



Qu'est-ce que la « recherche en amélioration de la qualité » ?

H. Falcoff

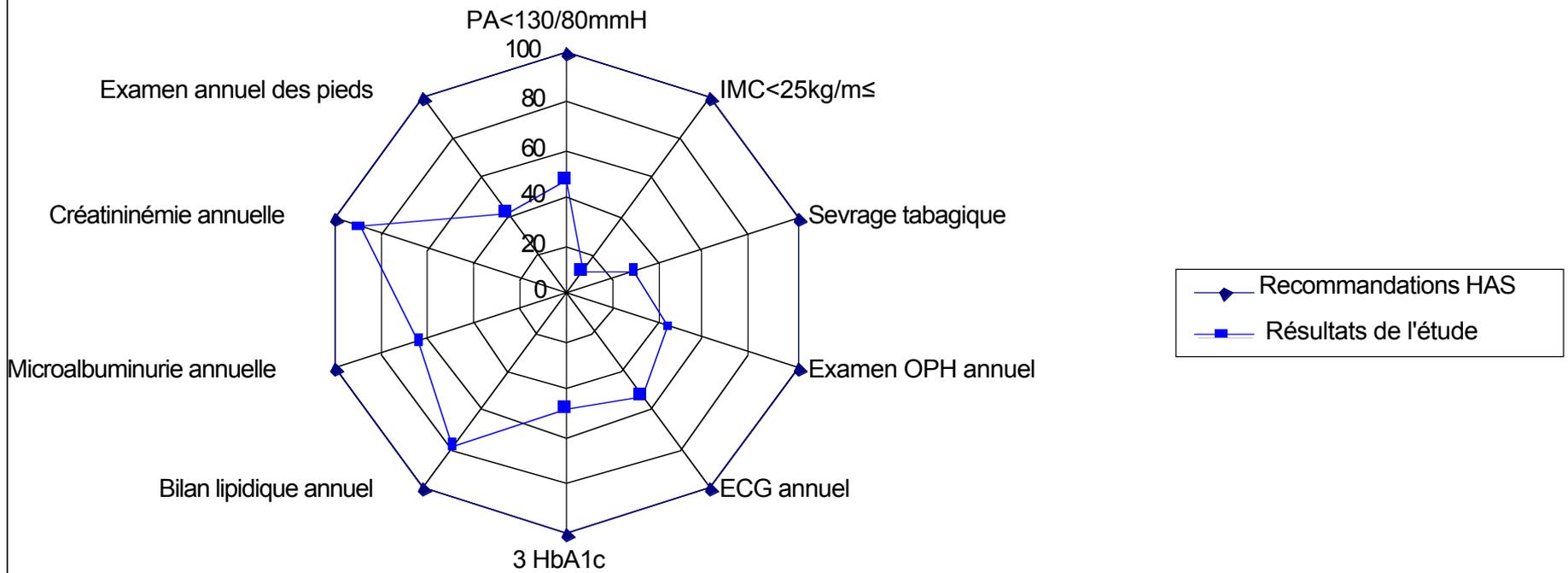
Journée recherche SFTG

13 janvier 2012

Démarche de recherche et démarche d'amélioration de la qualité

Amélioration de la qualité	Recherche
Examine les processus internes et guide l'action pour améliorer	Produit de nouvelles connaissances. Teste des hypothèses.
Résultats utiles localement	Possibilité de généralisation
Contrôle : pas obligatoire	Contrôle : indispensable
Patients : non sélectionnés	Patients : critères d'inclusion et d'exclusion
Consentement : le plus souvent inutile	Consentement : nécessaire
Méthode rigoureuse	Méthode rigoureuse

Adéquation entre les résultats de l'étude réalisée et les objectifs de l'HAS



R en amélioration de la qualité (RA) et R en implémentation (RI)

Qualité insuffisante :

⇒ **amélioration de la qualité**

⇒ **recherche en amélioration de la qualité**

« Gap » entre la recherche et la pratique

⇒ **action d' « implémentation » (FMC, DPC...)**

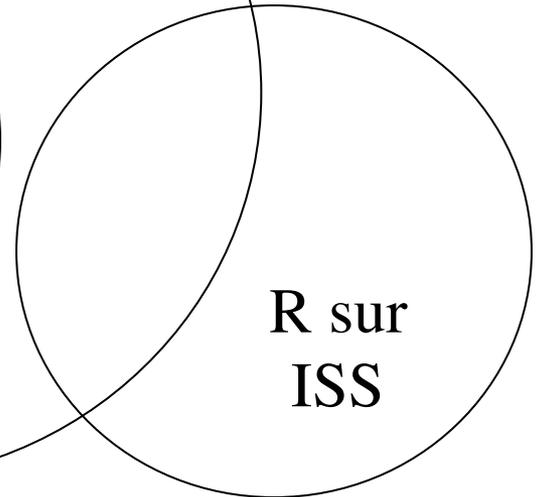
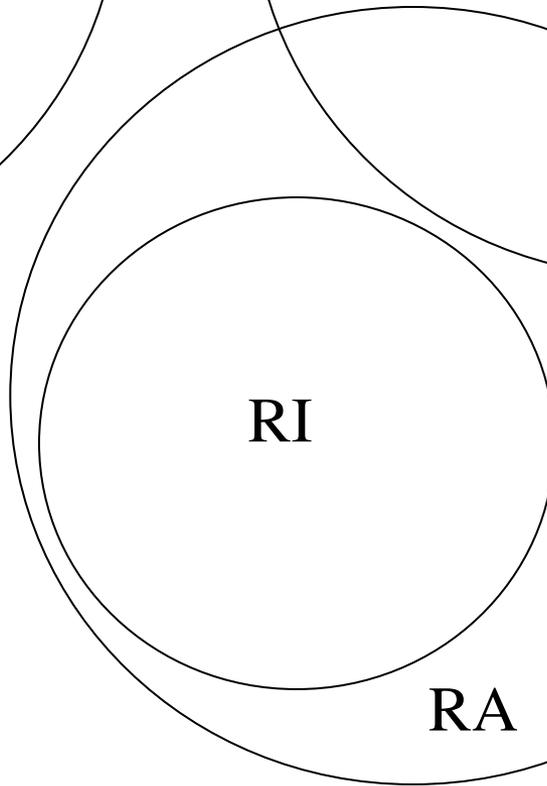
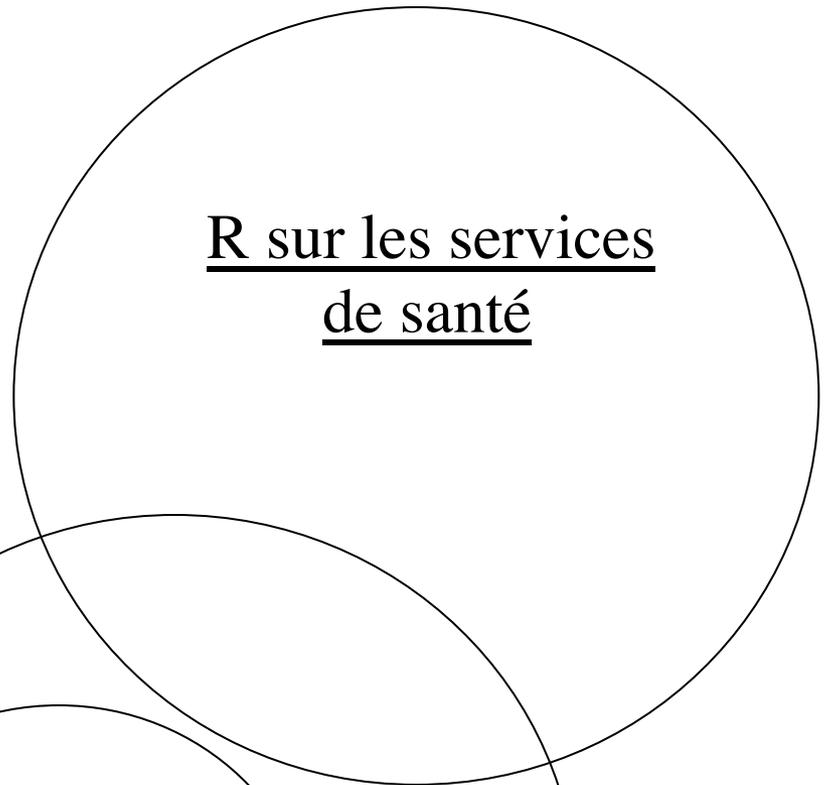
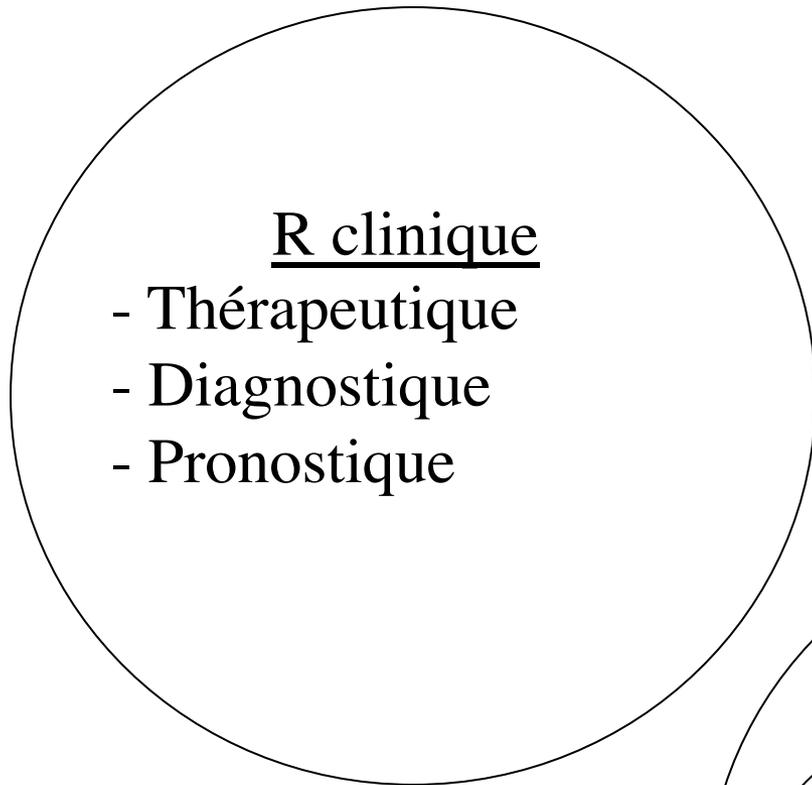
⇒ **recherche en « implémentation »**

RI : définition

La recherche en implémentation est l'étude scientifique des conditions et des méthodes qui favorisent la mise en œuvre des résultats de la recherche clinique et des pratiques « evidence based » dans la pratique quotidienne, et ainsi améliorent la qualité des soins (efficacité, sécurité, pertinence, équité, efficience).

Elle comprend l'étude des influences sur les comportements des professionnels et sur le fonctionnement des structures de soins.

<http://www.implementationscience.com/about>
(accès 12 janvier 2012)



RA

Recherche transationnelle

T1 « de la pailleasse au lit du malade »

T2 « des connaissances scientifiques validées
aux soins de tous les jours »

Budget T2 = 1% du budget de T1

*(Woolf SH. The meaning of translational research and why
it matters. JAMA. 2008 Jan 9;299(2):211-3.)*

Que pensent les professionnels de

(l'engagement dans) l'amélioration de la qualité ? (1)

Davies H, Powell A, Rushmer R. Healthcare professional's views on clinical engagement in quality improvement. The Health Foundation, 2007.

Les professionnels de santé adhèrent fortement au principe de la qualité des soins, mais divergent tout aussi fortement sur des questions telles que : comment la qualité est définie, mesurée, améliorée.

L'adhésion au principe ne se traduit pas nécessairement en changement de la pratique quotidienne. Au contraire les cliniciens ont montré une diversité de réponses aux initiatives visant à améliorer la qualité, rarement positives, le plus souvent allant de l'apathie à l'opposition.

Les professionnels de santé peuvent soutenir qu'ils donnent des soins de grande qualité et en même temps identifier localement des manques importants qui selon eux doivent être corrigés.

Que pensent les professionnels de

(l'engagement dans) l'amélioration de la qualité ? (2)

Davies H, Powell A, Rushmer R. Healthcare professional's views on clinical engagement in quality improvement. The Health Foundation, 2007.

Les cliniciens revendiquent la responsabilité de l'amélioration de la qualité. Ils supportent mal les initiatives prises par d'autres (managers) (*en France on pourrait se demander : les réseaux, les agences, les caisses...*). En même temps ils se déchargent volontiers de responsabilités comme le contrôle des infections nosocomiales ou de la douleur sur des équipes spécialisées dès qu'elles existent.

Le principal obstacle déclaré à l'amélioration de la qualité est le manque de temps, puis vient le manque de moyens. Mais les études identifient de nombreux obstacles liés à la difficulté de travailler efficacement entre professionnels (intra et inter). Du temps et des moyens supplémentaires ne suffiraient donc pas.

Ex de questions de recherche en amélioration de la qualité (prévention)

Définition : quel devrait être le périmètre de la prévention en médecine générale ?

Mesure : quels indicateurs pour mesurer la prévention quaternaire ?

Amélioration : comment réduire les inégalités sociales dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Des thématiques de RI

Eccles MP, et al. An implementation research agenda.

Implement Sci. 2009 Apr 7;4:18.

Les effets du contexte sur les pratiques

Les obstacles (taxonomie)

Les conditions organisationnelles nécessaires à de nouvelles pratiques

Développer et tester des modèles théoriques sur le changement de comportement

Quelle formation initiale et continue pour optimiser la capacité des professionnels

- à mettre en oeuvre des nouvelles connaissances,
- à stopper les pratiques de soins inefficaces,
- sans iatrogénie, ni dépenses excessives, ni création d'inégalités ?

Quelles stratégies permettent d'impliquer les professionnels dans l'implémentation ?

Quelles caractéristiques du groupe professionnel favorisent l'implémentation ?

Des défis méthodologiques en RI

Eccles MP, et al. An implementation research agenda.

Implement Sci. 2009 Apr 7;4:18.

Défi de la mesure (indicateurs pertinents, pas de syndrome du reverbère)

Y a-t-il un « noyau dur » de mesures applicable à tous les professionnels et toutes les équipes ? Ou bien chaque professionnel/équipe est unique et nécessite ses propres mesures ?

Intérêt de « proxies » pour évaluer les comportements ? (vignettes...)

Les données produites en routine peuvent-elles être utilisées pour évaluer la qualité ?

Méthodes : études d'observation, essais randomisés en cluster, études quasi-expérimentales, études qualitatives)

Équipes : multi et interdisciplinaires (chercheurs en RI, sociologues, psychologues, économistes, statisticiens)

Développer un centre de recherches en
amélioration de la qualité à la SFTG ?

Analyse

« Forces Faiblesses Opportunités Menaces »

(SWOT)

Forces : cohérence avec éthique professionnelle, une certaine antériorité reconnue, connection internationale, réseau mobilisable, éO, internes, contacts avec des chercheurs à titre individuel, plasticité mentale collective

Faiblesses : peu de chercheurs SFTG, pas de temps protégé, pas de partenariat avec une équipe de recherche/universitaire, peu de sources de financement pour RA &RI (à relativiser)

Forces : cohérence avec éthique professionnelle, une certaine antériorité reconnue, connection internationale, réseau mobilisable, éO, internes, contacts avec des chercheurs à titre

Opportunités : ça bouge ! (loi HPST, DPC, indicateurs conventionnels, ISS, sécurité, regroupement des médecins), on a un peu de sous de côté, école d'été avec Equip.

Menances : incertitude sur avenir du DPC, instabilité institutionnelle, pfs financement de type « 50% », pas de « coup d'avance », âge moyen des chercheurs SFTG :-).

pas de temps protégé, pas de convention avec une/des fac(s), pas de partenariat avec une équipe de recherche, peu de sources de financement pour RA &RI (à relativiser)