

De la pratique fondée sur les preuves à l'amélioration de la qualité pour des soins de haute valeur centrés sur le patient

Pr ARNAUD CHIOLERO^{a,b,c}, Dr STÉPHANE CULLATI^{a,d}, Dr STEFANO TANCREDI^a, Dre MARIE MÉAN^e, Pr NICOLAS RODONDI^{f,g}, Pre LAURA ELENA RAILEANU^g et Pre VALÉRIE SANTSCHI^h

Rev Med Suisse 2022; 18: 1402-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.790.1402

La pratique fondée sur les preuves et l'amélioration de la qualité devraient être au cœur des soins et de la santé publique. Leur implémentation reste néanmoins insuffisante et se traduit en Suisse par une fréquence élevée de soins de faible valeur, par d'importantes variations régionales dans la pratique de certains soins et par l'absence de monitoring de la qualité pour la majorité des processus de soins. Il faut renforcer le monitoring de la qualité, notamment celle perçue par les patients, pour faciliter la mise en œuvre de soins de haute valeur et centrés sur le patient. Les données ne parlant pas toutes seules, il faut organiser le processus qui va de la production des indicateurs à la décision.

From evidence to quality improvement to provide high value and patient centered care

Evidence-based practice and quality improvement should be at the heart of healthcare and public health. However, their implementation remains insufficient which is reflected in Switzerland in the high frequency of low-value care, in the wide regional variation in care practices, and in the absence of quality monitoring for the majority of healthcare processes. It is necessary to strengthen the monitoring of quality, particularly that perceived by patients, to help strengthening high-value and patient centered care. Because data do not speak for themselves, it is critical to organize how to use indicators for decision.

INTRODUCTION

Jusqu'à 20% des dépenses de santé seraient dus à des soins de faible valeur (low value care) dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), la Suisse y compris.¹ Comment est-ce possible? Car voilà longtemps qu'ont été développés et enseignés les principes

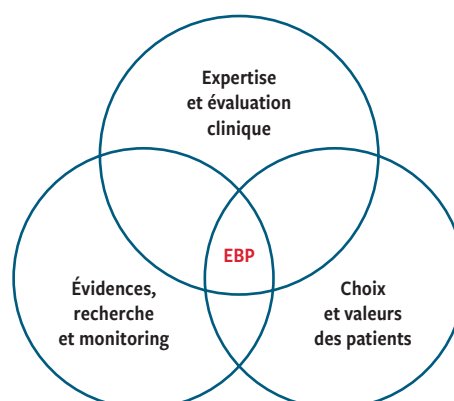
de la médecine fondée sur les preuves (Evidence-Based Medicine; EBM) qui permettent – du moins en théorie – de faire le tri entre ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas, de l'intégrer en tenant compte des choix et des valeurs du patient, pour soutenir les prises de décisions et améliorer les pratiques professionnelles² (figure 1).

Par ailleurs, viser à continuellement améliorer la qualité des soins (quality improvement) semble aller de soi pour la majorité des professionnels de santé.³ Néanmoins, la culture de la qualité des soins et les ressources dédiées à l'amélioration de la qualité restent insuffisantes en Suisse, comme le révèle notamment l'absence de monitoring de la qualité pour la majorité des processus de soins, que cela soit dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux ou en ambulatoire.⁴⁻⁶

Dans cet article, nous faisons le point sur les liens entre la pratique fondée sur les preuves et l'amélioration de la qualité des soins en mettant en exergue le problème des soins de faible valeur. Nous insistons sur l'importance de renforcer le monitoring de la qualité des soins, notamment telle que perçue par les patients,⁷ afin de faciliter la mise en œuvre de soins de haute valeur, guidés par les données et centrés sur le patient.^{8,9}

FIG 1 Éléments qui constituent la pratique fondée sur les preuves

La pratique fondée sur les preuves (EBP, evidence-based practice) vise à intégrer les connaissances de la recherche et du monitoring, l'expertise et l'évaluation clinique ainsi que les choix et valeurs du patient pour toutes les décisions médicales.^{2,10}



^a Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg, 1700 Fribourg, ^b School of Population and Global Health, Université McGill, Montréal, Québec H3A 1G1, ^c Institut de médecine de famille de Berne (BIHAM), Université de Berne, 3012 Berne, ^d Service qualité des soins, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^e Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^f Clinique universitaire de médecine interne, Hôpital de l'Île, Université de Berne, 3010 Berne, ^g Haute École d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO, 1401 Yverdon-les-Bains, ^h Institut et haute école de la santé La Source, HES-SO, 1004 Lausanne
arnaud.chiolero@unifr.ch | stephane.cullati@unifr.ch | stefano.tancredi@unifr.ch
marie.mean@chuv.ch | nicolas.rodondi@insel.ch | laura.raileanu@heig-vd.ch
v.santschi@ecolelasource.ch

LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES PREUVES

Voilà près de 30 ans qu'il a été proposé de pratiquer une médecine fondée sur les preuves par «l'intégration des meilleures données de recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients».² Plus largement, le concept a été appliqué aux activités de la santé publique, des pharmaciens et des soignants, que l'on peut regrouper sous le terme de pratiques fondées sur les preuves (Evidence-Based Practice; EBP).¹⁰

Initialement, le concept visait à modifier une approche de la médecine et des soins qui se fondait sur la tradition et l'expertise tirée de la pratique, et où les cliniciens étaient les détenteurs du savoir et décidaient souvent seuls des prises en charge et des traitements.¹¹ L'EBP donne plus de poids, d'une part aux connaissances tirées d'études (idéalement randomisées et contrôlées) et aux synthèses de connaissances (idéalement au moyen de revues systématiques avec méta-analyse), et d'autre part aux choix et valeurs du patient (figure 1). En sus des preuves de la recherche clinique et pour s'assurer de leur meilleur emploi, il est pertinent d'ajouter les informations obtenues grâce au monitoring de la qualité des soins.

SOINS DE FAIBLE VALEUR ET VARIATION DANS LA PRATIQUE DES SOINS

En Suisse, les professionnels de santé sont de plus en plus souvent formés aux concepts de l'EBP. Néanmoins, dans les faits, on est loin d'une application systématique de cette approche. Ainsi, alors que les résultats des essais cliniques et des revues systématiques sont employés plus souvent qu'auparavant pour la prise en charge de patients, les recommandations de pratique clinique sont rarement construites avec une approche fondée sur les preuves.¹²

Par ailleurs, on constate deux problèmes majeurs qui sont la haute fréquence des soins de faible valeur (low value care) et une importante variation, notamment régionale, dans la pratique de certains soins. Les soins sont de faible valeur lorsqu'ils ne présentent que peu ou pas de bénéfice pour les patients, causent des dommages, entraînent des coûts inutiles et gaspillent des ressources de santé limitées. Afin de réduire la fréquence des soins de faible valeur, des médecins ont lancé l'initiative «Choosing Wisely».¹³ En Suisse, Smarter Medicine a listé pour différentes spécialités des «top 5» de mesures médicales qui sont considérées comme généralement inutiles (tableau 1).¹⁴

Pour réduire le fardeau des soins de faible valeur et la variation régionale dans les soins, et faciliter l'EBP, il faut renforcer la surveillance de la qualité des soins.

RENFORCER LA SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ

La culture de l'amélioration de la qualité est encore faible en Suisse. En 2021, l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) a publié le premier rapport national sur la qualité des soins qui a notamment mis en exergue la faiblesse des systèmes d'information pour monitorer la qualité des soins et produire des indicateurs pertinents^{5,6} (tableau 2). La FMH (Fédération des médecins suisses) en a aussi fait l'une de ses priorités.¹⁵

Renforcer la surveillance de la qualité des soins nécessite une véritable stratégie qui comprend la définition des besoins d'information, la collecte de données, la production d'indicateurs et la diffusion de ces informations à ceux qui en ont besoin (patients, professionnels de santé et responsables de santé publique) (figure 2).

TABLEAU 1 Liste « Smarter Medicine » de mesures médicales inutiles

Smarter Medicine liste le « top 5 » des mesures médicales qui sont généralement inutiles dans différentes spécialités, par exemple, en médecine interne générale.¹⁴ PSA : antigène spécifique de la prostate.

Spécialité	Mesure médicale inutile
Médecine interne générale hospitalière	<ol style="list-style-type: none"> Prises de sang à intervalles réguliers (par exemple, chaque jour) ou planifier des batteries d'examen, y compris des examens radiographiques, sans répondre à une question clinique spécifique Poser ou laisser en place une sonde urinaire uniquement pour des raisons de commodité (incontinence urinaire, surveillance de la diurèse) chez des patients en dehors des soins intensifs Transfuser plus que le nombre minimum de culots érythrocytaires nécessaires pour soulager les symptômes liés à l'anémie ou pour normaliser le taux d'hémoglobine selon des seuils définis Laisser les personnes âgées alitées pendant leur séjour à l'hôpital. De plus, des objectifs thérapeutiques individuels doivent être établis en fonction des valeurs et des préférences de chacun Utiliser des benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu, et les prescrire à la sortie de l'hôpital
Médecine interne générale ambulatoire 2014	<ol style="list-style-type: none"> Bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non spécifiques depuis moins de 6 semaines Dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate sans en discuter les risques et bénéfices avec le patient Prescription d'antibiotiques en cas d'infection des voies aériennes supérieures sans signes de gravité Radiographie du thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique Poursuite à long terme d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons pour des symptômes gastro-intestinaux sans utiliser la plus faible dose efficace
Médecine interne générale ambulatoire 2021	<ol style="list-style-type: none"> Dépistage ou nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire IRM de l'articulation du genou en cas de douleurs dans la partie avant du genou en l'absence de limitation de mouvement ou d'épanchement articulaire sans traitement conservateur préalable adéquat Substitution ferrique chez les patients asymptomatiques non anémiques et infusion de fer sans essai thérapeutique préalable par voie orale (sauf en cas de mauvaise absorption) Mesurer la vitamine D 25(OH) par habitude pour les personnes ne présentant pas de facteurs de risque pour une carence en vitamine D Check-up de santé approfondi régulier chez les personnes asymptomatiques

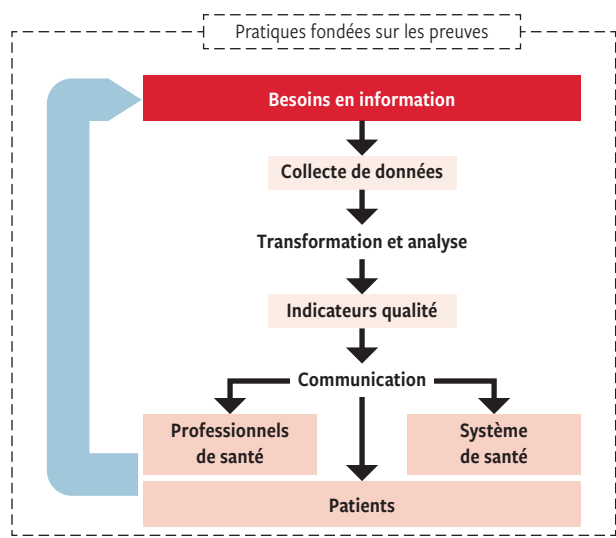
TABLEAU 2 Actions possibles pour l'amélioration de la qualité des soins

Cette liste n'est de loin pas exhaustive et se limite au champ des soins primaires.⁶ CIRS: système de signalement des incidents critiques; PREM: Patient Reported Experience Measures; PROM: Patient Reported Outcome Measures.

Que faire?	Comment?
1. Mettre en place un système de monitoring de la qualité et de la sécurité des soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un véritable système d'information pour les soins primaires, en tirant parti des données existantes (données médico-administratives ou de dossiers électroniques) ou des données collectées ad hoc (par exemple, par des PROM et PREM) • Mettre en place un CIRS national
2. Renforcer la culture de l'amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Former les étudiants et soutenir la formation continue des professionnels de santé en matière d'amélioration de la qualité • Renforcer l'implication des citoyens et des patients dans ce domaine
3. Améliorer la qualité des soins par des interventions fondées sur des preuves	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et soutenir la mise en œuvre d'interventions fondées sur des preuves pour améliorer la qualité et la sécurité des soins
4. Évaluer des initiatives d'amélioration de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la recherche pour tester des initiatives d'amélioration de la qualité des soins et pour réduire la fréquence des soins de faible valeur

FIG 2 Étapes pour produire des indicateurs de qualité des soins

Dans un cadre de pratique fondée sur les preuves, le processus de production d'indicateurs de la qualité des soins débute avec la définition des besoins en information par les acteurs concernés. La collecte de données et la production d'indicateurs se fait au moyen d'outils dont la validité a été idéalement testée.



Dans une approche de soins centrée sur le patient (patient centered care), il y a un intérêt croissant pour mesurer la qualité des soins telle que perçue par les patients (Patient Reported Outcome Measures (PROM) et Patient Reported Experience Measures (PREM)) (tableau 3).⁷ En effet, les préférences et les choix des patients restent insuffisamment considérés dans les soins, encore trop souvent médicocentrés.⁹

TABLEAU 3 Exemples de mesures rapportées par le patient

Les mesures rapportées par le patient recouvrent des caractéristiques de l'état de santé du patient exprimées directement par lui-même.⁷ Les PROM sont des mesures de résultats des soins et les PREM des mesures d'expérience avec les soins. PREM: Patient Reported Experience Measures; PROM: Patient Reported Outcome Measures.

Type de mesures rapportées par le patient	Exemples
De résultats - PROM	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure de la qualité de vie (EQ-5D) • Scores de douleurs, de dépression, de fatigue • État de santé autorapporté (SF-36, SF-12) • Indice de bien-être (WHO-5) • Capacité fonctionnelle (toilette, habillement, marche)
D'expériences - PREM	<ul style="list-style-type: none"> • Information donnée sur le traitement et clarté de l'information, annonce de la maladie • Sentiment d'être écouté par le professionnel de santé • Soutien émotionnel • Accessibilité, temps d'attente pour avoir un rendez-vous

Ces mesures, en complément de celles qui portent sur la satisfaction, ont l'avantage d'être utiles pour évaluer de manière standardisée un processus de soins fourni par un professionnel de soins ou une institution, mais aussi pour améliorer au cas par cas la communication avec le patient et son suivi.

Récemment s'est développé le modèle de soins centrés sur la valeur (value based healthcare) qui lie la qualité des soins et le financement des prestations, et qui met en exergue l'importance de tenir compte des résultats de soins perçus par les patients (encadré 1).^{16,17}

DES DONNÉES QUI NE PARLENT PAS TOUTES SEULES

Une erreur fréquente dans la surveillance de la qualité des soins est de croire que les données parlent toutes seules et qu'il suffit de produire des indicateurs pour in fine améliorer

Encadré 1. Les soins centrés sur la valeur

Le modèle de soins centrés sur la valeur (value based healthcare) a pour principe de payer les prestataires de soins en fonction des résultats de santé des patients.^{16,17} Les prestataires sont payés sur la base de l'amélioration de la santé des patients dont ils ont la charge, et non pas sur la base du volume de prestations. Au centre se trouve la «valeur» des soins de santé qui se définit par le rapport entre les résultats de santé (outcome) et le coût des prestations pour atteindre ces résultats. Son application nécessite un monitoring et une analyse des résultats de santé, notamment dans une perspective de soins centrée sur le patient (patient-centered care), via les mesures de résultats (PROM) et d'expérience (PREM) rapportés par le patient. Le développement de plateforme digitale, notamment via le dossier électronique, est une opportunité pour réaliser ce monitoring.¹⁸ En Suisse, une société s'est récemment constituée pour faire la promotion du modèle de soins centrés sur la valeur (Swiss Society for Value Based Healthcare, VBHC Suisse; <https://vbhc.ch/>).

la qualité des soins.⁴ Aller des données à la décision nécessite non seulement de disposer d'un système d'information pour la collecte et l'analyse des données, mais aussi d'une stratégie de surveillance où chaque étape est anticipée (figure 2). En effet, en sus de définir les besoins, d'identifier les indicateurs utiles¹⁹ et de s'assurer du droit de collecter les données, il faut organiser la diffusion de ces indicateurs auprès des personnes qui ont besoin de cette information.⁴

Alors que beaucoup de ressources sont utilisées pour la collecte de données et la production d'indicateurs, la définition des besoins ainsi que la diffusion de l'information sont le plus souvent insuffisamment planifiées. Les données sur la qualité des soins sont sensibles et peuvent soulever des inquiétudes, et il est essentiel de s'interroger sur «à quoi va servir l'indicateur?», «pour qui est-il produit?» ou «sous quelle forme l'information va-t-elle être publiée?». Il faut une collaboration étroite entre les professionnels de santé, les patients et les experts en monitoring et analyse de données, pour définir le processus qui va de la donnée à la décision. Cela nécessite non seulement de disposer de ressources, mais aussi de développer une culture de la surveillance de la qualité des soins.

CONCLUSION

La pratique fondée sur les preuves est idéalement le socle sur lequel devraient se baser les décisions médicales, de soins et

de santé publique, et l'amélioration continue de la qualité est nécessaire pour implémenter ces connaissances dans la pratique. Renforcer la surveillance de la qualité des soins, notamment via un monitoring de la qualité des soins perçue par les patients, est un élément essentiel pour la mise en œuvre de soins de haute valeur (high value care), guidés par les données et centrés sur le patient.⁹

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La pratique fondée sur les preuves (evidence based practice) est le socle sur lequel devraient se baser les décisions en médecine et en santé publique
- Améliorer la qualité des soins nécessite des ressources et une stratégie de surveillance sanitaire pour aller des données à la décision
- Renforcer le monitoring de la qualité des soins, notamment telle que perçue par les patients, est un élément essentiel pour la mise en œuvre de soins de haute valeur, guidés par les données et centrés sur le patient

1 OCDE. Tackling Wasteful Spending on Health. 2017. (Consulté le 31 mars 2022).

2 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.

3 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The Challenge and Potential for Assuring Quality Health Care for the 21st Century. (Consulté le 31 mars 2022). Disponible sur : www.ahrq.gov/patient-safety/quality-measures/21st-century/index.html

4 Chiolero A, Calbimonte JP, Manzo G, et al. Exploiter les données du dossier médical informatisé pour améliorer la qualité des soins en ambulatoire. *Rev Med Suisse* 2021;17:2056-9.

5 *Office fédéral de la santé publique. Développement de la qualité des soins en Suisse. (Consulté le 31 mars 2022). Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherung/krankensversicherung/developpement-qualite-en-suisse.html

6 *Chiolero A, Rodondi N. Quality Improvement in Primary Care: Toward the Provision of Safe, High Value, Patient-Centered, Sustainable, and Data-Informed Care. In *Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare*, 2019; p. 68-78. Disponible sur : www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/short-reports.pdf.download.pdf/Short%20Reports-DE.pdf

7 **Cong-Tri T, Calmus S, Legris C, Morin S, May-Michelangeli L. La mesure de la qualité des soins perçue par les patients : un rôle clé dans la transformation vers des systèmes de santé centrés sur la personne. *Risques & Qualité* 2021;18:196-202.

8 *Gray M. Value Based Healthcare. *BMJ* 2017;356:j437.

9 Chiolero A, Rodondi N, Santschi V.

High-Value, Data-Informed, and Team-Based Care for Multimorbidity. *Lancet Public Health* 2020;5:e84.

10 Toklu HZ. Promoting Evidence-Based Practice in Pharmacies. *Integr Pharm Res Pract* 2015;4:127-31.

11 Banerjee A, Stanton E, Lemer C, Marshall M. What Can Quality Improvement Learn from Evidence-Based Medicine? *J R Soc Med* 2012;105:55-9.

12 Bachmann L, Ulytè A, Dressel H. Clinical Practice Guidelines of Medical Societies in Switzerland: Analysis of the Current State. *Swiss Med Wkly* 2019;149:w20134.

13 Choosing Wisely. (Consulté le 23 mars 2022). Disponible sur : www.choosingwisely.org/

14 *Smarter Medicine. Choosing Wisely Switzerland. (Consulté le 23 mars 2022). Disponible sur : www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html

15 Fédération des médecins suisses.

Qualité/ASQM. (Consulté le 23 mars 2022). Disponible sur : www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm.cfm

16 Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.

17 NEJM Catalyst. What Is Value-Based Healthcare? 1^{er} janvier 2017. (Consulté le 20 mars 2022). Disponible sur : catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558

18 Horn ME, Reinke EK, Mather RC, O'Donnell JD, George SZ. Electronic Health Record-Integrated Approach for Collection of Patient-Reported Outcome Measures: A Retrospective Evaluation. *BMC Health Serv Res* 2021;21:626.

19 Saver BG, Martin SA, Adler RN, et al. Care that Matters: Quality Measurement and Health Care. *PLoS Med* 2015;12:e1001902.

* à lire

** à lire absolument