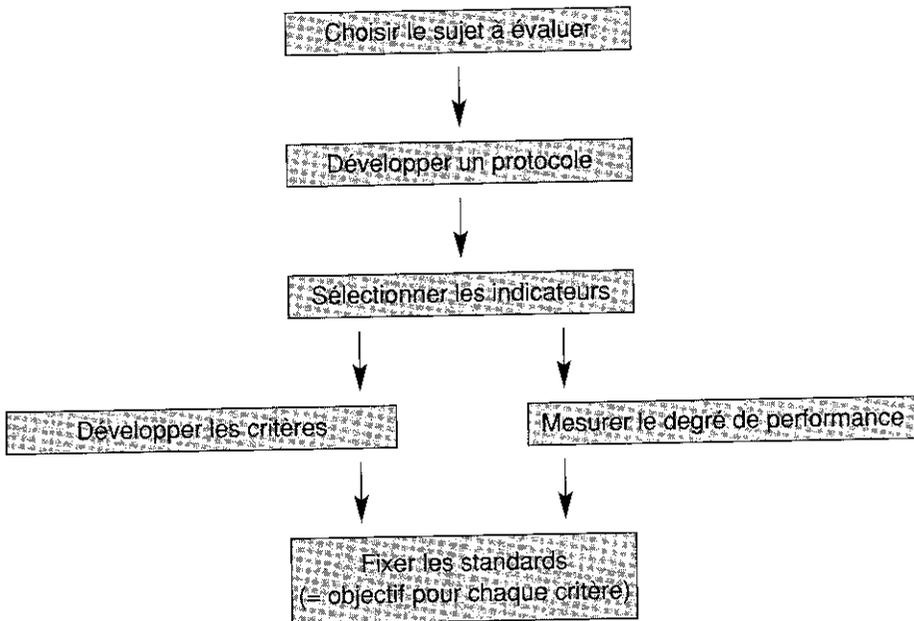


Fig. 3: Définition des standards

#### 4.4. Quelques méthodes d'assurance de qualité pour le médecin de famille

##### 4.4.1. Audit

«Audit» est un terme tellement inadapté qu'il est difficile de comprendre comment il a pu être adopté par la profession médicale dans le cadre de l'assurance de qualité, non seulement initialement dans la terminologie anglophone mais même transporté tel quel dans la langue française. Sa racine latine «audio» implique plus l'être (l'écoute) que le faire, plus la passivité que les démarches actives de changement et

d'amélioration qui caractérisent le développement de la qualité. On pourrait dès lors assimiler l'audit à la phase d'évaluation statique, partie d'un processus d'optimisation plus global, plus dynamique et récursif (boucle de rétro-contrôle). Néanmoins le mot existe et est couramment utilisé. On parle d'audit externe si la structure d'évaluation est différente de la structure évaluée et est constituée d'experts indépendants. La justification de ce type de démarche est d'éviter l'état de juge et partie pour assurer l'objectivité ainsi qu'une certaine neutralité, notamment par rapport aux éventuels conflits internes (entre personnes ou plus théoriques). Il est par contre très difficile de désamorcer la méfiance de ceux qui se sentent évalués avec un vécu de contrôle et de sanctions potentielles par des experts venus du dehors sans perception de la réalité quotidienne; ceux-ci courent d'ailleurs le risque de se voir dissimulés ou de voir modifiés des éléments importants pour la réalisation de leur mission. On parle d'audit interne s'il s'agit d'auto-évaluation, c'est-à-dire d'une évaluation réalisée par les acteurs eux-mêmes. Cette dernière est plus directement branchée sur le concret des pratiques et sur la collaboration des acteurs mais le risque est ici, au contraire, l'autosatisfaction et la négation de la nécessité de tout changement. Il existe également des formes intermédiaires d'audit mixte, qui conjuguent probablement les avantages des deux méthodes, en limitant au maximum leurs inconvénients.

#### 4.4.2. La méthode de l'incident critique

Sous des dehors apparents de routine, la pratique des soins primaires est cependant très régulièrement émaillée d'événements «perturbants» qui déstabilisent le médecin en le confrontant à son échec, sa déception, sa colère, sa frustration ou sa responsabilité et qui risquent de le conduire à des réactions inappropriées comme le déni, le découragement, la dépression ou même l'indifférence. Une analyse critique et systématique de tels épisodes peut au contraire amener un changement positif, une amélioration de la qualité des soins dispensés, et un sentiment de valorisation dans le chef du dispensateur. Il s'agit de remonter rétrospectivement toute la filière des processus posés à partir de l'incident critique, de les analyser, et d'identifier les éventuels dysfonctionnements pour les modifier. La nature des incidents critiques est extrêmement disparate. Chacun d'eux peut servir de point de départ à une démarche d'optimisation et de responsabilisation: une grossesse non désirée, le décès imprévu d'un patient, un délai ou une erreur dans un diagnostic, un conflit avec un collègue, une fatigue excessive, l'oubli d'une visite urgente, le mécontentement d'un malade, l'interférence inadmissible d'une famille, une hémorragie sur une anti-coagulation mal conduite etc.

#### 4.4.3. Le cercle de qualité (31)

Il s'agit d'un ensemble de réunions d'un type particulier au cours desquelles des personnes de la pratique et extérieures à celle-ci (par exemple des spécialistes, d'autres dispensateurs de soins ou des patients) prennent part à une discussion critique centrée sur un sujet précis posant problème (le diabète, l'organisation des urgences) avec l'objectif de définir, d'implanter et d'évaluer des solutions.

#### 4.4.4. La «peer review» (revue par les pairs) (32)

Ce terme a été utilisé pendant longtemps d'une façon très générique, étant assimilé à toute méthode destinée à implanter des processus quelconques d'assurance de qualité. Il est plus exact de le réserver de manière restrictive à des cercles de réflexion critique constitués uniquement de collègues de la même catégorie professionnelle dans le but d'examiner la performance de chacun dans un domaine défini posant problème (par exemple la couverture de la vaccination anti-tétanique dans la population cible) pour y apporter des changements positifs. Les GLEMs belges (groupes locaux d'évaluation médicale) sont un exemple illustratif de cette approche.

### 4.5. Les étapes concrètes du développement de la qualité

Les différentes méthodes sont le plus souvent structurées selon un cycle qui boucle et reboucle sur lui-même de manière récursive: «le cycle de l'assurance de qualité», illustré dans la **Figure 1**.

Les étapes concrètes à parcourir dans ce cycle peuvent être schématisées de la manière suivante, illustrée dans la **Figure 4**:

Chaque étape du cycle doit être parcourue, même très rapidement, au risque d'obérer fondamentalement les résultats du processus global d'assurance de qualité par un ou plusieurs raccourcis inadéquats. Chacune peut également nécessiter l'utilisation de techniques spécifiques qui impliquent un minimum de formation et de savoir dans des domaines aussi différents que la collecte des données et leur interprétation statistique, l'accès au savoir médical, la lecture critique, la validation des connaissances scientifiques et l'«evidence-based medicine», l'animation d'un groupe et la psychodynamique individuelle, la recherche action et les principes «problem solving», le recours adéquat à des experts, l'observation, les théories du changement etc. Tout ceci ne doit pas servir de repoussoir ou d'argument pour décourager les initiatives: le plus important est de vouloir et de pouvoir reconnaître les bonnes et

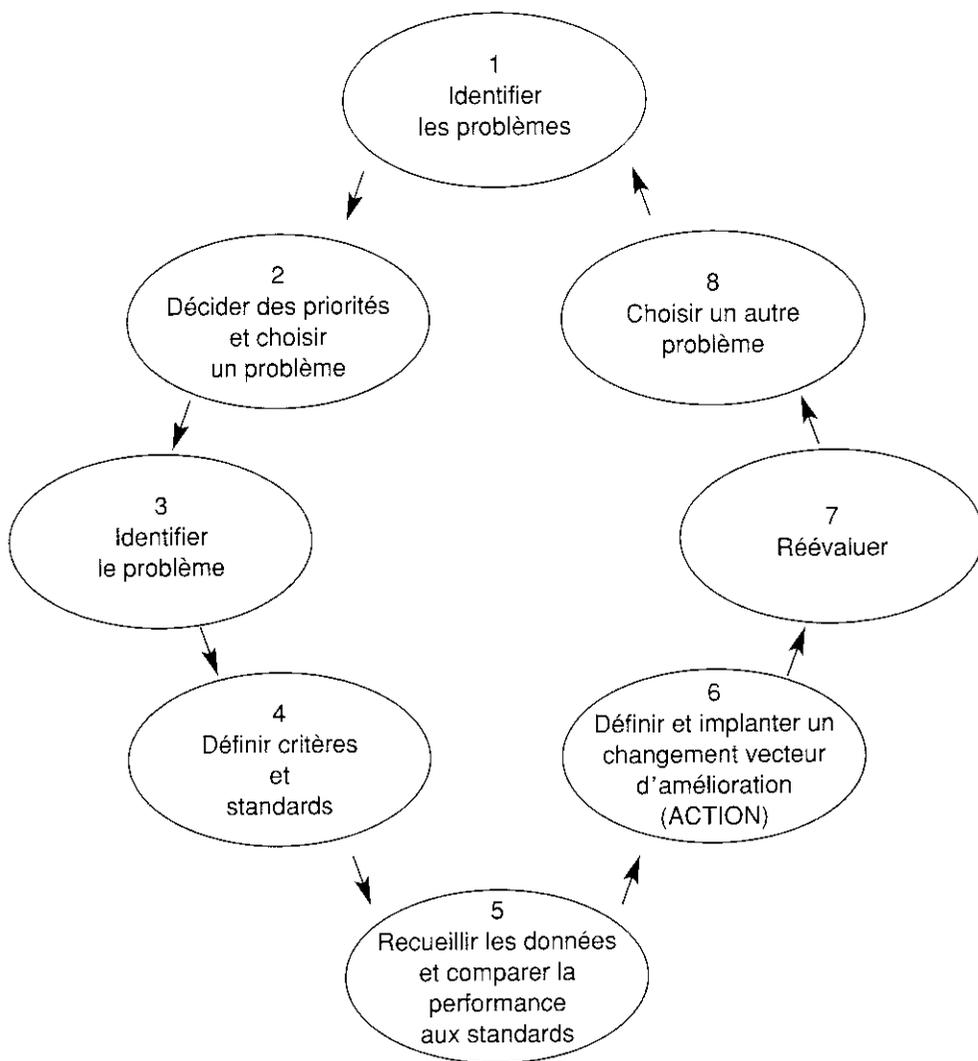


Fig. 4: Les étapes concrètes du développement de la qualité

les moins bonnes pratiques, les siennes et celles de ses collègues, individuellement et en groupe, dans un esprit d'ouverture critique, pour renforcer ce qui semble bon et améliorer ce qui l'est moins.

## 5. Conclusion

Issue de l'industrie, avec des perspectives très strictes d'efficacité (d'efficacité au moindre coût) dans un contexte de contrôle et soumise aux impératifs du consumérisme, l'assurance de qualité est entrée dans

le champ des soins et de la politique de santé depuis la deuxième guerre mondiale. Après une période nécessaire d'intégration des concepts puis de définition d'une méthodologie et d'une praxis spécifiques, elle fournit aujourd'hui aux médecins de famille un ensemble de méthodes et techniques éprouvées qui leur permettent de jeter un regard critique sur leur pratique pour maintenir à leur niveau optimal les bons résultats et tenter d'améliorer les moins bons par des actions définies et évaluées.

## Résumé

L'assurance de qualité pour la médecine générale/médecine de famille est une action planifiée ou un programme qui inclut l'évaluation des performances, et qui a comme objectif d'assurer que les soins au patient soient maintenus ou amenés à des standards ou des références pré-définis. Cette définition de la WONCA (World Organization of General Practice/Family Medicine) est explicitée point par point et étape par étape en décrivant successivement les acteurs de la qualité (patients, dispensateurs, payeurs et décideurs), les niveaux d'intervention (national, local, de la pratique et individuel), et les dimensions de la qualité (structures, processus et résultats). Certains termes spécifiques sont définis: guideline, indicateur, critère, standard et audit. Les critères de qualité des soins et des systèmes de santé sont revus un par un. Enfin plusieurs méthodes de développement de la qualité adaptées à la médecine de famille sont présentées.

## Références

1. PRIGOGINE I, STENGERS I. Entre le temps et l'éternité. Paris, Librairie Arthème Fayard, 1988, p 17.
2. LEE, JONES. The Fundamentals of Good Medical Care. 1933.
3. LAWRENCE M, SCHOFIELD T. Medical Audit in Primary Health Care. Oxford General Practice Series 25. Oxford, Oxford University Press, 1993, XI-XIII.
4. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. Lohr KN, editor. National Academy Press, Washington 1990; 1: 20-22.
5. MARWICK J, GROL R, BORGIEL A. Quality assurance for family doctors. Report on the Quality Assurance Working Party. World Organization for Family Doctors, 1992.
6. DONABEDIAN A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-1748.
7. BLACK N. Quality assurance of medical care. J Public Health Med 1990; 12(2): 97-104.
8. ROLAND M, JAMOULLE M. L'assurance de qualité en médecine générale, un concept ancien. Patient Care 1995; 18: 1-2, 23-30.
9. DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: 166-203.
10. DE MAESENEER J, DE SUTTER A. Navorming en kwaliteitszorg: wat werkt? Ned Tijdschr Geneesk 1996; 52(20): 1321-1331.
11. GROL R, WENSING M, JACOBS A, BAKER R. Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1993.

12. GOSSELAIN Y, LAPERCHE J, PRÉVOST M. Agir en prévention : trois outils construits avec les équipes de terrain. *Santé Conjuguée, Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones*, n° 10, octobre 1999.
13. World Health Organization. Alma Ata Declaration. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1978.
14. World Health Organization. Targets for Health for All. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
15. VUORI H. Health for All, primary health care and general practitioners. *J Royal Coll Gen Pract* 1986; 36: 388-402
16. World Health Organization. Charte d'Ottawa. WHO, Geneva, 1986.
17. World Health Organization. A Charter for general practice/family medicine in Europe. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
18. BORGIEL A, O'NEIL J J S. Evaluation de la qualité des soins en première ligne. *Pouvons-nous poser les bonnes questions? Can Fam Physician* 1997; 43: 1703-1704.
19. STARFIELD B. Primary Care and Health. A Cross-National Comparison. *JAMA* 1991; 266: 2268-2271.
20. GERM Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. Pour une politique de santé. Ed. Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle. Bruxelles 1971; 9-17.
21. UNGER JP, CRIEL B. Principles of health infrastructure planning in less developed countries. *Int J Health Planning and Management* 1995; 10: 113-128.
22. VAN LERBERGHE W, LAFORT Y. The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? *Division of Strengthening of Health Services* 1990, WHO/SHS/CC/90.2, WHO, Geneva, 5.
23. ROLAND M. Les systèmes d'information: du recueil de données local à la décision politique. Communication présentée aux Entretiens d'Egmont (Commission Communautaire Française, Bruxelles); février 1998.
24. ROLAND M. Le forfait à la capitation pour les soins primaires: une revue de la littérature internationale. *Santé Conjuguée* 1998; 3: 71-84.
25. SACKETT DL. Evidence Based Medicine. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
26. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Field MJ, Lohr KN, editors. Washington 1992; National Academy Press.
27. Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate the quality of care. AHCPR publication n° 95-0045. Rockville: US Dept of Health and Human Sciences, 1995.
28. Canadian Hospital Association. Joint statement on outcome-oriented indicators in health care facilities. Recommendations for action. Ottawa 1989; CHA.
29. LAWRENCE M, OLESEN F (for the EQUIP working party on indicators). Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997; 3: 103-108.
30. DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol II. The criteria and the standards of quality. Ann Arbor 1982; Health Administration Press.
31. SCHILLEMANS L, DE GRANDE L, REMMEN R. Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care. In *International innovations in evaluating methodology* (ed. Conner R and Hendricks M). San Francisco, Jossey-Bass 1989.
32. VAN DE RIDT-VAN DE VEN T, TOUW A, VERMUË M. Peer group performance review for general practitioners. Utrecht, Stichting O & O, 1988.