

Du cabinet pour le cabinet: cette méthode d'élaboration d'un jeu d'indicateurs d'assurance qualité a de bonnes chances d'être effectivement appliquée en cabinet. Nombreuses sont les mesures d'assurance qualité qui ne résistent pas aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité souvent évoqués à l'heure actuelle. Elles sont coûteuses, peu utiles et requièrent une forte dose de motivation intrinsèque pour pouvoir être mises en œuvre à long terme. C'est là qu'entre en jeu le modèle de base du VEDAG: des questions simples qui s'intègrent en quelques minutes et sans contrainte supplémentaire importante dans le quotidien du cabinet permettent de sensibiliser régulièrement le médecin aux thèmes liés à la qualité et lui donnent ainsi la possibilité de réagir aux problèmes qui l'intéressent. L'idée consistant

à implanter à la base le seuil d'accès à l'univers des instruments de qualité systématiques est une approche prometteuse pour suggérer et documenter des activités qualitatives, si possible à grande échelle. La FMH a soutenu ce projet, parce qu'il permet d'accomplir un travail précieux à la base, qui enrichit le débat sur la qualité. Les expériences positives incitent tous les participants à poursuivre le projet et à consolider plus largement le modèle à l'occasion d'une prochaine étape. L'acceptation et la reconnaissance correspondantes doivent en outre être instaurées chez les autres partenaires.

Dr Daniel Herren MHA, Membre du Comité central de la FMH,
Responsable du domaine DDQ

Réflexions sur la phase pilote VBQM (VEDAG Basis Qualitäts Modell)

Le défi que représente la mise au point d'un système d'assurance qualité

Christoph Ramstein^a,
Philipp Schneider^b

a Dr méd., co-président
VEDAG

b Prof., responsable du
Kompetenzzentrum
Qualitätsmanagement Berner
Fachhochschule BFH

L'association des sociétés de médecins de Suisse allemande (VEDAG) [1] s'engage activement pour la garantie et le développement de la qualité dans la pratique des médecins de famille, dans le cadre de séances à huis clos et avec des groupes de travail accompagnés par des spécialistes de la qualité [2, 3, 4]. En 2008, la réflexion sur ces interrogations a débouché sur l'idée de développer un jeu d'indicateurs déterminant pour la qualité «du cabinet pour le cabinet». Un groupe de travail [5] a par la suite mis au point un jeu d'indicateurs avec l'aide du Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule BFH (KPZ QM). Une approche de type «bonnes pratiques» a été poursuivie, ce qui signifie que les indicateurs sont conformes à un standard reconnu par les experts. Des enseignements basés sur des évidences scientifiques ont si possible été pris en compte. C'est ainsi qu'a été créé le «modèle qualitatif de base» [6].

Du modèle à la phase de test

Le «modèle qualitatif de base» ayant été présenté et discuté à l'aide d'exemples de cas et soutenu lors de la séance à huis clos 2009 de la VEDAG, celle-ci a décidé d'appliquer et d'analyser le jeu d'indicateurs (plus précisément une sélection du jeu d'indicateurs étendu) du «modèle qualitatif de base» auprès d'un nombre plus important de médecins dans leur quotidien professionnel, dans le cadre d'un projet pilote de trois mois. Ce projet pilote a vu le jour grâce au soutien financier et intellectuel de la Caisse des médecins et de la FMH (département DDQ). Les deux partenaires soutiennent le projet afin de contribuer à l'animation de la discussion sur la qualité dans les soins de base.

L'enquête avait pour but de générer des données qualitatives mesurables et de sensibiliser le corps mé-

dical aux questions de qualité, c'est-à-dire de l'inviter à réfléchir sur les interrogations relatives à la qualité et si nécessaire de provoquer des changements. Exemples de questions: «Avez-vous connu des cas où vous avez spontanément réagi sur la base de vos expériences antérieures en présence de signaux de risque et d'avertissement (signal d'alarme), indépendamment/en complément des conclusions objectives?» ou «Connaissez-vous les cinq cas les plus chers de l'année 2010?»

Des indicateurs mesurables permettent à leur tour des comparaisons croisées, des déclarations comparatives et sont mis à la disposition des participants pour l'évaluation de leur propre situation. Des exemples en sont le rapport Administration/Activité en cabinet liée aux patients, Informations sur le taux de fluctuation ou Données relatives aux consultations non planifiées, par ex. à cause du déraillement d'un diabète de type 2. Tous les indicateurs définis ont été affectés à dix champs dits de focalisation (temps forts thématiques), tels que les connaissances spécialisées, la qualité structurelle ou l'assurance qualité.

En plus des questions de contenu, le groupe de travail a également étudié les modalités de mise en œuvre d'un tel jeu d'indicateurs. Il a opté pour une plate-forme en ligne de la Haute école spécialisée du canton de Berne, grâce à laquelle les collègues réfléchissent sur les indicateurs, à un rythme quotidien ou hebdomadaire. Un nombre limité d'indicateurs (env. 30%) du jeu d'indicateurs a pu être pris en compte pour la phase pilote. Il a été subdivisé en questions quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles. Un nombre limité de questions individuelles et de variables contextuelles a par ailleurs été défini. De la sorte, l'enquête quotidienne n'a pas excédé cinq minutes.

Correspondance:
Dr méd. Christoph Ramstein
Platanen 46
CH-4600 Olten

christoph.ramstein@hin.ch

Prof. Philipp Schneider
Berner Fachhochschule
Falkenplatz 24
CH-3012 Berne

philipp.schneider@bfh.ch

www.qm.bfh.ch

L'analyse a montré que la charge moyenne (temps de traitement moyen) lors de l'interrogation quotidienne sur trois mois était de *0h 2m 47s* (moyenne arithmétique) ou *0h 1m 54s* (médiane), ce qui correspondait aux durées prescrites. Le temps de traitement moyen lors de l'interrogation hebdomadaire était de *0h 10m 57s* (moyenne arithmétique) ou *0h 9m 19s* (médiane).

«L'enquête avait pour but de générer des données qualitatives mesurables et de sensibiliser le corps médical aux questions de qualité.»

Le projet pilote a réuni 67 médecins de cinq cantons. Les patients ont été interrogés par écrit à trois reprises pendant l'enquête et pour finir, le projet a été évalué avec les participants. Tous les médecins ayant participé au projet pilote ont reçu une analyse individuelle avec leurs résultats personnels comparés à la valeur moyenne et médiane (transparents 1 et 2).

Enseignements de la méthode

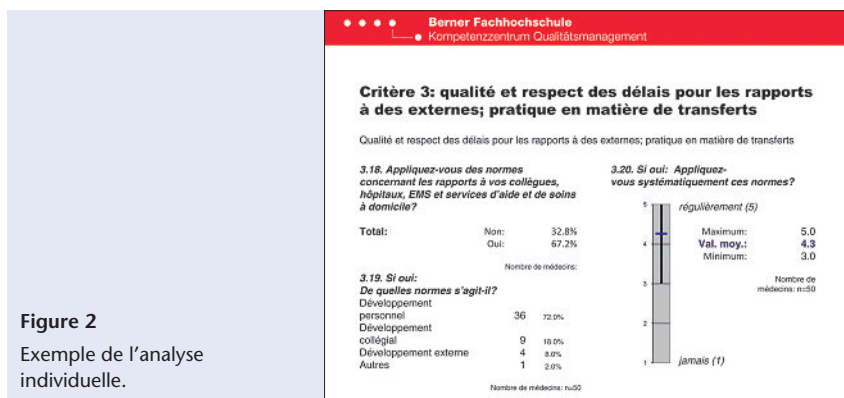
90% des participants ont participé à l'interrogation finale. Les expériences et les résultats de l'interrogation finale montrent que l'enregistrement par le biais d'une plate-forme Internet est approprié. Pendant toute la durée du projet, il n'y a pratiquement pas eu

de problèmes lors de la saisie, une grande stabilité ayant été garantie en tout temps. L'instrument a été jugé convivial et facile à utiliser. La possibilité de travailler sans contrainte horaire ni de lieu, souvent dans le sillage du traitement des e-mails, a été appréciée. Le fait qu'aucun autre document n'ait été produit (paperasse) a expressément été loué. Les «maladies de jeunesse» du système ont été identifiées et analysées et pourront être corrigées dans une version ultérieure. Aucune préférence explicite concernant la méthode de saisie hebdomadaire ou quotidienne ne s'est dessinée sur la base des analyses et des réactions: 51% ont voté pour une interrogation hebdomadaire, 49% pour une interrogation quotidienne. 86% des participants ont régulièrement participé à l'interrogation quotidienne contre 90% à l'interrogation hebdomadaire. Aucun indicateur n'a été consulté les week-ends. 90% des participants ont par ailleurs estimé que les médecins de famille devaient enregistrer et prouver leur qualité grâce à ce système ou à un système comparable.

Enseignements de l'enquête

Dans le cadre du projet, 67 médecins ont participé à l'enregistrement hebdomadaire et 31 à l'enregistrement quotidien. Le rapport hommes/femmes était de 60:40, celui des cabinets de groupes par rapport aux cabinets individuels de 31:27 (9 missing). Leur âge se répartissait entre 36 et 66 ans. Toutes les données reposent exclusivement sur une auto-déclaration et n'ont fait l'objet ni d'une vérification ni d'un contrôle de plausibilité, puisqu'il s'agit d'un projet pilote. Quelques écarts évidents (par ex. erreur de saisie ou faute de frappe) ont été supprimés, mais en principe les données reçues ont été reprises sans restriction. En termes de pertinence, il est à signaler que les participants ont participé volontairement et de leur propre initiative et que leur représentativité n'a pas été vérifiée ni corrigée.

Le but du projet pilote consistait à vérifier la validité des indicateurs pratiques, qui ont été élaborés par la base pour la base, ainsi que nous l'avons précisé, ainsi que la saisie des données par le biais d'une plate-forme Internet. Ces deux objectifs ont été atteints et jugés réussis par les participants. Cinquante d'entre eux sur 67 ont répondu en totalité ou en partie par l'affirmative à la question de savoir si des éléments importants et significatifs de l'activité du médecin de famille ont été enregistrés. Plus de la moitié recommandent sans hésiter la participation à un tel projet, vingt autres le font avec des restrictions, seuls quatre se sont totalement opposés à une recommandation. Une partie des indicateurs visaient à sensibiliser les collègues à la qualité de l'activité de médecin de famille. Le figure 3 montre que la plupart des médecins participant ont perçu un tel effet de sensibilisation. Un tiers des participants a par la suite évoqué un sujet correspondant avec les MPA et environ 25% ont déjà engagé de premières améliorations.



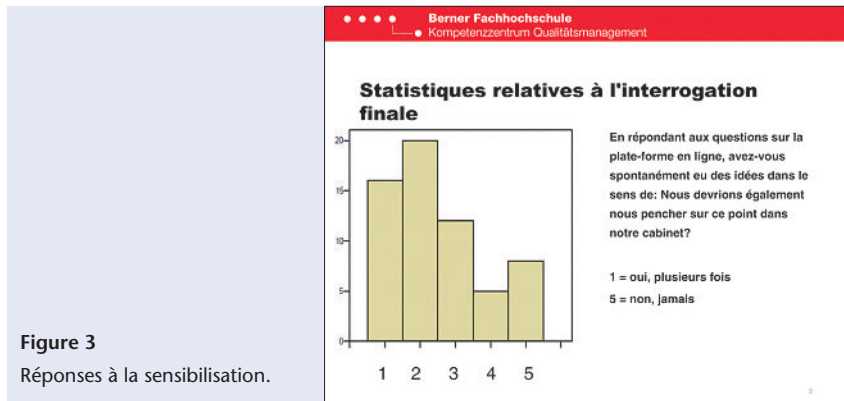


Figure 3
Réponses à la sensibilisation.

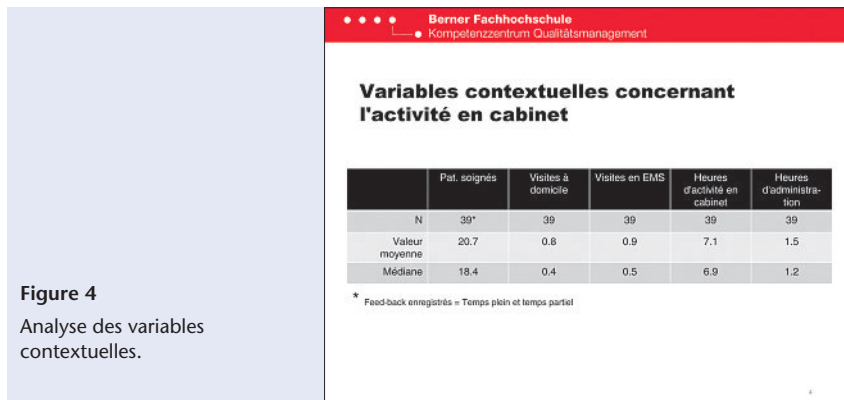


Figure 4
Analyse des variables contextuelles.

De grandes différences apparaissent lors de l'analyse des variables contextuelles. Elles s'expliquent par le fait que tous les médecins pratiquant à temps partiel ont été couverts par l'enquête hebdomadaire alors que l'enquête quotidienne ne couvrirait que les personnes ayant déclaré une activité en cabinet d'au moins 80%. Chez les médecins exerçant à temps complet, les résultats donnent en moyenne 20 patients par jour, une visite à domicile ou en EMS et le rapport entre l'activité en cabinet (c'est-à-dire travail direct sur le patient) et l'administration est de 7:1.

L'utilisation des données a été réglée dans un règlement des données, de manière à préserver les participants de tout abus. C'est pourquoi nous avons renoncé ici à une publication détaillée des données. En cas de poursuite de la saisie, il est prévu de dési-

gner certains indicateurs en concertation avec les interlocuteurs déterminants tels que la FMH ou l'OFSP et de les mettre à la disposition du public dans le sens d'indicateurs importants pour la qualité des soins ambulatoires.

Perspectives

De nombreuses réactions positives (même les plus sceptiques ont apprécié le modèle) et les prescriptions des sponsors mentionnés au début ont incité le VEDAG à mettre au point un modèle de remplacement. Celui-ci devra être mis à la disposition du corps médical établi en tant que module de qualité multilingue bénéficiant d'un large soutien. Ce sera notamment possible grâce à la collaboration synergétique avec le département DDQ de la FMH et aux contacts avec les acteurs responsables de la qualité dans le système de santé.

Références

- 1 Ramstein C. VEDAG – historischer Dachverband mit gesundheitspolitischem Weitblick. Bull Méd Suisses. 2008;89(17):744.
- 2 VEDAG. Gesundheitspolitik aus der Optik der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – 7 Leitsätze. Bull Méd Suisses. 2004;85(29/30):1531–4.
- 3 Waldis G. Welche Qualität ... Ein Essay, ein Alptraum oder ein Märchen? Bull Méd Suisses. 2004;85(12):637–8.
- 4 Peltenburg M. et al. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Bull Méd Suisses. 2005;86(18):1055–9.
- 5 AGQ II VEDAG: Dr Svend Capol (KAG ZG, médecin cantonal du canton SZ), Dr. med. Jörg Fritschi (KAG LU et président de medswiss.net), Prof. Christoph Gehrlach (expert en évaluation) chargé de cours, chef de projet et responsable des cursus universitaires «Management im Gesundheitswesen», Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement Berner Fachhochschule, Dr Hans Kernen (animateur), kernen resource management ag, Dr Monika Loy (AGZ), Dr Cornelia Moll, GAESO, Dr Christoph Ramstein, Co-président VEDAG, Prof. Philipp Schneider (expert), chargé de cours et responsable du Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement, BFH Berne.
- 6 Ramstein C, Schneider P. Qualitäts-Basismodell. Bull Méd Suisses. 2009;90(39):1498–1500.