

Résumé

Soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux personnes souffrant de maladies chroniques au Québec

Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne

Mai 2012

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Résumé rédigé
sous la direction de Marie-Dominique Beaulieu

RÉSUMÉ

Introduction

Le Québec est pleinement engagé depuis près d'une décennie dans plusieurs transformations ayant pour objectif l'amélioration des soins et services dispensés dans le secteur des soins de première ligne. Des professionnels de la santé de plusieurs disciplines sont activement engagés dans ces transformations. C'est principalement en réponse à des besoins exprimés par ces professionnels que la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés (DOSPLI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'INESSS, alors encore l'AETMIS, en avril 2010, le mandat d'élaborer des indicateurs de qualité relatifs à la prise en charge de certaines maladies chroniques.

Le mandat initial comprenait trois objectifs :

1. Définir des indicateurs de qualité pour les maladies chroniques;
2. Suggérer des mesures et processus d'appropriation des indicateurs de qualité par les cliniciens;
3. Proposer des processus de mise à jour de ces indicateurs.

Le mandat stipulait que le travail devait aussi permettre d'établir une démarche standardisée reproductible de l'élaboration d'indicateurs, qui pourrait être applicable à plusieurs maladies chroniques.

Compte tenu du caractère novateur de la requête, il avait été convenu de se limiter aux maladies chroniques suivantes, en plus de l'élaboration d'indicateurs qui porteraient sur les dimensions du modèle de prise en charge des maladies chroniques (*Modèle de gestion des maladies chroniques*) :

- Maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle et angine stable);
- Diabète de type 1 et 2 chez l'adulte;
- Traitement de la dyslipidémie chez ces deux types de clientèle;
- Maladies respiratoires (maladies pulmonaires obstructives chroniques[MPOC] et asthme).

Par ailleurs, une dimension du mandat était de réfléchir à la façon de tenir compte de la multimorbidité dans l'élaboration d'indicateurs de qualité.

Enfin, il est important de souligner que les indicateurs élaborés n'avaient pas une finalité unique (par exemple soutenir les travaux de conception et de déploiement des dossiers médicaux électroniques), mais qu'ils devaient être en mesure de soutenir différents types de réalisations en cours au Québec.

Méthodologie

La perspective adoptée par l'INESSS a été d'élaborer un ensemble d'indicateurs reconnus comme fondés scientifiquement, pertinents cliniquement et mesurables, afin de soutenir la gestion des maladies chroniques au Québec dans différents contextes.

La philosophie de travail mise en œuvre pour l'élaboration des indicateurs s'articule en premier lieu autour des besoins cliniques exprimés par les praticiens de première ligne et par les patients atteints de maladies chroniques. L'approche s'est voulue participative et mobilisatrice autour de l'expertise déjà présente au Québec.

La démarche de travail s'appuie sur les principes suivants :

1. Le soutien à l'amélioration continue de la qualité comme raison d'être des indicateurs;
2. L'interdisciplinarité;
3. La rigueur scientifique;
4. Une approche participative et délibérative.
5. Les travaux portant sur l'élaboration des indicateurs (objectif 1) et sur les stratégies d'implantation ont été menés en concomitance :

a) Élaboration des indicateurs

Nous avons utilisé une méthode en trois étapes inspirée de la méthode de la RAND (Research and Development) Corporation.

La première étape a consisté en l'identification d'indicateurs élaborés par d'autres pays ou en application d'autres projets et en leur appariement à la littérature scientifique. Les guides de pratique clinique les plus récents (2006 à 2011) répondant à des critères de qualité élevés (évaluation au moyen de la fiche AGREE II) ont été la source des recommandations de bonne pratique appuyant les indicateurs. **Deux catégories d'indicateurs ont été définies** : des **indicateurs spécifiques aux maladies à l'étude** et des **indicateurs génériques associés au modèle de gestion des maladies chroniques**. Les guides de pratique clinique publiés entre 2006 et 2011 par des organisations nationales et internationales (France, Angleterre et États-Unis) ont été la source des données probantes à l'appui de chaque indicateur spécifique. Les indicateurs génériques n'ont pas été appariés à des niveaux de preuve, ne faisant pas l'objet de guides de pratique clinique, mais des revues systématiques portant sur les effets du modèle de gestion des maladies chroniques ont informé l'équipe de travail. De plus, la littérature portant sur leurs propriétés en matière de mesure (validité, précision) a été évaluée. Les indicateurs et la littérature les appuyant ont été ensuite soumis à quatre comités scientifiques *ad hoc* chargés de se prononcer sur la validité et la pertinence de chaque indicateur.

La deuxième étape a consisté en une consultation de représentants d'usagers souffrant des maladies chroniques à l'étude et de représentants de professionnels et de gestionnaires engagés dans la dispensation directe des soins à ces usagers. Ces personnes ont été invitées à analyser les indicateurs et à leur attribuer une cote de pertinence.

Enfin, une troisième étape a consisté en la consultation d'un comité d'experts sur l'opérationnalisation des indicateurs afin d'en évaluer la mesurabilité dans le contexte du Québec.

b) Stratégies d'appropriation

Les travaux pour déterminer des stratégies en soutien à l'appropriation d'indicateurs par des cliniciens, deuxième objectif du travail, ont été amorcés dès le début du mandat. Les sources de données pour réaliser ces travaux ont été : un relevé des réalisations québécoises et canadiennes et des entrevues avec des informateurs clés; quatre groupes de discussion constitués dans quatre régions différentes du Québec et regroupant des professionnels de diverses disciplines; une analyse ciblée de la littérature basée sur le repérage de revues systématiques, d'interventions ayant eu comme finalité l'intégration d'indicateurs dans les pratiques cliniques; ainsi que des histoires de cas venant de pays ou provinces ayant introduit des indicateurs de qualité dans l'organisation des soins de première ligne. L'information obtenue de ces diverses sources a été analysée à partir d'un cadre de référence sur l'appropriation de nouvelles stratégies d'organisation des services, qui conçoit les stratégies d'appropriation en fonction de deux niveaux d'intervention : le niveau contextuel (le système de santé) et le niveau des pratiques (les milieux cliniques où les soins sont donnés). Les facteurs sont catégorisés comme relevant de quatre autres dimensions : la gouvernance, la culture, les ressources et les outils.

Résultats

a) Les indicateurs élaborés

Un total de 164 indicateurs ont été repérés dans la littérature ou proposés par les comités scientifiques *ad hoc*. On dénombre 126 indicateurs spécifiques et 38 indicateurs génériques.

Le nombre d'indicateurs est réparti de façon assez comparable entre les différentes maladies. La majorité a été jugée très pertinente par les professionnels et les usagers consultés. Les indicateurs portant sur la mesure de paramètres biométriques (tension artérielle, poids) et sur la prescription de médicaments paraissent être ceux qui sont le plus facilement mesurables à court terme. Les maladies cardiovasculaires et le diabète semblent favorisés à plus court terme, car plusieurs indicateurs sont associés à des traitements pharmacologiques. Le travail révèle l'importance de mettre au point la mesure d'indicateurs relatifs aux maladies respiratoires et aux dimensions du modèle de gestion des maladies chroniques.

Les travaux sur la multimorbidité ont permis de déterminer différentes mesures qui pourraient être considérées, mais ils ont fourni peu d'indications précises sur la façon d'en tenir compte dans la mesure des indicateurs de qualité élaborés. La littérature ainsi que les experts consultés s'entendent pour dire que les indicateurs doivent être utilisés avec circonspection chez les personnes très âgées (80 ans et plus) ou présentant une multimorbidité complexe, surtout en ce qui concerne la pharmacothérapie et l'atteinte de cibles précises de traitement.

b) Les stratégies d'appropriation : soutien à l'appropriation d'indicateurs dans les milieux cliniques

Sur le thème de l'audit avec rétroaction, notre revue de la littérature a relevé une revue Cochrane et trois autres revues systématiques. Deux rapports d'évaluation des technologies traitent en partie de l'audit dans le cadre d'une analyse plus vaste de l'efficacité de la dissémination des guides de pratique clinique. Les études de cas retenues ont été celles du Royaume-Uni, de la France et de la Belgique. L'analyse de l'ensemble des sources de données consultées, y inclus les réalisations en cours et les travaux des groupes de discussion, permet de déterminer les principaux facteurs favorisant l'appropriation d'indicateurs de qualité. Sur le plan contextuel, les principaux facteurs liés à la *gouvernance* sont la nécessité de s'appuyer sur des leaders professionnels reconnus, mais aussi sur des structures externes au niveau national, qui deviennent des acteurs incontournables pour offrir de l'aide méthodologique et financière. On trouve aussi comme autres facteurs positifs une *culture de l'innovation* ainsi qu'une culture de l'évaluation des pratiques, souvent antérieures à la mise en place des indicateurs. Des *ressources financières* consacrées à la réalisation s'avèrent dans tous les cas nécessaires. Enfin, la création d'*outils* en partenariat avec les organisations professionnelles fournit aux praticiens des gabarits d'audit qui peuvent être intégrés à des activités traditionnelles d'évaluation de la qualité des soins ou encore à des dossiers cliniques informatisés. Sur le plan des pratiques, la présence de personnel clinique et administratif affecté à la collecte et au suivi des indicateurs est essentielle. Là encore, des chefs de file locaux jouent un rôle capital. Enfin, le dossier médical électronique, dans lequel on trouve des outils d'aide à la décision, est un élément pivot.

Mise en contexte pour le Québec

Une vision intégrée de ce que pourraient être les éléments d'une stratégie d'implantation pour le Québec est proposée par l'INESSS. Elle est le fruit de l'ensemble des consultations réalisées, y inclus l'analyse de la littérature. La stratégie globale pour soutenir l'utilisation et l'appropriation des indicateurs doit être élaborée en adoptant une perspective systémique. Les éléments pivots de la stratégie peuvent se résumer ainsi :

- Commencer l'introduction d'indicateurs de qualité maintenant, progressivement et de façon coordonnée.

La réalisation de projets phares, avec des équipes déjà engagées dans des projets d'amélioration de la qualité des soins visant la gestion des maladies chroniques, pourra être à la base de la stratégie d'implantation. Il sera essentiel de favoriser la concertation des ressources et des expertises existantes à l'échelle nationale pour éviter un développement cahotique et le dédoublement des efforts.

- Établir un plan d'implantation des indicateurs

Il sera important d'établir un plan d'implantation des indicateurs en vue d'optimiser les travaux en cours dans le reste du réseau, notamment l'homologation des DME, le déploiement du Dossier santé du Québec (DSQ) et les réflexions en cours pour assurer une plus grande fluidité des échanges d'information entre les différents établissements du réseau. Le soutien du déploiement et du processus d'homologation des DME doit être au cœur de la stratégie. Il sera important aussi de considérer la possibilité d'intégrer des mesures de la qualité des services reçus du point de vue des usagers, principalement pour les dimensions du modèle de gestion des maladies chroniques.

- Accompagner et soutenir les professionnels et contribuer au développement d'une culture d'amélioration de la qualité

À cet égard, la mobilisation des fédérations, des ordres professionnels et des milieux d'enseignement, pour soutenir le développement d'une culture de l'évaluation de la qualité, ainsi que la création d'outils et le perfectionnement de compétences à la pratique réflexive sont essentielles.

- Planifier l'évaluation de l'implantation

Conclusions

En donnant ce mandat à l'INESSS, la DOSPLI a innové et imprimé un élan aux organisations et aux professionnels concernés en première ligne. Le travail réalisé dans le cadre de ce mandat a permis à la fois de déterminer un ensemble d'indicateurs de qualité de prise en charge des maladies chroniques scientifiquement valides et pertinents pour les utilisateurs potentiels et de dégager des pistes pour permettre l'appropriation de ces indicateurs par les professionnels et les milieux de pratique. Il a aussi permis d'élaborer une méthode qui pourrait être reproduite à l'avenir afin de concevoir d'autres indicateurs de qualité. Il faut voir l'implantation d'indicateurs de qualité des soins dans une perspective d'optimisation des ressources déjà consenties dans le réseau de la santé pour perfectionner l'infrastructure d'information et améliorer l'organisation des services.

Les prochaines étapes à considérer

La mise au point de la mesure des indicateurs, qui devra tenir compte de la population de référence choisie ainsi que de la source retenue pour mesurer l'indicateur (DME, banques de données administratives ou enquêtes), nécessitera la concertation entre les différents acteurs disposant des ressources et de l'expertise nécessaires, ainsi que le soutien aux équipes cliniques sur le terrain.

La mise à jour des indicateurs devra considérer à la fois : a) les dimensions scientifiques, liées à l'évolution des connaissances sur les pratiques cliniques; b) les dimensions méthodologiques relativement à l'évaluation de la précision de certains indicateurs et à la mise au point de nouveaux indicateurs jugés pertinents; et c) les dimensions technologiques liées à l'évolution de l'infrastructure de l'information au Québec.

Des structures de veille, veille scientifique et technologique, pourraient être mises en place, auxquelles l'INESSS pourrait être associé. Il serait aussi important de créer un lieu de concertation où seraient partagées les expériences en cours et à venir en matière d'indicateurs de qualité des soins et des services.

Enfin, différentes priorités sont établies, dont l'importance de poursuivre les recherches sur les aspects centraux de la prise en charge de maladies chroniques (soutien des capacités d'autogestion, travail interdisciplinaire, approches centrées sur le patient), la prise en considération de la multimorbidité dans l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs de qualité et l'évaluation des stratégies d'implantation qui seront déployées.