

La qualité est aussi multiple qu'indéfinissable

Daniel Widmer



Résumé: l'interrogation sur la qualité des soins découle du phénomène de variation qu'il est impossible de nier, mais dont il faut rendre compte. Les organisations professionnelles qui veulent promouvoir la qualité, rencontrent souvent une résistance de la base. Plutôt que de taxer les praticiens de passésistes, l'auteur s'efforce de recenser dans la littérature médicale ce qui fait problème. Il conclut en défendant une approche multiple.

Zusammenfassung: Die Frage nach der Qualität in der Medizin ist unabdingbar verbunden mit dem Phänomen der Variation; darum kommen wir nicht herum. Die Fachorganisationen stossen mit Ihrem Bestreben nach Qualitätsförderung bei der Basis häufig auf Widerstand. Anstatt die praktizierenden Ärzte einfach als widerspenstig abzustempeln, versucht der Autor in der Literatur herauszufinden, wo das Problem liegt. Er kommt zum Schluss, dass der Weg für eine Vielfalt von Möglichkeiten offen gelassen werden muss.

Puisque l'on en parle, il ne faut pas refuser le débat, surtout au moment de voter un gros budget pour SwissPEP: nous risquons de miser sur une certaine conception de la qualité et de désinvestir toutes les autres. Le GMGV a clairement pris position pour une approche pluraliste de la qualité (comité de juin 2000).

Derrière la préoccupation de la qualité, il y a d'abord un fait: ce que l'on a appelé le *phénomène de variation*. Ce phénomène suscite deux questions: pourquoi nos pratiques sont-elles parfois, peut-être même souvent différentes? Puis vient la deuxième question: s'il y a des différences, ne serait-ce pas qu'il y a des pratiques correctes et d'autres incorrectes? Problème que les médecins de tous temps ont abordée, puisqu'on lit déjà chez Hippocrate:

Quand ce qui est correct et ce qui est incorrect ont chacun leur limite, comment n'y aurait-il pas là un art? Car ce que je déclare, pour ma part, être manque d'art, c'est quand n'interviennent aucune-ment les notions de correct et d'incorrect [1].

Pour revenir au phénomène de variation, nous partageons avec Blumenthal [2] l'idée que *le principal danger de ce phénomène réside dans la mésinterprétation qui en est faite par les participants au débat sur la santé*. On sait que les deux interprétations le plus souvent invoquées sont d'une part les besoins financiers des médecins qui multiplient les actes pour gagner plus, et d'autre part leur méconnaissance de l'évidence scientifique, ou s'ils la connaissent, leur manque de volonté d'appliquer les directives. On ne peut pas lutter contre un fait, mais on peut lutter contre des interprétations fausses. Nous reprendrons les conclusions de Blumenthal:

Les médecins ne pourront pas prévenir l'interprétation fallacieuse du phénomène de variation en prétendant qu'il n'existe pas ou n'est pas important. C'est seulement en devenant les maîtres de la variation – en la comprenant mieux que les autres participants au débat – que les médecins regagneront de la crédibilité scientifique.

Les divers cercles de qualité sont sans doute un des lieux et peut-être même le lieu par excellence de cette compréhension d'un phénomène complexe. L'analyse de la complexité nécessite en effet une approche multiple, faisant appel aussi bien à des mesures qu'à des méthodologies qualitatives et c'est cette combinaison d'approches qui caractérise les cercles de qualité. On comprendra que les sociétés de discipline, préoccupées de crédibilité, veulent promouvoir l'assurance de qualité. Comme tout se passe aujourd'hui dans une atmosphère conflictuelle où fleurissent les interprétations simplistes visant à attaquer la médecine et les médecins, le praticien de la base est sur la défensive et hésite à suivre les recommandations de son organisation faitière de peur de se fragiliser davantage encore. Avant d'aller plus loin, il me semble utile de répertorier quelques unes des critiques que vous rencontrerez chaque fois que vous parlerez de qualité à des praticiens.

● *Comment définir la qualité?* Et surtout qui la définit? Le médecin généraliste, le spécialiste, l'épidémiologiste, l'économiste, le politicien, le patient, l'électeur? L'expérience hollandaise et son développement si bien formalisé des guidelines, avec son adage *in dubio abstine* (dans le doute, abstiens-toi), nous apprend que les médecins ne sont d'accord avec le système mis en place que si les guidelines ne sont pas développées par des autorités extérieures [3].

- *Quelle est la qualité du contrôleur? Comment se forme-t-il? Qui nous assure de sa qualité? Qui assure l'assureur et ainsi de suite ... Comment évaluer la qualité des études sur la mise en pratique des guidelines? [4] La problématique de la qualité est sans fin.*
- Comme Monsieur Jourdain, le médecin a toujours fait de la qualité sans le savoir, puisque son action vise le bien du patient. Mais on parle de plus en plus aujourd'hui du bien social, de la justice distributive, de l'équité. Est-ce le même bien? Le médecin placé dans un conflit de valeurs se doit de s'ouvrir à la *dimension éthique* [5].
- Si la qualité exige des *mesures*, quels *indices* va-t-on choisir et pourquoi? Les guidelines sont-elles un bon indice? Fertig [6] montre que le taux d'envoi à l'hôpital varie d'un facteur 2,5 chez les généralistes. L'application correcte des directives ferait passer la différence de 2,5 à 2,1. Il y a donc d'autres facteurs qui nous échappent. On en arrive à la difficulté de mesurer la complexité.
- Un facteur trop souvent négligé est la *dimension psycho-sociale* de notre activité. Si l'on s'intéresse par exemple à ce qui motive la prescription des radios rachidiennes, on est frappé par l'importance des raisons sociales, allant jusqu'à 17% des prescriptions [7].
- Il y a le risque caché derrière la notion de qualité et celle d'évaluation d'une *perte de liberté* pour le médecin, ligotté par les références opposables. Il faut aussi parler de la liberté de choix du patient face à plusieurs possibilités thérapeutiques pour une situation donnée. On sait qu'avec de bonnes compétences communicationnelles, le médecin peut restituer ce choix à son patient [8] et par là améliorer l'adhérence thérapeutique.
- Rout [9] identifie l'audit et le contrôle de qualité comme une importante source de *stress* chez le généraliste anglais. On sait par ailleurs que la qualité des soins baisse avec l'augmentation du stress du médecin; notamment lorsque le temps de consultation diminue, il y a moins de disponibilité pour s'interroger sur la dimension psychosociale et les prescriptions médicamenteuses augmentent [10].
- Il y a la volonté de tendre vers la *moyenne* et d'éliminer les extrêmes pour viser l'uniformisation, comme si la courbe de Gauss qui reflète les phénomènes naturels dans leur diversité, était un scandale [2].
- On a dit que la démarche des cercles

de qualité était *inintéressante*, en tous les cas moins intéressante que la plus classique formation continue. Un confrère me parlait d'activité de jardin d'enfant. S'il s'agit simplement de convaincre le gestionnaire du bien fondé de ce que l'on fait, il s'agit en effet d'une activité chronophage de rhétorique bureaucratique. Qui pourrait affirmer être capable de convaincre un bureaucrate?

- La qualité est le fruit du *pragmatisme*. Si l'on peut montrer à la fois l'efficacité et la qualité des médecines parallèles, pourquoi ne pas leur donner la couronne du FMH? Et pourquoi ne pas la leur donner d'emblée *pour exercer une certaine surveillance de la qualité des prestations?* [11] L'idéologie de la qualité dispenserait alors la médecine d'une réflexion de base sur ses concepts.

- Pourquoi parler de qualité alors que tout allait bien jusqu'à ce que les *économistes* de la santé avancent les notions de rendement et de performance? La qualité devient une fascination dans une société aux moyens limités.

La liste des arguments glanés de ci, de là n'est pas exhaustive, mais on comprendra mieux ainsi que la démarche de promotion des cercles de qualité puisse rencontrer quelques résistances chez les praticiens qui font preuve d'un véritable esprit critique. Il me paraît indispensable de restaurer une certaine passion épistémophilique face au bureaucrate évaluant l'atteinte de ses objectifs: comprendre le phénomène de variation en mettant en jeu des techniques différentes plutôt que de contrôler. Notre objet est complexe et ne sera appréhendé que par la pluralité des approches. On peut faire l'inventaire des méthodes existantes et utilisables, par ordre de complexité croissante en fonction du domaine choisi [12]:

- statistiques de coût par cas des caisses-maladie;
- statistiques volontaires: profil des prescriptions, profil de la clientèle (par exemple par l'emploi du prime-MD);
- statistique personnelle au cours du temps: modification de la structure de la clientèle, modification des actes ...
- contrôle de qualité du laboratoire;
- contrôle de qualité de la radiologie;
- petits groupes de peer-review, centré par exemple sur la définition de *guidelines* et leur application^[13];
- cercles-vidéo;

- visites de cabinet [14];
- évaluation par le patient (SwissPEP);
- patient fictif ou standardisé [14];
- Balint.
- supervision, intervision (cas difficiles);
- groupes d'éthique au quotidien;
- groupes de self-help (médecins en difficulté, burn-out, stress) [9, 14];
- groupes de réflexion, d'études (philosophie médicale, anthropologie médicale ...)
- etc.

Conclusions: La démarche des cercles de qualité doit rester centrée sur la compréhension du phénomène de variation. Même si la variation est une constante de tous les phénomènes vitaux, il s'agit de l'interpréter en faisant appel à diverses approches qui intègrent aussi un souci pour la dimension psychosociale et la réflexion éthique sur les valeurs en jeu. Une vision par trop simplificatrice centrée sur les seules données mesurables comme le laboratoire ou sur les guidelines, voire sur la seule satisfaction du patient, risque d'être fastidieuse et peu fructueuse. Les critiques des praticiens doivent être entendues. La solution est une vision pluraliste de la qualité que le GMGV souhaite défendre. Mettre un gros budget pour un seul projet c'est comme mettre tous ses œufs dans le même panier: cela nous expose à souvent manger de l'omelette. Défendons un régime équilibré.

Références

- 1 Hippocrate. De l'art. Paris: Belles-Lettres; 1988.
- 2 Blumenthal D. The variation phenomenon. N Engl J Med 1994;331:1017-8.
- 3 Grol R. Quality assurance in changing health care systems. Ars medici 1996 (N° 20):1191-4.
- 4 Dowie R. A review of research in the UK to evaluate the implementation of clinical guidelines in general practice. Family Practice 1998;15:462-70.
- 5 Baumann F. Les cas de conscience du médecin généraliste, l'éthique médicale au quotidien. Paris: Ed. de santé; 1999.
- 6 Fertig A, et al. Understanding variations in rates of referral among general practitioner... Br Med J 1993; 307:1467-70.
- 7 Little P, et al. Why do GPs perform investigations ... Family Practice 1998;15:264-74.
- 8 Neighbour R. The inner consultation. How to develop an effective and intuitive consulting style. Plymouth: Petroc Press; 1996.
- 9 Rout U, et al. Stress and general practitioners. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.; 1993.
- 10 Ridsdale L. Evidence-based general practice. London: Saunders; 1995.
- 11 Haenggeli C. Une étape décisive pour la FMH. La Chambre médicale a décidé de créer des attestations de formation complémentaire en médecine dite alternative. Schweiz Ärztezeitung 1998;79:2447-8.
- 12 EQUIP. Tools and methods for quality improvement in general practice, Gummerus Printing Finland, Jyväskylä, 1998.
- 13 Stoll B, et al. Medical audit sur l'attitude du praticien face à la prévention de l'ostéoporose. Rev Med Suisse Rom 1999;119:145-8.
- 14 WONCA: People and their family doctors – partners in care. Abstracts. Dublin, June 14-18, 1998.