

## Médecine générale

# Qualité qualitative

**Bruno Kissling**

ElfenauPraxis, Bern

Lors de l'assemblée générale extraordinaire du 17.12.2015, la *Société Suisse de Médecine Générale* (SSMG) et la *Société Suisse de Médecine Interne* (SSMI) se sont unies pour former la nouvelle *Société Suisse de Médecine Interne Générale* (SSMIG). En tant que premier projet commun, elles ont pris l'initiative de développer un concept de qualité [1]. Sur la base de directives, un objectif orienté vers le patient doit être défini et poursuivi avec la prise en compte du patient et à l'aide de l'instrument du «*shared decision making*». Par le biais des indicateurs de qualité «atteint» ou «non atteint», la qualité doit être rendue mesurable. Des directives pour la médecine de premier recours doivent être élaborées de manière multidisciplinaire en tant que base de ce concept.

## Approches centrées sur la personne dans le concept de qualité de la SSMIG

Elaborer des recommandations de manière multidisciplinaire et les orienter vers le contexte pathologique des patients multimorbides, que nous prenons aujourd'hui en charge en grand nombre et pas uniquement dans la médecine de famille – nous allons assurément dans la bonne direction. Il s'agit là d'une tâche scientifique herculéenne et pionnière, pour laquelle nous ne disposons pas de grands modèles desquels nous pouvons nous inspirer. C'est formidable de pouvoir nous y atteler.

Prendre les décisions médicales conjointement avec le patient et tenir compte de sa situation personnelle et de ses besoins – voilà une initiative particulièrement louable.

Faire activement intervenir le mandat confié par le patient au médecin – un aspect souvent négligé mais incontestablement essentiel.

Formuler l'idée d'indicateurs de qualité axés sur un objectif défini conjointement par le médecin et le patient – une contribution innovante et porteuse d'avenir au discours sur la qualité.

Mesurer ces indicateurs individualisés – une véritable opportunité de faire un pas en direction des méthodes adaptées à l'objet et de passer de mesures purement quantitatives à des évaluations qualitatives ou à la fois quantitatives et qualitatives.

## D'une qualité quantitative technique à une qualité qualitative centrée sur la personne

Avec les indicateurs de qualité individualisés se pose inévitablement la question de l'évaluation de la qualité. Voilà une question qui divise les esprits.

Les instances politiques et administratives du système de santé misent avant tout sur des indicateurs «objectifs» quantitativement mesurables. Les critères discriminatifs utilisés doivent permettre de faire la distinction entre «bon» et «mauvais» et entre «correct» et «incorrect». L'assurance qualité est l'objectif visé.

Pour les médecins, le processus thérapeutique occupe l'avant-plan. Derrière, il y a une pensée plus ouverte. La promotion et le développement de la qualité sont les priorités.

Un groupe en pleine expansion de médecins interconnectés à l'échelle globale place le patient en tant que personne au centre de l'action. Ce groupe souhaite développer et promouvoir une qualité centrée sur la personne. La situation individuelle du patient, autrement dit les «*soft facts*», est mise sur un pied d'égalité avec les données médicales, autrement dit les «*hard facts*». Les notions de «bon» et «mauvais» et de «correct» et «incorrect» prennent une nouvelle dimension. La maxime de la standardisation (Donabedian), qui prédomine dans les considérations de qualité traditionnelles et a été empruntée à l'industrie, doit partager son influence avec l'idée de la «variance en tant que norme» (Abraham) [2, 3].



Bruno Kissling

Avec la prise en compte de «*soft facts*» relatifs à la personne, la notion de qualité s'assouplit. Quiconque a une conception de la qualité orientée vers l'avenir reconnaîtra qu'une maladie «objectivement» mesurable (*disease*) implique un être-malade subjectif (*illness*) différent pour chaque personne et, à l'inverse, qu'aucune maladie «objectivement» mesurable ne peut parfois être mise en évidence dans certains cas d'être-malade subjectif. L'intervention médicale variable et adaptée à la situation devient la base d'une qualité centrée sur la personne, qui est constante pour tous les patients.

### «Communication avec le patient» et «organisation de la consultation»

Pour une mise en œuvre centrée sur la personne du concept de qualité de la SSMIG, outre les incontournables connaissances médico-techniques basées sur l'évidence, qui constituent la base des directives, le savoir-faire médical et l'attitude du médecin jouent également un rôle fondamental: expérience clinique, autoréflexion, bonne connaissance du patient et de sa situation, empathie, intuition... L'oscillation entre l'évidence scientifique et l'expérience personnelle (Abraham) devient la base d'une qualité optimale.

Une capacité élevée de «communication avec le patient», qui peut d'ailleurs être apprise, est indispensable. Il s'agit là d'une discipline qui occupe une place toujours plus pertinente dans la formation pré-graduée des médecins. Malheureusement, elle est largement reléguée à l'arrière-plan durant la formation postgraduée et de nombreux acquis se perdent en cours de route. La compétence de communication va de pair avec la capacité d'«organisation de la consultation» [4]. Une consultation bien conçue a valeur d'instrument thérapeutique. Elle donne une orientation au médecin et au patient. Le médecin peut collecter tous les éléments essentiels pour le diagnostic de la maladie. De surcroît, il en apprend beaucoup sur le patient en tant que personne: son être-malade individuel, la manière

dont il vit ses problèmes, les ressources dont il dispose pour compenser les répercussions de son problème, ses besoins, ses attentes et le mandat qu'il confie au médecin. Poser les bonnes questions déclenche chez le patient un processus de réflexion propice à la guérison. Le médecin peut communiquer au patient des informations qu'il est capable de comprendre. Ensemble, ils peuvent déterminer ce dont le patient a besoin pour recouvrer la santé et quelles aides médicales et non médicales lui sont utiles.

### Mesures de qualité adaptées à l'objet en coopération avec les sciences humaines et sociales

Comment mesurer tout cela? Les mesures quantitatives à elles seules ne sont pas à même de cerner cette situation complexe. Des méthodes d'évaluation qualitative sont nécessaires, mais elles sont à ce jour peu ancrées dans la médecine. Cela implique une collaboration scientifique avec les sciences humaines et sociales, telles que l'anthropologie sociale, qui se sont familiarisées avec les méthodes d'évaluation qualitative. Le concept de qualité de la SSMIG offre l'opportunité d'agir en pionnier dans tous ces domaines dans l'optique de parvenir à une qualité optimale.

#### Disclosure statement

L'auteur est co-auteur du livre «Qualität in der Medizin – Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin», EMH Media 2015, et du projet «DocuMeducation Videobook®».

#### Références

- 1 Brühwiler J, Gaspoz JM, Héritier F, Müller M, Zemp L. Qualitätskonzept als Herausforderung und Chance, SAEZ. 2015;96(29–30):1049–50.
- 2 Abraham A. Varianz als Norm, SAEZ. 2010;91:49.
- 3 Abraham A, Kissling B. Qualität in der Medizin, Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin, ISBN 978-3-03754-084-8, EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2015.
- 4 Gindrat S, Kissling B, Ryser P. in Kooperation mit Schwabe IT, DocuMeducation Videobook ©, ein e-learning tool für die Kommunikation mit dem Patienten und die Gestaltung der Konsultation (in Arbeit).

Correspondance:  
Dr Bruno Kissling  
Hausarzt  
ElfenauPraxis  
Elfenauweg 52  
CH-3006 Bern  
bruno.kissling[at]hin.ch