



Mesurer ce qui importe vraiment

Le dépistage en première ligne

Neil R. Bell MD SM CCFP FCFP Guylène Thériault MD CCFP Harminder Singh MD MPH FRCPC Roland Grad MD CM MSc CCFP FCFP

Les personnes qui n'ont pas fait l'expérience des subtilités de la pratique clinique exigent des mesures qui sont faciles, précises et complètes, comme si on pesait une poche de patates. Il est vrai que certains éléments de la qualité des soins se définissent facilement, mais il existe tout de même des profondeurs insondables. Nous ne devons permettre à personne de les diminuer ou de les ignorer; elles sont le secret et la gloire de notre art.

Avedis Donabedian¹

Depuis 10 ans, les médecins de famille doivent participer de plus en plus souvent à des activités d'amélioration de la pratique ainsi qu'à des évaluations de leur rendement. Les organisations professionnelles, les autorités de santé et les patients sont tous en quête d'informations sur la qualité des soins dispensés par les médecins. Certaines provinces produisent maintenant des rapports sur les soins dispensés par chaque médecin qui comprennent des mesures des activités de dépistage^{2,3}. Les collègues de médecins et chirurgiens de certaines provinces incluent des activités d'amélioration de la qualité dans l'évaluation périodique du rendement des médecins⁴. Dorénavant, tous les médecins de famille peuvent s'attendre à des mesures du rendement dans leur pratique, y compris en matière de dépistage.

Raisons pour lesquelles les mesures du rendement en matière de dépistage sont importantes

Le cadre initial d'évaluation de la qualité des soins a été établi par Avedis Donabedian en 1966 avec la

publication de son article classique^{5,6}. Subséquemment, ce cadre est devenu le fondement du développement de la science de l'assurance de la qualité et il est appuyé par le domaine émergent de la recherche en sciences de la santé^{1,7,8}. De façon similaire, Barbara Starfield et collaborateurs ont souligné l'importance des soins de première ligne dans les systèmes de santé performants. La chercheuse a observé que les soins de première ligne aident à prévenir la maladie et le décès, et que comparativement aux soins spécialisés, ils sont associés à une distribution plus équitable de la santé dans une population⁹. Il y a plus de 40 ans, Edwards Deming a lancé le concept de l'amélioration de la qualité aux États-Unis. Dans les années subséquentes, ses principes de gestion ont été grandement adoptés par les organisations de santé dans le but d'améliorer la qualité et de réduire les coûts^{10,11}. Plus récemment, Berwick et collaborateurs ont introduit le concept du triple objectif dans les soins de santé. Ce concept veut que les établissements de santé visent un rendement à 3 volets: améliorer la santé des populations, améliorer l'expérience de soins des patients et réduire les coûts de santé par habitant¹².

Dans l'ère actuelle de gestion des soins de santé, il y a une tendance vers la responsabilisation externe en matière de coût et de qualité des soins. Cela a donné lieu à l'adoption généralisée des processus d'amélioration de la qualité et d'assurance de la qualité en première ligne dont l'élaboration de mesures du rendement est un élément fondamental. On a vu émerger une profusion de cadres de mesures du rendement en première ligne mis de l'avant par les organisations professionnelles

Points de repère

- ▶ Les médecins de famille devront composer de plus en plus avec des mesures du rendement en matière de dépistage dans le cadre des initiatives et des évaluations d'amélioration de la qualité (des personnes ou des groupes) mises de l'avant par les organisations professionnelles ou de santé.
- ▶ Les soins de première ligne peuvent être considérés comme un système adaptatif complexe au sein duquel les interactions peuvent entraîner résultats, qui même si différents sont tout aussi acceptables, ceci en raison de la variation du contexte de la pratique ou des valeurs et des préférences des patients. En première ligne, les procédés linéaires classiques d'amélioration de la qualité, comme ceux qui sont appliqués aux soins isolés d'une maladie unique, sont souvent inappropriés.
- ▶ Les mesures du rendement dans le cadre actuel sont souvent inadéquates pour évaluer la gamme complète des activités de dépistage effectuées en première ligne. Les mesures du rendement en matière de dépistage doivent tenir compte de la décision partagée, des valeurs et des préférences des patients, ainsi que de la complexité de la pratique, en plus du pourcentage de patients testés.
- ▶ Les objectifs et les cibles des manœuvres de dépistage préventif recommandées en première ligne doivent refléter le fait que les résultats dépendent de facteurs sociaux, et de facteurs liés au système de soins et aux patients. Ainsi un seuil cible unique n'a aucune valeur en matière d'interventions de dépistage. Dans presque toutes les circonstances, l'adoption des recommandations en faveur du dépistage sera inférieure à 100 % et l'adoption des recommandations contre le dépistage sera supérieure à 0 %.

et les autorités de santé du Canada, des États-Unis et d'autres pays occidentaux¹³⁻²⁰. Ces cadres peuvent s'avérer complexes, et compter plusieurs domaines ou dimensions, chacun contenant de nombreuses mesures. Par exemple, le Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario contient 112 mesures pouvant être adoptées par les pratiques et 179 mesures pouvant être adoptées par le système¹⁷. Le dépistage est au centre de presque tous ces cadres de mesure.

On se préoccupe de plus en plus du fait que les processus classiques d'amélioration de la qualité puissent être inappropriés pour la première ligne et que beaucoup d'indicateurs mesurables en première ligne ne soient pas pertinents²¹⁻²³. D'autres auteurs ont souligné que la pratique de première ligne est plus complexe que la pratique d'autres spécialités, y compris la psychiatrie, la pédiatrie, l'obstétrique et la gynécologie, ou l'urologie, et que sa complexité est semblable à celle de la médecine interne²⁴. Les pratiques de première ligne ont été décrites comme « un système adaptatif complexe » qui exige des mesures différentes pour mesurer la qualité au-delà de l'approche linéaire classique qui se contente de faire la somme des lignes directrices visant une seule maladie pour décrire la qualité du travail^{22,23}. Les mesures du rendement en matière de dépistage couramment utilisées reflètent rarement les nuances de la pratique de première ligne, dont l'importance de la relation entre le patient et le médecin, la prise de décision partagée entre le patient et le médecin, et la possibilité que différents patients prennent différentes décisions en raison des différences de leurs valeurs et de leurs préférences^{21-23,25,26}. En outre, l'accent mis sur les mesures du rendement qui évaluent la prise en charge de maladies précises jumelées aux initiatives de rémunération au rendement pourrait avoir des conséquences inattendues, telles que la fragmentation et l'exacerbation des disparités en matière de santé^{27,28}.

De nombreux médecins de famille trouvent difficile d'interpréter les résultats des mesures du rendement de l'amélioration de la qualité de leur pratique. La complexité de la pratique complique aussi la mise en œuvre de stratégies visant à améliorer le dépistage. Cet article vise à approfondir les notions de qualité du dépistage en partant des constats d'un article antérieur de la série Prévention en pratique qui traitait de la qualité des tests de dépistage²⁹. Nous considérons les caractéristiques des mesures du rendement en matière de dépistage dans le contexte de l'environnement complexe des soins de première ligne, des défis liés à l'application des mesures du rendement et des approches potentielles à l'amélioration de la qualité dans l'environnement de première ligne.

Scénario de pratique

Vous êtes un médecin de famille dans une pratique communautaire comptant 7 membres. Récemment, dans le cadre d'une initiative provinciale

d'amélioration de la qualité, vous avez reçu un rapport annuel sur votre pratique comprenant la proportion de vos patients qui ont subi certaines manœuvres de dépistage, y compris la mammographie. Dans ce rapport, le dépistage du cancer du sein est rapporté en pourcentage de patientes admissibles ayant subi une mammographie. En raison du potentiel de préjudices et de bénéfices liés à la mammographie de dépistage, vous avez recours à la prise de décision partagée à l'aide d'outils d'aide à la décision pour guider vos patientes dans cette décision. Après ces discussions, certaines de vos patientes ont décidé de ne pas subir la mammographie de dépistage. Vous êtes d'avis que ces rapports sur les activités de dépistage ne reflètent pas le potentiel de préjudices et de bénéfices liés au dépistage, de même que l'importance des valeurs et des préférences des patients dans la prise de décision. L'utilisation de ces rapports par les organisations professionnelles et les autorités provinciales de santé pour évaluer la qualité de votre pratique vous préoccupe. Vous vous demandez s'il n'y aurait pas une meilleure approche pour représenter la qualité, la complexité et les résultats de santé en lien avec le dépistage dans votre pratique.

Évaluer le dépistage dans votre pratique

L'amélioration de la qualité, l'assurance de la qualité, ainsi que les « audits et feedbacks » sont tous des processus pouvant être utilisés en première ligne pour améliorer la qualité et favoriser les changements dans le comportement clinique. L'élaboration de mesures du rendement, de points de référence et de cibles définissant la qualité est à la base de toutes ces stratégies¹³⁻²⁰. La *qualité* se définit comme « le degré auquel les services de santé aux personnes et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les issues de santé visées, et sont cohérents avec les connaissances professionnelles actuelles »³⁰.

La *mesure du rendement* désigne le processus durant lequel une organisation établit les paramètres de mesure des programmes et des services, et détermine si les résultats visés ont été atteints¹⁷. Une *mesure du rendement* se définit comme « une mesure du processus ou des résultats de première ligne qui est utile à au moins un niveau du système de santé (niveau de la pratique, de l'organisation, de la communauté, régional ou provincial) pour favoriser la planification, la gestion ou l'amélioration de la qualité »¹⁷. En raison de la complexité et de la variabilité de la pratique de première ligne, les médecins de famille doivent envisager de choisir et de développer des mesures du rendement qui conviennent à leur propre pratique²¹⁻²⁶.

Mesures du rendement en matière de dépistage en première ligne

Dans son éditorial intitulé *Era 3 for medicine and health care* sur les changements nécessaires pour améliorer

les systèmes de santé, Berwick a réclamé la réduction du nombre de mesures de rendement pour se concentrer exclusivement sur ce qui compte vraiment, et cel à des fins d'apprentissage³¹. Pour atteindre les objectifs établis par Berwick³¹, les mesures du rendement en première ligne devront tenir compte de plusieurs enjeux^{21-29,31}. Les mesures de rendement en matière de dépistage qui existent déjà sont souvent étroitement axées sur l'adoption d'interventions de prévention et rapportent habituellement les pourcentages de patients ayant reçu un test de dépistage dans une période définie^{2,3,17-20}. Le rapport « MyPractice: primary care report technical appendix » version 4 (en anglais) sur la Qualité des services de santé en Ontario donne l'exemple de la mammographie à titre de mesure du rendement en matière de dépistage. La mesure était définie comme « le pourcentage de patientes de 52 à 69 ans admissibles au dépistage ayant subi une mammographie dans les deux dernières années »¹⁸. Cependant, dans le cas de la plupart des manœuvres de dépistage, les préjudices et les bénéfices potentiels sont difficiles à départager³². Souvent, les bénéfices sont minimes et prennent des années à se manifester, alors que les préjudices liés au surdiagnostic et aux faux positifs surviennent peu après le test. Vu ces circonstances, la mise en œuvre du processus de prise de décision partagée est la plus appropriée³³⁻³⁹. La *prise de décision partagée* est un processus au cours duquel les cliniciens aident de façon collaborative les patients à prendre des décisions médicales fondées sur les données probantes et sur leurs valeurs^{33,34}. Les *valeurs et les préférences des patients* désignent l'importance relative que les patients placent sur les résultats de santé^{35,36}. La complexité de l'environnement de pratique et des circonstances du patient peut aussi influencer sur la prise de décision du médecin et du patient en matière de dépistage²²⁻²⁶. Il faudra réfléchir à tous les enjeux pour comprendre la pleine portée des activités de dépistage en première ligne.

Sélection de mesures de rendement en matière de dépistage pour votre pratique

En raison des limites des ressources et de la disponibilité des données, la plupart des pratiques de première ligne seront limitées en termes de nombre de mesures du rendement qu'elles peuvent évaluer raisonnablement. Nous suggérons de viser à mesurer un maximum de 3 ou 4 mesures du rendement à tout moment dans un contexte de pratique. Les caractéristiques pouvant être utilisées pour sélectionner les mesures du rendement en matière de dépistage sont présentées au **Tableau 1**. Chaque mesure du rendement manifeste certaines des caractéristiques indiquées, alors que plusieurs mesures du rendement jumelées pourraient manifester autant de caractéristiques suggérées que possibles.

Mesurer la prise de décision partagée, les valeurs et les préférences du patient, et la complexité de la pratique

Il est difficile, pour l'heure, de mesurer la prise de décision partagée, les valeurs et les préférences du patient, et la complexité de la pratique⁴⁰⁻⁴². Les instruments de mesure de la complexité de la pratique et des valeurs et des préférences du patient sont rares^{43,44}. En outre, de nombreux dossiers médicaux électroniques sont mal conçus pour recueillir les données des patients sur ces questions, ce qui complexifie et prolonge l'évaluation des activités de dépistage en première ligne. Par ailleurs, les définitions et la méthodologie pour mesurer l'adoption des tests de dépistage d'une seule maladie, comme les patientes ayant subi une mammographie, sont bien décrites dans les cadres de mesure du rendement en première ligne¹⁷⁻²⁰. Le **Tableau 2** présente les outils et les instruments de mesure, de même qu'une description des difficultés liées à chaque mesure^{23,43-53}.

Exemple de mesure du rendement avec prise de décision partagée en matière de dépistage

Le **Tableau 3** fournit un exemple de la façon dont la prise de décision partagée peut être incluse dans la mesure de l'adoption de la mammographie de dépistage dans une pratique de première ligne^{3,54}. Des mesures semblables peuvent être élaborées pour d'autres interventions de dépistage du cancer. Il est aussi possible de prendre la mesure des décisions partagées pour toutes les interventions de dépistage du cancer ainsi que pour les autres interventions de dépistage.

Cibles du rendement et points de référence

Il est presque certain que les médecins de famille seront de plus en plus confrontés à des cibles de rendement et des points de référence liés au dépistage, appliqués à leur pratique par le système de santé et les organisations professionnelles. Les cibles sont les outils qui sont censés améliorer la santé et le rendement du système de santé. Les caractéristiques des cibles sont notamment l'engagement à atteindre des résultats précis dans un délai défini, le recours à des méthodes quantitatives ou qualitatives, et la prise en compte des processus ou des résultats de santé⁵⁵. Les cibles peuvent être utilisées dans les processus d'amélioration de la qualité, les programmes de rémunération au rendement où les médecins reçoivent un revenu additionnel pour avoir atteint un niveau de rendement précis, et l'évaluation de la qualité des soins dispensés par chaque médecin. L'établissement de points de référence a été décrit comme une activité continue qui consiste à comparer les processus, les services et les produits de votre organisation à des processus semblables reconnus⁵⁶. L'établissement de cibles a recours à la comparaison du rendement par rapport à d'autres fournisseurs ou à des niveaux absolus prédéterminés (critère principal).

Tableau 1. Caractéristiques pour la sélection des mesures de rendement en matière de dépistage en première ligne

CARACTÉRISTIQUE	DISCUSSION
Importance de la question pour les patients et les médecins du milieu de pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients, les médecins et les autres membres de l'équipe d'un milieu clinique doivent décider quelles sont les questions les plus importantes à leurs yeux • Des milieux cliniques dont les populations et les contextes diffèrent, et les organisations de santé pourraient choisir différentes mesures du rendement pour répondre à leurs besoins précis • Les priorités de chaque milieu clinique pourraient être différentes de celles d'autres intervenants du système de santé
Qualité des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le recours à des revues systématiques et à une approche rigoureuse pour évaluer la qualité des données (p. ex. GRADE) lorsque les recommandations sont formulées • Il faut tenir compte de la force des recommandations (fortes, vs faibles ou conditionnelles) et de l'équilibre entre les bénéfiques et les préjudices pour choisir les manœuvres de dépistage • Il faut aussi tenir compte de la disponibilité et de la qualité des données probantes sur les valeurs et les préférences des patients pour une manœuvre de dépistage, et de la disponibilité de stratégies ayant démontré leur efficacité en matière d'amélioration de la qualité
Centré sur le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque patient pourrait être admissible à de nombreuses manœuvres de dépistage à différents intervalles • L'ensemble des besoins de dépistage de chaque patient doit être évalué, par opposition à l'adoption d'une seule intervention de dépistage
Mesurable, faisable, interprétable	<p>Demandez-vous...</p> <ul style="list-style-type: none"> • si les données sont facilement accessibles dans votre pratique • si les dossiers médicaux électroniques capturent les données nécessaires pour mesurer les enjeux jugés importants (p. ex. prise de décision partagée) • si des ressources humaines sont disponibles pour analyser et colliger les résultats de la mesure du rendement • si les autres médecins et membres de l'équipe de première ligne pourront facilement interpréter les résultats
Participation du patient à la sélection des mesures de rendement	<ul style="list-style-type: none"> • Idéalement, les valeurs et les préférences des patients seraient reflétées dans le choix des mesures du rendement; cependant, il peut être particulièrement difficile pour une pratique individuelle de faire participer les patients au processus de sélection des mesures du rendement
Influence des autres intervenants du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les demandes des administrateurs de santé quant au choix et au nombre des mesures du rendement seront inévitables • Les mesures du rendement qui sont importantes pour les autres intervenants du système de santé pourraient ne pas être pertinentes pour un milieu clinique spécifique

GRADE—Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Souvent, l'établissement de cibles est arbitraire, est conçu pour motiver l'amélioration et est sujet à changer lorsque les niveaux de rendement sont atteints⁵⁷⁻⁵⁹. Un prochain article de la série Prévention en pratique traitera des approches de l'amélioration de la qualité pour améliorer le dépistage en première ligne.

Scénario de pratique – 2^e partie

Vos confrères et vous avez l'occasion de discuter plus en profondeur et de réfléchir aux mesures du rendement fournies dans le rapport annuel provincial en matière de dépistage du cancer du sein dans votre pratique. En raison de l'importance de la prise de décision partagée et des caractéristiques de vos patientes dans votre pratique, vous décidez qu'il importe d'inclure les mesures du rendement qui reflètent les résultats liés à la prise de décision partagée en matière de dépistage. Vous décidez d'adapter et d'élaborer des mesures qui conviennent à l'environnement de votre pratique afin de fournir une évaluation plus complète de la mammographie de dépistage. Un de vos confrères qui s'intéresse à l'amélioration de la qualité vous parle des « cercles de qualité »⁶⁰⁻⁶³, qui sont mis

en œuvre dans de nombreux pays d'Europe pour améliorer la qualité en première ligne. Votre groupe de pratique décide d'explorer ce concept en vue d'évaluer les résultats de votre stratégie de mesure du rendement et d'amélioration de la qualité du dépistage dans votre pratique. Vous décidez aussi de veiller à ce que les outils de transfert des connaissances sur la mammographie de dépistage soient facilement accessibles à vos patientes avant ou durant leurs visites où vous parlerez de cette question.

Suggestions pour améliorer la qualité du dépistage dans les pratiques de première ligne

Les médecins de famille peuvent envisager les stratégies suivantes pour améliorer la qualité du dépistage dans leur pratique.

- Les médecins de famille qui pratiquent seuls ou en groupe doivent sélectionner, adapter ou élaborer minutieusement les mesures du rendement en matière de dépistage qui reflètent les besoins de leur pratique et de leurs patients. Ces mesures peuvent différer entre les pratiques et peuvent évoluer à mesure que les processus d'amélioration de la qualité se développent et mûrissent.

Tableau 2. Mesurer les valeurs et les préférences des patients, la prise de décision partagée et la complexité de la pratique

ENJEU DE DÉPISTAGE	OUTIL OU MESURE DU RENDEMENT	DÉFIS LIÉS AUX MESURES
Valeurs et préférences des patients	Se fier à l'évaluation subjective de chaque médecin et d'autres professionnels de la santé de votre milieu clinique ainsi qu'aux valeurs et aux préférences des patients, obtenues durant les rencontres avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'instruments validés. La recherche sur les instruments en est aux stades précoces du développement^{43,44}
Prise de décision partagée	<p>Que cherchez-vous à mesurer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décisions antérieures: préparation à la prise de décision - <i>Guide personnel d'aide à la décision. Ottawa</i>⁴⁵ : https://decisionaid.ohri.ca/francais/gpdo.html • Processus décisionnel: par exemple, conflit décisionnel - Échelle du conflit décisionnel⁴⁶ : https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/echelle_conflit_decisionnel.pdf - Ou sa version simplifiée, SURE⁴⁷ : https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Tools/DCS_SURE_Francais.pdf - SDM-9-Q⁴⁸⁻⁵⁰ : http://www.patient-als-partner.de/media/sdm-q-9_french_version.pdf - Échelle Strull à 1 item⁵¹ : www.cochraneflibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full • Résultat de la décision: par exemple, regret décisionnel - Échelle de regret décisionnel⁵² : https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/echelle_regret_decisionnel.pdf 	<ul style="list-style-type: none"> • Les dossiers médicaux électroniques ne sont pas encore conçus pour tenir compte de la prise de décision partagée • Il existe une grande variation de la qualité des outils d'aide à la décision à l'intention des patients. Rechercher un outil d'aide à la décision qui fournit une estimation des préjudices et des bénéfices exprimée en fréquences naturelles ou en risque absolu
Complexité de la pratique*	<p>Pensez à ceci :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mesures démographiques de base qui incluent l'âge, le sexe et la comorbidité chez les patients des pratiques individuelles • registres de patients qui seraient admissibles aux tests de dépistage • cibles flexibles basées sur les caractéristiques démographiques et sociales de la pratique • rôle des membres de l'équipe multidisciplinaire dans la pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'outils, d'instruments ou de processus d'ajustement du risque pour mesurer la complexité de la pratique en première ligne^{23,46} • Multiples tests de dépistage pour le même patient • Dépistage chez les patients atteints de comorbidité (p. ex. diabète) • Dépistage dans les populations désavantagées • Les objectifs, les priorités et les besoins individuels des patients influent sur l'adoption des interventions de dépistage (p. ex. tous les patients n'accepteront pas les recommandations, peu importe la force de la recommandation) • Les facteurs de risque, les circonstances et les priorités de chaque patient influent sur le délai d'adoption des interventions de dépistage

SDM-Q-9—Questionnaire sur la prise de décision partagée.

*La complexité de la pratique est une série dynamique et constamment renouvelée de processus et d'objets qui non seulement interagissent entre eux, mais viennent à se définir par ces interactions⁵³.

- Dans les situations où il est difficile de savoir si le dépistage entraînera plus de bénéfices que de préjudices, les médecins de famille doivent acquérir des compétences relatives à la prise de décision partagée. Les mesures du rendement doivent refléter le recours à la prise de décision partagée et considérer le potentiel de décisions rejetant le dépistage.
- Avant ou durant la visite des patients, les outils de transfert des connaissances sur les manœuvres de dépistage doivent être facilement accessibles, dans le but de faciliter la prise de décision partagée en matière de dépistage.
- Les dossiers médicaux électroniques doivent être mis à jour pour permettre de recueillir des données sur la prise de décision partagée.
- Les personnes responsables de l'élaboration des mesures du rendement doivent tenir compte de

l'importance de la prise de décision partagée et de la complexité de l'environnement des pratiques de première ligne dans l'élaboration des mesures de rendement en matière de dépistage.

Conclusion

Les mesures du rendement dans les actuels cadres de mesure sont souvent inadéquates pour mesurer la gamme complète des activités ayant lieu en première ligne. Les mesures de rendement en matière de dépistage doivent tenir compte de la prise de décision partagée, des valeurs et des préférences des patients, et de la complexité de la pratique, en plus du pourcentage de patients testés. Les objectifs et les cibles des manœuvres de dépistage préventif recommandées en première ligne doivent refléter le fait que les résultats

Tableau 3. Mesures de rendement suggérées pour l'exemple du dépistage du cancer du sein

MESURE DE RENDEMENT	QUOI MESURER	PROBLÈMES DE MESURE
Mesure du rendement tirée des cadres actuels	<ul style="list-style-type: none"> • Patientes admissibles ayant déjà subi une mammographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de patientes de 52 à 69 ans admissibles au dépistage ayant subi une mammographie dans les 2 dernières années³ • Méthodes tirées des cadres actuels de mesure du rendement³
Mesures du rendement qui tiennent compte de la prise de décision partagée	<ul style="list-style-type: none"> • Patientes ayant pris part à une prise de décision partagée sur la mammographie de dépistage (tous les groupes d'âge) • Patientes ayant été renseignées sur leur admissibilité à la mammographie de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de patientes ayant reçu un outil de transfert des connaissances sur la mammographie de dépistage • Pourcentage de patientes ayant pris part à la prise de décision partagée sur la mammographie de dépistage • Pourcentage de patientes ayant subi une mammographie • Pourcentage de patientes ayant refusé la mammographie • Pourcentage de patientes ayant accepté la mammographie, mais ne s'étant pas présentées au rendez-vous • Connaissance, chez la patiente, de son admissibilité au dépistage et de la possibilité de la prise de décision partagée (moment de la décision) • Mesurer la qualité de la prise de décision partagée pour les recommandations faibles ou conditionnelles de dépistage, pour les femmes de 50 à 69 ans • Recommandations contre le dépistage dans les autres groupes d'âges⁵⁴ • Peut utiliser une méthode modifiée des cadres existants de mesure du rendement pour calculer les numérateurs et les dénominateurs³ • Disponibilité limitée des données de bonne qualité sur la prise de décision partagée dans les dossiers médicaux électroniques • Limites des outils pour mesurer la connaissance au moment de la décision

dépendent de facteurs sociaux, et de facteurs liés au système de soins et aux patients. Ainsi, une valeur ou un seuil cible unique n'a aucune valeur en matière d'interventions de dépistage.

Le **D^r Bell** est professeur au département de médecine de famille à l'Université de l'Alberta, à Edmonton. Le **D^r Thériault** est directrice du volet Rôle du médecin au Campus médical Outaouais de la Faculté de médecine de l'Université McGill à Montréal, Québec. Le **D^r Singh** est professeur agrégé au Département de médecine interne et au Département des Sciences communautaires de santé à l'Université du Manitoba à Winnipeg, et au Département d'hématologie et d'oncologie de CancerCare Manitoba. Le **D^r Grad** est professeur agrégé à la Faculté de médecine familiale de l'Université McGill.

Remerciements

Nous remercions la **D^r France Légaré** pour son soutien précieux et ses suggestions sur la mesure des décisions partagées en première ligne.

Intérêts concurrents

Tous les auteurs ont rempli les formulaires normalisés concernant les conflits d'intérêts de l'International Committee of Medical Journal Editors (accessibles sur demande auprès de l'auteur correspondant). Le **D^r Singh** déclare avoir reçu des subventions de Merck Canada et des honoraires personnels de Pendopharm et de Ferring Canada, sans rapport avec les travaux soumis. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt concurrent.

Correspondance

D^r Neil R. Bell; courriel: neilb@ualberta.ca

Références

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-8.
2. Health Quality Council of Alberta. *Primary healthcare panel report*. Calgary, AB: Health Quality Council of Alberta; 2019.
3. Qualité des services de santé Ontario. *MaPratique: Un rapport personnalisé pour l'amélioration de la qualité*. Toronto, ON: Qualité des services de santé Ontario; 2019.
4. *Multi-Source Feedback Plus+* [site web]. Edmonton, AB: College of Physicians and Surgeons of Alberta; 2019. Accessible à: www.cpsa.ca/your-practice/msf-plus. Réf. du 1^{er} août 2019.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44(3 Pt 2):166-203.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 2006;83(4):691-729.
7. Berwick D, Fox DM. "Evaluating the quality of medical care": Donabedian's classic article 50 years later. *Milbank Q* 2016;94(2):237-41.
8. Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *N Engl J Med* 2016;375(3):205-7.
9. Starfield B, Shiu L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
10. Best M, Neuhauser D. W Edwards Deming: father of quality management, patient and composer. *Qual Saf Health Care* 2005;14(4):310-2.
11. Montgomery DC, Jennings CL, Pfund ME. *Managing, controlling and improving quality*. Hoboken, NJ: Wiley; 2011.
12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(3):759-69.
13. Adair CE, Simpson E, Casebeer AL, Birdsell JM, Hayden KA, Lewis S. Performance measurement in healthcare: part I—concepts and trends from a state of the science review. *Healthc Policy* 2006;1(4):85-104.
14. Adair CE, Simpson E, Casebeer AL, Birdsell JM, Hayden KA, Lewis S. Performance measurement in healthcare: part II—state of the science findings by stage of the performance measurement. *Healthc Policy* 2006;2(1):56-78.
15. Institut canadien d'information sur la santé. *Liste des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2012.
16. Haj-Ali W, Hutchinson B; Primary Care Performance Measurement Steering Committee. *Establishing a primary care performance measurement for Ontario*. *Healthc Policy* 2017;12(3):66-79.
17. Qualité des services de santé Ontario. *Cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario Rapport du Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires en Ontario: Étape 1*. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014.
18. Qualité des services de santé Ontario. *MyPractice: primary care report technical appendix, version 4*. Toronto, ON: Qualité des services de santé Ontario; 2019.
19. Langton JM, Wong ST, Johnston S, Abelson J, Ammi M, Burge F et coll. Primary care performance measurement and reporting at a regional level. Could a matrix approach provide actionable information for policy makers and clinicians? *Healthc Policy* 2016;12(2):33-51.
20. Qaseem A, Fitterman N, Cross JT, Asch S, Barrett E, Basch P et coll. *Performance measurement. Preventive care: a review of the Performance Measurement Committee of the American College of Physicians*. Philadelphia, PA: American College of Physicians; 2018.
21. Premji K, Hogg W. *Let's not confuse measurable with meaningful in primary care*. Toronto, ON: Healthy Debate; 2016. Accessible à: https://healthydebate.ca/opinions/measure_performance_primary-care. Réf. du 8 juill. 2019.
22. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009;338:b1242.
23. Young RA, Roberts RG, Holden RJ. The challenges of measuring, improving, and reporting quality in primary care. *Ann Fam Med* 2017;15(2):175-82.
24. Katerndahl D, Wood R, Jaën CR. Complexity of ambulatory care across disciplines. *Healthc (Amst)* 2015;3(2):89-96. Publ. en ligne du 27 févr. 2015.
25. Upshur RE. Understanding clinical complexity the hard way: a primary care journey. *Healthc Q* 2016;19(2):24-8.

26. Sturmberg J. Complexity and primary care. In: WONCA Europe. *The world book of family medicine—European edition*. Istanbul, Turkey: WONCA Europe; 2015. Accessible à : <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/World%20Book%202015.pdf>. Réf. du 2 août 2019.
27. Roland M, Guthrie B. Quality and outcomes framework: what have we learnt? *BMJ* 2016;354:i4060.
28. Roberts ET, Zaslavsky AM, McWilliams JM. The value-based payment modifier: program outcomes and implications for disparities. *Ann Intern Med* 2018;168(4):255-65. Publ. en ligne du 28 nov. 2018.
29. Dickinson JA, Grad R, Wilson BJ, Bell NR, Singh H, Szafran O et coll. Quality of the screening process. An overlooked critical factor and an essential component of shared decision making about screening. *Can Fam Physician* 2019;65:331-6 (Eng), e185-91 (Fr).
30. *Understanding quality measurement*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Accessible à : www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chtoobox/understand/index.html. Réf. du 19 août 2019.
31. Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016;315(13):1329-30.
32. Bell NR, Grad R, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D et coll. Better decision making in preventive screening. Balancing benefits and harms. *Can Fam Physician* 2017;63:521-4 (Eng), 525-8 (Fr).
33. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE et coll. Shared decision making in preventive health care. What it is; what it is not. *Can Fam Physician* 2017;64:682-4 (Eng), e377-80 (Fr).
34. McCormack J, Elwyn G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. *BMJ Evid Based Med* 2018;23(4):137-9. Publ. en ligne du 12 juill. 2018.
35. Lang E, Bell NR, Dickinson JA, Grad R, Kasperavicius D, Moore AE et coll. Eliciting patient values and preferences to inform shared decision making in preventive screening. *Can Fam Physician* 2018;64:28-31 (Eng), e13-6 (Fr).
36. Bastemeijer CM, Voogt L, van Ewijk JP, Hazelzet JA. What do patient values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of quantitative paper. *Patient Educ Couns* 2017;100(5):871-81. Publ. en ligne du 24 déc. 2016.
37. Mansfield C, Tangka FK, Ekwueme DU, Smith JL, Guy GP Jr, Li C et coll. Stated preference for cancer screening: a systematic review of the literature, 1990-2013. *Prev Chronic Dis* 2016;13:E27.
38. Vernooij RWM, Lytvyn L, Pardo-Hernandez H, Albarqouni L, Canelo-Aybar C, Campbell K et coll. Values and preferences of men for undergoing prostate-specific antigen screening for prostate cancer: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8(9):e025470.
39. Mathioudakis AG, Salakari M, Pylkkanen L, Saz-Parkinson Z, Bremefeld A, Deandrea S et coll. Systematic review of women's values and preferences concerning breast cancer screening and diagnostic services. *Psychooncology* 2019;28:939-47. Publ. en ligne du 24 mars 2019.
40. Barr PJ, Elwyn G. Measurement challenges in shared decision making: putting the 'patient' in patient-reported measures. *Health Expect* 2016;19(5):993-1001. Publ. en ligne du 25 juin 2015.
41. Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Smith IP, Scholl I, Stiggelbout AM, Pieterse AH. The quality of instruments to assess the process of shared decision making: a systematic review. *PLoS One* 2018;13(2):e0191747.
42. Bouniols N, Leclère B, Moret L. Evaluating the quality of shared decision making during the patient-care encounter: a systematic review of tools. *BMC Res Notes* 2016;9:382.
43. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ Open* 2016;6(6):e010903.
44. Bai F, Ling J, Esoimeme G, Yao L, Wang M, Haung J et coll. A systematic review of questionnaires about patient's values and preferences in clinical practice guidelines. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:2309-23.
45. O'Connor AM, Stacey D, Jacobsen MJ. *Guide personnel d'aide à la décision*. Ottawa, ON: L'Hôpital d'Ottawa Institut de recherche, Université d'Ottawa; 2015.
46. Garvelink MM, Boland L, Klein K, Nguyen DV, Meneer M, Bekker HL et coll. Decisional Conflict Scale findings among patients and surrogates making health decisions: part II of an anniversary review. *Med Decis Making* 2019;39(4):315-26. Publ. en ligne du 29 mai 2019.
47. Légaré F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M et coll. Are you SURE? Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Can Fam Physician* 2010;56:e308-14. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/56/8/e308.full.pdf. Réf. du 30 sept. 2019.
48. School I, Kriston L, Dirmaier J, Buchholz A, Härter M. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire—physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Educ Couns* 2012;88(2):284-90. Publ. en ligne du 3 avr. 2012.
49. Doherr H, Christalle E, Kriston L, Härter M, School I. Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies—a systematic review. *PLoS One* 2017;12(3):e173904.
50. Rencz F, Tomási B, Brodszky V, Gulácsi L, Weszl M, Péntek M. Validity and reliability of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) in a national survey in Hungary. *Eur J Health Econ* 2019;20(Suppl 1):S43-55. Publ. en ligne du 20 mai 2019.
51. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 1984;252(21):2990-4.
52. Becerra Pérez MM, Meneer M, Brehaut JC, Légaré F. Extent and predictors of decision regret about health care decisions: a systematic review. *Med Decis Making* 2016;36(6):777-90. Publ. en ligne du 14 mars 2016.
53. Greenhalgh T, Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med* 2018;16:95. Publ. en ligne du 20 juin 2018.
54. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M et coll. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ* 2018;190:E1441-51.
55. Smith P, Busse R. Targets and performance measurement. Dans : Smith PC, Mossialos E, Papanicolaou I, Leatherman S, éditeurs. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2010. p. 509-36.
56. Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Health Policy* 2012;7(4):e101-19.
57. Appendix A: approaches to setting targets for quality improvement plans. Dans: Health Quality Ontario. *DQuality improvement plan (QIP) guidance document for Ontario's health care organizations*. Toronto, ON: Qualité des services de santé Ontario; 2017. p. 28-31. Accessible à : www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qip/appendix-a-target-setting-1611-en.pdf. Réf. du 21 août 2019.
58. Doran T, Kontopantelis E, Reeves D, Sutton M, Ryan AM. Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? *BMJ* 2014;348:g1591. Publ. en ligne du 4 mars 2014.
59. Born K, Sullivan T, Pendharkar S. *Missing the target on health care performance?* Toronto, ON: Healthy Debate; 2014. Accessible à : <https://healthydebate.ca/2014/01/topic/politics-of-health-care/missing-the-target>. Réf. du 21 août 2019.
60. Rohrbasser A, Harris J, Mickan S, Tai K, Wong G. Quality circles for quality improvement in primary health care: their origins, spread, effectiveness and lacunae—a scoping review. *PLoS One* 2018;13(12):e0202616.
61. Smith GI, Mercer SW, Gillies JC, McDevitt A. Improving together: a new quality framework for GP clusters in Scotland. *Br J Gen Pract* 2017;67(660):294-5.
62. Rohrbasser A, Guthrie B, Gillies J, Mercer S. *GP clusters briefing paper 12. Collaborative quality improvement in general practice clusters*. Version 12.0. Glasgow, Scot: Scottish School of Primary Care; 2017. Accessible à : www.sspc.ac.uk/media/Media_543940_smx.pdf. Réf. du 21 août 2019.
63. Gouvernement écossais. *Improving together: a national framework for quality and GP clusters in Scotland*. Edinburgh, Scot: Gouvernement écossais; 2017. Accessible à : www.gov.scot/publications/improving-together-national-framework-quality-gp-clusters-scotland. Réf. du 21 août 2019.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the November 2019 issue on page 790.

Lectures suggérées

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-8.

Young RA, Roberts RG, Holden RJ. The challenges of measuring, improving, and reporting quality in primary care. *Ann Fam Med* 2017;15(2):175-82.

Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016;315(13):1329-30.