

In : Parent F & Jouquan J (Sous la direction de). Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative. Bruxelles : De Boeck, 2013

Chapitre 3

Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé

Jean JOUQUAN*
Florence PARENT**

1 INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, l'évaluation semble avoir désormais acquis le statut enviable d'évidence, au sens français de ce terme, c'est-à-dire celui d'une démarche dont la pertinence et la nécessité n'ont pas – ou plus – besoin d'être démontrées. En contexte français, par exemple, la création en 1990 de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation en médecine (ANDEM), remplacée en avril 1996 par ordonnance, par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), puis en 2004 par la Haute autorité de santé (HAS), aux compétences élargies, en est l'illustration la plus emblématique. En se fixant notamment comme missions « de produire des référentiels d'évaluation, [...] d'apporter

* Université de Brest, Université Européenne de Bretagne (France)
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Équipe d'accueil EA 4686 « Éthique, professionnalisme et santé. »
** Université libre de Bruxelles (Belgique), École de santé publique
Centre de recherche CRISS – Approches sociale de la santé
et Centre de recherche POLISSI – Politiques et systèmes de santé – Santé internationale.

son appui aux procédures d'évaluation des pratiques professionnelles [...] et d'évaluer l'impact de ses propres actions sur la qualité des soins », l'ANAES (2000) a en particulier fortement contribué à faire connaître les outils de la démarche évaluative, tels que l'établissement de recommandations, l'audit médical ou la visite par les pairs.

Cette fortune du concept d'évaluation, au moins apparente, va de pair avec un emploi de plus en plus intensif du mot, ce qui lui vaut parfois d'être galvaudé. Plusieurs confusions sont ainsi véhiculées, par exemple entre évaluation et contrôle, entre évaluation et mesure ou entre évaluation et recherche évaluative. Ces conceptions erronées – ou au moins réductrices – nuisent parfois à la compréhension et à l'acceptation de la démarche évaluative par les professionnels de santé. La présente contribution se propose : de resituer l'évaluation en santé – et notamment en médecine – au sein du champ plus large de l'évaluation de programme, en tant que pratique sociale et professionnelle ; d'apporter plus spécifiquement quelques repères conceptuels et de montrer que, si l'exigence d'évaluation n'est plus guère discutable, sa mise en œuvre suppose que des orientations théoriques, à l'égard desquelles il existe des alternatives, aient été préalablement déterminées. Nous proposerons enfin d'admettre que ces différentes prémisses conduisent à considérer l'évaluation en santé, fondamentalement, comme une démarche de nature épistémologique.

2 L'ÉVALUATION EN TANT QUE PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET SOCIALE

2.1 La notion de programme social

Envisagée globalement, l'action en santé, développée par l'ensemble des professionnels et des organisations de santé, constitue ce que l'on appelle un « programme social » qui vise à améliorer le bien-être des individus et de la société, en l'occurrence en tentant de résoudre les problèmes individuels de santé ou les problèmes de santé publique. La locution « programme social » renvoie à la notion que les différentes pratiques professionnelles concernées, qu'elles soient plus ou moins dévolues respectivement aux états ou à des structures privées, résultent d'un ensemble cohérent d'activités coordonnées, réglementées et financées par la communauté, justifiées sur la base d'une identification des besoins à satisfaire (Cf. par exemple, chapitre 2, section 1 : « Responsabilité sociale des facultés de médecine »).

2.2 L'évaluation d'un programme social

L'évaluation des programmes sociaux est un champ disciplinaire dérivé de celui des pratiques professionnelles (Shadish, Cook & Leviton, 1991 a). Elle consiste d'une part à examiner si ces pratiques atteignent leurs buts

(efficacité) et si elles le font moyennant un niveau acceptable de ressources monétaires, matérielles ou humaines (efficience). Elle consiste d'autre part à identifier tous leurs effets, y compris ceux qui n'ont pas été planifiés, et à déterminer s'ils ont des conséquences positives ou négatives. Il s'agit donc d'obtenir des informations qui renseignent sur ces pratiques professionnelles et leurs résultats, d'interpréter ces informations de manière à être en mesure de porter un jugement de valeur à l'égard des pratiques concernées, dans le but de prendre une décision. La nature de la décision à prendre peut varier. Il peut s'agir de prendre des décisions visant à améliorer les pratiques professionnelles en cause, dans le but d'optimiser leurs résultats ; on parle alors habituellement d'évaluation formative, ce qui renvoie à la fonction régulatrice de l'évaluation. Il peut aussi s'agir de prendre des décisions concernant la poursuite ou l'arrêt du programme, sa réorientation ou encore le niveau des ressources qui lui sont allouées ; on parle alors classiquement d'évaluation sommative, ce qui renvoie à la fonction administrative de l'évaluation.

2.3 Les pratiques évaluatives

L'évaluation est un processus de résolution de problème complexe. L'évaluation de programme moderne s'est développée depuis les années 1960 dans un environnement caractérisé par la croissance économique de l'après-guerre, l'intervention massive de l'état et le développement des sciences sociales (Shadish et al., 1991a). Dans ce contexte, il s'est agi très tôt de rendre des comptes. Les pratiques développées dans le champ de l'évaluation ont emprunté successivement aux positionnements théoriques et aux options méthodologiques de multiples champs disciplinaires, issus des sciences expérimentales ou des sciences sociales. En s'intéressant aux processus en jeu dans les pratiques professionnelles et pas seulement à leurs résultats, en intégrant de façon plus éclectique des données qualitatives aux données purement quantitatives, en se préoccupant enfin des contextes d'application et non exclusivement des exigences méthodologiques, les pratiques évaluatives se sont peu à peu efforcées de mieux rendre compte de la complexité des différentes réalités professionnelles. De nombreux « modèles » d'évaluation de programme se sont ainsi développés. La littérature scientifique est extrêmement pauvre en travaux visant à apprécier l'efficacité et l'efficience respectives des différents modèles d'évaluation. Un tel objectif se heurte d'ailleurs à de nombreuses difficultés. Il serait notamment nécessaire de disposer de multiples études de cas, conduites de façon longitudinale sur des longues périodes ; de telles études ne sont pas disponibles, en partie en raison de la jeunesse de l'évaluation de programme en tant que champ disciplinaire, mais aussi en raison des problèmes qu'elles posent (méthodologiques, opérationnels, économiques).

Ainsi, même si le souhait d'homogénéiser les pratiques évaluatives est légitime, force est d'admettre qu'aucun modèle n'est *a priori* plus indiscutable qu'un autre et qu'il n'existe pas de modèle universel (Shadish, Cook & Leviton, 1991 b). Le choix d'un modèle d'évaluation ne peut donc résulter que d'un processus de démocratie sociale et professionnelle, ce qui implique que les responsables rendent publics, négocient et contractualisent leurs orientations conceptuelles, leurs buts et leurs choix méthodologiques. En toute hypothèse, l'évaluation en santé ne devrait pas échapper à ces exigences. Une telle évaluation peut avoir pour objet tout ce qui concourt à l'action médicale : il peut donc s'agir d'institutions, de structures ou d'organisations, de dispositifs de formation, de matériaux ou d'outils technologiques ou encore de besoins sanitaires à satisfaire. Nous limiterons notre propos à l'évaluation des pratiques professionnelles des professionnels de santé et notamment des médecins.

3 QUELQUES DISTINCTIONS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

3.1 Évaluation et contrôle

3.1.1 Le contrôle des pratiques

Étymologiquement, le mot contrôle vient du « contre-rôle », terme apparu en 1611 et qui désignait un registre (d'état civil ou de comptabilité, par exemple) introduit en double pour permettre, par rapprochement et comparaison, l'authentification d'un autre registre, le rôle. Le contrôle est ainsi une procédure du domaine de la vérification, qui recherche la conformité par rapport à un modèle de référence ou étalon, qui est à la fois antérieur (défini avant le contrôle), extérieur (défini ailleurs que sur l'objet ou la personne contrôlés) et normatif (subordonné à une norme ou la définissant). De ce fait, un contrôle peut à la limite être réalisé par un expert extérieur à la réalité évaluée. Dès lors qu'il possède les outils du contrôle, le contrôleur, qui de toute manière dirige le contrôle, peut éventuellement le faire tout seul. Le contrôle porte quasi-exclusivement sur les procédures et leurs résultats et non sur les processus.

Dans le domaine des pratiques professionnelles, l'accréditation, l'inspection, la certification-qualité ou l'audit de conformité sont des démarches qui s'apparentent à un contrôle. Elles sont de plus en plus exploitées pour générer des analyses comparatives de performances (*benchmarking*) ou des classements (*ranking*), à l'instar de ce qui est également fait dans le champ de l'économie de la connaissance (Jouquan, 2009) (Cf. aussi : chapitre 1, section I : « Une perspective économique et politique des systèmes d'éducation et de formation »). Dès lors que le soin ne serait plus compris

que comme une production qu'il faudrait rationaliser et rentabiliser, la tentation pourrait être forte de les instituer à des fins exclusivement financières. Indépendamment d'une telle hypothèse, ces procédures exposent au risque de générer des pratiques envahissantes, typiques des dérives bureaucratiques ; elles sont souvent perçues comme agressantes et ont montré leurs limites en favorisant parfois des réactions négatives ou contre productives : on corrige pour la forme en prévision du contrôle ou on riposte par des stratégies dilatoires ou par des « grèves du zèle ».

3.1.2 L'évaluation des pratiques

Par opposition au contrôle, l'évaluation est du domaine de l'appréciation et du jugement. Il s'agit de rechercher les effets et la valeur d'une action. À cet égard, il ne s'agit pas seulement de se positionner par rapport à une « échelle de valeurs » préétablie. En accord avec son étymologie, l'évaluation est, en tant que telle, un processus fondateur de valeurs. Il faut considérer que les valeurs sont par nature des « construits sociaux », en perpétuel remodelage : « il n'y a pas de valeur qui ne soit le résultat d'évaluations sociales répétées et accumulées et, inversement, il n'y a pas d'évaluation sans système de valeurs et de références ; les deux systèmes fonctionnent toujours en corrélation, en interaction dynamique voire conflictuelle » (Lecoite, 1997). Ainsi, contrairement au contrôle, l'évaluation implique la participation des acteurs de l'action, le débat, la confrontation d'opinions et de valeurs, ce qui ne condamne pas pour autant toute forme de critères établis *a priori*, notamment lorsque les construits sociaux ont été démocratiquement institutionnalisés (Cf. chapitre 1 de la section II : « Développer une ingénierie de la professionnalisation et des compétences dans les organisations de santé : l'exemple d'un référentiel de compétences en kinésithérapie »).

3.2 Évaluation et mesure

3.2.1 La mesure est l'une des modalités de recueil d'informations concernant les pratiques

Dans le champ de l'évaluation, un courant considère que, pour que l'évaluation soit rigoureuse, les informations qui renseignent sur les pratiques à évaluer doivent résulter d'une mesure. La qualité des procédures de recueil d'informations, conçues dès lors comme des instruments de mesure, est appréciée par la détermination des critères métrologiques classiques que sont la validité (mesure-t-on bien ce qu'on prétend mesurer ?) et la fidélité (obtient-on le même résultat lors de deux mesures successives ou lors de mesures effectuées par deux opérateurs différents ?). Cette qualité métrologique est considérée comme étant le garant essentiel de la rigueur de la démarche d'évaluation. Une telle conception conduit à développer

des procédures et des outils de recueil d'informations extrêmement standardisés. L'une des méthodes récemment explorées dans cette perspective recourt par exemple à des patients « standardisés » (Luck & Peabody, 2002). Des acteurs professionnels sont entraînés à jouer de façon reproductible le rôle standardisé d'un patient souffrant d'un problème de santé spécifique (par exemple, une insuffisance cardiaque gauche secondaire à une hypertension artérielle ancienne négligée par un patient « non observant » et fumeur) ; ils rendent visite de façon anonyme aux médecins dont il s'agit d'évaluer les pratiques et « mesurent » la qualité de la consultation en remplissant, immédiatement après, une liste de vérification (*check-list*) d'une quarantaine d'items. De telles approches favorisent des conceptions très technocratiques de l'action médicale. En privilégiant la précision des informations plutôt que leur pertinence professionnelle et sociale, elles favorisent la mesure de ce qui est facile à mesurer plutôt que de ce qui est important à considérer ; elles conduisent inéluctablement à des conceptions très réductrices de la compétence médicale, en gommant les dimensions de complexité et d'incertitude ; elles postulent enfin une conception très normative et prescriptive des « bonnes » pratiques médicales.

3.2.2 L'évaluation a une acception plus large que la mesure

L'exigence de la mesure, héritée de la culture scientifique positiviste, est extrêmement prégnante, au point qu'elle pourrait parfois sembler résumer la démarche évaluative. L'évaluation est pourtant un processus beaucoup plus large que la simple mesure, pour au moins deux types de raisons : a) la mesure n'est pas la seule modalité fiable pour obtenir des informations renseignant sur des pratiques médicales ; b) quelle que soit la manière dont elles ont été obtenues, et même lorsqu'elles résultent d'une mesure, ces informations doivent être interprétées pour qu'un jugement de valeur soit porté à leur égard, faute de quoi il ne s'agit pas d'une évaluation mais d'un simple greffe, au sens juridique du terme, c'est-à-dire d'un archivage administratif des informations.

- a) La mesure, par nature, est quantitative et exige la définition d'unités de mesure. Certains indicateurs, appréhendés à l'aide de variables quantitatives, se prêtent ainsi naturellement à une mesure : c'est le cas, par exemple, d'un taux de couverture vaccinale au sein d'une population prise en charge par un médecin, du taux d'hémoglobine glycosylée chez un patient diabétique, etc.,... Lorsque des objets plus complexes sont observés, tels qu'une consultation médicale complète, le souci de fournir une mesure conduit à élaborer des outils de transformation des données aboutissant à la construction de scores ; c'est le but, par exemple, des *check-lists*, telles que les procédures d'évaluation utilisant des patients standardisés, évoquées précédemment, peuvent en exploiter. Il existe pourtant de multiples

autres manières d'obtenir des informations renseignant sur des pratiques médicales et, à cet égard, force est d'exprimer un désaccord avec un énoncé de l'un des guides de l'ANAES (2002), selon lequel « on ne peut pas réellement savoir ce que l'on fait si on ne le mesure pas ». Les sciences sociales ont montré que l'on peut produire des savoirs avec beaucoup de rigueur en recueillant des informations objectives mais de nature qualitative, grâce à des méthodes telles que l'analyse de contenu, l'observation participante, l'entretien semi-structuré ou le groupe de discussion.

- b) Qu'elles soient de nature quantitative ou qualitative, issues ou non d'une mesure, les informations qui renseignent sur les pratiques médicales doivent être interprétées pour faire l'objet d'un jugement de valeur. Cette démarche interprétative, même lorsqu'elle recourt à l'outil statistique, est par essence du domaine de la relativité et dépend du cadre conceptuel auquel on se réfère. L'exigence de rigueur ne se résume pas au débat objectif/subjectif et, en l'occurrence, le même guide de l'ANAES (2002) cité plus haut a raison d'insister sur le fait que « dans l'évaluation des pratiques professionnelles, aucune mesure objective ne peut se passer d'une interprétation liée au contexte ». Les critères de rigueur de la démarche interprétative à partir de données qualitatives, dans le cadre de l'évaluation des pratiques, sont maintenant bien codifiés : aux notions très positivistes de validité, de fidélité et d'objectivité, sont substituées celles de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de transparence (Barzansky, Berner & Beckman, 1985). Dans cette perspective, de nouvelles approches permettant d'élaborer des synthèses de la littérature scientifique faisant davantage justice de la complexité des interventions en santé sont aujourd'hui proposées (Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walshe, 2005).

3.3 Évaluation et recherche évaluative

La recherche évaluative et l'évaluation sont deux manières d'examiner des pratiques en santé et de produire du savoir à propos d'elles. La finalité et la nature respectives des savoirs construits sont par contre fort différentes.

3.3.1 *La recherche évaluative ayant pour objet les pratiques en santé se propose d'établir des lois et des principes explicatifs (« to prove »)*

Dans le cadre de la recherche évaluative, l'investigateur-chercheur est motivé par une curiosité et par une exigence scientifique. Son objectif est de parvenir à des conclusions dont le rôle est de contribuer à l'élaboration de lois ou de principes explicatifs, qui permettent de prédire les effets

des pratiques concernées ; pour ce faire, il met en œuvre des méthodes, le plus souvent selon un protocole de type expérimental (comparaison d'un groupe-cible et d'un groupe-contrôle, comparaison d'un pré-test et d'un post-test, recours à l'analyse statistique,...), qui visent à vérifier une hypothèse, laquelle découle de l'identification d'une question spécifique de recherche. L'utilité sociale du savoir produit n'est qu'indirecte, même si l'on insiste de plus en plus sur la notion de pertinence sociale de la recherche. Les critères de rigueur scientifique concernent la validité interne de la démarche (c'est-à-dire la robustesse de la preuve fournie pour accepter ou rejeter l'hypothèse) et sa validité externe (c'est-à-dire le caractère généralisable des résultats obtenus). En tant que démarche scientifique, la recherche évaluative qui est conduite à propos des pratiques médicales – ou, plus généralement, des pratiques en santé – vise en effet la production de savoirs dotés d'un haut niveau de preuve quant aux effets de ces pratiques, qu'il s'agisse de leurs bénéfiques ou, à l'inverse, de leurs conséquences délétères. Ces savoirs deviennent dès lors les références scientifiques qui constituent l'une des sources à partir desquelles sont élaborés les différents standards et guides de pratiques (*guidelines*).

Le courant de la médecine fondée sur les faits probants – ou démontrés – (*evidence-based medicine* – *EBM*), qui s'est formalisé depuis le début des années 1990 (*Evidence-based medicine working group*, 1992), correspond à la démarche la plus achevée visant à exiger que les recommandations de pratiques s'appuient précisément sur des effets démontrés et non plus sur des arguments d'opinion ou d'autorité, ni même sur des inférences physiopathologiques purement spéculatives. Cette perspective exerce aujourd'hui une influence considérable, à la fois sur les pratiques professionnelles en santé et sur la nature et sur la qualité des ressources didactiques qui sont mises à la disposition des étudiants ou des professionnels, dans le cadre dispositifs de formation initiale ou continue. En mettant en exergue que, face à un problème à résoudre ou une décision à prendre, le caractère démontré du bénéfice attendu de l'intervention devait être tenu pour déterminant, ce courant a introduit une réelle rigueur dans la pratique clinique, même si plusieurs limites lui sont reconnues ; l'une des plus importantes est liée à la conception univoque et réductrice du concept de preuve qu'il tend à imposer, en lien avec son ancrage princeps dans le paradigme scientifique positiviste (Jouquan, 2003).

3.3.2 L'évaluation des pratiques en santé s'interroge sur le bien-fondé de ces pratiques dans le but de les améliorer (« to improve »)

Dans le cadre de l'évaluation, l'investigateur-évaluateur a comme objectif de se forger un jugement de valeur à l'égard des pratiques examinées, en se proposant de prendre ultérieurement des décisions qui visent

à les optimiser. L'évaluateur est ainsi directement concerné par l'utilité sociale de son action. La démarche expérimentale est souvent impossible à mettre en œuvre compte tenu du nombre de variables de toute nature qui ne sont pas contrôlables dans un contexte professionnel authentique. Elle n'est d'ailleurs le plus souvent pas pertinente (que signifierait, par exemple, l'hypothèse nulle dans l'optique d'une prise de décision ?). Les critères de rigueur exigés sont de ce fait différents des critères de rigueur scientifiques classiques ; ils font référence à la crédibilité des données (jusqu'à quel point peut-on accorder foi aux informations recueillies ?) et à leur pertinence (jusqu'à quel point l'information recueillie rend-elle compte la réalité que l'on souhaite appréhender ?). Il s'agit, en somme, d'apprécier la valeur ajoutée apportée au patient par les décisions prises par le médecin en tant que professionnel.

L'évaluation des pratiques professionnelles est aujourd'hui considérée comme le levier et l'ancrage essentiels du développement professionnel continu (Dornan, 2008). Une telle finalité est institutionnalisée dans plusieurs pays par des dispositions réglementaires. C'est par exemple le cas en France, où le législateur précise que « le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. » (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011), la mise en œuvre opérationnelle du dispositif étant confiée à la HAS (Haute autorité de santé, 2010).

De par le monde, une telle évolution des dispositifs de formation continue des professionnels de santé, caractérisée par leur arrimage à une démarche formelle d'évaluation des pratiques, résulte du constat que la capacité des professionnels à s'auto évaluer et à auto diriger leurs apprentissages et leur formation continue a été largement surestimée (Silver, Campbell, Marlow & Sargeant, 2008). En effet, alors ce crédit ne leur avait été jusqu'à présent quasiment jamais contesté, un tel objectif apparaît aujourd'hui comme largement irréaliste (Sargeant, Mann, van der Vleuten & Metsemakers, 2008). De nombreuses études concordantes montrent de fait que les capacités d'auto évaluation – celle-ci étant comprise comme une activité individuelle strictement interne – sont très médiocres et qu'il convient désormais de passer du paradigme de l'évaluation auto-dirigée à celui de l'auto-évaluation dirigée – *from « self-directed assessment » to « directed self-assessment »* – (Sargeant et al., 2008). La notion d'auto-évaluation dirigée renvoie à l'idée que les activités d'évaluation de ses pratiques et de ses besoins d'apprentissage doivent nécessairement être appréciées au regard de références professionnelles partagées et s'appuyer explicitement sur la sollicitation de ressources externes (Dornan, 2008), dans le cadre d'une pratique réflexive accompagnée, en accord

avec les perspectives théoriques qui rendent compte du développement et du maintien de l'expertise, telles que celles de la pratique réflexive de Schön (1983, 1987), de la pratique intentionnelle et délibérée d'Ericsson (2004) ou de la pratique attentive d'Epstein (1999) (Cf. chapitre 1 de la section IV : « Promouvoir les pédagogies actives comme soutien à la pratique réflexive et à l'apprentissage en profondeur »).

L'auto-évaluation est ainsi tout le contraire d'une pratique solitaire et autarcique, les ressources pour une évaluation formative externe étant à rechercher auprès de ses pairs, quelle qu'en soit la modalité (par exemple en recourant à des superviseurs, mentors, précepteurs ou à des groupes de pairs) mais aussi auprès d'autres professionnels de santé, ainsi qu'auprès de ses patients (Sargeant et al., 2008), qu'il convient désormais de considérer comme des partenaires à part entière et non plus exclusivement comme des objets de soins (Cf. post-face : « La perspective du « patient partenaire » : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé »). Des expériences très documentées montrent l'intérêt d'adosser de tels dispositifs de supervision formative à une approche pédagogique par compétences, pour autant que l'expertise en santé et en éducation guide les choix méthodologiques et non l'inverse (Parent et al., 2007b).

4 L'ÉVALUATION VUE COMME FONDATRICE D'UNE ÉPISTÉMOLOGIE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN SANTÉ

La référence au statut de professionnel renvoie très explicitement au mandat social du médecin, en tant que personne chargée de rendre à une autre personne des services judicieux et réfléchis, dans des situations toujours singulières, complexes et floues, à l'occasion desquelles il est fort probable qu'il soit confronté à des conflits de valeurs et donc à des problèmes éthiques (McGuire, 1993). La compétence professionnelle, dont l'expertise est le niveau le plus achevé, est ce savoir-agir complexe que le professionnel construit à partir d'une base de connaissances spécialisées, développée et contrôlée en collégialité par les pairs qui constitue la profession. Les professions se caractérisent en effet d'abord par la référence constante à une ou plusieurs théories scientifiques et par le fait qu'elles ne se limitent pas seulement à l'usage d'un savoir préexistant mais qu'elles en créent un *de novo* (Harris, 1993). Cependant, malgré le stéréotype répandu qui voudrait que la médecine, qui était un art, soit devenue une science, celle-ci reste fondamentalement une « pratique soignante, personnalisée, accompagnée de science et de technique » (Folscheid, 1997). Il s'agit d'une pratique réflexive, au sens développé par Schön (1983) qui s'appuie notamment sur deux notions. La première est que toute action professionnelle complexe résulte d'un jugement et d'un processus de décision correspondant

à une réflexion dans (pendant et à propos de) l'action ; seule une minorité de ces actions résulte d'un pur automatisme. La seconde est que les connaissances et les compétences sur lesquelles s'appuient cette réflexion dans l'action ne sont pas exclusivement issues de savoirs savants codifiés, tels qu'ils sont produits par exemple par la recherche scientifique ; elles prennent aussi en compte un savoir tacite, expérientiel, construit par les praticiens eux-mêmes à partir d'une réflexion développée *a postertort* sur leurs actions et qu'ils réutilisent dans leurs actions ultérieures. Il s'agit d'une autre manière de concevoir l'articulation entre la « théorie » et la « pratique » : la séquence ne se fait pas de façon unidirectionnelle de la théorie vers la pratique mais, grâce à une activité mentale de haut niveau, les deux domaines se nourrissent mutuellement.

Plusieurs références « théoriques » sont d'ailleurs possibles. Par exemple, le regard anthropologique sur la santé nous rappelle que le concept de maladie est moins univoque qu'il n'y paraît et qu'il renvoie autant à des constructions sociales qu'à des catégories naturelles (Cathébras, 1997). Trois termes existent du reste en langue anglaise pour désigner la maladie selon qu'elle rend compte de l'approche nosographique du médecin (*disease*), du vécu subjectif du malade (*illness*) ou du processus d'intégration sociale des problèmes de santé (*sickness*) (Cf. aussi les chapitres 1 et 2, section II : « Considérer la dimension interculturelle dans les formations professionnalisantes en santé » et « Intégrer la dimension du genre dans les programmes de formation des professionnels de la santé »).

Plusieurs contextes de pratique sont également à prendre en compte, selon que sont respectivement privilégiés, par exemple et de manière bien entendu nullement exclusive : la prévention et le maintien de la santé ou le traitement des maladies et les soins aigus ; la santé des populations ou la santé des individus ; la continuité des soins ou les soins intermittents et le traitement des épisodes ; les soins communautaires ou les soins en institution ; le modèle bio-psycho-social ou le modèle strictement bio-clinique.

C'est dans cette optique qu'il faut voir fondamentalement l'évaluation des pratiques médicales. En proposant au professionnel médecin de rendre compte de ses pratiques et de les inscrire dans un processus dialectique de jugement de valeur, la démarche évaluative n'exige pas qu'il démontre que ces pratiques sont strictement conformes à des standards normatifs (ce qui serait de l'ordre du pur contrôle) mais elle l'engage à être en mesure d'explicitier au nom de quoi il a pris ses différentes décisions. En ce sens, c'est bien à une démarche de nature épistémologique à l'égard de leurs pratiques que sont invités les professionnels médecins, c'est dire à une réflexion critique portant sur les conditions d'admissibilité des principes, des fondements, des méthodes et des résultats de leurs pratiques professionnelles.

5 CONCLUSION

L'exigence déontologique faite au médecin d'assurer des soins « fondés sur les données acquises de la science » (Code de Déontologie médicale, 1995) n'implique pas de concevoir de façon réductrice la médecine comme une stricte science appliquée. Corollairement, l'évaluation des pratiques professionnelles en santé doit être pensée au-delà des instruments qu'elle utilise et se départir d'une conception strictement normative et prescriptive.

La nécessité que les médecins et les professionnels de santé s'interrogent systématiquement sur le niveau de rigueur de leurs actions est un acquis considérable de ces dernières années. Il faut cependant accepter que la rationalité médicale ne se résume pas à la rationalité scientifique et notamment pas à la rationalité expérimentale. La problématique de l'évaluation médicale n'est donc pas simplement d'ordre méthodologique (quels moyens mettre en œuvre ?) ; elle est aussi d'ordre ontologique (quelle est la nature des problèmes de santé à explorer ?) et éthique (au nom de quoi décider ?). Il en va de l'acceptabilité des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles en santé dans le cadre du développement professionnel continu et ce n'est pas un mince enjeu.