

Dix choses à savoir (que les rhumatologues ne savent peut-être pas) sur l'amélioration de la qualité

Par Shirley Chow, M.D., FRCPC, M.Sc. (QIPS) et Kaveh G. Shojania, M.D.

Cette année, le thème de l'assemblée annuelle de la SCR portait sur l'optimisation de la qualité. Avec plusieurs innovations et changements récemment apportés aux pratiques exemplaires, ainsi que des appels à la responsabilisation de plus en plus pressants, les rhumatologues se doivent de savoir comment aborder les problèmes de qualité dans leur pratique. La liste ci-dessous aidera les rhumatologues à comprendre l'amélioration de la qualité et comment il convient de procéder.

1. Travaillez plus intelligemment, pas plus fort : changez le système.

La plupart des problèmes nécessitent d'améliorer le système dans lequel nous travaillons, non pas de demander aux gens de travailler plus fort ou de « faire plus attention ». Il nous faut reformuler les procédés de façon à ce que la bonne façon de faire quelque chose devienne la façon facile de le faire¹.

2. Ne courez pas trop vite vers une solution : cherchez d'abord à comprendre le problème.

Trop souvent, les gens s'empressent de créer des listes de vérification, des lignes directrices, de nouvelles procédures ou du matériel éducatif. Chacune de ces stratégies présume d'un certain type de problème ou de levier de changement qui ne s'applique pas nécessairement à votre problème². Utiliser un rappel suppose que tous s'entendent pour dire qu'une chose ou l'autre est la bonne chose à faire, mais qu'ils oublient de le faire. C'est parfois vrai. Mais dans d'autres cas, il se peut que vous « rappeliez » aux gens de faire quelque chose avec laquelle ils ne sont tout simplement pas d'accord ou qu'ils n'aiment pas faire.

3. Réaliser une amélioration nécessite un objectif clair et concret.

« Je veux améliorer les soins aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) » est un énoncé tellement vague

qu'il en devient futile. Un énoncé précis, comme de vouloir abaisser les scores à l'indice clinique d'activité de la maladie (CDAI) en un an, est mieux. Idéalement, on voudrait formuler une amélioration mesurable comme une hausse de X % du nombre de patients atteints de PR atteignant un faible score CDAI en un an.

4. Visez des cibles appropriées.

Choisissez vos combats. Ne considérez pas seulement l'importance du problème, mais aussi la probabilité de succès. Des facteurs clés contribuant à un problème peuvent être hors de votre contrôle ou les solutions essayées par d'autres soit n'ont pas encore fonctionné à ce jour ou ont produit des conséquences imprévues. Avant de perdre des heures de votre temps dans un effort vaillant, mais voué à l'échec pour, par exemple, vous assurer que vos patients ne développeront jamais d'infections, envisagez un objectif plus modeste, mais réalisable, comme veiller à ce que tout patient atteint d'une affection inflammatoire ait ses vaccins à jour.

5. Le changement par cycle rapide devrait se faire rapidement.

Vous n'avez pas besoin d'examiner 100 dossiers pour démontrer un problème ou pour voir les résultats de votre intervention. Vous avez besoin de juste assez d'information sur un procédé pour évaluer s'il y a un problème, apporter un changement, mesurer son effet et envisager s'il convient de raffiner ou rejeter votre procédé (un cycle de « planification-réalisation-examen-action »)³⁻⁵. Le Super Bowl ne se gagne pas en planifiant une première partie parfaite, mais en apportant constamment de petites améliorations. C'est la base même de l'amélioration continue de la qualité.

6. La réflexion est importante.

Prenez le temps de réfléchir à ce que vous avez appris avec chaque cycle et comment il convient de bâtir sur ce qui a été fait.

7. Anticipez ce qui pourrait mal tourner et prenez des mesures pour atténuer ces risques.

8. Toute amélioration est un changement, mais tout changement n'est pas nécessairement une amélioration.

Les médecins ont souvent été accusés de résistance au changement; cependant, personne ne résiste catégoriquement à toute forme de changement. Gagner à la loterie amène un changement, mais qui dirait jamais : « Non, gardez cet argent... je déteste le changement! » Les gens résistent au changement quand une perte est associée à ce changement : perte de contrôle, changement aux habitudes confortables, hausse de la charge de travail, baisse de ce qu'on obtient en retour et ainsi de suite. À la lumière de cette réalité, élaborer des changements qui tiennent compte des enjeux pour les personnes concernées par le changement et n'attribuez pas systématiquement toutes les plaintes à une résistance automatique au changement.

9. N'oubliez pas les parties concernées.

Les parties concernées sont toutes les personnes impliquées dans le changement ou affectées par ce changement. Ce pourrait inclure d'autres médecins, des équipes interdisciplinaires, les patients, le personnel administratif et d'autres départements. Il est essentiel de créer une culture de changement. Ainsi, faire appel à la participation des parties concernées tôt dans le processus de développement aidera à bien cerner le problème, à informer du changement et à développer l'engagement envers le changement. Avoir un champion dans une position de leadership qui reconnaît, par exemple, qu'il y a du gaspillage et une surutilisation des tests sérologiques aidera à faire tomber les barrières et encouragera les autres à s'attaquer au problème.

10. L'amélioration de la qualité diffère de la recherche traditionnelle.

Les universitaires pourraient vouloir publier les résultats d'un projet d'amélioration de la qualité réussi. C'est là un sujet complexe. Toutefois, ce n'est plus vrai que juste parce que vous pourriez publier quelque chose, vous devez obtenir l'approbation d'un comité d'éthique. Certains comités d'éthique institutionnels sont plus au fait de ce changement que d'autres. L'ARECCI (*Alberta Research Ethics Community Consensus Initiative*) propose un bon outil de référence avec des recommandations utiles et une approche permettant de déterminer s'il est nécessaire d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique pour un projet donné⁶.

Références :

1. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996; 312(7031):619-22.



**The Future
In Your Hands**

Joignez-vous à la Journée mondiale de l'arthrite en partageant les histoires de ceux et celles qui ont posé de vraies actions pour vivre leur vie au maximum malgré les rhumatismes et les troubles musculosquelettiques.

Impliquez-vous et visitez le
www.worldarthritisday.org
Partagez et lisez des récits sur les médias sociaux #WADStory @ArthritisDay

2. Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, et coll. Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf* 2015; 24(3):228-38.
3. Etchells E, Ho M, Shojania KG. Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. *BMJ Qual Saf* 2016; 25(3):202-6.
4. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual Saf* 2016; 25(3):147-52.
5. Ogrinc G, Shojania KG. Building knowledge, asking questions. *BMJ Qual Saf* 2014; 23(4):265-7.
6. ARECCI Ethics Screening Tool. Disponible à l'adresse : www.aihealthsolutions.ca/arecci/screening/101210/fbde9974e6d96e14a9d5e1900e2d21c.

*Shirley Chow, M.D., FRCPC, M.Sc. (QIPS)
Professeure adjointe, Division de rhumatologie,
Université de Toronto,
Toronto (Ontario)*

*Kaveh G. Shojania, M.D.
Vice-président,
Qualité et innovation, Département de médecine
Directeur,
Centre pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
Université de Toronto,
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Rédacteur en chef, *BMJ Quality & Safety*
Toronto (Ontario)*