

À bas les

Mythes

Mars 2007

UNE SÉRIE D'ANALYSES PRÉSENTANT LES RÉSULTATS DE RECHERCHE QUI ALIMENTENT LE DÉBAT SUR LES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

MYTHE

La qualité ira en s'améliorant, un médecin à la fois

L'IMAGE DU MÉDECIN SOLITAIRE QUI PERSONNIFIE CHAQUE PROCESSUS ESSENTIEL POUR ASSURER DES SERVICES DE LA PLUS HAUTE QUALITÉ, EST MAINTENANT DEVENUE PRESQUE UN MYTHE. TOUS LES MÉDECINS DÉPENDENT DES SYSTÈMES, AUSSI BIEN DANS LES CABINETS PRIVÉS QUE DANS LES GIGANTESQUES INSTALLATIONS D'ENVERGURE NATIONALE¹.

LES PROBLÈMES DE QUALITÉ SONT ENVAHISSANTS. TOUTEFOIS, LA PIÈTRE QUALITÉ N'EST PAS LE RÉSULTAT D'UNE SÉRIE D'ERREURS INDIVIDUELLES².

Les médecins sont parfois individuellement comparés à des « pommes pourries » quand la sécurité des services médicaux est déficiente³. De même, quand vient le temps d'accomplir un système de santé de haute qualité, ils en sont fréquemment considérés comme les seuls défenseurs, prêts à améliorer la qualité des services, un médecin à la fois⁴. Mais le rendement du système de santé dépend des agissements de plusieurs joueurs, comme dans l'analogie suivante : si dans une équipe de rameurs l'un d'eux (un médecin) rame à une cadence différente, le progrès sera lent et frustrant pour tous, avec beaucoup d'éclaboussures et d'égratignures.

La conviction voulant que la qualité des services de santé repose uniquement sur les épaules des médecins a donné lieu à des stratégies d'amélioration de la qualité telles que les lignes directrices pour la pratique clinique à l'intention des médecins. Les directives cliniques ont longtemps été considérées essentielles à l'amélioration de la qualité des services : l'idée consiste à recueillir les données probantes sur les soins appropriés à des circonstances précises et à les adapter aux besoins des praticiens pour améliorer, en bout de ligne, la pratique professionnelle ainsi que les résultats⁵. L'élaboration de directives est indiscutablement appréciable, mais les médecins font face à de nombreux obstacles, dont certains échappent parfois à leur contrôle, ce qui a pour but de miner la mise en œuvre de lignes directrices⁶⁻⁷. Par exemple, l'adhésion aux directives cliniques compte souvent sur des améliorations au niveau des systèmes telles que l'acquisition de ressources, la mise en

place de nouvelles installations ou l'amélioration du soutien au personnel^{8, 9, 10}. Un spécialiste a exprimé cette réalité autrement : « Il y a eu prépondérance d'études des résultats pour les patients dans un paradigme biomédical qui demeure incomplet si l'on ne tient pas compte aussi du contexte dans lequel les malades reçoivent des soins⁸ ».

Il n'y a manifestement pas de solution miracle pour l'amélioration de la pratique clinique¹¹ ou pour celle de la qualité des services de santé^{12, 13}. Une stratégie plus prometteuse tiendrait compte non seulement des données probantes sur les pratiques efficaces, mais aussi de celles visant la manière de transformer le système de santé dans son ensemble.

Il n'existe pas de solution facile

Même si le point de mire reste axé sur les médecins individuellement, il est connu qu'aucune personne agissant seule ne peut rivaliser avec une équipe pour mener à de meilleures pratiques et présenter de meilleurs résultats¹⁴. En regardant au-delà du niveau clinique, on trouve effectivement une équipe beaucoup plus grande. Elle se trouve à une échelle plus vaste, où les gestionnaires et les responsables de politiques poursuivent des initiatives d'amélioration de la qualité dans tout le système, y compris un usage plus courant de la technologie de l'information, des mesures et rapports de rendement et l'intégration des services.

Peu de gens contestent l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la promotion de services de santé sûrs, efficaces et de grande qualité^{15, 16}. Les équipes sont moins susceptibles de commettre des erreurs que les individus, surtout quand les membres de l'équipe sont bien conscients de leurs rôles et responsabilités^{17, 18}. Un système de santé qui appuie la collaboration efficace peut améliorer la qualité des services en rehaussant la sécurité des patients et en réduisant la charge de travail, elle-même responsable du surmenage chez les professionnels de la santé¹⁹. Les revues systématiques portant sur la collaboration et le travail en équipe démontrent également leur efficacité dans une gamme de conditions chroniques (allant du cancer à la santé mentale, en passant par les services en gériatrie) menant finalement à des hospitalisations moins longues, des coûts réduits et à une satisfaction accrue des



Canadian Health Services Research Foundation
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

1565, avenue Carling, bureau 700, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Tél. : 613-728-2238 * Téléc. : 613-728-3527

patients^{xx-xxiii}. Le travail en équipe offre aussi l'avantage de contribuer au transfert efficace des données probantes à la pratique^{viii}.

Vers une approche systémique

Une autre contribution importante provenant de la recherche est d'envisager des procédés (tel que l'information et le flux des patients^{xxiv}) et des systèmes (suites de procédés) afin d'améliorer les résultats des services de santé^{xxv}.

La théorie de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) contrecarre la théorie des « pommes pourries », toujours en vogue^{i,iii}, et se base sur le principe suivant : pendant que les fournisseurs de services de santé s'efforcent de faire leur possible, leurs efforts sont limités par des procédés défectueux^{xⁱ,xxv,xxvi}. En mettant l'accent sur l'amélioration des procédés et des systèmes pour améliorer la qualité des services de santé, les initiatives d'ACQ permettent aux personnes de souffler.

Un exemple d'ACQ efficace provient du American Department of Veterans Affairs (VA), qui a entrepris au milieu des années 1990 une reconfiguration complète du système afin d'améliorer la qualité des services^{xxvii}. En adoptant une approche systématique de mesure, de gestion et de responsabilisation en matière de qualité, le VA a constaté une amélioration radicale de son rendement global et des améliorations statistiquement significatives pour tous les indicateurs de qualité recueillis de 1994-1995 à 2000^{xxvii}. En plus de la mise en place d'indicateurs de qualité de routine et de mesures de rendement, ainsi que de l'introduction d'un système électronique de dossiers médicaux, le VA doit son succès aux contrats liés au rendement et à sa décision de faire connaître publiquement ses mesures de rendement. Ceci a servi à responsabiliser les gestionnaires pour atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité^{xxvii}.

Conclusion

Les médecins visent à offrir à leurs patients des services de santé de qualité, mais ils ne peuvent pas atteindre leur but seuls ou sans appui. Si nous désirons vraiment améliorer la qualité des services de santé, nous devons nous concentrer sur les systèmes dans leur ensemble, et inviter tous les acteurs à dialoguer, notamment les fournisseurs de services, les gestionnaires et les responsables de politiques.

À bas les mythes est préparé par le personnel du Transfert et de l'échange de connaissances de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et publié uniquement après avoir été revu par un spécialiste sur le sujet.

Références

- i. Berwick D. 1989. "Continuous improvement as an ideal in health care." *New England Journal of Medicine*; 320(1): 53-56.
- ii. Rachlis M. 2004. *Prescription for excellence*. Toronto: HarperPerennialCanada.
- iii. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2004. *Mythe : On peut éliminer les erreurs qui surviennent dans les soins de santé en jetant les « pommes pourries »*. www.fcrrs.ca/mythbusters/pdf/myth15_f.pdf
- iv. Field MJ and Lohr KN. 1990. *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- v. Cabana MD et al. 1999. "Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement." *Journal of the American Medical Association*; 282(5): 1458-1465.
- vi. Natsch S and van der Meer JWM. 2003. "The role of clinical guidelines, policies and stewardship." *Journal of Hospital Infection*; 53: 172-176.
- vii. Lomas J. 1993. *Teaching old (and not so old) docs new tricks: Effective ways to implement research findings*. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper: 93-94.
- viii. Grol R and Grimshaw J. 2003. "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care." *Lancet*; 362: 1225-1230.
- ix. Di Blasi Z et al. 2001. "Influence of context effects on health outcomes: A systematic review." *Lancet*; 357(9258): 757-762.
- x. Sheldon TA. 2001. "It ain't what you do but the way that you do it." *Journal of Health Services Research and Policy*; 6(1): 3-5.
- xi. Oxman AD et al. 1995. "No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice." *Canadian Medical Association Journal*; 153(10): 1423-1431.
- xii. Institute of Medicine. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- xiii. Woolf SH. 2004. "Patient safety is not enough: Targeting quality improvements to optimize the health of the population." *Annals of Internal Medicine*; 140: 33-36.
- xiv. Montague T. 2006. "Patient-provider partnerships in healthcare: Enhancing knowledge translation and improving outcomes." *Healthcare Papers*; 7(2): 56-61.
- xv. Baker DP et al. In press. "Team training in health care: A review of team training programs and a look toward the future." *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. www.air.org/teams/publications/mtt/adv_pub_safety.pdf
- xvi. Baker DP et al. 2003. *Medical teamwork and patient safety: The evidence-based relation*. www.air.org/teams/publications/MTT/AIR_Lit_Review.pdf
- xvii. Smith-Jentsch KA et al. 1996. "Training team performance-related assertiveness." *Personnel Psychology*; 49: 909.
- xviii. Salas E and Cannon-Bowers JA. 2000. "The science of training: A decade of progress." *Annual Review of Psychology*; 52: 471.
- xix. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2006. *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. www.fcrrs.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf
- xx. Bower P and Sibbald B. 2000. *On-site health workers in primary care: Effects on professional practice*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- xxi. Hearn J and Higginson IJ. 1998. "Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review." *Palliative Medicine*; 12: 317-332.
- xxii. Rubenstein LZ et al. 1991. "Impacts of geriatrics care evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence." *Journal of the American Geriatrics Society*; 39: S8-S16.
- xxiii. Sulch D and Kalra L. 2000. "Integrated care pathways in stroke management." *Age and Aging*; 29: 349-352.
- xxiv. Ovretveit J. 1994. "Pathways to quality: A framework for cost-effective team quality improvement and multiprofessional audit." *Journal of Interprofessional Care*; 8: 329-333.
- xxv. James BC. 1993. "Implementing practice guidelines through clinical quality improvement." *Frontiers of Health Services Management*; 10(1): 3-37.
- xxvi. Berwick D. 1996. "A primer on leading the improvement of systems." *British Medical Journal*; 312(7031): 619-622.
- xxvii. Jha AK et al. 2003. "Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the Quality of Care." *New England Journal of Medicine*; 348(22): 2218-2227.