



L'examen de la qualité en psychiatrie

Jeffrey P. Reiss, MD, MSc, FRCPC¹; Sarah Jarmain, MD, FRCPC²;
Kamini Vasudev, MBBS, MD (Pharmacology), MRCPsych³

Cet énoncé de principe a été intégralement révisé par le Comité des normes et de la pratique professionnelles de l'Association des psychiatres du Canada (APC), et la réédition en a été approuvée par le Conseil d'administration de l'APC, le 31 août 2016. L'énoncé de principe original¹ a été élaboré par la Commission des normes et de la pratique professionnelles et approuvé par le Conseil d'administration le 9 avril 1994.

Introduction

L'énoncé de principe original de l'APC sur ce sujet a été publié en 1994¹. À l'époque, la profession était menacée parce que les services psychiatriques subissaient l'examen de plus en plus fréquent des régimes de santé provinciaux pour déterminer s'ils étaient admissibles au remboursement. Conformément, l'énoncé de 1994 traitait de cette question (examen de l'utilisation) ainsi que du sujet connexe de l'examen des normes et de la pratique. Ces examens étaient habituellement menés sous les auspices des organismes de réglementation provinciaux ou des institutions de soins de santé. La thèse centrale de l'énoncé de 1994 était que seuls les psychiatres étaient adéquatement préparés à mener ces types d'examens, favorisant essentiellement le principe de la révision par les pairs. Bien que nombre des points soulevés dans l'énoncé original soient

encore valides plus de 20 ans après, le système de santé a considérablement évolué. Par conséquent, il est nécessaire d'aborder des enjeux plus contemporains, dont beaucoup n'existaient pas dans la même mesure dans les années 1990, en ce qui concerne la participation des psychiatres à l'évaluation de la qualité des soins cliniques.

Quoique l'examen de l'utilisation pour l'admissibilité au remboursement soit encore pertinent, il est moins prioritaire qu'il ne l'était dans les années 1990, et une vague de nouvelles réalités défie les psychiatres d'aujourd'hui au Canada. Un plus grand nombre de psychiatres exercent désormais dans des milieux de soins en collaboration avec des médecins de famille ou des organismes communautaires de santé mentale. Même si des psychiatres en milieu hospitalier exerçaient au

¹ Professeur et président intérimaire/Chef, département de psychiatrie, Université Western et London Hospitals, London, Ontario

² Présidente, MAC et directrice de la qualité médicale, St Joseph's Health Care London; professeure agrégée, département de psychiatrie, Schulich School of Medicine and Dentistry, Université Western, London, Ontario

³ Professeure agrégée, départements de psychiatrie et de médecine, Université Western; directrice du portefeuille d'études, Comité du programme de résidence, département de psychiatrie, Université Western; médecin chef, General Adult Ambulatory Mental Health Service, London Health Sciences Centre (hôpital Victoria), London, Ontario

© Copyright 2018, Association des psychiatres du Canada. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit sans la permission de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité approprié de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; tél.: 613-234-2815; téléc.: 613-234-9857; courriel: president@cpa-apc.org. Numéro de référence 1995-30-R1.

Note: L'Association des psychiatres du Canada révisé chaque énoncé de principe, énoncé de politique, et toutes les lignes directrices de pratique clinique à tous les 5 ans après la publication ou la dernière révision, comme prescrit par les politiques de l'APC. Tout document qui a été publié il y a plus de 5 ans et qui ne contient aucune mention explicite qu'il a été révisé et conservé à titre de document officiel de l'APC, soit après des révisions ou tel que publié à l'origine, doit être considéré uniquement comme une référence historique.

sein d'équipes multidisciplinaires dans les années 1990, aujourd'hui, l'accent est beaucoup plus marqué sur les soins en équipe, y compris la délégation des tâches médicales. Cela a contribué à changer l'accent mis sur l'expertise individuelle du prestataire pour englober plutôt tous ceux qui contribuent à la sécurité des patients et au système de santé. En ce temps de responsabilités disséminées et pourtant chevauchantes, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et d'autres discutent des complexités actuelles d'assigner une attribution individuelle de responsabilité. Des programmes d'évaluation du rendement des médecins (ERM) existent dans plusieurs provinces, et incorporent les commentaires des patients et des non-médecins. Les évaluations de la pratique clinique ont aussi changé, on y met moins l'accent sur l'opinion des pairs et davantage sur les mesures de rendement, ce qui est facilité par l'évolution des lignes directrices de pratique, la gestion de l'information électronique et le soutien des décisions, qui ne faisaient pas partie de la réalité des années 1990. L'énoncé de principe précédent a été publié bien avant le programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), lequel, à sa deuxième version, met davantage l'accent sur la vérification de la pratique et l'auto-évaluation. De même, la Route d'évaluation par la pratique (REP) du Collège royal est une voie menant à la certification pour les spécialistes, un nouveau programme en évolution qui s'appuie sur l'évaluation de la pratique. Parallèlement, les ordres de médecins provinciaux s'appuient de plus en plus sur l'évaluation de la pratique clinique par leurs pairs pour satisfaire au mandat double des ordres des médecins consistant à protéger le public et à combler les pénuries de ressources humaines.

L'énoncé de principe de 1994 faisait valoir que bien que, théoriquement, les tentatives d'accroître la qualité pouvaient entraîner une réduction ou une augmentation des coûts, essentiellement, ces processus étaient orthogonaux. En outre, trop d'insistance sur le contrôle des coûts mènerait sans doute à des réductions de la qualité des services prodigués et des résultats atteints¹. Bien que ce dernier énoncé soit probablement encore vrai, on sait de plus en plus que la variation des dépenses de santé ne se reflète pas nécessairement dans les indicateurs de santé². D'autres provinces emboîtent le pas à l'Ontario qui a promulgué en 2010 la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*. Plus récemment, cette province a adopté un changement de formule de financement des hôpitaux, qui s'éloigne du financement global pour favoriser le financement basé sur l'activité avec des mesures de rendement. L'Ontario a récemment instauré divers programmes de rémunération au rendement (RAR) qui

utilisent des mécanismes de rémunération liés à l'atteinte de cibles spécifiques. Jusqu'ici, les données probantes pour en justifier l'usage général sont insuffisantes², mais il est probable que nous assisterons à l'évolution de ces programmes. La position actuelle de l'APC est que la qualité des services peut être maintenue ou même améliorée sous un programme de contrôle serré des coûts, pour autant que les enjeux de la qualité des soins soient explicitement protégés dans ces initiatives.

L'énoncé de principe de 1994 contenait de brefs commentaires sur des questions liées à l'éducation; toutefois, l'enseignement s'est grandement enrichi avec la pratique fondée sur les données probantes, avec la meilleure qualité des programmes de formation et avec l'évolution des avenues des publications et de la diffusion des connaissances dans ce domaine. En raison de ces développements, plusieurs nouvelles sections sont incluses dans cette version mise à jour et reflètent les idées contemporaines sur ces changements. Les sections précédentes de l'énoncé de 1994 qui ne sont pas abordées dans le présent énoncé de principe reflètent encore la position de l'APC (p. ex., la confidentialité, les processus d'appel, les questions juridiques).

Dans le présent article, l'examen de la qualité des soins est défini comme étant un processus d'examen mené par des psychiatres, possiblement conjointement avec d'autres, dans lequel le but principal est d'évaluer les aspects qualitatifs et le caractère approprié des services cliniques prodigués par d'autres psychiatres, soit individuellement ou au sein d'une équipe de soins. Traditionnellement, ce type « d'examen des normes et de la pratique » a eu lieu avec les ordres des médecins provinciales, car elles sont responsables des normes de compétence et de sécurité de la pratique des médecins^{3,4}.

Comme le mentionne l'énoncé de principe de 1994 : « La médecine, et encore plus la psychiatrie, n'est pas une science exacte. Le diagnostic psychiatrique repose largement sur les antécédents auxquels s'ajoutent quelques signes « scientifiques » ou pathognomoniques observables, c'est-à-dire des indices révélateurs et objectifs (radiographies et résultats de laboratoire, etc.) ». Malgré les importantes découvertes et progrès scientifiques des 20 dernières années, cet énoncé demeure valide aujourd'hui. Même le DSM-5⁵ récemment publié s'appuie encore principalement sur les expressions symptomatiques des troubles pour ses divers critères diagnostiques. Alors que l'énoncé de 1994 mentionnait aussi : « Il y a également une multitude de thérapies légitimes de différents types, durées et coûts pour le même diagnostic », des progrès réels se sont réalisés depuis dans la médecine et la psychiatrie fondées

sur les données probantes. Conséquemment, la plupart des examens de la qualité contemporains sont guidés par la psychiatrie éclairée par les données probantes d'après les lignes directrices de pratique clinique, provenant elle-même de méta-analyse et de revue systématique de la littérature.

L'évolution de l'examen de la qualité dans le contexte clinique actuel

Les premières stratégies de la qualité des soins au sein de l'environnement organisationnel avaient tendance à se concentrer sur les cas individuels, et à réagir aux événements importants⁷. Dans les années 1980, la redécouverte de l'amélioration continue de la qualité dans l'industrie manufacturière par Deming et Juran a commencé à influencer les approches de gestion de la qualité dans le secteur des soins de santé⁸. Les initiatives d'amélioration de la qualité sont passées de tactiques axées sur l'individu, comme la formation et le changement de comportement individuel, à des améliorations basées sur l'équipe. En plus de l'emphase accrue mise sur les soins éclairés par les données probantes et le recours aux lignes directrices cliniques et aux protocoles de soins déjà mentionnés, l'accent a été mis davantage sur l'utilisation de mesures de qualité : « des indicateurs quantifiés des processus ou des résultats des soins censés refléter la qualité des soins prodigués »⁹. Donabedian a instauré un cadre des mesures de la qualité en 1966, qui a typiquement guidé l'élaboration des mesures de qualité dans les soins de santé. Il a souligné l'importance d'examiner les mesures structurelles (caractéristiques des patients, des prestataires et de l'organisation), les mesures des processus (les aspects techniques et interprofessionnels des soins), et les mesures des résultats (habituellement axées sur les résultats cliniques et fonctionnels, les mesures de la qualité de vie, et la satisfaction à l'égard des soins). Cependant, le nombre et la variété des mesures de la qualité et des systèmes de compte rendu dans les soins de santé ont tendance à créer de la confusion et de l'irritation à bien des prestataires¹⁰.

Les tentatives de simplifier les comptes rendus et de se concentrer sur la valeur (en fonction de la qualité, des coûts et de la satisfaction des patients) ont donné lieu à l'adoption de l'approche du « tableau de bord », mise au point à l'origine dans le secteur des affaires en 1996 par Kaplan et Norton. Le tableau de bord équilibré tente de rassembler les données sur les coûts, l'utilisation et la qualité en un seul cadre¹¹. Les premières réponses des médecins aux mesures de la qualité en général, et au tableau de bord en particulier, ont été mixtes^{10, 12} et cela

est souvent lié au choix des indicateurs, et à savoir s'ils sont valides, fiables et utiles dans le contexte médical.

Plusieurs études ont présenté des essais de mettre au point des tableaux de bord dans le cadre de « soins de santé comportementaux », dont des centres de santé mentale communautaires¹³, et en milieu hospitalier^{8,11} aux États-Unis. Des recommandations ont souligné l'importance du leadership et de l'engagement des médecins¹⁴; pour faire en sorte que les données cliniques et l'analyse qui en résulte soient fiables, valides et applicables; ainsi que l'importance de créer une culture d'apprentissage et d'amélioration qui évite une culture du blâme¹⁵. Le rapport de l'Institute of Medicine américain, « To Err is Human »¹⁶ fut un catalyseur de changement pour les soins de santé, et a entraîné la reconnaissance croissante du rôle de la complexité et des conceptions de système comme causes d'erreur au sein du secteur des soins de santé. James Reason (1995) a fait valoir l'importance d'examiner les facteurs d'équipe organisationnels dans la conception de systèmes de sécurité, et a transmis ses connaissances des facteurs humains de l'ingénierie de l'aviation et d'autres industries à risque élevé aux soins de santé¹⁷. Reason a également souligné l'importance d'éviter une culture du blâme, car elle mène à la non-communication d'événements indésirables et des incidents « évités de justesse ».

Une « culture juste » est décrite comme étant un système équitable et de soutien dans lequel les causes des événements cliniques ne sont pas jugées à l'avance, le blâme est évité, et l'analyse porte sur les échecs du système¹⁸⁻²⁰. Dans ce cadre, il y a une approche systématique d'amélioration des milieux de travail qui minimise la possibilité d'erreur humaine et l'effet éventuel d'une telle erreur. Une culture juste n'implique pas une absence de responsabilité; mais ce sont plutôt la négligence, les infractions intentionnelles des règles, et la conduite irréfléchie qui ne sont pas tolérées et sont passibles de mesures disciplinaires. Par conséquent, les médecins dirigeants qui participent aux évaluations de rendement annuelles ou qui sont responsables des affaires disciplinaires ne devraient pas être évaluateurs ou membres du comité chargé des examens d'amélioration de la qualité que subissent les psychiatres qui sont leurs subalternes²¹. L'ACPM a publié un livret en 2009 intitulé *Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada*¹⁸, qui présente les structures, politiques, et procédures qui contribuent à la création d'une culture juste et d'examen de la qualité appropriés. Ils

recommandent que chaque organisation se dote d'un comité d'amélioration de la qualité qui reçoit les rapports d'événements indésirables et des accidents évités de justesse; discerne les possibilités d'amélioration à l'aide d'outils, comme l'analyse des causes souches (réactive) et l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (proactive) et procède à des examens d'amélioration de la qualité appropriée où l'accent est mis sur les questions de système de soins de santé.

Bien que l'approche du tableau de bord soit axée sur de multiples dimensions, il est important d'y incorporer l'utilisation de lignes directrices. Les lignes directrices permettent une normalisation de l'examen de la qualité par différents examinateurs, et la transparence à l'égard de ce qui est évalué²². Elles peuvent aussi améliorer la qualité des soins si elles sont largement distribuées aux praticiens concernés²³. Dans le contexte de l'examen de la qualité, deux types de lignes directrices sont pertinentes : les premières sont les Lignes directrices de pratique clinique²⁴⁻²⁷, qui guident la prestation de soins cliniques de grande qualité. Les examinateurs devraient se familiariser avec celles-ci dans leur travail. Toutefois, même si l'on doit aspirer à une norme idéale, celle-ci ne peut être toujours la norme minimale. Conséquemment, en établissant des lignes directrices de pratique destinées à servir aux examens par les pairs, la norme « optimale » devrait être prise en compte dans l'élaboration de la norme « acceptable », ces dernières lignes directrices offrant généralement plus de latitude que les premières.

Dans chaque province ou territoire canadien, il existe des lois qui protègent les examens d'amélioration de la qualité à l'égard des opinions discutées, et de la documentation reliée à ces procédures. Typiquement, ces lois ne protègent pas les faits du cas ou les recommandations sommaires qu'il est important de partager aux patients, à leur famille, et à d'autres prestataires de soins de santé afin d'encourager l'apprentissage. La protection légale des examens d'amélioration de la qualité favorise la participation intéressée des prestataires, et de ce fait stimule la capacité de se concentrer sur l'amélioration des soins futurs plutôt que sur la défense des actions. Les psychiatres ayant une expertise clinique doivent faire partie intégrante du groupe menant les examens d'amélioration de la qualité pour les soins de santé mentale dans un milieu multidisciplinaire. En outre, pour que l'examen de la qualité soit crédible, les examinateurs doivent être respectés, compétents et justes. Ils doivent aussi maîtriser tout préjugé qu'ils peuvent avoir pour le processus de l'examen, qu'ils soient affectifs ou cognitifs. Dans l'examen « réactif », le biais positif

est particulièrement important : parfois désigné biais rétrospectif, le biais positif survient lorsqu'en étudiant un résultat négatif connu, le degré auquel l'événement semblait prévisible —et donc évitable—est exagéré^{28,29}.

Examens de la qualité et évaluation de la pratique

L'accent est de plus en plus mis sur les contributeurs multidimensionnels à la sécurité des patients et au système des soins; et pourtant, on continue de s'intéresser à l'utilisation du rendement de pratique individuel en relation à la qualité. Deux principaux domaines d'intérêt sont décrits ci-dessous :

Évaluations à 360 degrés du rendement des médecins

D'abord mise en œuvre par l'ordre des médecins de l'Alberta³⁰, puis par les ordres respectifs de la Nouvelle-Écosse³¹ et du Manitoba, et mise à l'essai en Ontario par le Conseil des hôpitaux universitaires de l'Ontario (CAHO)³², l'utilisation des évaluations à 360 degrés du rendement des médecins a augmenté afin d'améliorer la qualité des soins prodigués par les médecins³³.

Habituellement, ces évaluations font appel à des pairs, des collègues non-médecins, et à un échantillonnage de patients qui procurent tous des commentaires au médecin (et possiblement à d'autres) sur leur impression de ses connaissances, compétences, et caractéristiques du comportement, comme ses aptitudes interpersonnelles et son comportement professionnel. À l'heure actuelle, ces évaluations sont formatives, confidentielles, et servent principalement de rétroaction et d'amélioration de la qualité au médecin individuel.

Route d'évaluation par la pratique (REP) menant à la certification

Au cours des dernières années, le CRMCC a mis au point la REP menant à la certification à titre de solution de rechange à l'approbation traditionnelle de la formation de résidence et des examens subséquents³⁴. La REP comporte trois composantes, et les deux premières sont une participation approuvée de 24 mois au programme de MDC, et l'examen des titres. La dernière composante est divisée en Route A, où le candidat passe les examens menant à la certification en vigueur au CRMCC, ou en Route B, un examen/évaluation très structuré fondé sur la pratique qui détermine si le candidat satisfait à toutes les compétences jugées essentielles à la pratique d'un spécialiste dans la discipline. Comme les programmes d'ERM décrits plus haut, des commentaires de sources

multiples sont recueillis avant que les Routes A ou B ne soient choisies.

La psychiatrie est la première discipline à offrir la Route B, qui est un examen/évaluation par les pairs de la qualité des soins. Deux pairs évaluateurs, nommés conjointement par le CRMCC et l'ordre des médecins (Collège provincial) mènent l'évaluation de la pratique, qui dure environ un jour et demi. L'étendue et la difficulté de cette évaluation sont comparables à la voie d'examen normale, et elle comprend un examen de la tenue de dossiers, une discussion, un examen des cas contenus aux dossiers, une consultation sous observation, des cas normalisés, et des questions orales structurées, entre autres éléments.

Aspects éducatifs de l'examen de la qualité

Pour inculquer une culture d'amélioration continue de la qualité aux psychiatres, il est primordial d'enseigner les méthodes d'amélioration de la qualité dans les programmes de formation en psychiatrie. Les résidents en psychiatrie peuvent se servir d'une vérification clinique comme d'une occasion d'acquérir certaines compétences décrites par CanMEDS; par exemple, prendre connaissance des lignes directrices fondées sur les données probantes (expert médical), et les aptitudes à la communication et à la négociation (communicateur); la participation à la collaboration interprofessionnelle (collaborateur); la connaissance de la structure des systèmes de santé et administratif (leader); et la défense de la qualité améliorée des soins pour les patients (expert médical, leader, et promoteur de la santé)³⁵. Pour qu'une vérification soit un succès, il est essentiel de fournir une formation efficace, du personnel de soutien dévoué, un temps réservé, et un environnement où une vérification clinique est une priorité de la direction administrative³⁶.

Une grande partie du travail lié à l'amélioration de la qualité dans la formation postdoctorale et le perfectionnement professionnel continu a d'abord été instituée au Royaume-Uni. L'un des résultats d'apprentissage du curriculum du Royal College of Psychiatrists (RCPsych) pour les psychiatres en formation est la capacité de mener à bien une vérification clinique³⁷. Afin de guider la formation en vue de mener des vérifications efficaces et fructueuses, le RCPsych a publié récemment un livre, *101 Recipes for Audit in Psychiatry*. Ce livre résume des projets de vérification dans de nombreux domaines cliniques qui ont été effectués avec succès par des experts, et dont les

résultats ont été utiles à la pratique et à la conception des services³⁸.

Les projets d'amélioration de la qualité sont habituellement menés pour éclairer les services locaux, mais ils peuvent aussi être effectués à l'échelle nationale pour permettre la comparaison avec d'autres services et avec les normes nationales³⁹. Le RCPsych mène les vérifications nationales en Angleterre et au Pays de Galles, en particulier en lien avec l'utilisation de thérapies psychologiques pour les personnes souffrant d'anxiété et de dépression, de soins des personnes souffrant de démence dans les hôpitaux généraux, de prescription d'antipsychotiques et la préservation de la santé physique des personnes souffrant de schizophrénie³⁹.

Le General Medical Council et le RCPsych ont tous deux recommandé que les vérifications soient considérées partie intégrante du processus de revalidation pour les médecins et les psychiatres^{40, 41}. Le guide de revalidation produit par le RCPsych (2012) recommande que les psychiatres entreprennent au moins deux vérifications par période de revalidation de cinq ans.

Le CRMCC a formulé des recommandations semblables en matière d'activités d'amélioration de la qualité pour le maintien du certificat au Canada⁴². Le cadre du MDC définit spécifiquement les crédits de la section 2 pour « l'apprentissage lié aux systèmes » (incluant les activités qui encouragent l'apprentissage par l'entremise de contributions aux normes de la pratique, à la sécurité des patients, à la qualité des soins) et les crédits de la section 3 pour « l'évaluation du rendement » (incluant des activités qui proposent au médecin, groupe de médecins ou équipe de santé interprofessionnelle des données et des rétroactions concernant son rendement, individuel ou collectif, dans un vaste éventail de domaines de pratique professionnelle). Le CRMCC a récemment mis à jour le cadre du MDC, et pour tous les cycles de MDC commençant le 1^{er} janvier 2014, un minimum de 25 crédits est exigé dans chacune des sections 1, 2, et 3 du programme de MDC durant le cycle de 5 ans du MDC. La raison de cette mise à jour est, comme le cite le CRMCC : « Les ouvrages de recherche sur le développement professionnel continu démontrent clairement que l'auto-évaluation du médecin manque de précision par rapport à des mesures externes du rendement et que les stratégies d'évaluation comportant des données accompagnées de commentaires sont plus susceptibles de modifier le rendement et d'améliorer les effets chez les patients que d'autres formes de développement professionnel continu. Enfin, l'évaluation des compétences et du rendement dans la pratique est

une attente qui prend de plus en plus d'importance pour les organismes de réglementation provinciaux comme pour la population⁴². »

Le programme de MDC défini par l'American Board of Psychiatry and Neurology (ABPN)⁴³ exige aussi la participation à des mesures approuvées d'auto-évaluation du rendement et à l'élaboration de programmes d'amélioration de la qualité fondés sur la pratique clinique personnelle. « L'objectif est que les médecins agrégés réfléchissent à leurs connaissances et à leur rendement personnel et s'engagent dans un processus d'amélioration et de réévaluation des mesures de rendement sur une période déterminée, ce qui mènera à l'amélioration des soins prodigués à leurs patients. »⁴³

En raison des nombreuses similitudes entre un projet de recherche et un projet de vérification, les résidents sans expérience de recherche peuvent utiliser des projets d'amélioration de la qualité ou de vérification comme expérience préliminaire. Ces dernières années, il y a davantage d'opportunités de publier les résultats de projets d'amélioration de la qualité dans des revues médicales qui se consacrent entièrement à la publication de recherche sur la qualité des soins de santé⁴⁴⁻⁴⁶.

Pour des soins optimaux aux patients, il est essentiel que les psychiatres développent une pratique, des compétences et un comportement éclairés par les données probantes tout au long de leur carrière. Il est donc impératif d'inculquer aux candidats à la résidence en psychiatrie la médecine fondée sur les données probantes durant leur formation. Cela peut se faire à la faveur de clubs de lecture axés sur des données probantes ou de discussions régulières sur les « meilleures données probantes » durant les stages cliniques^{47, 48}. Les connaissances et les compétences requises pour exercer la médecine fondée sur les données probantes doivent faire l'objet d'examens rigoureux par le CRMCC. Le syllabus de la psychiatrie fondée sur les données probantes est désormais clairement défini par le RCPsych⁴⁹, une possibilité pour les corps professionnels canadiens et autres d'y donner suite.

Conclusion et recommandations

La position de l'APC est que la qualité des services peut être maintenue ou même améliorée avec des contrôles de coûts en place, pourvu que les enjeux de la qualité des soins soient explicitement protégés dans les initiatives. Au cours des 20 dernières années, l'amélioration de la qualité a beaucoup changé. Auparavant, l'accent était mis sur la recherche d'erreur et sur le prestataire individuel de soins de santé. Maintenant, l'attention est

portée au système, à l'ingénierie des facteurs humains et à la conception améliorée. Plusieurs pistes peuvent être explorées afin d'améliorer la qualité et la sécurité des patients en contexte clinique :

1. Les domaines à privilégier à l'avenir devraient être de comprendre le rôle de la communication au sein des équipes⁵⁰ et l'application de la science complexe, afin de créer des organisations d'une grande fiabilité dans le secteur de la santé.
2. Les organisations devraient mettre au point un processus défini afin d'examiner les soins cliniques sous l'angle de la qualité des soins. Il faudrait inclure un comité d'amélioration de la qualité qui reçoit les rapports d'événements indésirables et d'accidents évités de justesse, qui discerne les possibilités d'amélioration à l'aide d'outils qui permettent les examens réactifs et proactifs, et qui est ancré dans des normes et des lignes directrices fondées sur les données probantes. Ces examens devraient avoir lieu au sein d'un cadre d'une « culture juste » qui met l'accent sur la contribution des manquements du système et l'importance de l'amélioration continue.
3. Les psychiatres ayant une expertise clinique dans le domaine concerné doivent faire partie intégrante des membres du groupe qui mène l'examen. Idéalement, ils devraient être vus comme des pairs plutôt que des médecins dirigeants pour faire en sorte qu'il y ait une distinction nette entre l'examen de la qualité et l'évaluation de la performance.
4. Au niveau du psychiatre individuel, l'APC soutient le développement d'un intérêt considérable pour l'auto-évaluation par des opportunités éducatives, comme la vérification de la pratique et les plans d'apprentissage personnels.
5. Les programmes de formation de résidence du Canada devraient envisager la réalisation d'un projet d'amélioration de la qualité comme complément utile à la formation.
6. Les éducateurs devraient songer à vérifier les connaissances et les compétences en matière d'examen de la qualité dans les programmes de formation de résidence.

Reconnaissance

Les auteurs remercient Dr Mathieu Dufour pour ses suggestions et son aide dans la préparation de cet Énoncé de principe.

Bibliographie

1. Reiss JP. Le rôle du psychiatre dans l'examen de la qualité. *Can J Psychiatry*. 1994;39(5):303-307.

2. Kralj B, Barber J. Physician payment reform—parlous or promising? *Ontario Medical Review*; 2013.
3. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. À l'adresse : <http://www.cpsso.on.ca/About-Us>.
4. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. À l'adresse : <https://www.cpsbc.ca/about-us>.
5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.
6. American Psychiatric Association (APA). *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Compendium 2006. Arlington (VA): APA; 2006.
7. Chassin MR. Quality of health care. Part 3: Improving the quality of care. *N Engl J Med*. 1996;335(14):1060–1063.
8. Hermann RC, Regner JL, Erickson P, et al. Developing a quality management system for behavioral health care: The Cambridge Health Alliance experience. *Harv Rev Psychiatry*. 2000;8(5):251–260.
9. Nigam A. Changing health care quality paradigms: The rise of clinical guidelines and quality measures in American medicine. *Soc Sci Med*. 2012;75(11):1833–1837.
10. Blumenthal D, Epstein AM. Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med*. 1996;335(17):1328–1331.
11. Santiago JM. Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatr Serv*. 1999;50(12):1571–1576.
12. Mohan N, Abuzgaya F, Peczeniuk S, et al. Walking the tightrope: Creation of the physician scorecard at the Rouge Valley Health System. *Healthc Q*. 2005;8(3):83–88.
13. Baker JG. A performance indicator spreadsheet for physicians in community mental health centers. *Psychiatr Serv*. 1998;49(10):1293–1298.
14. Reinertsen J, Gosfield A, Rupp W, et al. *Engaging physicians in a shared quality agenda*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2007.
15. Brailer D, Kim L, Paulus R. Physician-led clinical performance improvement: A new model for quality management. *J Clin Outcomes Manag*. 1997;4:33–36.
16. Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: Building a safer health system*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000.
17. Cafazzo JA, St-Cyr O. From discovery to design: The evolution of human factors in healthcare. *Healthc Q*. 2012;15:24–29.
18. Canadian Medical Protective Association. *Learning from adverse events: Fostering a just culture of safety in Canadian hospitals and health care institutions*. Ottawa (ON): CMPA; 2009.
19. Frankel AS, Leonard MW, Denham CR. Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Serv Res*. 2006;41(4 Pt 2):1690–1709.
20. Marx DA. *Patient safety and the “just culture”: A primer for health care executives*. New York (NY): Trustees of Columbia University; 2001.
21. Place au leadership dans les soins médicaux plus sécuritaires. *Perspective Association canadienne de protection médicale (ACPM)*. 2012;4(5):10-12. À l'adresse : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2012/physician-leadership-in-safer-medical-care>
22. Linton AL, Peachey DK. Guidelines for medical practice: 1. The reasons why. *CMAJ*. 1990;143(6):485–490.
23. Peachey DK, Linton AL. Guidelines for medical practice: 2. A possible strategy. *CMAJ*. 1990;143(7):629–632.
24. Cook DJ, Greengold NL, Ellrodt AG, et al. The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Ann Intern Med*. 1997;127(3):210–216.
25. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350–1369.
26. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382(9896):951–962.
27. Nestoriuc Y, Kriston L, Rief W. Meta-analysis as the core of evidence-based behavioral medicine: Tools and pitfalls of a statistical approach. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(2):145–150.
28. Henriksen K, Kaplan H. Hindsight bias, outcome knowledge and adaptive learning. *Qual Saf Health Care*. 2003;12 Suppl 2: ii46–50.
29. Hugh TB, Tracy GD. Hindsight bias in medicolegal expert reports. *Med J Aust*. 2002;176(6):277–8.
30. Hall W, Violato C, Lewkonja R, et al. Assessment of physician performance in Alberta: The physician achievement review. *CMAJ*. 1999;161(1):52–57.
31. Sargeant J, Mann K, Sinclair D, et al. Challenges in multisource feedback: Intended and unintended outcomes. *Med Educ*. 2007;41(6):583–591.
32. CAHO 360-degree physician performance review: toolkit. À l'adresse : <http://caho-hospitals.com/wp-content/uploads/2014/02/CAHO-360-Degree-Physician-PerformToolkit2009.pdf>
33. Dubinsky I, Jennings K, Greengarten M, et al. 360-degree physician performance assessment. *Healthc Q*. 2010;13(2):71–76.
34. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). *Guide de la Route d'évaluation par la pratique (REP) menant au certificat pour les spécialistes*. [Internet]. Ottawa (ON) : CRMCC; 2011. À l'adresse : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/credentials/per/per_guidebook_f.pdf
35. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). *Le référentiel CanMEDS*. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. [Internet]. Ottawa (ON) : CRMCC; 2015. À l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds-f>
36. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, et al. Reviewing audit: Barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9(1):23–36.
37. Royal College of Psychiatrists (RCPsych). *A competency based curriculum for specialist core trainees in psychiatry* [Internet]. London (UK): RCPsych; Feb 2010. À l'adresse : https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/CORE_CURRICULUM_2010_Mar_2012_update.pdf.
38. RCPsych Publications. *101 recipes for audit in psychiatry*. Oakley C, Coccia F, Masson N, et al, editors. London (UK): RCPsych Publications; 2011.
39. Royal College of Psychiatrists (RCPsych). *National clinical audits* [Internet]. À l'adresse : <http://www.rcpsych.ac.uk/quality/nationalclinicalaudits.aspx>.
40. General Medical Council (GMC). *Good medical practice framework for appraisal and revalidation* [Internet]. London (UK): GMC; 2013. À l'adresse : https://www.gmc-uk.org/The_Good_medical_practice_framework_for_appraisal_and_revalidation_DC5707.pdf_56235089.pdf

41. Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Revalidation and guidance for psychiatrists (College Report 194). [Internet]. London (UK): RCPsych; 2014. À l'adresse : <https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR194.pdf>
42. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Programme de Maintien du certificat. À l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/maintenance-of-certification-program-f>.
43. American Board of Psychiatry and Neurology, Inc. Maintenance of certification program [Internet]. À l'adresse : <https://www.abpn.com/maintain-certification/maintenance-of-certification-program/>.
44. Quality management in health care. À l'adresse : <http://journals.lww.com/qmhcjournal/pages/default.aspx>.
45. American journal of medical quality. À l'adresse : <http://ajm.sagepub.com/>.
46. International journal of health care quality assurance. À l'adresse : www.emeraldinsight.com/ijhcqa.htm.
47. Agrawal S, Szatmari P, Hanson M. Teaching evidence-based psychiatry: Integrating and aligning the formal and hidden curricula. *Acad Psychiatry*. 2008;32(6):470–474.
48. Coverdale J, McCullough LB, Roberts LW. The ethics of psychiatric education. *Psychiatr Clin North Am*. 2009;32(2):413–421.
49. Carney S, Warner J, Ahmad S, et al. Teaching, learning and assessing evidence- based psychiatry. *The Psychiatrist*. 2011;35(5):192–195.
50. Lingard L. Productive complications: Emergent ideas in team communication and patient safety. *Healthc Q*. 2012;15:18.