


Médecins de famille Genève
 Association Genevoise des Médecins de famille (Anciennement GGMG)

« Qualité des soins, nouvel enjeu ? »

Anthony Staines, PhD
 Vice-Président de sanaCERT suisse
 Professeur associé, IFROSS, Université Lyon 3, France
 Membre du Comité, APEQ, Agence pour la promotion et
 l'évaluation de la qualité dans les organisations sanitaires et sociales
 Recherche et conseil en qualité, sécurité et management des systèmes de santé
 Chercheur associé, Medical Management Center, Karolinska Institute, Stockholm, Suède
 anthony.staines@bluewin.ch

14 octobre 2010
 Genève

1

Apparition du besoin de gérer la qualité

- Avant la révolution industrielle : l'artisan produit plusieurs pièces d'un objet et les assemble. Maîtrise individuelle de la qualité.
- Révolution industrielle (1750-1900). Production mécanisée, division du travail, industrialisation. Accroissement exponentiel de la production.
- Naissance du taylorisme (organisation scientifique du travail). Réduction du gaspillage et amélioration de la productivité, mais fragmentation et déresponsabilisation de l'individu.
- La qualité échappe à l'individu. Le boulon et la vis ne sont plus produits par la même personne. La qualité devient une propriété d'un système. Concept d'assemblage d'éléments de provenance multiple.
- La qualité n'est plus la seule résultante de bons matériaux et de l'expertise de l'individu. Elle demande à être gérée et coordonnée, au niveau de l'organisation, des achats, de spécifications, mais aussi et surtout de la motivation des collaborateurs.

2

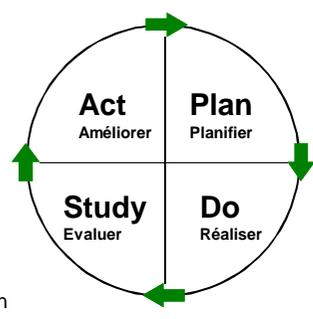
Apparition des solutions pour gérer la qualité

- Dans ce contexte issu de la révolution industrielle, dans une usine « archétype » (Western Electric Company à Hawthorne, près de Chicago) employant 40'000 personnes dont 2'500 pour inspection, Walther A. Shewhart (1881-1967) propose un concept pour réduire le besoin d'inspection et intégrer la qualité plus en amont : la maîtrise statistique des processus.
- Elle doit permettre d'identifier le caractère stable ou non d'un processus, d'en connaître les variations et en détecter les causes anormales afin de les traiter.
- Parmi les collaborateurs de Shewhart se trouve Joseph M. Juran (1904-2008), qui jouera un rôle clé dans le mouvement qualité.

3

Apparition des solutions pour gérer la qualité

- Outre la maîtrise statistique des processus, Shewhart propose le concept du cycle de l'amélioration continue :
- W. Edwards Deming (1900-1993) va reprendre et diffuser les outils de Shewhart.
- Il va en particulier bénéficier d'un terrain de diffusion très réceptif, lorsqu'il sera envoyé au Japon, dans le cadre de l'appui à la reconstruction de l'économie japonaise après la guerre.
- Aux Etats-Unis, il ne devient connu qu'après une émission de télévision, en 1980.



Act Améliorer
Plan Planifier
Study Evaluer
Do Réaliser

4

Des solutions pour le domaine de la santé



- Ernest Armory Codman (1869-1940), chirurgien visionnaire et homme de conviction, reconnu comme le fondateur du « outcomes management ». Travaux de mise en relation entre le résultat et le processus du traitement médical.
- Membre fondateur de l'American College of Surgeons et de son « Hospital Standardization Program », qui devint bien plus tard la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations par la fusion avec deux autres organisations.
 - Dès 1918, début de l'évaluation de la conformité des hôpitaux à une liste de standards. Seuls 89 sur 692 sont conformes. L'assemblée, craignant que la presse ne s'empare de ce sujet, décide de détruire séance tenante l'ensemble des documents, qui sont brûlés dans la cheminée de la salle de réunion



5

La qualité en santé



- Avedis Donabedian (1919-2000), auteur de plusieurs livres et de nombreux articles sur la qualité des soins, sa définition, son évaluation et son suivi.
- A proposé un modèle d'analyse de la qualité examinant la structure, le processus et le résultat (outcome).
- En 1972, Archibald L. Cochrane (1909-1988) pose les principes qui fonderont, plus tard, l'Evidence-based Medicine, au travers de son livre « Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services ».
- Dans les années 80, à l'Université McMaster, au Canada, un groupe d'enseignant introduit de nouvelles formes d'enseignement au travers du concept de l'Evidence-based Medicine.



6

La qualité en santé



- En 1985 naît l'International Society for Quality in Health Care (ISQua), association à but non lucratif, qui se veut un forum scientifique international pour l'échange d'expériences dans le domaine de la qualité des soins.
- En 1991 est créé l'Institute for Healthcare Improvement, à Boston, sous l'égide de Donald M. Berwick. Cet institut influencera fortement le monde anglophone et international pour l'amélioration de la qualité clinique puis, dès la parution du rapport « To err is human » de l'Institute of Medicine, de la sécurité des patients.
- Le défi qui apparaît pour les services de santé est l'écart entre le potentiel révélé par la recherche scientifique (meilleures pratiques) et les pratiques cliniques en vigueur.



7

La qualité en santé



- Dans le domaine de la santé, le constat global est que le niveau de qualité est très en deçà de son potentiel.
 - L'étude de McGlynn et al, en 2003^[1], se fondant sur une revue de 6'712 dossiers de patients, au moyen de 439 indicateurs cliniques, constatait que les patients avaient reçu en moyenne seulement 54,9% des soins scientifiquement indiqués.
 - Ce taux est révélateur de l'écart qui existe entre ce que la science est en mesure de démontrer comme justifié et ce que la pratique parvient à mettre en œuvre.

[1] Elizabeth A. McGlynn et al., 'The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States', *New England Journal of Medicine*, 348, 26, 2003, 2635-2645

8

Condition	No. of Indicators	No. of Participants Eligible	Total No. of Times Indicator Eligibility Was Met	Percentage of Recommended Care Received (95% CI)
Senile cataract	10	159	602	78.7 (73.3–84.2)
Breast cancer	9	192	202	75.7 (69.9–81.4)
Prenatal care	39	134	2920	73.0 (69.5–76.6)
Low back pain	6	489	3391	68.5 (66.4–70.5)
Coronary artery disease	37	410	2083	68.0 (64.2–71.8)
Hypertension	27	1973	6643	64.7 (62.6–66.7)
Congestive heart failure	36	104	1438	63.9 (55.4–72.4)
Cerebrovascular disease	10	101	210	59.1 (49.7–68.4)
Chronic obstructive pulmonary disease	20	169	1340	58.0 (51.7–64.4)
Depression	14	770	3011	57.7 (55.2–60.2)
Orthopedic conditions	10	302	590	57.2 (50.8–63.7)
Osteoarthritis	3	598	648	57.3 (53.9–60.7)
Colorectal cancer	12	231	329	53.9 (47.5–60.4)
Asthma	25	260	2332	53.5 (50.0–57.0)

Elizabeth A. Mcglynn et al., 'The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States', *New England Journal of Medicine*, 348, 26, 2003, 2635-2645

9

Benign prostatic hyperplasia	5	138	147	53.0 (43.6–62.5)
Hyperlipidemia	7	519	643	48.6 (44.1–53.2)
Diabetes mellitus	13	488	2952	45.4 (42.7–48.3)
Headache	21	712	8125	45.2 (43.1–47.2)
Urinary tract infection	13	459	1216	40.7 (37.3–44.1)
Community-acquired pneumonia	5	144	291	39.0 (32.1–45.8)
Sexually transmitted diseases or vaginitis	26	410	2146	36.7 (33.8–39.6)
Dyspepsia and peptic ulcer disease	8	278	287	32.7 (26.4–39.1)
Atrial fibrillation	10	100	407	24.7 (18.4–30.9)
Hip fracture	9	110	167	22.8 (6.2–39.5)
Alcohol dependence	5	280	1036	10.5 (6.8–14.6)

Elizabeth A. Mcglynn et al., 'The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States', *New England Journal of Medicine*, 348, 26, 2003, 2635-2645

10

Définition

- L'OMS [3] définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains
- L'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [4]. ».

[3] Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
[4] Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.

Dimensions de la qualité en santé

- Efficacité
 - Le système de santé doit offrir des soins fondés sur les meilleures pratiques démontrées par la recherche, en évitant la sur-utilisation et la sous-utilisation.
- Sécurité
 - Les patients devraient être aussi en sécurité dans des établissements de santé qu'ils le sont chez eux.
- Accès / équité
 - Les soins doivent être offerts à tous, dans discrimination de statut social, de race, de moyens financiers.
- Efficience
 - Les soins doivent être offerts au moindre coût possible, en évitant le gaspillage de ressources.
- Réactivité
 - Les soins doivent être offerts au moment où le patient en a besoin, en limitant les temps d'attente et les retards.
- Centrage sur le patient
 - Les soins doivent respecter le patient individuel, en particulier ses choix, sa culture, son contexte social et ses besoins spécifiques.

LE MODÈLE POUR L'AMÉLIORATION

13

Le modèle pour l'amélioration

Modèle d'amélioration
 Que tentons-nous d'accomplir?
 Comment saurons-nous si un changement représente une amélioration?
 Quels changements pouvons-nous apporter qui mèneront à une amélioration?



The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. G. Langley, K. Nolan, T. Nolan, C. Norman, L. Provost. Jossey-Bass Publishers., San Francisco, 1996.

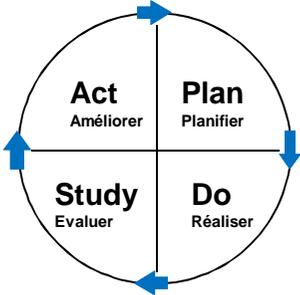
14

Le cycle PDCA (PDSA)

4 étapes : Plan, Do, Study, Act

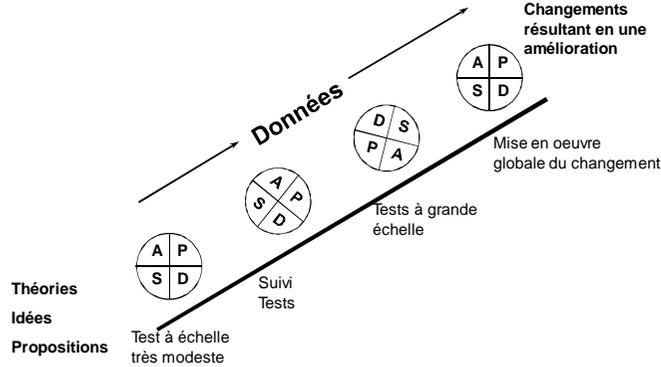
Egalement connu comme:

- Cycle de Shewhart
- Cycle de Deming
- Cycle d'apprentissage et d'amélioration



15

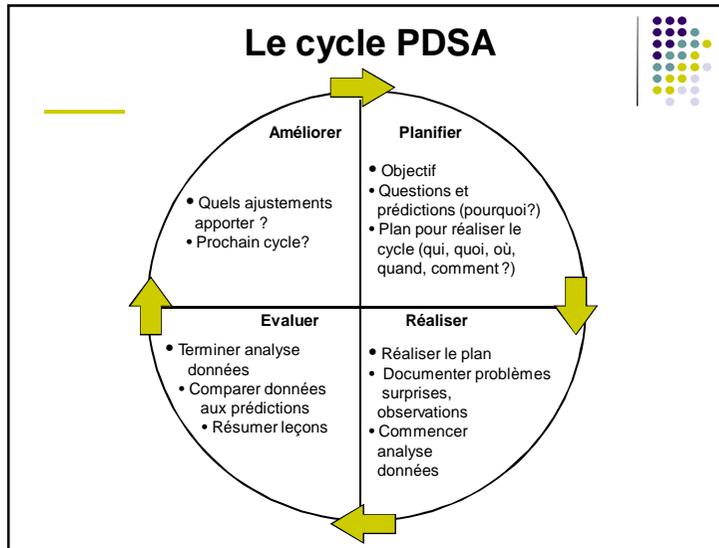
Usage répété du cycle PDSA



Théories
 Idées
 Propositions

Test à échelle très modeste
 Suivi Tests
 Tests à grande échelle
 Changements résultant en une amélioration

16



PRÉSENTATION DE CAS

Anthony Staines - 14 octobre 2010

18

Constats de la revue de littérature

- Shortell & al – recherche ambitieuse en 2000 incluant 3045 patients traités pour pontage coronarien dans 16 différents hôpitaux. Évaluation de la mise en oeuvre du TQM dans l'organisation et de son influence sur la culture d'entreprise. Les résultats (durée de séjour, incidents critiques, mortalité) varient d'un facteur de 2 à 4, mais sans corrélation avec la mise en oeuvre du TQM ou avec la culture.

Shortell SM et al. Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Medical Care*. 2000;38(2):207-217.

19

Quels sont les améliorations cliniques des programmes qualité pour le patient ?

- Revue exhaustive de la littérature relative aux stratégies d'amélioration de la qualité par le Health Evidence Network pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette revue montre qu'aucune stratégie ne peut être recommandée plus qu'une autre sur base de preuve scientifique d'efficacité ou de coût.

Øvretveit J. *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals*. Geneva: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); November 2003.

20

Constats

- De nombreux hôpitaux se sont engagés dans des programmes de gestion et d'amélioration de la qualité
- Beaucoup de démarches se sont enlisées.
- Peu de résultats démontrés, outre des succès rapportés par l'institution elle-même ou touchant un seul projet, souvent sans indication de la durabilité de l'amélioration.
- Mais qu'en est-il de l'élite ?

21

Question de recherche

- Peut-on, dans les hôpitaux disposant de programmes qualité reconnus « world class », démontrer un impact du programme sur les résultats cliniques ?
 - Si **oui** => quelles méthodes et quels outils ces hôpitaux utilisent-ils pour y parvenir et comment les mettent-ils en œuvre ? Quelle est la perception à l'interne de ces programmes qualité et quels sont leurs résultats probants (evidence) étayant ces perceptions ? quelles sont les raisons de ces résultats ?
 - Si **non** => quel est le phénomène empêchant l'objectif d'amélioration de se réaliser ou d'être évaluée ?

22

Etude de cas : sélection des cas

- Panel d'expert
 - Internationaux
 - Plusieurs publications scientifiques relatives à l'évaluation de projets qualité en milieu hospitalier
 - Majorité à langue maternelle non anglophone
- Pourriez-vous m'indiquer 3-5 hôpitaux, n'importe où dans le monde, ayant fait le meilleur usage de programmes qualité.
- Output : liste de 22 hôpitaux. 1 établissement cité 4 fois, 1 cité 3 fois, 5 cités 2 fois.

23

Étude de trois systèmes de santé et pour chacun un site hospitalier

- Jönköping County Council et l'hôpital Ryhov, Suède
- Intermountain Healthcare et l'hôpital LDS, Salt Lake City, USA
- Le Groupe Reinier de Graaf et son site de Delft, Pays-Bas



24

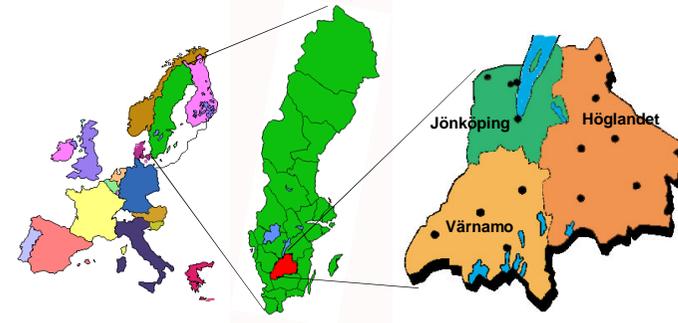
Conception et conduite d'un programme qualité

- Le cas de Jönköping County Council et de l'hôpital Ryhov, Suède.
- Desservant une région de 330'000 habitants
- 10'000 collaborateurs
- 3 hôpitaux, 34 centres de santé



25

Situation géographique



Europe

Suède

Comté de Jönköping

Source: Bojestig M. & Henriks G. « Transforming healthcare to a new level of performance » - ISQua – Amsterdam - 2004

26

Une vision claire et motivante

- Vision : «for a good life in an attractive county »
"pour une bonne vie dans un comté attrayant"
 - De nombreux établissements indiquent vouloir « être le meilleur pour le traitement X ou Y »
 - La vision de Jönköping met l'accent sur la qualité de vie, plutôt que de se limiter à des pathologies ou même à des soins. Elle illustre la culture organisationnelle observée.

27



The County Council vision:

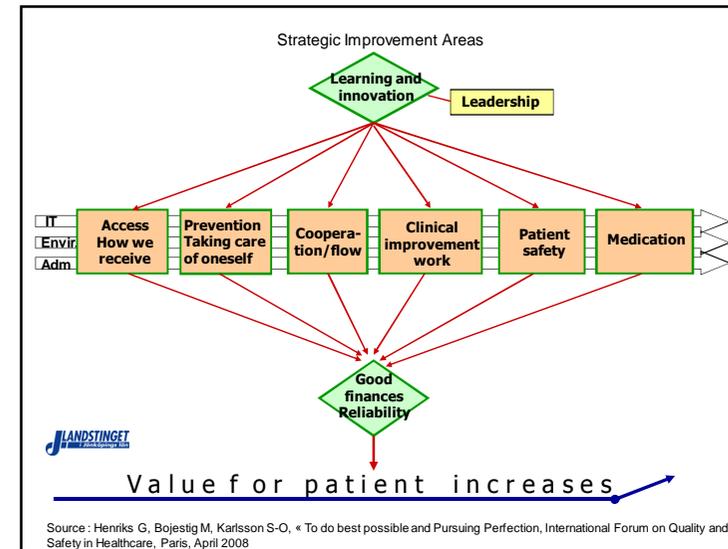
For a good life in an attractive county

28

Une stratégie ciblée et porteuse de sens

- Les priorités stratégiques sont définies
- Elles se fondent sur la valeur ajoutée pour le patient
- Elles sont communiquées dans l'ensemble de l'organisation, au moyen d'un schéma en forme de diamant, qui aide à construire une forte notoriété de la stratégie (30% des collaborateurs interviewés la citent)

29

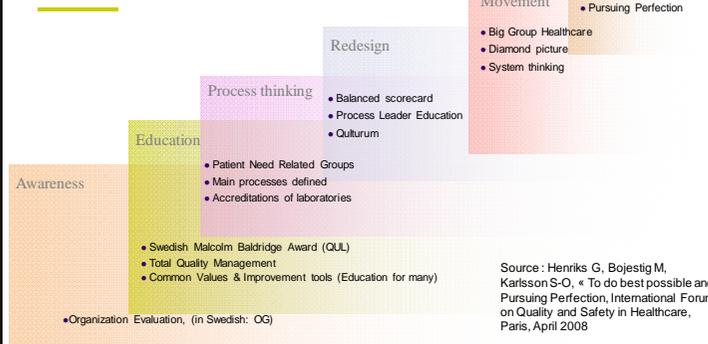


Un crescendo sur 15-20 ans, parcours d'apprentissage organisationnel

- L'amélioration de la qualité vue comme un parcours d'apprentissage, plutôt que comme une méthode toute faite.
- Une veille à l'égard des nouveaux outils et des nouvelles méthodes
 - Systématiquement étudiés et testés
 - Adoptés seulement s'ils s'insèrent avantageusement dans la vision et dans la culture.
- Une formation largement diffusée :
 - Un ambitieux programme de sensibilisation à l'amélioration touchant 5'000 collaborateurs à raison de deux jours de formation chacun.

31

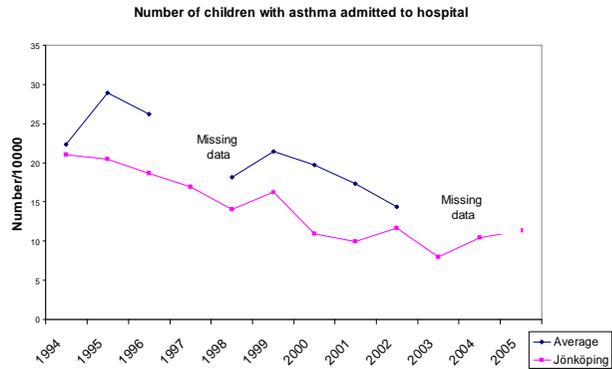
A history of Quality Improvement in Healthcare in Jönköping county, Sweden



It is a long journey and we will always be on the way...

32

Jönköping: amélioration d'outcome vraisemblable dans un secteur



Travail en 98-99. Directives de bonne pratique en 2000, déploiement 00-01

33

L'excellence clinique

- Le cas de Intermountain Healthcare et de l'hôpital LDS, Salt Lake City, Utah, Etats-Unis
- Système de santé comprenant 21 hôpitaux, des cabinets médicaux, assurance maladie ... dans l'état de l'Utah. Sans but lucratif.



Source <http://fr.wikipedia.org>



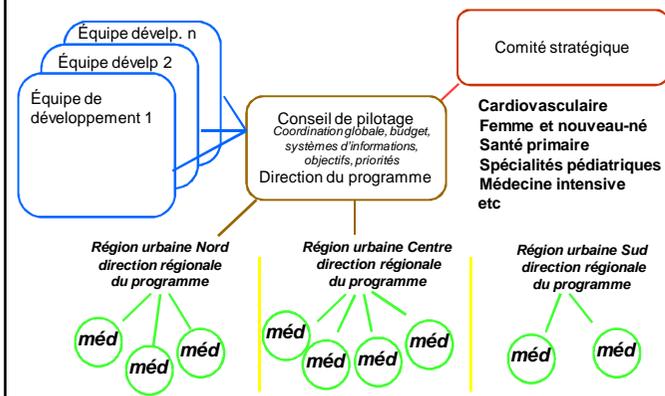
34

L'excellence clinique

- La médecine evidence-based en tant que concept pour viser l'excellence clinique
- La mise en œuvre de la médecine evidence-based vue comme une responsabilité institutionnelle, plutôt que relevant de chaque médecin individuel.
- L'identification de processus et la définition de priorités.
- L'amélioration clinique au moyen d'une structure spécifique : les programmes cliniques.

35

Mise en œuvre de l'EBM



Adapté et traduit de Intermountain Healthcare, B. James

36

Pour chaque programme clinique Direction du programme clinique

- Structure organisationnelle – équipes programme
 - Au niveau central:
 - 1 directeur médical
 - 1 administrateur de programme
 - 1 statisticien
 - Équipe de soutien (SI, finances, ...)
 - Idem au niveau des régions
- Ces équipes rencontrent chaque mois les équipes cliniques (médecins employés et médecins agréés externes). Feedback sur les résultats cliniques. Résultats anonymisés, chacun peut s'identifier. Définition d'objectifs d'amélioration et ressources nécessaires.

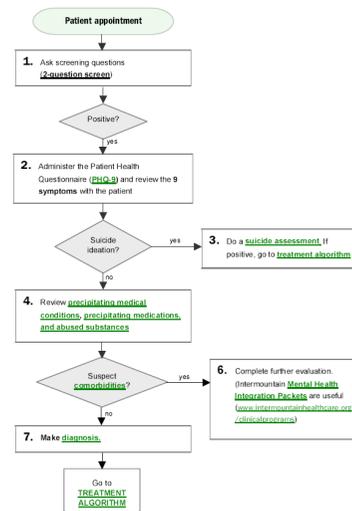
37

Mise en œuvre de l'EBM: Pour chaque programme clinique

- Équipe développement
 - Une par processus majeur - Recrutement selon connaissances scientifiques et de la représentativité
 - Identifie les processus cliniques porteurs de potentiel d'amélioration scientifiquement démontré, orienté stratégiquement
 - Rédige les recommandations de pratique clinique en les personnalisant selon le contexte local.
 - Conçoit les diagrammes de flux et itinéraire clinique
 - Définit les indicateurs à mesurer, les systèmes d'information cliniques à mettre sur pied
 - Se tient à jour de la recherche – ce qui est publié et ce qui va l'être (réseau de recherche – groupes de travail nationaux)
 - Publie rapports mensuels pour les directeurs de programmes
 - Décide des priorités pour la formation continue des médecins. Participe à dispenser la formation.

38

Management de la dépression



Source :
<http://intermountainhealthcare.org/xp/public/physician/>
 14 octobre 2010

Mise en œuvre de l'EBM: les outils

- Support clinique (comment faire pour faciliter le travail du médecin, pour augmenter les chances que le médecin fasse ce qu'il faut ?)
 - Par exemple pour la dépression
 - Questionnaire de santé patient
 - Évaluation du risque de suicide
 - Note de progrès

14 octobre 2010

40

Mise en œuvre de l'EBM: les mesures

Les systèmes informatiques de données permettent à Intermountain de mesurer et d'analyser les progrès réalisés sur les 5 objectifs du projet, et d'améliorer continuellement le protocole.

- **Détection de la dépression:** changements du taux de détection
- **Traitement:** utilisation des outils cliniques, taux d'adhérence avec les médicaments prescrits, types de médicaments prescrits, taux d'utilisation des ressources médicales
- **Résultats cliniques:** PHQ-9 et autres mesures, enquêtes de productivité
- **Satisfaction:** enquêtes de satisfaction chez les malades, les médecins et le personnel médical, chez les employeurs
- **Études de coûts:** coûts assurance maladie, taux d'absentéisme, coûts opérationnels, coûts d'utilisation des ressources médicales

14 octobre 2010

45

Mise en œuvre de l'EBM: les outils

- Les systèmes d'information cliniques
- Dossier médical informatisé depuis 30 ans à LDS (pionnier mondial)
- Un PC dans chaque chambre de patient
- Une application Intranet pour suivre les résultats cliniques (processus et outcome).
- ABC costing interfacé à l'information clinique



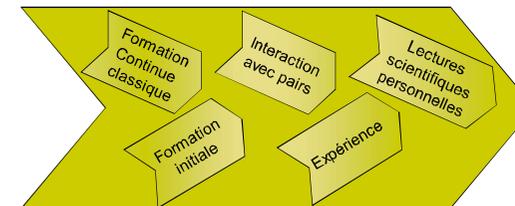
14 octobre 2010

46

Rapport incitatifs médecins

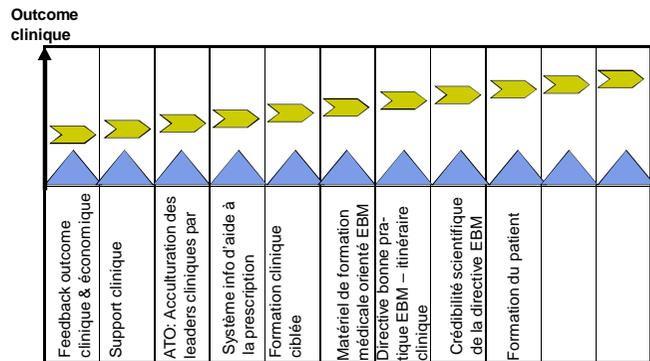
SelectHealth Primary Care Physician Quality Measures Summary: Internal Medicine Focus	
2006 Results up to December 31st	
Clinic Name: Provider Name - Specialty	
1. Diabetes, HbA1c Testing	2. Diabetes, LDL Testing
The percent of SelectHealth patients who had a HbA1c test within the last 12 months.	The percent of SelectHealth patients who had a LDL test within the last 24 months.
Your Achievement: 92%	Your Achievement: 92%
System Goal: 83%	System Goal: 85%
Managed Care Incentive Goal: 88%	Managed Care Incentive Goal: 90%
Your Score in this area is: 100%	Your Score in this area is: 100%
3. Urine Microalbuminuria Screen	
Percent of SelectHealth patients with diagnosis of diabetes who had appropriate urine screen in last 12 months.	
Your Achievement: 71%	
Goal: 50%	
Managed Care Incentive Goal: 60%	
Your Score in this area is: 100%	
4. Blood Pressure Measurement in CWHelp2	
Percent of SelectHealth patients with a diagnosis of diabetes who have a blood pressure entered in the CWHelp2 in last 12 months.	
Your Achievement: 90%	
Goal: 67%	
Managed Care Incentive Goal: 77%	
Your Score in this area is: 100%	
5. Asthma Care	
Percent of SelectHealth patients in your Internal Medicine group with "higher risk asthma" who filled at least one prescription for a controller in the last year.	
Your Group Achievement: 93%	
Goal: 82%	
Managed Care Incentive Goal: 90%	
Your Score in this area is: 100%	
6. Clinical Learning Day	
Attended a Clinical Learning Day Program in 2006	
Your Score in this area is: 100%	
Your Score for each of the above measures is computed as follows: *100% if you meet or exceed the Managed Care Incentive (MCI) goal *0% if you are below the System Goal *50%-100% sliding scale if you are between the System and MCI goal	
Managed Care Incentive Payment Final 2006 Report	
Your total score is computed using the following weighting:	
20% from Item 1 Diabetes (HbA1c Testing)	10% from Item 4 Blood Pressure (BP) Measurement in CWHelp2
20% from Item 2 Diabetes (LDL Testing)	15% from Item 5 Asthma Care
10% from Item 3 Urine Microalbuminuria Screen	25% from Item 6 Attended Clinical Learning Day
Your Total Managed Care Incentive Score up to Dec 31st: 100%	
Please fax corrections to this report to: Intermountain Medical Group	

Processus traditionnel de décision clinique



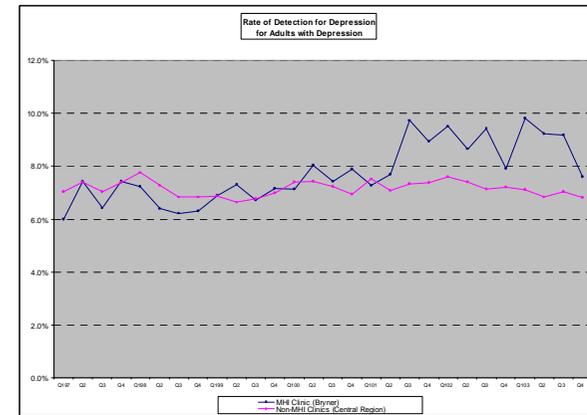
48

L'influence institutionnelle dans le processus de décision clinique à IHC



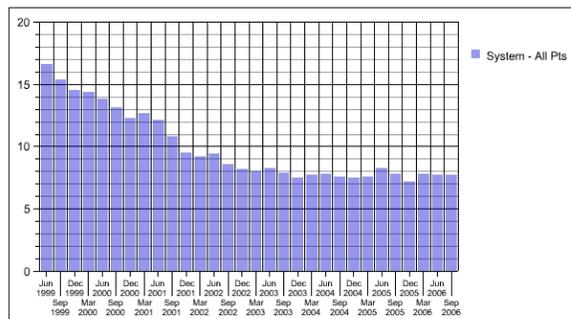
49

Rate of Detection for Adult Patient in Primary Care Setting between Integrated and Non-Integrated Clinics



50

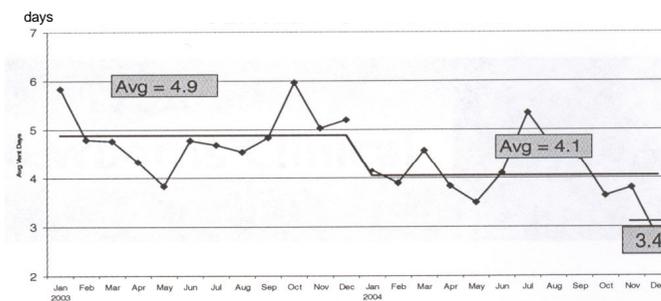
Diabète - Pourcentage des patients dont l'hémoglobine glyquée HbA1c > 9



L'hémoglobine glyquée (HbA1c) montre le sucre dans le sang. Le graphique montre une baisse du pourcentage de patients dont le diabète est mal maîtrisé.

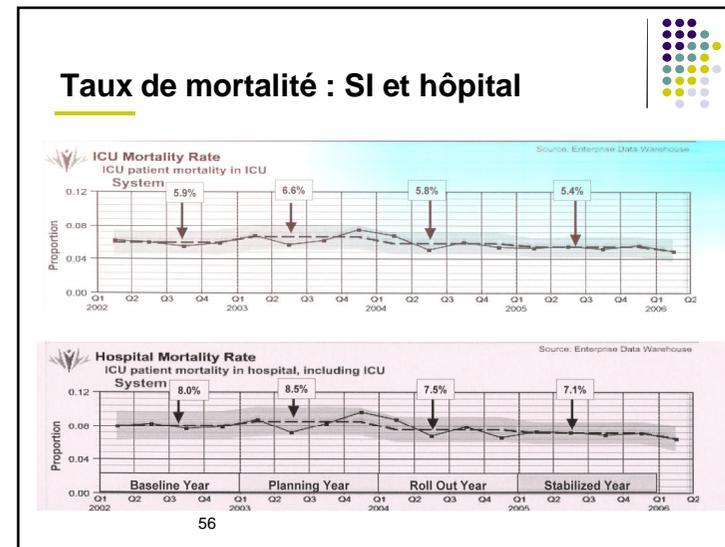
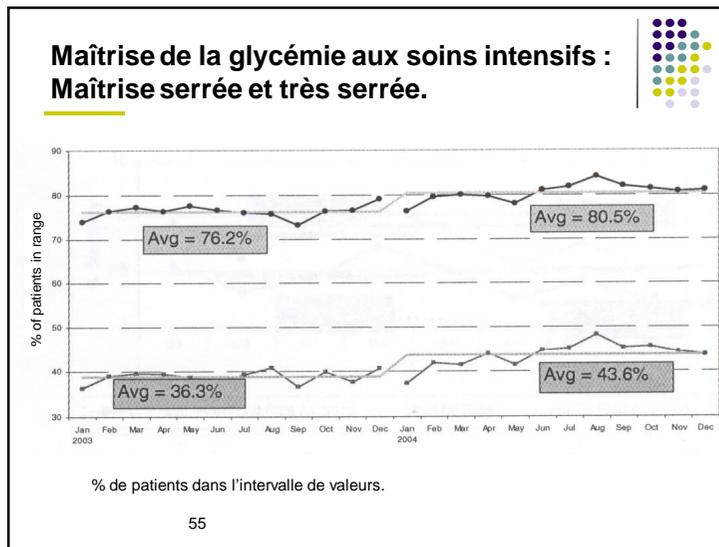
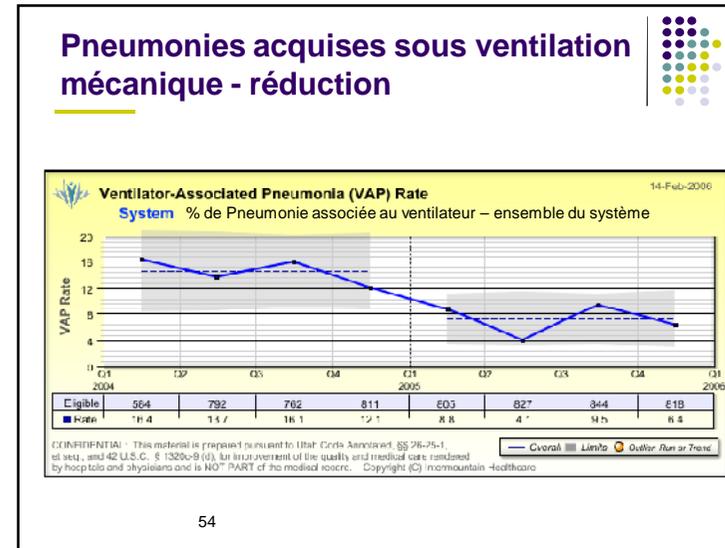
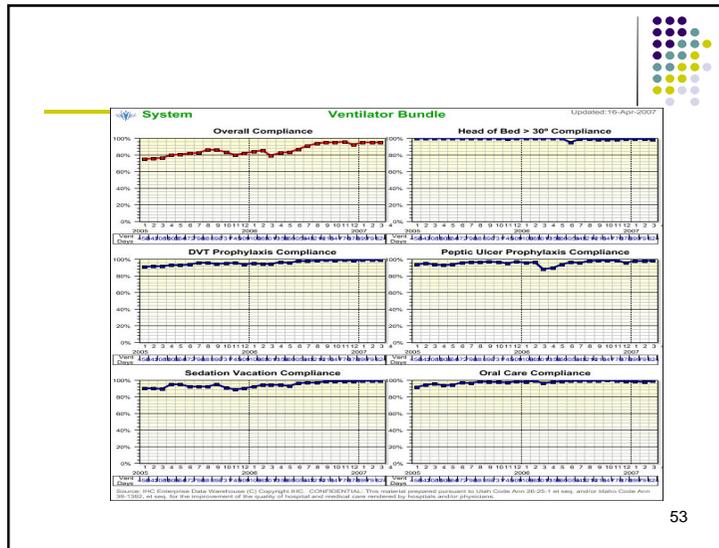
51

Usage maîtrisé de la ventilation mécanique

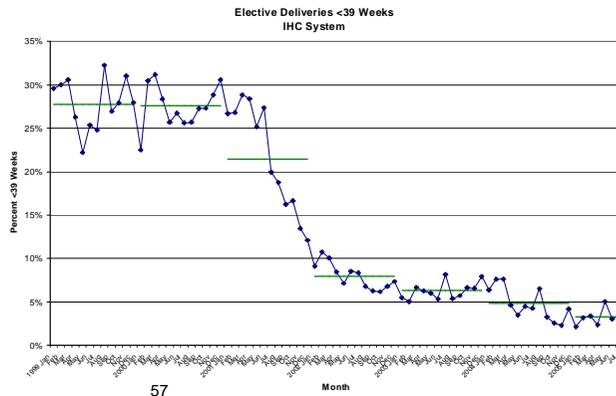


Réduction du recours à la ventilation mécanique

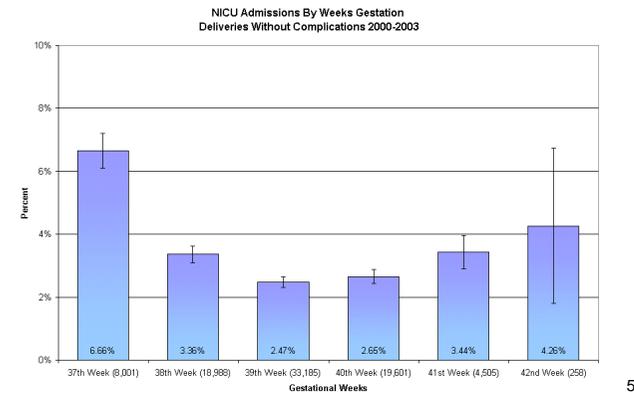
52



Accouchements programmés < 39 semaines



Admissions aux soins intensifs par semaine de gestation



Conclusions des cas étudiés

- Les trois programmes qualité sont perçus comme de classe mondiale.
- Ce que chaque organisation entend par "amélioration de la qualité" comprend des écarts importants:
 - Dans son contenu
 - Dans la façon de mettre en oeuvre
- Il y a des leaders engagés dans les trois organisations. Il y a diversité quant aux fonctions impliquées dans la conduite du programme qualité.

59

Conclusions des trois cas

- Il existe d'importantes différences dans
 - les capacités des systèmes d'information cliniques
 - les indicateurs cliniques et les systèmes de mesures disponibles
- Les trois organisations, malgré leur performance, prennent un temps important pour parvenir à une amélioration des résultats cliniques.

60

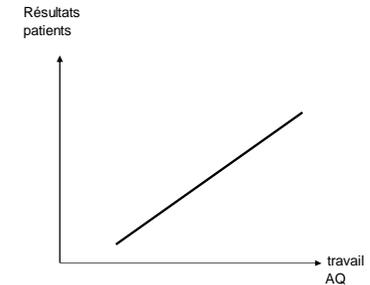
Le seuil d'investissement

- Les observations des trois cas suggèrent une généralisation: il existerait une phase initiale durant laquelle un programme qualité devrait se consacrer à la construction d'une infrastructure et de compétences.
- Après cette phase, des améliorations peuvent commencer à se manifester au niveau des processus.
- Si elles sont pérennisées, des améliorations apparaîtront au niveau de l'outcome.

61

Attentes

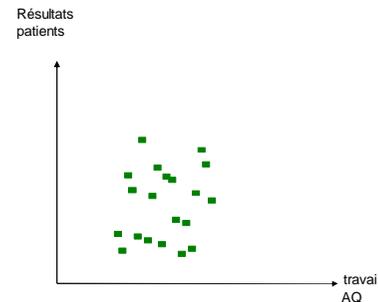
- Corrélation directe entre le travail d'amélioration et les résultats pour les patients, se fondant sur les espoirs générés par certains succès spectaculaires des programmes qualité dans l'industrie.



62

Revue de littérature

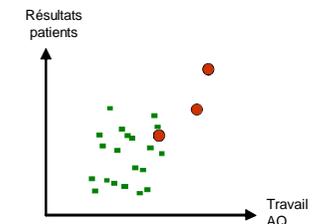
- Aucune preuve d'amélioration significative des résultats patients du fait de programmes qualité



63

Programmes qualité de "world class"

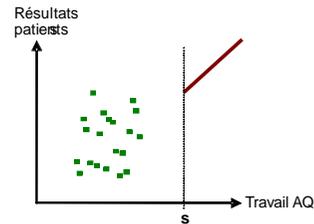
- L'étude de trois programmes qualité de classe mondiale montre qu'il est possible de parvenir à des résultats cliniques améliorés grâce à la gestion de la qualité. Il est cependant difficile de parvenir à ce stade.
 - Un des programmes étudiés a montré des outcomes améliorés dans la majorité des secteurs.
 - Un a montré des outcomes améliorés dans un département et des améliorations sur des indicateurs de processus dans plusieurs départements.
 - Le troisième a montré des améliorations sur des indicateurs de processus dans quelques départements.



64

Le seuil d'investissement

- Ce cas suggère qu'il existerait un seuil (s) dans le travail d'amélioration de la qualité, en dessous duquel ce travail ne parvient pas à mettre en évidence des résultats patients améliorés.
- De nombreux éléments de logistique doivent être en place pendant une certaine durée pour créer les conditions cadres d'une amélioration de l'outcome.



65

Le seuil d'investissement

- L'investissement consiste en la mise en place d'une infrastructure et de compétences pour l'amélioration de la qualité :
 - la sensibilisation,
 - la volonté et l'engagement de la direction,
 - le processus politique d'attribution de ressources au programme qualité,
 - la formation des collaborateurs,
 - la constitution d'une culture qualité,
 - la mise sur pied d'indicateurs et de systèmes de collectes de données,
 - l'élaboration des systèmes informatiques nécessaires,
 - le test des outils qualité.

Le seuil d'investissement

- Durant le temps couvert par ce seuil (il pourrait s'agir de 10 à 12 ans au vu des cas étudiés), il n'est pas possible d'établir une corrélation entre le travail d'amélioration et les résultats.
- Cela peut provenir de séries temporelles pas encore assez longues pour pouvoir être prises en compte, de volumes de cas trop faibles pour être représentatifs, de toute l'énergie accaparée par la mise en place de l'infrastructure.
- On est alors dans une zone de bruit, où le bruit couvre le signal. Une autre image possible est celle d'une zone de brouillard.

67

Le seuil d'investissement

- Des corrélations inverses peuvent même apparaître, car par exemple plus un système de recensement des incidents critiques ou des réclamations est fiable, plus ces événements apparaîtront, jusqu'à ce que les causes soient identifiées et résolues et que la courbe s'inverse à nouveau.

68

L'application institutionnelle contextualisée de la médecine evidence-based

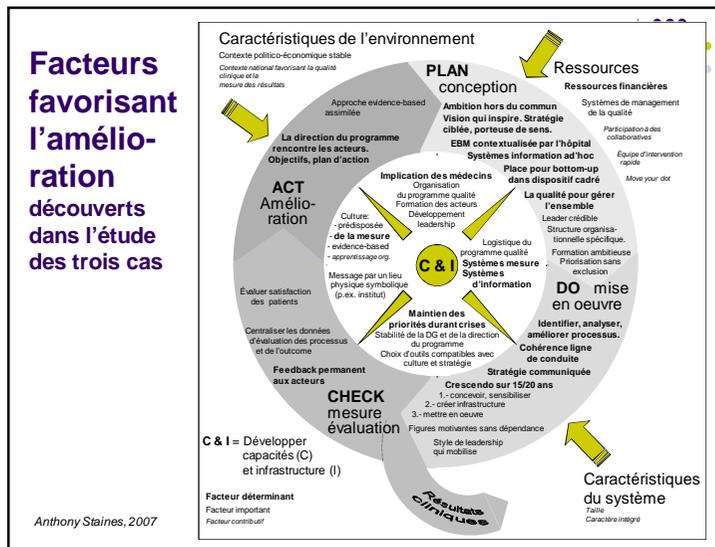
- L'application de la médecine evidence-based démontre des potentiels. Néanmoins, elle est également une source de déception dans bien des cas. De la résistance apparaît, les médecins se sentent menacés dans leur autonomie, les RPC sont diffusées mais ne sont pas appliquées, ... souvent aucune amélioration ne peut être mesurée.
- Qu'est-ce qui diffère dans le modèle proposé?
 - Intermountain sélectionne seulement les interventions à haute valeur ajoutée : celle a fort potentiel d'amélioration clinique pour les patients
 - La responsabilité de la mise en oeuvre de la médecine evidence-based est institutionnelle.
 - La conformité aux RPC est mesurée, de même que l'outcome clinique

69

L'application institutionnelle contextualisée de la médecine evidence-based

- Qu'est-ce qui diffère dans le modèle proposé?
 - Les résultats sont restitués aux cliniciens mensuellement
 - Les résultats sont discutés, les objectifs sont fixés, les ressources nécessaires identifiées, la direction intervient pour ôter les barrières si nécessaire
 - Un ensemble d'interventions est déployé, toutes coordonnées et conçues pour que l'amélioration clinique se réalise

70



14 octobre 2010
Genève