

# **UEMASS - EUMASS**

Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale  
European Union of Medicine in Assurance and Social Security



## **Treizième Congrès International de l'UEMASS**

**GENT**  
**6-8 Avril 2000**

### **Du Contrôle de qualité au management des soins** **L'évaluation intégrée aux équipes de soins**

**Quality control of treatment management.**  
**Integration of evaluation into treatment teams**  
(English translation follows original French manuscript)

**Patrick CHOUTET<sup>1</sup>, Jean-René CORREZE<sup>2</sup>**

Initiés depuis longtemps dans les pays anglo-saxons, les concepts et les méthodes de l'évaluation médicale se sont considérablement développés en Europe dans les années quatre-

---

<sup>1</sup> Mutualité sociale agricole Paris-Université de Tours

<sup>2</sup> Mutualité sociale agricole Paris

vingt-dix . Il nous a semblé intéressant, à l'occasion du congrès de l'UEMASS, de faire le point sur l'impact de ce mouvement de pensée sur les missions des médecins conseils de la sécurité sociale en France, d'évaluer l'efficacité de notre action sur l'optimisation des pratiques de soins, et enfin de proposer, pour les années qui viennent, un partage plus clair des rôles respectifs du contrôle médical et des équipes de soins dans la démarche qualité.

## **LES ANNEES QUATRE-VINGT-DIX : L'ESSOR DE L'EVALUATION MEDICALE.**

### Le développement des concepts et des méthodes.

L'évaluation médicale s'est développée dans notre pays ,comme ailleurs, sous l'influence conjuguée de la contrainte économique, de l'exigence croissante des consommateurs en matière de qualité, et enfin de l'exigence d'équité conduisant à combattre les variations géographiques des pratiques.

Les gestionnaires de l'assurance maladie et les pouvoirs publics ont compris par ailleurs qu'il n'était pas possible de maîtriser le système de santé avec les seuls outils de la réglementation et de la tarification. L'assurance maladie a donc mis en place des dispositifs de régulation de l'activité des professionnels fondés sur la l'optimisation des pratiques de soins.

Une démarche qualité a pris forme, fondée sur :

- l'élaboration de référentiels de pratique sur les bases de l'Evidence-based-médecine,
- La mise en œuvre d'études médico-économiques,
- la diffusion de recommandation de bonne pratique,
- la définition, dans un cadre conventionnel, de références de pratique opposables aux médecins,
- la mise en place d'un contrôle de la qualité des pratiques de soins par les services médicaux de l'assurance maladie.

Les principes de **l'évidence-based-médecine** (EBM), proposés pour la première fois en 1992 dans un article du JAMA par un groupe de médecins et d'épidémiologistes de l'université Mc Master d'Hamilton au Canada (1), ont été largement repris en France par les universitaires impliqués dans la promotion de l'évaluation, notamment Bernard GRENIER (2), et Pierre DURIEUX (3)

Conçus à l'origine pour un enseignement de la médecine fondé sur les faits constatés (essais thérapeutiques randomisés) ou « preuves », ils ont servis de base à l'élaboration de recommandations de pratiques cliniques par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) créée en 1990 par les pouvoirs publics et depuis 1997 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui lui a succédé.

Le concept d'EBM privilégie l'esprit critique contre le dogmatisme et les certitudes non fondées.

Parallèlement à l'EBM développée surtout par des médecins, les années quatre-vingt-dix ont été marquées par l'augmentation du nombre d'**études médico-économiques** conduites sous l'impulsion des économistes de la santé, le plus souvent dans le cadre d'un partenariat avec l'industrie. Ces études, concernant essentiellement le médicament et les technologies nouvelles, permettent de mesurer et surtout de comparer le rapport coût/utilité des actes et des prescriptions. Elles ont leur place dans les procédures administratives d'inscription au remboursement mais elles ont peu d'utilité dans l'évaluation de la qualité des pratiques.

Des **recommandations de pratique clinique** ont été diffusées en France aux médecins libéraux depuis 1993 par l'ANDEM et par l'Agence du Médicament. La réglementation a confié, depuis 1996, aux Unions Régionales de Médecins Libéraux la mission de diffuser les recommandations à ses membres. Mais cette disposition législative est restée jusqu'ici lettre morte. L'Assurance Maladie de son côté a entrepris d'adresser aux médecins sur certains thèmes les recommandations établies par les agences notamment pour les affections de longue durée.

## Un profond changement dans les missions et les tâches du médecin conseil

Le développement de l'évaluation médicale a provoqué une modification très importante des missions et des activités des services médicaux de l'assurance maladie en France.

Le médecin conseil, avait traditionnellement pour mission de contrôler le malade pour vérifier que les prestations étaient bien prises en charge conformément à la réglementation. La finalité du contrôle médical était principalement la recherche des abus et des fraudes. Depuis le début des années quatre-vingt-dix de nouvelles missions lui sont confiées, orientées vers le contrôle de la qualité des pratiques des professionnels de santé.

La législation Française a pris en compte cette évolution puisque une des ordonnances de 1996 portant réforme de la sécurité sociale confie au contrôle médical une mission nouvelle **d'analyse de l'activité des professionnels de santé**.

Les services médicaux des trois régimes d'assurance maladie Français ont fait évoluer en conséquence les compétences de leur médecins conseils. A côté de la formation traditionnelle réglementaire et médico-légale, la formation en santé publique a été encouragée.

Parallèlement, une évolution considérable des systèmes d'information de l'assurance maladie a été engagée afin de fournir aux médecins conseils des outils performants pour analyser l'activité des professionnels.

Le contrôle de la qualité des pratiques par les médecins conseil s'est orienté dans deux directions bien différentes :

- un contrôle « répressif », comportant des sanctions pour le médecin traitant,
- l'évaluation collective, associée à des rappels des bonnes pratiques.

Le contrôle répressif, actuellement très limité compte tenu de difficultés juridiques, concerne le non respect des références médicales opposables et les prescriptions, non signalées, de médicaments en dehors des indications prévues par l'arrêté d'inscription au remboursement.

L'évaluation collective s'est développée plus récemment, principalement dans le cadre des programmes de santé publique initiés par le service médical de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Ces programmes sont destinés à faire progresser la qualité de prise en charge thérapeutique des malades diabétiques et/ou hypertendus. Ils associent un audit avec feed-back collectif de la pratique des médecins à un rappel des recommandations de pratique effectué au cours d'un entretien au cabinet du praticien à l'occasion de l'établissement du programme thérapeutique d'un malade.

## Un impact limité sur les professionnels de soins

Si les concepts et les méthodes de l'évaluation ont profondément marqué le contrôle médical leur appropriation par les professionnels de soins reste très inégale.

Dans les grands établissements hospitaliers, et principalement dans les services de pointe utilisant des technologies nouvelles et onéreuses, l'existence d'une forte organisation permet la mise en place de procédures d'évaluation couplées avec un encadrement de la pratique par des protocoles.

En médecine de ville par contre et dans les petits établissements, l'exercice en France reste très isolé. La démarche qualité n'est pas en conséquence concrètement engagée. L'ANDEM a certes mis en place un réseau national de médecins libéraux correspondants qui œuvrent avec conviction et persévérance pour le développement de l'évaluation. Les « militants » de la Formation Médicale Continue, les membres les plus actifs de certaines sociétés savantes ont de leur côté bien intégré les concepts de la démarche qualité. Mais ils constituent dans la profession une petite élite et leur impact reste limité.

Du côté des institutions, les syndicats de médecins ont vis-à-vis de l'évaluation une attitude ambiguë. Si chacun s'accorde à proclamer que la profession doit s'engager dans la démarche qualité, la crainte de voir utiliser les standards de pratique médicale dans le cadre de contrôles semble bien souvent freiner les initiatives. Les unions professionnelles de médecins libéraux ont reçu mission, depuis les ordonnances de 1996, de développer l'évaluation médicale mais

la mise en œuvre de leur activité dans ce domaine ne fait que débiter. Le conseil National de l'Ordre des Médecins qui représente auprès des pouvoirs publics la corporation des médecins a perçu récemment l'enjeu de la démarche qualité. Il a publié sur le sujet un document présentant ses propositions (4).

Malgré l'intérêt suscité par l'évaluation, nous sommes donc obligés de reconnaître que la grande majorité des praticiens ne sont pas engagés dans la procédure d'assurance qualité.

## **SOMMES-NOUS EFFICACES ?**

Engagés depuis dix ans, avec l'assurance maladie, dans le contrôle de la qualité et de l'efficacité des pratiques de soins, il est important de mesurer notre propre efficacité. Les publications récentes des médecins conseils attestent des progrès méthodologiques réalisés. Nous sommes en mesure dorénavant de réaliser des audits de pratique dès lors qu'un référentiel solide existe sur un sujet. Nous savons mettre en évidence les variations géographiques de la pratique ou les écarts de comportement entre les praticiens. Mais sommes nous capables pour autant d'améliorer la qualité des soins ?

### Les données de la littérature

Une étude bibliographique très complète sur l'efficacité des divers types d'interventions destinées à améliorer les pratiques de soins a été conduite en France en 1997 par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs pour l'Institut d'études des politiques de santé sous la direction de Pierre Durieux (5). Cette étude utilise la méthodologie proposée par le groupe Cochrane sur les pratiques professionnelles. Elle a recensé plus de cinq cents études décrivant l'impact d'une intervention sur les pratiques et les a classées en fonction du type d'intervention étudié et du niveau de preuve de l'étude.

La collaboration Cochrane distingue trois types d'interventions destinées à améliorer les pratiques des médecins :

- la diffusion de recommandation, la formation et l'encadrement des pratiques
- les incitations financières
- les interventions organisationnelles.

Les résultats de cette « méta-étude » montrent une efficacité très diversifiée et dans l'ensemble modeste des interventions à visée correctives fondées sur les recommandations :

- la distribution de documents, de texte de recommandation, de matériel audiovisuel n'a pas d'impact sur les pratiques,
- l'utilisation de conférences ou d'ateliers ne semble pas améliorer l'impact des actions de diffusion,
- les actions de formation continue n'ont pas d'impact sur la pratique clinique,
- les leaders d'opinion ont un impact positif mais peu important
- les audits avec retour d'information ont un effet modeste mais réel,
- les visites à domiciles ont un impact positif,
- les « rappels » au moment de la prise de décision (fiche de prescription, poster, ou au mieux logiciel d'aide à la prescription) constituent le moyen le plus efficace dans la mise en œuvre des recommandations

### Quelles conclusions tirer par rapport à nos stratégies d'intervention ?

Dès la publication de cette étude, le service médical de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a tenu compte de ses conclusions et proposé de continuer les audits avec feed-back en les complétant par des visites au cabinet des praticiens (entretiens confraternels) dans le cadre de grands programmes nationaux d'intervention en santé publique sur les maladies de longue durée.

Malgré ces progrès méthodologiques, nos possibilités d'action sur le comportement des professionnels restent modestes. Nos confrères, les médecins traitants, perçoivent notre action

d'audit comme une contrainte administrative supplémentaire et développent volontiers des réactions de rejet ou de méfiance qui les empêchent de s'approprier la démarche. On peut conclure actuellement que nos capacités d'évaluation sont de plus en plus reconnues mais que nous avons peu de moyens pour faire évoluer les pratiques des professionnelles.

## **AGIR SUR LES ORGANISATIONS**

Dans la revue bibliographique de Durieux déjà citée on retrouve peu d'études empiriques mesurant l'impact des organisations sur les pratiques médicales. De plus, les organisations sont par nature très dépendantes du contexte social et culturel de chaque pays. Les résultats ne sont donc jamais exportables en l'état. On peut cependant tirer des enseignements susceptibles de nourrir notre réflexion à partir des études effectuées sur de nouvelles formes d'organisation notamment aux Etats Unis autour du managed care et au Royaume Uni dans le système des « Total Funding Budget Holders ». Par ailleurs, les experts en sociologie des organisations attestent du rôle clé joué par le cadre organisationnel d'exercice dans les pratiques professionnelles.

Pour sortir la démarche qualité de l'impasse, il nous semble donc prioritaire d'agir sur l'organisation des soins en médecine de ville. L'exercice actuel, trop isolé, ne permet pas d'intervenir efficacement sur le comportement du professionnel qui ne trouve pas son intérêt dans le changement et perçoit l'évaluation comme une contrainte agressive.

L'assurance maladie et les pouvoirs publics doivent en conséquence proposer des mesures incitant les professionnels à exercer dans un cadre organisé, comportant un encadrement de la pratique et un système d'information et d'évaluation. Une opportunité a été ouverte en France dans ce sens par la réforme de 1996 qui autorise l'expérimentation de réseaux et de filières de soins. Nous pensons que la mise en place de réseaux de soins constitue en France une chance pour développer la démarche qualité en conduisant les équipes de soins à s'approprier les procédures de l'évaluation. Mais plusieurs conditions nous semblent nécessaires pour que les médecins s'engagent réellement dans le management de la qualité :

Les professionnels doivent trouver suffisamment leur intérêt dans ces dispositifs (rémunération spécifique, conditions d'exercice favorables...) pour qu'ils acceptent et s'approprient les contraintes propres au management de la qualité médicale et économique. On peut attendre un effort de créativité de la part des professionnels eux même mais les institutions sanitaires et l'assurance maladie doivent apporter leur ingénierie et leur compétence en organisation pour faire progresser la recherche vers les solutions les mieux adaptées.

## **REFERENCES**

- 1- Evidence-based médecine working group. Evidence-based médecine, a new approach to teaching the practice of médecine. JAMA 1992 ; 258 :2420-5
- 2- Décision médicale. Bernard Grenier. Editions Masson 1990
- 3- Evidence-based médecine, une médecine normalisée ou la promotion de l'esprit critique ? Presse Med 1998 ; 27 :1900-4
- 4- Ordre national des médecins ; plate-forme de proposition ; 1999.
- 5- Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale. Coordination scientifique : Dr. P. Durieux . Flammarion Médecine-Sciences 1999.

**FIN**

## Quality Control of Treatment Management

The concept and methods of medical evaluation, which have long been a feature in Anglo-Saxon countries, developed considerably in Europe in the nineties. For the UEMASS conference, we thought it would be interesting to assess the impact of these ideas on the role of medical advisers in the French social security system, to evaluate the effectiveness of our action to optimise treatment practices and, finally, to suggest a clearer division in the future between the respective roles of the medical review and treatment teams in the quality process.

### **THE NINETIES : THE RISE OF MEDICAL EVALUATION.**

#### The development of ideas and methods.

Medical evaluation developed in this country, as elsewhere, under the combined influence of economic constraints, the growing demand of consumers for quality and, finally, the demand for equitable treatment to combat geographical variations.

The administrators of the sickness insurance scheme and the authorities realised that it was not possible to manage the health service using only regulations and refund rates. The sickness insurance scheme, therefore, put in place procedures for regulating the activities of professionals based on optimising treatment practices. A quality process took shape based on:

- the development of standards on the basis of evidence-based-medicine,
- the implementation of medico-economic studies,
- the promotion of best practice recommendations,
- the establishment, within the state sector, of standards of practice enforceable against doctors,
- the setting up of quality control of treatment practices by the sickness insurance medical services

The principles of **evidence-based-medicine** (EBM), first proposed in 1992 in an article in JAMA by a group of doctors and epidemiologists at McMaster University in Hamilton, Canada (1), were largely taken up in France by academics involved in promoting evaluation, especially Bernard GRENIER (2) and Pierre DURIEUX (3).

Conceived originally as a method of teaching medicine based on recorded facts (randomised treatment trials) or “evidence”, they served as a basis for developing recommendations for clinical practice by the National Agency for the Development of Medical Evaluation (ANDEM) created by the authorities in 1990 and from 1997 onwards by the National Agency for Health Accreditation and Evaluation (ANAES) which succeeded it. The EBM concept favours a critical attitude in place of unfounded dogma and certainties.

Parallel to EBM, which was mainly developed by doctors, the nineties also saw a rise in the number of **medico-economic studies** directed by health economists, more often than not in partnership with industry. These studies, which mainly concerned drugs and new technology, measured and compared the cost effectiveness of treatment and prescriptions. They had a role in administrative procedures for reimbursement but were of little use in evaluating the quality of medical practice.

The **recommendations for clinical practice** have been circulated to doctors in France since 1993 by ANDEM and by the Medicines Agency. Since 1996, regulations gave the Regional Professional Doctors Unions the task of circulating the recommendations to their members. But, to date, this legislative provision has not been implemented. For its part, the sickness insurance scheme has undertaken the task of issuing certain recommendations laid down by the agencies to doctors, especially in the case of long-term ailments.

#### A radical change in the medical adviser's role and duties

The development of medical evaluation has led to a major change in the role and activities of the sickness insurance medical services in France.

The medical adviser's traditional role was to examine the patient to check that benefits were being paid in accordance with the legislation. The principal aim of the medical review was to detect fraud and abuse. Since the start of the nineties, they have been given a new role directed towards monitoring the quality of medical practice by health professionals.

French legislation took account of this development in a 1996 regulation reforming the social security scheme which assigned a new role to the medical review of analysing the activities of health professionals.

As a result, the medical services of the three sickness insurance schemes in France developed the skills of their medical advisers. Alongside the traditional medico-legal training, public health training was encouraged. In parallel, the sickness insurance scheme's information systems were considerably updated to give the medical advisers the tools to analyse the health professionals' activities.

The quality control of medical practice by medical advisers went in two different directions:

“repressive” controls involving sanctions imposed on the doctor,

collective evaluation linked to reminders of best practice.

Repressive controls, currently very limited due to legal difficulties, apply where enforceable medical standards have not been observed or where drugs have been prescribed outside the scope of the reimbursement regulations and not been indicated as such. Collective evaluation developed more recently, mainly in connection with public health projects initiated by the Medical Service of the National Sickness Insurance Fund for Employees. The aim of these projects is to advance the quality of treatment for diabetics and/or hypertensives. They combined an audit with collective feedback on medical practice and a reminder of the recommended practice during a patient's visit to the doctor's surgery to work out a treatment programme.

#### Limited impact on professionals

Although the ideas and methods of evaluation have had a radical effect on the medical review, they have only been taken on board by health professionals in very varying degrees. In large hospitals and especially in ultramodern departments using the latest expensive technologies, the existence of a high-level administration has enabled evaluation procedures to be put in place coupled with a framework of standard practices.

However, in local medicine and small establishments, implementation in France has remained very sporadic. The quality process has not, consequently, got under way in practice. ANDEM has set up a national network of professional doctors who are working with conviction and perseverance for the advancement of evaluation. The “activists” in continued professional medical development, the most active members of certain learned societies have for their part integrated quality process ideas. But within the profession they are a small elite and their impact remains limited.



As regards the institutions, the doctor's unions have an ambivalent attitude to evaluation. Although they each declare the profession should get involved in the quality process, the fear of being seen to use medical practice standards in a context of quality control often seem to stifle initiatives. The professional medical associations were charged since the 1996 regulations with the role of developing medical evaluation but their implementation of action in this area has only just started. The National Council of the Order of Doctors which represents the body of doctors in dealings with the authorities has recently realised what is at stake in the quality process. It has published a paper on the subject presenting its proposals (4).

Despite the interest raised by evaluation, we are, therefore, obliged to recognise that the great majority of practitioners are not involved in quality assurance procedures.

## **ARE WE EFFECTIVE?**

As we have been involved with the sickness insurance scheme for ten years in quality control and the effectiveness of treatment practices, it is important to measure our own effectiveness. Recent publications by medical advisers have testified to the methodological progress made. We are henceforth in a position to carry out an audit as soon as a reliable system of reference exists on the subject. We know how to identify geographical variations in medical practice or the differences in behaviour between practitioners. But, having said all that, are we capable of improving the quality of treatment?

### Written reference sources

A comprehensive bibliographical study of the various types of activities aimed at improving treatment practices was carried out in France in 1997 by a multidisciplinary team of researchers for the Institute of Health Policy Studies under the direction of Pierre Durieux (5). This study employed the methodology proposed by the Cochrane group on professional practices. It compiled a list of five hundred studies describing the impact of an activity on medical practice and classified them according to the type of activity studied and the level of evidence contained in the study.

The Cochrane project distinguished three types of activities aimed at improving medical practice:

- the circulation of recommendations, training and monitoring of practices
- financial incentives
- organisational activities

The results of this "meta-study" revealed that the corrective activities based on recommendations had very varying and overall rather modest degrees of effectiveness:

- the distribution of documentation, written recommendations, audiovisual material has no impact on practices,
- the use of conferences or workshops does not seem to improve the impact of promotion activities,
- continued professional training has no impact on clinical practice,
- opinion makers have a positive but negligible impact
- audits with feedback do have an effect, although slight,
- home visits have a positive impact,
- "reminders" at the point of decision-making (prescription slip, poster or, best of all, prescription software) are the most effective way of implementing the recommendations.

### What conclusions can we draw for our own strategies?

Since the publication of this study, the Medical Service of the National Sickness Insurance Fund for Employees has taken note of these conclusions and suggested continuing audits with feedback and supplementing them with visits to practitioners' surgeries (meetings with colleagues) as part of the large national public health projects on long-term illnesses.

Despite methodological advances, our possible courses of action for influencing the behaviour of professionals remain modest. Our colleagues, the patients' doctors, perceive our audit activities as an additional administrative constraint and easily develop a negative or suspicious attitude which hinders them from taking on board the process. At the present time, we can conclude that our capacity for evaluation is more and more widely recognised but that we have few means for changing professional practices.

### **INFLUENCING ORGANISATIONS**

In Durieux's bibliographical review mentioned above, there were very few empirical studies measuring the impact of organisations on medical practice. Furthermore, organisations are by their nature heavily influenced by the social and cultural context of each country. The findings are, therefore, never exportable from one country to another. We can, however, draw lessons of use in our own survey from studies on new organisational structures, especially in the United States in the case of managed care and in the United Kingdom on the system of "Total Funding Budget Holders". Additionally, experts in the sociology of organisations testify to the pivotal role played by the organisational framework in the exercise of professional practices.

To escape from the quality process impasse, we need, therefore, as a matter of priority, to influence the local treatment organisations. Current practice, which is too sporadic, is not an effective enough influence on the behaviour of professionals who do not see the changes as being in their own interest and perceive evaluation as an aggressive constraint.

The sickness insurance scheme and the authorities should consequently suggest measures encouraging professionals to act in an organised framework involving monitoring of medical practice and a system of information and evaluation. An opportunity to do this arose in France with the 1996 reform which authorised experimentation with networks and treatment channels. We think that the setting up of treatment networks in France would be an opportunity to develop the quality process leading treatment teams to take on board evaluation procedures. But several conditions are necessary before doctors get properly involved in the management of quality:

Professionals need to see that these procedures are sufficiently in their own interests (specific remuneration, favourable conditions ...) for them to accept and take on board the constraints appropriate to the management of medical and economic quality.

We can wait for a creative response from the professionals themselves but the medical institutions and the sickness insurance scheme also need to contribute their organisational skill and competence to advance the search for the most appropriate solutions.

## REFERENCES

Evidence-based medicine working group. Evidence-based medicine, a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 258:2420-5

Medical decision-making. Bernard Grenier. Editions Masson 1990

Evidence-based medicine, standardized medicine or promotion of a critical attitude? Presse Med 1998; 27 :1900-4

National Order of Doctors : Proposals ; 1999.

How to improve medical practice. International comparative approach.  
Scientific coordination : Dr P. Durieux. Flammarion Medecine-Sciences 1999.