

# Mener à bien la normalisation

Elise Paradis MA PhD Chanté De Freitas MSc Ruth Heisey MD CCFP FCFP Karen Burrell MSW RSW  
 Lisa Fernandes PharmD CDE Jane McLeod RN Cynthia R. Whitehead MD PhD CCFP FCFP

L'adoption progressive de la médecine fondée sur des données probantes (MFDP)<sup>1</sup> au cours des dernières décennies a incité les cliniciens des soins primaires à se pencher sur le rôle de la normalisation dans leurs pratiques. Nous avons été témoins de la prolifération de protocoles et de lignes directrices pour la prise en charge d'une diversité grandissante de problèmes et de maladies. Alors que certains, comme le Relevé postnatal Rourke, sont devenus partie intégrante de la pratique des soins primaires<sup>2-4</sup>, d'autres, y compris la multitude de lignes directrices particulières à une maladie, ont fait l'objet de plus de résistance et ont été décriés comme étant incompatibles avec la complexité des soins de première ligne<sup>5</sup>. Par exemple, comment peut-on s'attendre des médecins de famille et des infirmières praticiennes qu'ils concilient des lignes directrices contradictoires, élaborées par des spécialistes, dans le cas d'un patient qui souffre d'arthrose, de néphropathie chronique, de dépression, d'hypertension, de reflux gastro-œsophagien et d'incontinence urinaire?

Dans le commentaire qui suit, nous nous inspirons de la sociologie de la normalisation pour éclairer les réflexions de la communauté canadienne des soins primaires sur le sujet. Le bien-fondé de la normalisation est généralement bien connu; les normes aident à traduire les données probantes en pratiques et à réduire les variations préjudiciables, et elles favorisent des soins équitables pour les populations vulnérables. Nous proposons une approche plus critique à l'endroit du sujet, et nous abordons plusieurs questions: Quand la standardisation est-elle la plus optimale? Quand est-elle la moins optimale? Comment pouvons-nous accroître la probabilité de succès dans nos efforts de normalisation en soins primaires?

Les cliniciens de première ligne doivent travailler dans le cadre d'une diversité de problèmes biopsychosociaux. La compréhension des contextes et des situations où il est plus probable que la normalisation influence positivement les soins aux patients nous aidera tous à diriger nos ressources d'une manière plus efficace et efficace.

## Qu'est-ce que la normalisation?

Selon des sociologues, la *normalisation* est définie comme un processus d'harmonisation de choses ou de pratiques à travers le temps et l'espace par la production et l'implantation de règles convenues<sup>6</sup>. La normalisation compte parmi les principales forces derrière la modernité. Par exemple, la normalisation du temps a été instrumentale dans la croissance du transport ferroviaire des biens et des passagers au 19<sup>e</sup> siècle. Plus récemment, les normes du protocole de contrôle de

transmission (TCP) et du protocole Internet (IP) ont permis la communication par Internet.

Pour mieux comprendre les effets de la normalisation sur les soins de première ligne, nous croyons utile de suivre l'exemple de Timmermans et Epstein<sup>6</sup> et de classer les normes en 4 types: les normes de conception, qui déterminent les particularités des outils et des systèmes techniques (p. ex. les seringues graduées); les normes de terminologie, qui permettent une communication experte (p. ex. la Classification internationale des maladies); les normes de rendement, qui fixent des objectifs de pratique (p. ex. le nombre de patients vus par jour, la conformité avec les tests de dépistage recommandés pour le cancer colorectal, du sein et du col); et les normes de procédures, qui précisent les étapes dans un processus donné (p. ex. l'insertion d'un stérilet, les soins maternels, les soins pour le diabète).

Ces normes de divers types ont certains aspects en commun; elles sont élaborées au fil du temps, exigent une adhésion large et une adoption continue, et nécessitent d'être vérifiées périodiquement pour être efficaces. Pourtant, les cliniciens doivent résister à la tentation de confondre ces types de normes et d'ignorer leurs différences. La mise en vigueur de normes de conception pour la production de biens, comme des seringues, est une entreprise complètement différente de la mise en vigueur de normes de procédures dans des systèmes humains complexes. Ces dernières sont souvent élaborées pour composer avec des événements et des présentations de maladies *statistiquement fréquents* et, par conséquent, sont souvent trop simplistes pour tenir compte d'événements peu fréquents ou rares, et de présentations de maladies anormales, atypiques ou concomitantes. Lorsque nous créons un monde de normes pour définir un monde non standard, nous courons le risque de rendre la diversité invisible, de présumer que l'homme blanc est la personne «standard», et d'ignorer les effets du racisme, du sexisme ou d'autres iniquités structurelles sur la prestation des soins de santé.

En effet, la normalisation peut limiter l'adaptabilité, la flexibilité et l'unicité des systèmes. Elle contraint la façon dont les personnes interprètent et abordent la diversité et l'unicité des situations dans lesquelles elles sont placées et de chaque personne avec qui elles interagissent. En soins primaires, les compromis entre les soins centrés sur le patient et les protocoles de normalisation peuvent être bien réels, surtout parce que très peu d'études reflètent la complexité de la prise en charge des patients atteints de comorbidités multiples<sup>5</sup>. En outre, même si les ouvrages sur la MFDP reconnaissent

la nécessité d'adapter les normes mondiales de rendement et de procédures aux contextes locaux, la réussite de telles normes réside généralement dans leur transférabilité et leur facilité de déploiement *dans tous les contextes*<sup>7</sup>. C'est ce que Pronovost et ses collègues appellent l'étape de « l'extension » de la transposition des données probantes dans la pratique<sup>8</sup>.

Alors qu'une seringue graduée sera transférable dans des variations contextuelles extrêmes – d'un patient à l'autre, des pôles aux tropiques, des soins primaires au bloc opératoire – les normes de procédures ne le seront pas, surtout si elles ne sont pas élaborées localement et défendues sur le plan organisationnel, et si elles ne placent pas les patients et leur cheminement au centre de tous les systèmes d'amélioration continue<sup>9</sup>.

### Lorsque la normalisation fonctionne bien

Les normes de conception et de terminologie fonctionnent généralement pour améliorer la portabilité et l'uniformité des interventions et de la communication. Par ailleurs, les normes de terminologie évoluent historiquement, parfois au sein même des organisations des soins de santé, parfois à partir de l'extérieur, à la suite de pressions de communautés activistes. Par exemple, l'élimination de l'homosexualité de la deuxième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, en 1973, a transformé la façon dont les travailleurs de la santé ont été formés et appelés à interagir avec les patients gais et les patientes lesbiennes. De récentes conversations à propos d'interventions chirurgicales génitales chez les nourrissons visent à faire de même pour les états intersexués. Par exemple, les changements dans notre terminologie et notre langage à propos de l'homosexualité comme étant une variation naturelle dans l'orientation sexuelle au lieu d'un trouble mental changent 2 choses. D'abord, ils changent nos perceptions de la santé, de la maladie et de nos patients. Deuxièmement, à la suite « d'effets de boucles », ils reflètent et influencent des changements dans les populations elles-mêmes<sup>10</sup>.

La normalisation des processus est aussi essentielle pour la sécurité des patients et peut améliorer les issues sur le plan de la santé. Par exemple, la pratique en milieu hospitalier d'utiliser 2 identificateurs du patient à chaque nouvelle rencontre clinique est essentielle pour assurer des soins sécuritaires; elle devrait être adoptée par toutes les cliniques de pratique familiale.

Certaines normes de procédures efficaces sont largement utilisées dans les pratiques familiales: la fiche de cheminement des soins pour le diabète est réputée être une pratique exemplaire par les médecins qui traitent des patients atteints de diabète, et la rémunération des médecins pour de tels soins est associée à son utilisation<sup>11</sup>. Parmi d'autres exemples de réussite figure le Relevé postnatal Rourke, un outil d'évaluation fondé sur des données probantes pour les nourrissons et les

jeunes enfants. Cet outil combine des parties de l'évaluation réalisées, d'une part, par les soins infirmiers et, d'autre part, par les médecins, et il rassemble des données tirées des courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé. Il s'est montré efficace et est le plus utile lorsqu'utilisé de manière interprofessionnelle<sup>12</sup>.

De tels outils normalisés supposent un processus fondé sur des données probantes pouvant inciter les équipes de soins primaires à offrir des soins holistiques en remettant en question les pratiques locales, et en appelant à redéfinir les rôles et les champs d'activité de différents cliniciens. Ils peuvent aider les équipes à explorer des questions d'appropriation et de contrôle en identifiant le clinicien le mieux placé pour offrir un aspect des soins en particulier. Bien que l'utilisation de référentiels d'amélioration de la pratique comme Lean soit encore rare en soins primaires, elle s'est révélée prometteuse dans des milieux de soins plus aigus<sup>9</sup>. Plus particulièrement, l'inclusion de tous les membres de l'équipe, et la responsabilité confiée au personnel de première ligne dans le but d'améliorer les processus et d'offrir de la valeur ajoutée aux patients, sont des principes que nous devrions tous épouser. Nous croyons tous que nous prodiguons des soins de meilleure qualité lorsque les rôles sont plus clairs et les attentes, cohérentes.

### Lorsque la normalisation n'est pas à la hauteur

La normalisation n'est pas une panacée. C'est un point de départ pour approfondir le cas de chaque personne unique et distincte devant nous. Les patients ont confiance que nous ferons ce qui est bon pour eux et non pour la version la plus statistiquement fréquente du patient ayant un problème semblable ou se trouvant dans une situation similaire. La normalisation devrait servir de guide, sans réprimer la connexion, l'adaptation sur mesure et la créativité.

Dans les soins de santé, la MFDP et les guides de pratique clinique s'appuient sur la recherche publiée pour produire des normes qui prétendent aider les cliniciens à choisir le meilleur cheminement pour leurs patients. Pourtant, compte tenu de ce que nous savons après plus d'une décennie de recherche sur le sujet, ils ne sont pas utilisés uniformément dans la pratique clinique, et ils ont des effets limités sur la prise de décisions cliniques<sup>13-15</sup>. De fait, les normes concordent rarement avec la complexité des processus qu'ils essaient de normaliser et pourraient, dans certaines situations, détourner l'attention du but ultime d'améliorer la qualité des soins et les issues pour les patients.

Nous croyons que le défi est encore plus important en soins de première ligne, où nous aspirons à fournir des soins holistiques: voir la personne tout entière, dans tous ses systèmes psychosociaux et durant toute sa vie. Nos patients ne peuvent pas être découpés en parties ou en systèmes du corps et, par conséquent, il pourrait y avoir des normes contradictoires pour un patient en particulier,

surtout pour les patients qui souffrent de plus d'une maladie. Comme Upshur et d'autres l'ont fait remarquer, traiter un patient avec de multiples comorbidités en mettant en application une multitude de lignes directrices spécifiques à ces maladies est problématique sur le plan tant conceptuel que pratique<sup>16,17</sup>.

De la même façon, nous devons être prudents lorsque nous cherchons à normaliser les pratiques de professionnels et d'équipes individuels. D'une part, il semble évident que la normalisation des fournitures dans les salles d'examen de plusieurs professionnels et équipes augmentera l'efficacité. D'autre part, il n'est pas certain que la normalisation des façons dont les équipes interprofessionnelles travaillent ensemble produira des bienfaits évidents semblables. Si nous ne tenons pas soigneusement compte des patients que servent ces équipes et des cliniciens en cause (leur personnalité, leur expertise, leurs compétences, leurs préférences, etc.), il se pourrait que la normalisation nuise à des variations judicieuses dans la pratique.

Nous devons reconnaître que certains de nos processus normalisés limitent l'accès de nos patients aux services mêmes que nous mettons en place pour eux, surtout lorsque les besoins des professionnels de la santé sont orthogonaux à ceux des patients. Par exemple, les cliniques de nutrition ou de travail social du vendredi matin concordent bien avec l'horaire normal de notre personnel. Par ailleurs, de nombreux patients pourraient être incapables d'assister aux séances tenues durant les heures normales de bureau, en raison d'un emploi précaire, de responsabilités liées à la garde des enfants ou à l'aide aux aînés, ou encore d'un gestionnaire peu coopératif. D'autres patients souffrant d'anxiété sociale ou de problèmes de santé mentale pourraient trouver problématiques des activités en groupe, quelles qu'elles soient. Nous devons faire attention de ne pas créer des processus normalisés qui ne fonctionnent que pour un groupe restreint de patients. Si nous ne gardons pas les patients (dans leur identité à facettes multiples et diverses) au centre de nos efforts de normalisation, nous pourrions leur nuire par inadvertance.

Enfin, lorsque nous normalisons sans réfléchir, nous courons le risque de sous-évaluer les traits cliniques des experts, comme l'adaptabilité, la flexibilité, la discrétion et l'interprétation<sup>18</sup>. Nous perdons notre habileté à voir la diversité et l'unicité. Au lieu d'essayer de faire correspondre la mythique cheville ronde à un trou carré, nous devons reconnaître les normes de processus pour ce qu'elles sont: une première approximation, une invitation à voir la personne même devant nous. Des outils de communication comme la méthode SBAR (situation, contexte, évaluation, recommandation)<sup>19</sup> sont une excellente heuristique pour entamer une conversation. Pourtant, pour établir des relations et donner les meilleurs soins possibles, les cliniciens doivent apprendre à aller au-delà d'une norme autrement toute faite et qui semble

artificielle, et tenir compte de leurs propres valeurs et de celles de leurs patients aussi<sup>20</sup>. Nous pouvons saisir la différence entre une interaction véritable et une interaction scénarisée. Nos patients le peuvent aussi.

### **Pour que la normalisation soit adéquate**

Il est évident que les normes dans les soins de santé sont incroyablement utiles. La structure qu'elles procurent nous permet de nous concentrer sur les aspects plus compliqués et complexes des soins que nous offrons, et d'établir une connexion avec nos patients dans le but de déterminer où notre soutien est le plus immédiatement nécessaire.

Comment pouvons-nous utiliser les meilleures parties des processus et des pratiques de normalisation sans entraver la flexibilité et la créativité? Pour commencer, nous pourrions reconnaître qu'il y aura toujours des tensions productives entre les efficacités réalisées par la normalisation (p. ex. des ordinogrammes cliniques, comme la normalisation des espaces et des processus de travail des équipes pour le déroulement des soins aux patients) et le maintien d'approches créatives centrées sur le patient.

Ensuite, nous pourrions clarifier les différents processus et pratiques de soins qui pourraient ou non bénéficier d'une normalisation. Pour revenir à la terminologie de Timmermans et Epstein<sup>6</sup>, nous devrions peut-être nous attendre à ce que la normalisation soit utile sur les plans de la conception et de la terminologie, mais user de plus de prudence quand il s'agit des normes de rendement et des normes de procédures, comme les relations entre les membres de l'équipe ou l'assurance que nos patients diversifiés reçoivent des soins culturellement adaptés et individualisés.

Une autre étape consistera à surveiller les effets et les implications (déliés ou non) de divers efforts de normalisation<sup>9</sup>. Sans une telle démarche, nous pourrions omettre de reconnaître les conséquences tant positives que négatives des changements aux modèles de pratique. Il est essentiel d'obtenir un engagement transparent de toutes les personnes impliquées dans l'équipe de soins.

Enfin, à l'instar de tous les autres processus de changement, il est vital d'accorder une attention particulière aux dynamiques du pouvoir entre les cliniciens et avec les patients. Qui doit décider de normaliser quoi, où et quand? Qui participe à l'élaboration des normes? Qui a le privilège d'exercer son jugement professionnel à l'égard des normes? Des contraintes sont exercées par d'autres sur la propre pratique professionnelle de quels membres de l'équipe? Pour que les normes soient adéquates, nous devons faire 2 choses. Premièrement, nous devons élaborer des normes de processus et de rendement qui sont adaptées aux connaissances, aux besoins et à la dignité de tous les membres de l'équipe de soins. Deuxièmement, et c'est très important, nous devons veiller à placer les résultats pour les patients au centre de nos efforts de normalisation, et explicitement reconnaître et intégrer les voix

des groupes de patients qui ont été historiquement exclus. Si nous ne réussissons pas à régler ces iniquités dans les pouvoirs, nous échouerons à faire en sorte que la normalisation soit adéquate.



**M<sup>me</sup> Paradis** est sociologue et professeure adjointe à la Faculté de pharmacie Leslie Dan de l'Université de Toronto (Ontario), et scientifique au Wilson Centre du Réseau universitaire de santé. **M<sup>me</sup> De Freitas** est chercheuse en recherche qualitative à Toronto. La **D<sup>re</sup> Heisey** est directrice de la médecine familiale et directrice médicale au Peter Gilgan Centre for Women's Cancers à l'Hôpital Women's College à Toronto, chercheuse clinicienne et professeure agrégée au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. **M<sup>me</sup> Burrell** est travailleuse sociale clinicienne et psychothérapeute au Centre de santé de pratique familiale de l'Hôpital Women's College, et chargée de cours adjointe à la Faculté de travail social Factor-Inwentosh et au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. **M<sup>me</sup> Fernandes** (Pharm. D.) est pharmacienne clinicienne au Centre de santé de pratique familiale de l'Hôpital Women's College et professeure adjointe (statut seulement) au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. **M<sup>me</sup> McLeod** est infirmière autorisée au Centre de santé de pratique familiale de l'Hôpital Women's College. La **D<sup>re</sup> Whitehead** est médecin de famille à l'Hôpital Women's College, professeure au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, directrice et scientifique au Wilson Centre.

#### Remerciements

Ce commentaire s'inspire d'une étude de recherche financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

D<sup>re</sup> Cynthia R. Whitehead; courriel [cynthia.whitehead@utoronto.ca](mailto:cynthia.whitehead@utoronto.ca)

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.

2. Li P, Rourke L, Leduc D, Arulthas S, Rezk K, Rourke J. Rourke Baby Record 2017. Clinical update for preventive care of children up to 5 years of age. *Can Fam Physician* 2019;65:183-91 (ang), e99-109 (fr).
3. Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 1: overview of the next generation of the Rourke Baby Record. *Can Fam Physician* 1998;44:558-67.
4. Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 2: education and advice section of the next generation of the Rourke Baby Record. *Can Fam Physician* 1998;44:568-72.
5. Pimlott N. Who has time for family medicine? *Can Fam Physician* 2008;54:14-6.
6. Timmermans S, Epstein S. A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization. *Annu Rev Sociol* 2010;36:69-89.
7. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q* 2009;13(Spec No):16-23.
8. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ* 2008;337:963-5.
9. Toussaint JS, Berry LL. The promise of Lean in health care. *Mayo Clin Proc* 2013;88(1):74-82.
10. Hacking I. Making up people. Dans: Stein E, rédacteur. *Forms of desire: sexual orientation and the social constructionist controversy*. New York, NY: Garland; 1990. p. 9-88.
11. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2018;42(Suppl 1):S1-325.
12. Warmels G, Johnston S, Turley J. Improving team-based care for children: shared well child care involving family practice nurses. *Prim Health Care Res Dev* 2017;18(5):507-14.
13. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
14. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995;345(8953):840-2.
15. Salloch S. Who's afraid of EBM? Medical professionalism from the perspective of evidence-based medicine. *Med Health Care Philos* 2017;20(1):61-6.
16. Pearce W, Raman S, Turner A. Randomised trials in context: practical problems and social aspects of evidence-based medicine and policy. *Trials* 2015;16:394.
17. Upshur REG, Tracy S. Chronicity and complexity. Is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician* 2008;54:1655-8.
18. Moulton CA, Regehr G, Mylopoulos M, MacRae HM. Slowing down when you should: a new model of expert judgment. *Acad Med* 2007;82(Suppl 10):S109-16.
19. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(3):167-75.
20. Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics* 2015;16(1):69.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

*Can Fam Physician* 2021;67:329-32. DOI:10.46747/cfp.6705329

This article is also in English on page 323.