



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Démarche qualité et risque de contre-productivité

Quality process and risk of cons-productivity

INFO ARTICLE

Mots clés :

Amélioration de la qualité
 Démarche qualité
 Soins
 Gynécologie-obstétrique
 Évaluation

Keywords:

Quality improvement
 Quality process
 Clinical care
 Obstetrics and gynecology
 Assessment

Au premier abord, la volonté d'améliorer la qualité de nos prises en charge est un désir louable pour tout professionnel de santé. Une telle exigence semble même élémentaire: qui ne souhaiterait pas des améliorations dans le fonctionnement de son service, de sa clinique, ou de son cabinet? Qui ne souhaiterait pas travailler au sein d'une structure où le risque est minimisé pour ses patients? Au fil des années, la qualité est devenue une véritable spécialité avec un riche appareil théorique et des services entiers dévolus à sa promotion. Désormais, nombre de services cliniques comptent dans leurs rangs des « référents qualité ». À l'échelle nationale, les groupes de travail portant sur la qualité des soins se sont multipliés. En effet, les concepts mis en jeu dans ce qu'on appelle « la démarche qualité » sont nombreux, complexes et parfois un peu abstraits. Ainsi, une formation dans ce domaine semble nécessaire, si bien qu'il existe désormais des diplômes universitaires portant sur la démarche qualité et la gestion des risques.

1. La qualité appliquée à la recherche clinique et aux soins

Les outils évaluant la qualité des études en recherche clinique existent déjà: il s'agit pour les essais contrôlés randomisés de l'outil de la Cochrane Collaboration [1], ou pour les études diagnostiques du QUADAS [2]. De tels outils améliorent la fiabilité des revues systématiques et des méta-analyses, en permettant un jugement critique sur les articles sélectionnés. Néanmoins, des progrès restent à faire dans ce domaine comme le souligne l'étude de Jüni et al. [3]. Les auteurs sélectionnaient un échantillon d'études en distinguant les études de haute qualité et les études de basse qualité. Pour faire cette distinction, plusieurs échelles de qualité étaient utilisées. En fonction de l'échelle choisie, les résultats de la méta-analyse variaient dans un sens ou dans l'autre (bénéfice pour le groupe expérimental ou pour le groupe témoin).

Ceci illustre les difficultés à construire une mesure standardisée de la qualité en recherche clinique.

Appliquons maintenant cette notion de qualité à la pratique des soins. La qualité s'inscrit ici dans le contexte plus vaste de la certification des établissements de santé. Cette certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS) est un processus long et complexe qui utilise des outils évaluant la qualité des soins. Dans une publication récente de la HAS [4], les Drs Jean Brami et Laurence Chazallette soulignaient le faible intérêt des médecins pour la démarche qualité. Selon les auteurs, les médecins préfèrent largement se former dans leur domaine technique de spécialisation, plutôt que de s'investir dans la qualité en raison du caractère trop abstrait de cette discipline. Les auteurs proposent alors un certain nombre de pistes pour amener progressivement les cliniciens à cette démarche qualité si précieuse. Nous souhaiterions par cet article pondérer cet enthousiasme pour la démarche qualité, et peut-être expliquer la faible motivation des médecins dans ce domaine. Si la pratique médicale peut être l'objet d'un jugement critique, il est bien rare d'observer ces mêmes critiques à l'endroit de la qualité. La simple terminologie semble nous interdire un tel exercice. Pourtant toute activité doit être soumise à la critique. Alors que reprochons-nous à la démarche qualité?

2. Ivan Illich et la contre-productivité

Pour illustrer notre propos, nous empruntons le concept de contre-productivité au philosophe Ivan Illich [5]. Ce dernier faisait le constat suivant: des progrès notables ont été réalisés dans le domaine des transports, dans le domaine de la santé et dans le domaine de l'enseignement. Cependant, ces grands systèmes présentent parfois des performances contrastées. Il y a de plus en plus de véhicules qui nous permettent d'aller toujours plus vite.

Mais au-delà d'une certaine limite, la multiplication des véhicules provoque un ralentissement généralisé de nos trajets (embouteillage, approvisionnement en carburant, stationnement), ce qui est le contraire de l'objectif de vitesse initial. Plus il y a de transports, plus nous ralentissons. Ivan Illich dresse le même constat avec l'école qui finit par ralentir les apprentissages, et avec le système de soins qui finit par provoquer des maladies (iatrogénie, infections nosocomiales). C'est le concept de contre-productivité. Il semblerait que les grands systèmes mettent en place des outils de régulation. Malheureusement ces systèmes de régulation vont eux-mêmes justifier leurs propres systèmes de régulation, si bien qu'à un certain niveau d'activité, c'est tout le système qui bascule dans la contre-productivité en faisant ainsi obstacle à son propre fonctionnement. Nous faisons l'hypothèse que notre démarche qualité fait courir un tel risque. Bien entendu nous ne sommes pas les premiers à avancer une telle idée, et ce risque de contre-productivité a déjà été évoqué par la HAS elle-même [6]. Nous pensons néanmoins que ce risque est parfois sous-estimé par les spécialistes qualitatifs.

3. Des outils trop généralistes et trop éloignés des réalités de terrain

Comme tous les ans, notre service fait l'objet d'une évaluation par les outils de la qualité. Parmi ces outils, citons les scores IPAQSS [7]. Pour établir ces derniers, on recueille par exemple la mesure de la douleur, ou encore les actions préventives en matière d'escarres. Ces deux renseignements ne sont pas pertinents dans une maternité (la douleur en salle de naissance est une problématique bien différente de celle de la cancérologie). Ainsi, le premier écueil serait le choix d'un critère de jugement trop général pour conserver sa pertinence en toute circonstance. L'intérêt que nous portons à la qualité améliore-t-il vraiment la prise en charge de nos patientes, indépendamment de l'avancée des connaissances techniques ?

4. Qualité et transparence sont deux concepts différents

Certains outils ayant l'ambition d'évaluer la qualité des soins évaluent en réalité la transparence des dossiers médicaux. C'est le cas des scores IPAQSS: on vérifie par exemple que le dossier du patient contient un courrier de sortie et que le traitement de sortie est bien rapporté (notamment sa posologie et sa voie d'administration, même s'il ne s'agit que de paracétamol). Pourtant, un dossier présentant ce type de lacune ne correspond pas nécessairement à un défaut de prise en charge. La transparence et la qualité sont deux choses différentes. Nous faisons l'hypothèse qu'en créant de faux dossiers médicaux remplis volontairement d'erreurs médicales graves, nous pourrions obtenir d'excellentes notes en termes de qualité. Cette différence entre qualité et transparence est bien connue dans le monde de la recherche. La transparence se nomme *reporting* et les outils permettant de l'évaluer sont les *reporting guidelines* (qu'il s'agisse par exemple du CONSORT, du STROBE ou du STARD) [8]. Certaines études soulignent la confusion qui peut exister entre qualité et transparence en matière de recherche. Da Costa et al. [9] montrent par exemple que le STROBE statement est souvent cité de façon inappropriée, comme s'il s'agissait d'un outil de qualité alors qu'il s'agit en réalité d'un outil de transparence. Pour notre part, nous appelons également à établir une distinction plus claire entre ce qui relève de la transparence et ce qui relève de la qualité dans le domaine des soins.

De plus, l'exigence de transparence doit être adaptée au contexte clinique. Le fait d'oublier de mentionner dans le dossier la voie d'administration du Célestène® n'est pas une faute préjudiciable. Notre véritable objectif devrait être l'intelligibilité

des dossiers plutôt qu'une transparence « jusqu'au-boutiste ». Le compte-rendu d'un accouchement qui se termine par un forceps difficile devrait contenir davantage d'informations sur le suivi du travail et sur la naissance que le même compte-rendu rapportant un accouchement physiologique. À l'échelle d'un l'établissement, le fait de consigner nos moindres faits et gestes peut induire un « bruit de fond » qui vient troubler la vision claire de nos objectifs. La HAS recommande par exemple que soient respectés certains délais pour l'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation aux médecins traitants [10]. Ces délais sont très pertinents, et notre maternité quantifie désormais ces retards à l'envoi des courriers. Pour intéressante qu'elle paraisse, cette évaluation est une charge de travail supplémentaire pour les secrétariats, et peut générer de façon paradoxale un retard à l'envoi des courriers. La traçabilité devient contre-productive lorsqu'elle justifie une gestion croissante à moyens constants et sans bénéfice immédiat pour les patients.

5. Le modèle de l'asymptote et l'hypothèse de la iatrogénie

Nous souhaiterions mettre en garde contre certaines croyances. On pourrait faire l'hypothèse qu'en améliorant indéfiniment l'organisation d'un service, on finirait par améliorer les performances en matière de soins, de façon continue et infinie. Évidemment, il n'en est rien et les performances d'un service sont limitées par ses moyens humains et par son volume d'activité. La notion de masse critique est essentielle. Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins n'est pas une droite dont la croissance linéaire serait proportionnelle à l'investissement en qualité des praticiens du service (Fig. 1). Nous croyons au contraire qu'il s'agit d'une véritable « asymptote » qui tend à s'approcher indéfiniment d'une limite (ce qui constitue la définition de ce terme en mathématiques). Cette limite est le fait du nombre de praticiens et du nombre de patients. À mesure qu'on réorganise un service dans le sens de la qualité, le bénéfice individuel pour le patient est de plus en plus petit, jusqu'à devenir dérisoire (Fig. 1). Bien plus, nous croyons à la possibilité d'une véritable iatrogénie de la qualité. Une telle iatrogénie est possible en mobilisant trop une équipe de praticiens dont l'effectif est limité et en choisissant des critères de jugement inappropriés. La démarche qualité a engendré dans notre service une inflation du nombre de réunions d'organisation. Cet investissement chronophage peut être dévolu à d'autres activités. Nous faisons l'hypothèse qu'un praticien apportera des bénéfices plus substantiels à ses patients en se formant à une nouvelle technique chirurgicale qu'en naviguant indéfiniment dans les méandres de la qualité. Le défaut d'investissement des médecins dans la démarche qualité est une juste observation des Drs Jean Bami et Laurence Chazalotte [4]. Mais il n'est pas certain pour autant que les médecins aient tort, surtout en l'état actuel de la démographie médicale.

6. Formaliser indéfiniment, jusqu'à l'absurde

Les protocoles de nos services hospitaliers sont de plus en plus nombreux. Désormais, chaque marche à suivre est guidée par un algorithme. Certains de ces algorithmes sont stupéfiants et illustrent clairement un excès de formalisation. Ainsi, l'observation d'une souillure sur une sonde d'échographie déclenche un arbre décisionnel à trois bras. Malgré ces procédures peu informatives, nos appareils d'échographie ne semblent pas mieux entretenus qu'ils ne l'étaient auparavant. Un jour, nous avons même réfléchi pour savoir si la table de notre bloc opératoire devait être tournée à son arrivée avec la patiente dans le sens horaire ou dans le sens antihoraire (du fait des contraintes spatiales de la salle de bloc). C'est consigné dans la procédure. Ajoutons que ces procédures ne

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948800>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948800>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)