

Rapport de la Commission de qualité 12-2017

Remarque préliminaire:

L'initiative smarter medicine est conduite dans son propre cadre et ne fait donc pas l'objet du présent rapport.

Fin 2017, les membres de la Commission étaient:

Johannes Brühwiler, Regula Capaul, Brigitte Zirbs (pour Philippe Luchsinger), Adrian Rohrbasser, Markus Schneemann, Jacques Donzé, François Héritier, Omar Kherad, Sigrid Hess (EQUAM) en tant qu'invitée permanente.

Situation initiale:

La situation initiale est inchangée:

Le concept de qualité de la SSMIG a été approuvé par les organisations concernées.

La Commission de qualité a pour mission de mettre en œuvre le concept.

L'**objectif** est, dans la situation complexe de la MIG, d'initier un développement de la qualité orienté vers le patient, de lui donner de la visibilité et de satisfaire aux prescriptions de la LAMal relatives à la preuve de la qualité.

Résultats:

2016: la Commission de qualité a décidé de développer et de clarifier les processus à l'aide d'un exemple concret. Pour celui-ci, le choix s'est porté sur la crise de goutte aiguë. La Commission de qualité fixe qu'elle n'élabore pas ses propres Guidelines (elles existent déjà, les ressources sont insuffisantes). Les lignes directrices/Guidelines prennent pour base UpToDate.

Jusqu'à présent, la Commission a été marquée par un turnover élevé de ses membres, ce qui a rendu impossible la formation de groupes thématiques.

Son action s'est concentrée sur la définition plus détaillée des principaux processus.

Guidelines:

Une Guideline consacrée à la crise de goutte dans le cadre de la multimorbidité a été rédigée à titre d'exemple. Les indicateurs de qualité applicables ont été présentés et contrôlés. Un outil d'évaluation simple, adapté à la pratique, était en cours de développement fin 2017.

Prise de décision partagée:

Pour traiter cette thématique, nous nous sommes largement appuyés sur les discussions autour de la révision du Quality and Outcome Framework (QOF) du NHS. Dans le contexte des débats sur une évolution du système suisse, de nouveau d'actualité, du paiement à la performance à l'enveloppe budgétaire en médecine ambulatoire, nous pensons qu'il est judicieux de tirer des enseignements de ces réflexions (1, 2, 3). Ainsi apparaît-il très clairement qu'un système basé sur des indicateurs entraîne une amélioration des indicateurs, mais pas nécessairement une amélioration de la situation du patient. Il semble donc impératif, notamment eu égard à la place prépondérante qu'occupe la multimorbidité

en médecine interne, d'intégrer la prise de décision avec le patient à l'évaluation de la qualité.

Nous avons appliqué le processus suivant dans le cadre de la réalisation des objectifs (1):

«Choice talk»

Éléments clés:

- Le problème est identifié, l'étape suivante doit maintenant être déterminée.
- Il existe plusieurs possibilités dont il convient de discuter.
- La situation et les préférences personnelles influent sur la décision.
- Les conséquences des traitements sont variables et vécues différemment selon les individus.
- Il existe toujours une incertitude au niveau individuel: les traitements ne sont pas toujours efficaces chez tous les patients et les effets secondaires peuvent fortement varier.
- Une décision peut être reportée.

«Option talk»

- Quelles connaissances le patient possède-t-il déjà?
- Recueil et description des options. Quelles sont leurs conséquences?
- Documents d'information permettant de visualiser les options et les chiffres
- Méthode «teach back» pour s'assurer que le patient a compris

«Decision talk»

- Clarifier les préférences
- Offre: davantage de temps, aide à la clarification des préférences
- Clarification: prêt à prendre une décision? Plus de temps? Plus d'informations?
- Proposition de réévaluation du processus si nécessaire

Définition et réalisation des objectifs:

Après que les préférences du patient, les options possibles et la décision ont été clarifiées, des objectifs communs peuvent être fixés.

Les objectifs sont formulés au moyen de la méthode SMART, très usitée:

S (spécifique), M (mesurable), A (accessible/adapté), R (réaliste), T (temporellement défini).

Il est facile d'évaluer un objectif SMART. De cette manière, on convient également avec le patient de la date à laquelle aura lieu le contrôle suivant. On mesure ensuite la réalisation de l'objectif.

Cette mesure suit un cycle PDCA classique d'amélioration de la qualité. Nous disposons ainsi d'un processus répondant aux besoins individuels d'un patient multimorbide.

Manifestations:

La Commission de qualité a conduit des conférences, séminaires et ateliers lors des manifestations suivantes:

AD de la SSMIG. Congrès de printemps de la SSMIG, congrès MPR, congrès d'automne de la SSMIG, SKGG: Congrès suisse pour l'économie de la santé et les sciences de la santé. Participation à la réunion de l'EQUAM, au congrès Public Health et à la réunion de l'Alliance Compétences en santé.

Publications:

2 articles dans le numéro spécial de «Primary and Hospital Care» sur le thème de la smarter medicine / qualité.

Travail de la Commission:

Quatre réunions se sont tenues. La composition de la Commission continue de connaître des changements, ce qui ne facilite pas la continuité du travail. De plus, les pédiatres font savoir qu'ils ne se sentent pas en confiance au sein de la Commission. Une discussion sur le sujet aura lieu en janvier avec le comité de la mfe.

L'aspect politique du travail sur la qualité a également été abordé. Dans la mesure du possible, les membres de la Commission participent aux événements correspondants et y représentent le travail de la Commission. Le Président de la Commission a pris part à l'audition de la SSNC aux côtés de la FMH.

Fin 2017, afin de mettre en place un socle commun, une proposition de stratégie en matière de qualité de la SSMIG a été élaborée sur la base du modèle de l'ASQM et présentée au comité de la SSMIG.

Perspectives:

En 2018, différentes thématiques seront traitées et pilotées dans les cercles de qualité. Les feed-back doivent être recueillis par la Commission et permettre une amélioration des processus. Un séminaire qui doit se tenir lors du congrès de la SSMIG est en préparation.

Zurich, le 29.11.2017

Johannes Brühwiler
Président de la Commission de qualité

Bibliographie:

- 1) Elwyn G. et al, *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*, J Gen Intern Med 27(10):1361–7, 2012
- 2) Al Mulley, Chris Trimble, *Glyn Elwyn, Patients preferences matter. Stop the silent misdiagnosis*, The Kings Fund, 2012
- 3) Angela Coulter, Alf Collins, *Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me*, The Kings Fund, 2011