

EQUIP FÊTE SES 25 ANS (SUITE DE LA PAGE 1) ■

S'autoréguler en matière de qualité pour ne pas perdre en autonomie

«La société souhaite à juste titre savoir ce qu'elle reçoit en échange des moyens qu'elle investit dans les soins de santé.»



Dr Vanden Bussche:
«En tant que médecins généralistes, nous devons prendre l'initiative et décider ce que la qualité des soins signifie pour nous.»

L'anniversaire d'EQUIP, la *European Association for Quality and Safety in Family Medicine*, est l'occasion d'insister sur l'idée essentielle selon laquelle les MG feraient mieux de prendre leur destin en mains avant que d'autres le fassent à leur place. C'est ce que recommande vivement le Dr Piet Vanden Bussche, représentant de Domus Medica chez EQUIP depuis huit ans déjà et président de l'association depuis cette année.

EQUIP est le réseau de la WONCA dédié depuis un quart de siècle à l'amélioration de la qualité et de la sécurité chez le MG.

Disponons-nous d'une base sur laquelle nous appuyer pour continuer à progresser?

«La réflexion relative à la qualité est apparue au sein de l'armée américaine durant la Seconde Guerre mondiale. Les militaires voulaient des preuves de la solidité et de la fiabilité des marchandises et de l'équipement qu'ils achetaient. La force du concept résidait dans le fait qu'on ne se limiterait plus à évaluer la qualité des produits finis et à éliminer les exemplaires défectueux. L'optimisation du processus de production, afin que le nombre d'exemplaires défectueux puisse être limité à un minimum, constituait une meilleure approche. Il a fallu quelques années avant que l'on ne parvienne à traduire ce concept dans des processus favorisant la qualité pour le secteur des services. Vers les années 90, il est apparu que la promotion de la qualité était également applicable aux soins de santé.»

En Europe, EQUIP a vu le jour...

«En effet, la conviction selon laquelle une réflexion et des actions axées sur la qualité étaient indispensables se renforçaient également en Europe, y compris au niveau des soins primaires. Le professeur néerlandais Richard Grol a réuni autour de lui plusieurs chefs de file de différents pays européens et a fondé EQUIP. Il s'est formé un petit groupe d'un ou deux experts par pays, qui se réunissaient deux fois par an pour réfléchir aux aspects spécifiques de la promotion de la qualité en médecine générale. Rapidement, ils ont également organisé des conférences pour partager leurs points de vue. Lors de cours d'été, de jeunes médecins gé-

Le gaspillage administratif du chapitre IV

«**P**renons maintenant les demandes de médicaments, pour lesquels le conseiller de la mutuelle décide, sur la base de critères administratifs absurdes, si le patient bénéficie ou non du remboursement», critique Piet Vanden Bussche. «En fait, une telle situation se produit parce que nous n'affirmons pas, en tant que catégorie professionnelle, notre comportement responsable en matière de prescription. Dès lors, nous nous heurtons à la suspicion des autorités et à l'instauration d'un système de contrôle, qui est un vrai gaspillage.»

ralistes pouvaient acquérir les principes de base de la promotion de la qualité.»

Une conséquence logique aurait été d'intégrer également ce type d'enseignement dans la formation universitaire des jeunes médecins généralistes. Et pourtant...

«Jusqu'à présent, l'université enseigne essentiellement comment traiter des maladies. Les cours n'évoquent pas l'organisation pratique. Néanmoins, les observations scientifiques relatives à la qualité nous ont appris que la connaissance du traitement des maladies n'offrait pas en soi la garantie de la mise en œuvre correcte de ce traitement. Un médecin peut parfaitement savoir comment traiter le diabète, sans pour autant avoir la maladie parfaitement sous contrôle s'il n'organise pas les soins de manière adéquate via des consultations régulières avec les contrôles indispensables, une mise au point du traitement, une discussion sur le régime, etc. L'offre tient toujours: les universités pourraient-elles réfléchir aux outils à offrir aux jeunes médecins généralistes afin qu'ils prodiguent des soins de qualité dans leur propre cabinet?»

Mais cela n'empêche-t-il pas les pionniers d'approfondir davantage les connaissances?

«La réflexion sur la qualité est bien amorcée. Au début, nous avons imaginé des méthodes pour gérer les erreurs et les prévenir. Entretemps, la nécessité de mettre en œuvre de projets visant à examiner, au sein du cabinet, comment les soins étaient précisément prodigués et à définir des étapes souhaitables pour obtenir une amélioration est devenue évidente. Au niveau européen, au sein d'EQUIP, les développements les plus récents ciblent la sécurité des soins. Cela implique par exemple la prévention des erreurs de médication, la pose d'un diagnostic précis, la prévention des infections, etc.»

Un deuxième point d'attention important chez EQUIP est de veiller à ce que le médecin se sente prêt et en mesure de prodiguer des soins de qualité. En tant que catégorie professionnelle, nous devons être attentifs à la prévention du burn-out, mais également à une série d'autres problèmes, comme la prévention particulièrement fréquente du suicide et de l'abus de médicaments chez les médecins. Nous savons en outre que le trajet jusqu'au diagnostic et au traitement peut être long et laborieux chez les médecins malades.



«Un point d'attention important chez EQUIP est de veiller à ce que le médecin généraliste se sente prêt et en mesure de prodiguer des soins de qualité. Nous devons notamment être attentifs à la prévention du burn-out.»

Une troisième tendance, à laquelle les médecins généralistes ont une plus-value considérable à offrir, est la protection du patient contre le surdiagnostic.»

Comment les connaissances d'une structure telle qu'EQUIP parviennent-elles sur le terrain?

«Une piste consiste à transmettre nos connaissances à des organisations de coordination telles que Domus Medica qui traduisent ces informations en formations, par exemple lors de sessions de Giens.»

Quelles répercussions le souci de la qualité et de la sécurité aura-t-il sur la pratique quotidienne au cours des prochaines années? D'après les réactions recueillies, il règnerait une certaine angoisse sur le terrain...

«Cette angoisse ne se justifie qu'en partie. Deux chemins s'offrent en effet à nous. Soit nous prenons, en tant que médecins généralistes, l'initiative, et déclarons ce que la qualité des soins signifie pour nous. Nous pourrions alors confronter notre pratique aux critères mis au point et à présenter le résultat. Soit nous ne le faisons pas, mais le risque existe alors que des critères, que nous ne trouvons pas pertinents nous soient imposés par une instance externe. Les patients pourraient par exemple nous évaluer sur un site web à l'aide de chaque consultation, à l'aide d'une échelle allant d'une à cinq étoiles en fonction de leur appréciation, sur la base d'une interprétation très individualisée de la qualité des soins. Ce n'est certainement pas ce que nous souhaitons...»

Les arbres qui cachent la forêt

«Nous devons veiller à ne pas travailler avec de trop nombreux indicateurs de qualité», déclare Piet Vanden Bussche. «Aux Pays-Bas, par exemple, les médecins sont actuellement submergés par la quantité énorme d'indicateurs. Ils ne peuvent obtenir aucun aperçu du signal émis par cette masse de données et le système rate donc son objectif. En outre, la charge administrative considérable associée mine la qualité des soins.»

«Au lieu de cela, nous devons nous-mêmes, au sein de notre cabinet, déterminer quelles sont les priorités essentielles pour la promotion de la qualité. Et en montrer les résultats. Cela suscite la confiance. L'angoisse d'être contrôlé de l'extérieur est donc fondée, mais si nous anticipons à temps, nous n'aurons à terme aucune raison d'avoir peur.»

«En tant que catégorie professionnelle, nous pouvons même être un peu plus stricts envers nous-mêmes que les autorités. Parce que nous contrôlerons la qualité d'une façon moins pénalisante, mais très motivante pour les collègues. Lorsque des médecins, par exemple au sein d'un groupe de Giens, échangent des réflexions sur leur comportement en matière de prescription, il y a beaucoup plus de chance qu'un changement de comportement survienne de manière consciente et efficace que si les acteurs doivent se plier aveuglément aux directives des autorités sans bien en comprendre la raison sous-jacente.»

Disposons-nous actuellement de l'infrastructure nécessaire pour mettre en place une promotion auto-régulatrice de la qualité?

«Pas suffisamment, malheureusement. Il est navrant de constater qu'il existe dans bon nombre de pays voisins une structure de concertation relative à la qualité entre les autorités et la catégorie professionnelle, ce qui n'est pas le cas chez nous. En 2008, le KCE a déjà plaidé en faveur d'une plateforme de concertation, dans laquelle les mutuelles seraient également impliquées (rapport 76A). Cette tripartite devrait jalonner une politique relative à la promotion de la qualité. L'accord médico-mutualiste ne peut pas reprendre cette tâche, car il ne s'agit là que de financement. En outre, cet accord rassemble à la fois médecins généralistes et spécialistes, ce qui ne ferait pas de la promotion de la qualité chez le médecin généraliste une priorité.»

Malgré les recommandations du KCE, nous n'avons constaté au cours des cinq dernières années aucune amélioration dans le comportement en matière de prescription des médecins généralistes pour des médicaments tels que des antibiotiques, des antidépresseurs et des IPP. Au contraire, la situation ne fait qu'empirer. Et il n'en va pas de la responsabilité des médecins généralistes à titre individuel. Mais il en est de la responsabilité des autorités et de la catégorie professionnelle qui négligent d'y réfléchir ensemble. Nous laissons progressivement d'autres pays européens prendre le pas et glissons dans la moyenne.»

Comment mettre en œuvre de manière adéquate la promotion de la qualité?

«L'un des principaux aspects est l'établissement d'indicateurs de qualité, ce qui exige déjà en soi une grande réflexion. Chez le médecin généraliste, les indicateurs de résultat, comme la mortalité, ne constituent souvent pas un choix judicieux, car ils dépendent des cas au sein du cabinet. Ils ne permettent donc pas de comparer les cabinets entre eux. Les indicateurs de processus permettent un bien meilleur travail. Par exemple : quel pourcentage de patients diabétiques au sein d'un cabinet bénéficie de l'examen adéquat au moment opportun? Et là encore, il faut faire se mêler des pièges. Prenez par exemple comme critère le pourcentage de patients diabétiques qui, au cours de l'année écoulée, a bénéficié d'un contrôle ophtalmologique. Dans ce cas, le résultat peut être influencé par la disponibilité des ophtalmologues de la région. Ce que vous évaluez de cette façon n'est donc pas la qualité des soins au sein de votre propre cabinet, mais bien l'organisation de soins dans un cadre plus vaste. Le choix des indicateurs est donc tout un art : quels indicateurs sont

suffisamment discriminatoires, lesquels sont utilisables en pratique, lesquels sont faciles à consigner?»

Et que faire des signaux qui découlent de l'utilisation d'indicateurs de qualité?

«Il n'y a pas si longtemps, les initiatives Pay-for-quality (P4Q), qui impliquent qu'un médecin ou un groupe de médecins reçoit un bonus financier si le seuil préétabli pour un indicateur de qualité est atteint, ont fait l'objet de nombreuses expérimentations. En Europe, on en est très vite revenu. L'effet du P4Q sur les critères d'évaluation majeurs, comme la mortalité mesurée dans l'ensemble des cabinets impliqués, est faible, voire inexistant. Le danger du P4Q est que les médecins se concentrent sur les paramètres pour lesquels des incitations sont offerts, et perdent dès lors de vue les besoins du patient individuel.»

«Un processus au sein duquel les cabinets mettent des priorités en fonction de la problématique de leur population de patients, effectuent des mesures, adaptent leur pratique le cas échéant et rapportent finalement sur les résultats de l'ensemble de ce processus est préférable. Lors de visites de cabinets, il serait possible d'offrir une accréditation aux cabinets. En outre, les cabinets pourraient être répertoriés en fonction du domaine pour lequel ils offrent une expertise particulière grâce à leur travail de promotion de la qualité. Cela permettrait même aux patients de choisir le cabinet le plus approprié pour eux.»

Les autorités ne devraient donc pas dépenser le moindre centime pour offrir à la population une médecine générale de qualité?

«Bien sûr que si. Mais le budget disponible doit être utilisé judicieusement. Investir dans des moyens permettant d'offrir de l'aide aux cabinets de MG s'avère beaucoup plus efficace que le P4Q. Faltes travailler au sein du cabinet un infirmier qui, grâce à une formation adéquate, prendra en charge l'assistance protocolaire et technique des patients chroniques aussi efficacement que le médecin généraliste dont il allègera la charge de travail. L'infirmier praticien peut également s'intéresser à la qualité et offrir une contribution importante en matière de collecte de données. Il ne s'agit pas d'une remarque anodine, mais bien d'un aspect essentiel de la promotion de la qualité : tant que le cabinet de médecine générale ne dispose pas des moyens nécessaires, nous ne devons même pas parler de qualité.»

Dr Michèle Langendries