

LES RECOMMANDATIONS INFLUENT-ELLES SUR LA QUALITE DES SOINS ET LE COUT DE LA SANTE ?

Dan LONGROIS, Claude MEISTELMAN
*Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale - SAMU
CHU de Nancy - 54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY*

La qualité des soins est un processus complexe dont les actions ont été centrées classiquement sur : (i) l'homogénéisation des pratiques médicales ; (ii) les soins centrés sur le patient ou « patient-centered care » des anglo-saxons et (iii) le respect des recommandations ¹.

A ces composantes classiques de la qualité des soins, s'est rajouté, après la publication en 1999 du fameux rapport de l'American Institute of Medicine (IOM) intitulé « To Err is Human : Building a Safer Health System » ², la sécurité des patients. Le rapport avait mis en évidence le fait que le système de soins nord-américain « produisait » tous les ans entre 44.000 et 98.000 décès par erreurs médicales. Après ce rapport, la sécurité des patients est devenue le centre d'attention pour les associations des patients, les professionnels de la santé, les politiciens et les journalistes ³⁻⁵. Ce rapport a changé la façon dont la recherche sur la qualité des soins était réalisée.

Le rapport de l'IOM a eu comme effet principal de polariser le débat sur la qualité des soins en deux grandes directions : le système de soins versus les professionnels de la santé en tant qu'individus. Selon la première direction, la qualité des soins est le produit du système de soins. Si le système de soins est la principale source d'amélioration des soins, l'objectif est la prévention des accidents. Selon la deuxième direction, la qualité des soins est le résultat de l'activité des individus (médecins, para-médicaux) qui prodiguent des soins de qualité. Dans cette hypothèse, l'amélioration de la performance individuelle de chaque professionnel de la santé est la source d'amélioration de la qualité des soins. Dans ce cas de figure, l'objectif serait de rapporter tous les accidents et de « punir » les individus, professionnels de la santé qui ont commis des erreurs médicales.

Pour beaucoup de spécialistes de la qualité des soins, le rapport de l'IOM est perçu comme l'évènement qui a changé, aussi bien chez les professionnels que chez les patients, la façon dont la qualité des soins et la sécurité des patients est perçue. De plus en plus souvent, il est admis que l'amélioration de la qualité des soins sera le résultat de l'amélioration des systèmes et que l'imputation des erreurs médicales aux individus, professionnels de la santé, n'est ni efficace pour améliorer la qualité des soins ni juste pour les professionnels de la santé ⁶. Enfin, comme récemment souligné, il existe encore des ambiguïtés en ce qui concerne les frontières de la qualité des soins et la sécurité des patients ⁶.

Les experts ont identifié trois voies qui pourraient diminuer la qualité des soins : (i) la sur-utilisation (les patients reçoivent des traitements inutiles) ; (ii) la sous-utilisation (les patients ne reçoivent pas les traitements efficaces) ; (iii) la mauvaise utilisation (erreurs dans l'administration des procédures et traitements)⁶. Il a été suggéré que pour les patients, la mauvaise utilisation, qui correspond souvent à des erreurs faites par les professionnels de la santé, est nettement moins bien acceptée que la sur- ou la sous-utilisation des procédures ou traitements⁶. Il est nécessaire de souligner que la plupart des recommandations concernent les sur- et les sous-utilisations et pas les mauvaises utilisations.

Aux Etats-Unis, le rapport de l'IOM a été à l'origine du financement par les pouvoirs publics et par des organisations privées de la recherche sur la qualité des soins dans plusieurs directions : (i) les systèmes d'information; (ii) la création d'organismes d'experts capables d'aider les hôpitaux à revoir en profondeur leur organisation pour améliorer la qualité des soins ; (iii) l'établissement de listes de pratiques considérés comme étant « sûres » pour les patients (prescriptions médicales assistées par ordinateur, la définition de recommandations pour le nombre de médecins ou personnels para-médicaux dans les unités de réanimation, la concentration des plateaux techniques sophistiqués, etc.). En parallèle avec ces efforts, des nombreuses recommandations ont été rédigées.

Le rapport de l'IOM a été également à l'origine, aux Etats-Unis, d'un vaste mouvement de changement des pratiques médicales en définissant plusieurs pratiques censées améliorer la qualité des soins (identification des patients, communication entre les différentes disciplines, identification du site opératoire, etc.)⁷. Il existe des résultats encourageants qui suggèrent que l'application dans les hôpitaux de certaines pratiques d'amélioration de la sécurité des patients ont réellement abouti à une diminution des complications médicales⁶.

Enfin, les experts sont d'accord pour affirmer qu'à la suite du rapport de l'IOM, un effort important a été fait aux Etats-Unis et ailleurs⁸ pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Les mêmes experts sont en revanche dubitatifs sur l'impact de ces efforts pour réellement améliorer la qualité des soins⁹. Les experts considèrent que l'absence d'effets majeurs de ces efforts est en partie en relation avec la culture médicale actuelle caractérisée par deux grandes tendances : (i) l'amélioration de la performances des individus et (ii) la recherche biomédicale⁶. En même temps, la culture médicale traditionnelle tend à négliger la complexité des pratiques médicales actuelles. Il a été suggéré que la pratique médicale actuelle est probablement le processus le plus complexe imaginable⁶. Cette complexité est aggravée par la fragmentation de la pratique médicale et par l'individualisme forcené des professionnels de la santé. L'absence de progrès majeurs dans l'amélioration de la qualité des soins a également été mise sur le compte des facteurs suivants : (i) l'absence de leadership médical et administratif ; (ii) l'absence réelle de moyens de contrainte des organismes régulateurs envers les institutions et les professionnels médicaux en tant qu'individus ; (iii) l'absence ou la quasi absence de critères de mesure de la qualité des soins. Des indicateurs d'évaluation de la qualité des soins n'ont été que récemment proposés¹⁰ ; (iv) un système de financement de la santé qui peut avoir des effets pervers en ne remboursant pas les pratiques qui améliorent la qualité des soins et la sécurité des patients.

En résumé, l'élaboration et la dissémination des recommandations ne sont probablement pas suivies directement d'une amélioration de la qualité des soins. Il est nécessaire de mettre en

place au niveau national, régional et local des politiques volontaristes pour améliorer la qualité des soins qui doivent inclure (mais ne peuvent pas s'y limiter) des recommandations.

En plus de ces difficultés, la simple élaboration de recommandations est un processus complexe qui pose de nombreux problèmes dont la rédaction et la diffusion rapides. Un exemple concret permettra d'illustrer la complexité d'élaboration des recommandations : il concerne l'utilisation péri-opératoire des antagonistes des récepteurs α -adrénergiques (α -bloquants).

Plusieurs études avaient suggéré un effet bénéfique de l'utilisation péri-opératoire des α -bloquants chez les patients à risque. Sur la base d'une seule étude randomisée qui a inclus les patients à très haut risque de complications cardiovasculaires péri-opératoires (patients ayant des anomalies de la cinétique segmentaire mises en évidence par l'échographie cardiaque en présence d'une perfusion de dobutamine et devant bénéficier d'une chirurgie vasculaire)^{11 12}, l'American Collège of Cardiology et l'American Heart Association (ACC/AHA) ont rédigé en 2002 des recommandations concernant l'utilisation large des α -bloquants chez les patients à risque¹³. Depuis cette date, plusieurs études dont une étude observationnelle publiée en 2005¹⁴ ont été à l'origine d'une révision des recommandations ACC/AHA, publiée en 2006 (http://www.acc.org/clinical/guidelines/perio_betablocker.pdf), qui ont restreint les indications d'utilisation péri-opératoire des α -bloquants aux patients ayant au moins deux facteurs de risque du score révisé de Lee¹⁵. Cet exemple qui sera détaillé lors de la présentation permet d'estimer la complexité du processus d'élaboration de recommandations.

En conclusion, la simple rédaction de recommandations pour la pratique médicale est un processus complexe. La mise en application des recommandations relève d'une politique volontariste pour améliorer la qualité des soins. La réponse à la question posée au début de ce texte est probablement non : les recommandations, dans le contexte de l'amélioration des performances des individus, professionnels de la santé, ne sont pas suffisantes pour améliorer la qualité des soins. Dans la mesure où il existe de nombreux exemple de non application des recommandations, il est également probable que les recommandations ne sont pas suffisantes pour diminuer le coût des soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Brennan TA: The Institute of Medicine report on medical errors--could it do harm? *N.Engl.J.Med.* 2000; 342: 1123-5
2. Kohn, K. T., Corrigan, J. M., and Donaldson, M. S. *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* 1999. Washington, DC: National Academy Press.
3. Altman DE, Clancy C, Blendon RJ: Improving patient safety--five years after the IOM report. *N.Engl.J.Med.* 2004; 351: 2041-3
4. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, Altman DE, Zapert K, Herrmann MJ, Steffenson AE: Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N.Engl.J.Med.* 2002; 347: 1933-40
5. Burde H: The implementation of quality and safety measures: from rhetoric to reality. *J.Health Law.* 2002; 35: 263-81
6. Leape LL, Berwick DM: Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA.* 2005; 293: 2384-90

7. Roadmap for safety: National Quality Forum officially releases 30 safe practices for better healthcare. *Qual.Lett.Healthc.Lead.* 2003; 15: 12-4, 1
8. Lewis RQ, Fletcher M: Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Qual.Saf Health Care.* 2005; 14: 135-9
9. Morrissey J: Patient safety proves elusive. Five years after publication of the IOM's 'To Err is Human,' there's plenty of activity on patient safety, but progress is another matter. *Mod.Healthc.* 2004; 34: 6-5, 28
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Quality indicators. Available at: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>. 2006.
11. Poldermans D, Boersma E, Bax JJ, Thomson IR, van de Ven LL, Blankensteijn JD, Baars HF, Yo TI, Trocino G, Vigna C, Roelandt JR, van Urk H: The effect of bisoprolol on perioperative mortality and myocardial infarction in high-risk patients undergoing vascular surgery. Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echocardiography Study Group [see comments]. *N.Engl.J Med* 1999.Dec.9 341: 1789-94
12. Boersma E, Poldermans D, Bax JJ, Steyerberg EW, Thomson IR, Banga JD, van de Ven LL, van Urk H, Roelandt JR: Predictors of cardiac events after major vascular surgery: Role of clinical characteristics, dobutamine echocardiography, and beta-blocker therapy. *JAMA.* 2001; 285: 1865-73
13. Eagle KA, Berger PB, Calkins H, Chaitman BR, Ewy GA, Fleischmann KE, Fleisher LA, Froehlich JB, Gusberg RJ, Leppo JA, Ryan T, Schlant RC, Winters WL, Jr., Gibbons RJ, Antman EM, Alpert JS, Faxon DP, Fuster V, Gregoratos G, Jacobs AK, Hiratzka LF, Russell RO, Smith SC, Jr.: ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery---executive summary a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). *Circulation* 2002; 105: 1257-67
14. Lindenauer PK, Pekow P, Wang K, Mamidi DK, Gutierrez B, Benjamin EM: Perioperative beta-blocker therapy and mortality after major noncardiac surgery. *N.Engl.J.Med.* 2005; 353: 349-61
15. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk CA, Cook EF, Sugarbaker DJ, Donaldson MC, Poss R, Ho KK, Ludwig LE, Pedan A, Goldman L: Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999.Sep.7. 100: 1043-9