



Direction de l'amélioration de l'exercice
Capsule n° 9 – octobre 2014

LES INDICATEURS DE PERFORMANCE CLINIQUE

Système de surveillance et d'amélioration de la performance

Depuis plus de 15 ans, la Direction de l'amélioration de l'exercice développe différents indicateurs. Cette forme d'évaluation correspond au premier niveau du système de surveillance et d'amélioration de la performance élaboré par la FMLAC (aujourd'hui FMRAC) en 1994, à savoir une évaluation d'un grand nombre de médecins en même temps selon des paramètres bien précis et une rétroaction en vue de s'améliorer. On compare la pratique d'un médecin ou d'un centre hospitalier à celle d'un groupe comparable.



Nous avons évalué au cours des années les prescriptions d'AINS, les soins de longue durée, la pathologie en regard du cancer de la prostate et du sein, l'hémodialyse, l'appendicectomie, l'infarctus du myocarde, les transplantations cardiaques et rénales, le traitement des infections des voies respiratoires supérieures chez les enfants, la périnatalité, etc. Ces études ont été faites en consultant différentes banques de données ou en consultant directement des dossiers en établissement ou en cabinet privé. L'étude d'un grand nombre de dossiers est facilitée lorsque les données sont déjà colligées, comme dans la banque MedEcho qui regroupe toutes les données sur les hospitalisations au Québec. L'accès à cette banque est cependant restreint depuis quelques années par la Commission d'accès à l'information du Québec. Le processus de consultation de cette banque a été sérieusement retardé depuis trois ans.

Cependant, plusieurs champs d'activités de la médecine échappent à la banque MedEcho comme la pratique en cabinet, les services externes, incluant l'urgence, en centre hospitalier. Il faut alors trouver d'autres banques ou consulter directement les dossiers de patients, ce qui est beaucoup plus onéreux en temps et en ressources humaines.

Le développement d'indicateurs consomme temps et énergie de nos experts et de notre agente de recherche. Il faut donc penser à des pratiques relativement fréquentes et voir si des données sont disponibles dans les banques. Après un premier déblayage, il faut former un groupe d'experts qui viendront valider les indicateurs et nous aider à en développer de nouveaux. Ces experts sont aussi bien au courant de la littérature médicale dans leur domaine et nous permettent alors de fournir aux établissements des comparaisons avec des données probantes.

Chaque établissement reçoit son rapport comparé. Nous croyons que ces évaluations permettent aux établissements de réfléchir sur leurs pratiques et ultimement de les améliorer, si

nécessaire. Dans certains cas, ces résultats orientent nos choix de secteurs à visiter lorsqu'une visite d'établissement est prévue.

Voici deux exemples d'indicateurs de performance clinique transmis aux centres hospitaliers ou à des groupes de médecins :

Utilisation de l'antibiothérapie dans les infections de gorge

1) Ce tableau montre une pratique différente en milieu hospitalier. En effet, l'antibiothérapie semble mieux utilisée à l'urgence que dans les cliniques médicales et en CLSC. L'accès aux tests diagnostiques rapides (Streptest) n'est pourtant pas l'apanage des milieux hospitaliers. Chaque milieu doit regarder sa propre performance et voir si des ajustements sont nécessaires pour se rapprocher des bonnes pratiques. Tous ces milieux peuvent aussi reprendre ces analyses après quelques mois ou années pour voir si les habitudes médicales ont changé dans la bonne direction. Ils peuvent aussi individualiser leurs données à chaque médecin.

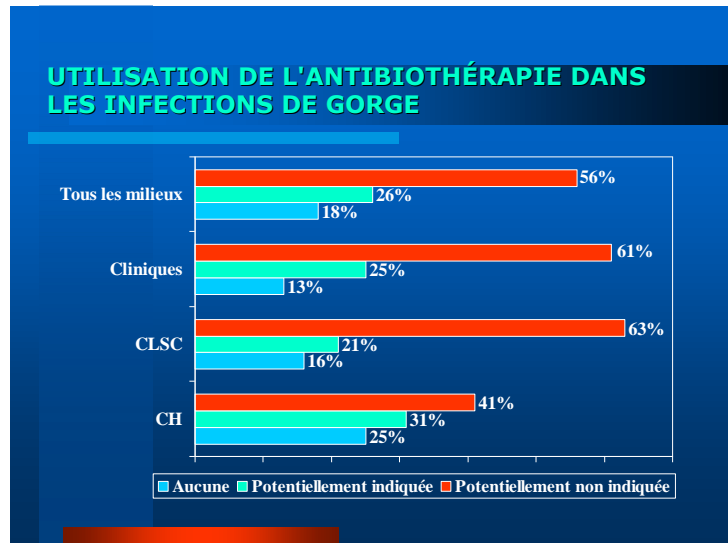


Tableau sur l'utilisation de l'imagerie médicale en milieu pédiatrique avant l'appendicectomie

	Centre A	Centre B	Centre C	Centre D	Autres
Aucun test	1 %	42 %	26 %	11 %	19 %
Plaqué simple	3 %	33 %		3 %	8 %
Échographie	55 %	38 %	57 %	60 %	52 %
Tomographie	88 %	2 %	48 %	76 %	52 %
Trois tests	1 %	1 %	0	3 %	2 %

2) Ces données démontrent que la pratique médicale est très différente dans le centre B. Dans le centre A, les urgentologues demandent une investigation détaillée avant de demander le chirurgien en consultation, alors que dans le centre B, le chirurgien est demandé dès que l'urgentologue pense à une appendicite et c'est le chirurgien qui décide s'il a besoin de plus d'examen complémentaires. D'autres tableaux ont démontré que la multiplication de tests diagnostiques allonge le temps entre l'arrivée au CH et la salle d'opération, donc augmente le taux de complications (perforation, abcès, etc.). Les CH doivent

donc aussi regarder leur taux de laparotomies blanches et leur taux de perforation et ajuster leur pratique en conséquence.

Plusieurs projets d'indicateurs sont actuellement en cours notamment en anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie de la hanche, pédiatrie, amygdalectomie, etc. Le comité d'inspection professionnelle en sera saisi lorsque les données seront disponibles. Les milieux concernés recevront leurs résultats et les associations professionnelles concernées sont aussi sensibilisées aux résultats tout en respectant la confidentialité de chaque milieu. Il arrive qu'un de nos experts présente ces résultats à des congrès internationaux.

Lors de nos recherches, il est clair qu'aucun patient ni médecin ne peut être identifié, tel que prévu dans l'engagement que nous avons pris auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec.