

La qualité en médecine: ce qui n'est guère mesurable*

Hans Stalder

Prof. Dr med., membre de la rédaction



Quand nos procédures suivent une certaine linéarité, par exemple quand l'anamnèse et l'examen clinique nous mènent au diagnostic différentiel puis, après les examens complémentaires, au diagnostic final et au traitement, des mesures de qualité sont théoriquement possibles, entre autres par le suivi des guidelines, même si ceci peut poser des problèmes [1, 2]. Mais ce qui compte finalement dans n'importe quelle approche de qualité n'est pas la procédure, mais le résultat et, en médecine, le but est d'améliorer la qualité de vie du patient.

C'est en particulier dans l'élaboration des *quality-adjusted life years (QALYs)*, une procédure pour calculer l'utilité d'interventions médicales comme un nouveau traitement en oncologie, qu'une appréciation de la qualité de vie a été tentée. Des questionnaires, tels que l'EQ-5D, mesurent des paramètres comme mobilité, douleur, indépendance, anxiété, dépression, activité quotidienne [3]. Des points à chacun de ces items sont appliqués, puis additionnés ce qui donnerait une valeur de la qualité de vie. On s'est aperçu rapidement que les résultats de ces questionnaires ne correspondent pas toujours à ce que le patient ressent. Une question plus générale a alors été ajoutée telle que «Comment est votre état de santé aujourd'hui?» [3].

On s'est aperçu rapidement que les résultats de ces questionnaires ne correspondent pas toujours à ce que le patient ressent.

Votre santé? Certainement pas celle de la définition de l'OMS – «un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité» – car elle ne s'applique jamais à un de nos patients, mais plutôt la santé selon une nouvelle définition faite par un groupe d'experts: «La santé est la capacité de s'adapter et de s'autogérer» [4].

La capacité de s'adapter et s'autogérer est une des spécificités des systèmes complexes qui caractérisent tous

les êtres vivants et donc aussi nos patients. D'autres spécificités de ces systèmes sont l'imprévisibilité – une petite intervention peut avoir des effets imprévus – et la sensibilité à la condition initiale, c'est-à-dire au passé, ce qui fait que deux patients, même avec exactement la même pathologie, ne se ressemblent jamais complètement. En plus, un système complexe ne peut être disséqué dans ses parties sans perdre son identité: on ne peut donc l'analyser, par exemple par un questionnaire, et croire pouvoir le reconstituer et le comprendre dans son ensemble. Enfin, un système complexe peut entrer en contact avec d'autres. Et un de ces autres systèmes com-

Le contact entre médecin et patient est doublement unique: deux systèmes complexes qui se rencontrent.

plexes avec qui le patient entre en contact est justement le médecin qui en constitue lui-même un en soi avec toutes ces spécificités.

Le contact entre médecin et patient est donc doublement unique: deux systèmes complexes qui se rencontrent. Chaque intervenant a son propre passé individuel avec ses propres expériences. La qualité de ce contact et surtout la qualité du résultat de ce contact – l'amélioration de la qualité de vie du patient – peuvent possiblement être pressenties ou estimées, mais ne jamais être mesurées exactement, même avec les questionnaires les plus sophistiqués. Et surtout ne pas être traduites en termes économiques...

Références

- 1 Stalder H. La qualité en médecine: ce qui est (potentiellement) mesurable. Bull Méd Suisses. 2015;96(43):1588.
- 2 Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ. 1999;318:527–30.
- 3 http://phi.uhce.ox.ac.uk/inst_types.php
- 4 Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:235–7.

* Un premier texte à propos de la qualité a été publié dans le BMS numéro 43 [1].

[hans.stalder\[at\]saez.ch](mailto:hans.stalder[at]saez.ch)