



De la théorie à la pratique clinique : Une revue systématique de l'approche des microsystemes cliniques.

André Côté, Ph.D.

Idrissa Beogo, Ph.D.

Clémence Dallaire, Ph.D.

Maude Laberge, Ph.D.

Septembre 2018

Centre de recherche en gestion des services de santé



UNIVERSITÉ
LAVAL

Trois questions !

- Conceptuellement, les microsystèmes cliniques (MSC) peuvent-ils être considérés comme une approche originale, intéressante et pertinente pour une amélioration effective des soins et des services et de santé ?
 - Quelles sont ses assises théoriques ?
 - Qu'est-ce qui caractérise cette approche ?
- Empiriquement, répondent-ils aux attentes exprimées à son égard ?
 - Les CMS permettent-ils de mieux répondre aux besoins et aux attentes des patients ?
 - Permettent-ils d'améliorer la dynamique interactionnelle entre les différents intervenants cliniques ?
 - Ont-ils une incidence significative sur la qualité des soins et la sécurité des patients ?
- Les MSC possèdent-ils les bases théoriques et les outils conceptuels appropriés pour permettre une transformation significative des pratiques cliniques ?

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature (Guide PRISMA)

Les mots-clés : "clinical microsystem", "clinical microsystems", "microsystem prerequisites", "clinical microsystem leadership", "clinical microsystems patient", "microsystems patient safety", "clinical microsystem processes", "clinical microsystem".

Période : De 2000 à 2018

Bases de données : Pub Med (Medline), Web of science, CINAHL, ABI/Inform, Cochrane Library and EMBASE

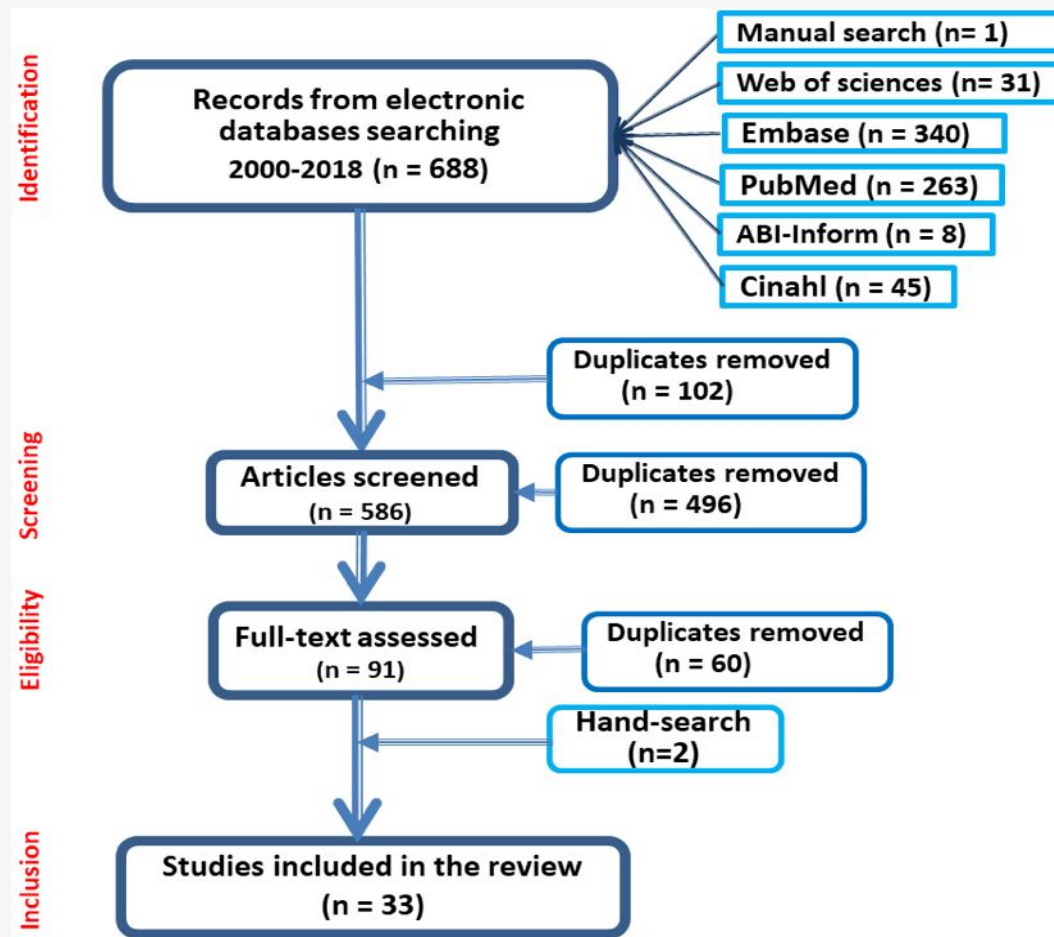


Fig 1. Prisma flow diagram illustrating the search strategy

■ Une définition

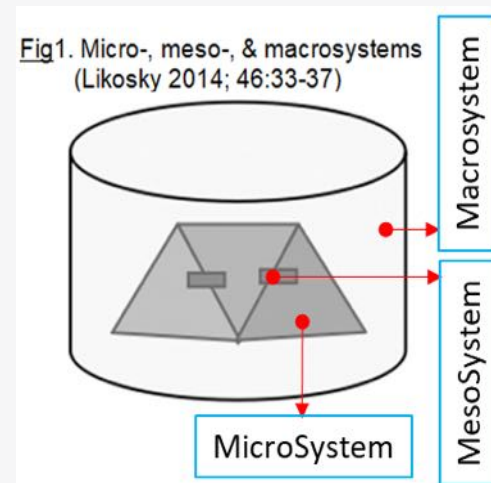
Les microsystèmes cliniques (**MSC**) sont **des petites unités ou blocs fondamentaux de** personnes qui travaillent ensemble et interviennent directement auprès des patients ou à une population particulière de patients.

Ces unités constituent les principales composantes opérationnelles de l'organisation et sont donc **responsables de la qualité et de la valeur des soins** et des services délivrés

Le **MSC** possède toujours à son **centre un patient** auprès duquel l'équipe tente de répondre aux besoins de santé. Cette équipe peut être réunie de manière ponctuelle afin de répondre à un besoin urgent et se disperser ou bien être une équipe qui travaille ensemble sur une base régulière

Les **MSC** ont une **finalité clinique** où **l'optimisation des processus** ainsi que le **partage de l'information** sont les outils principaux d'amélioration continue et mesurable de la performance au sein de ceux-ci.

Les **MSC** sont basés sur le **travail en équipe multidisciplinaire**



■ Quelques exemples de microsystemes

- Une **unité ambulatoire** dispensant l'ensemble des soins et des services préopératoires, une **unité d'hospitalisation postopératoire** ou **un laboratoire de gastro-entérologie** sont tous des microsystemes cliniques.
- Ces unités s'interconnectent avec d'autres unités au sein d'une plus grande organisation (macro) comme un hôpital.
- Le centre opérationnel d'un hôpital apparaît donc comme un réseau développé de microsystemes œuvrant à offrir des soins de qualité les mieux appropriés à différentes clientèles cibles

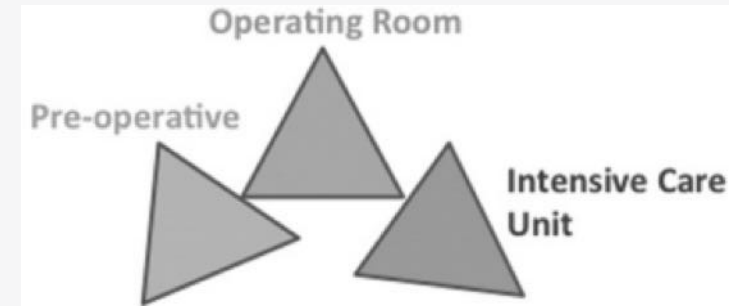
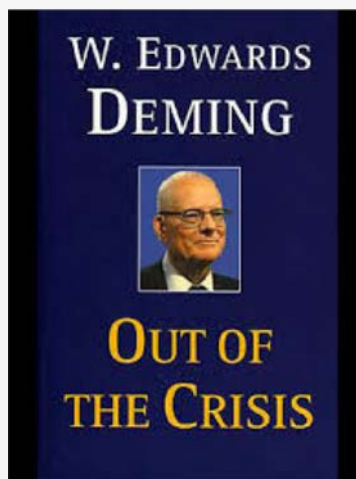


Fig1. Micro-, meso-, & macrosystems
(Likosky 2014; 46:33-37)

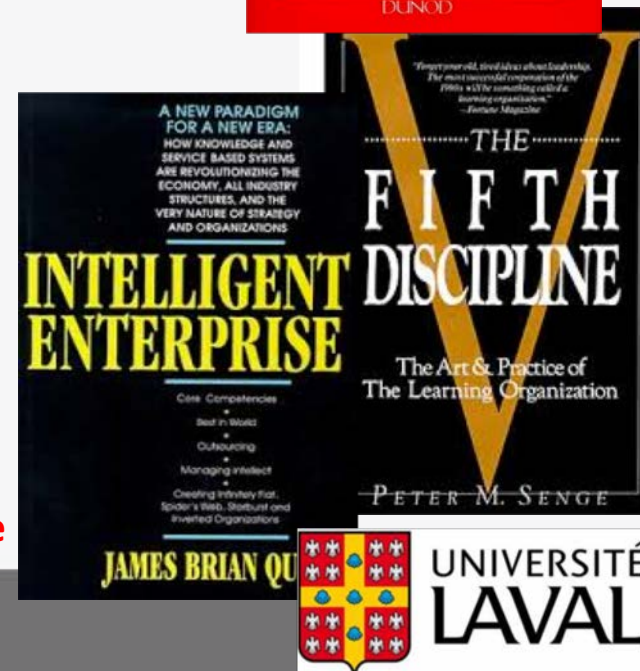
Ses assises théoriques

La théorie générale des systèmes : « *At the heart of the microsystem is the fact that humans have difficulty in understanding the complexities caused by the dynamic and systemic nature of certain problems. It is necessary to have the means and methods to represent the complexities and dynamics of a system to support learning, problem solving, decision making, and policy formulation.* » (Barach & Johnson, 2006 : 11)

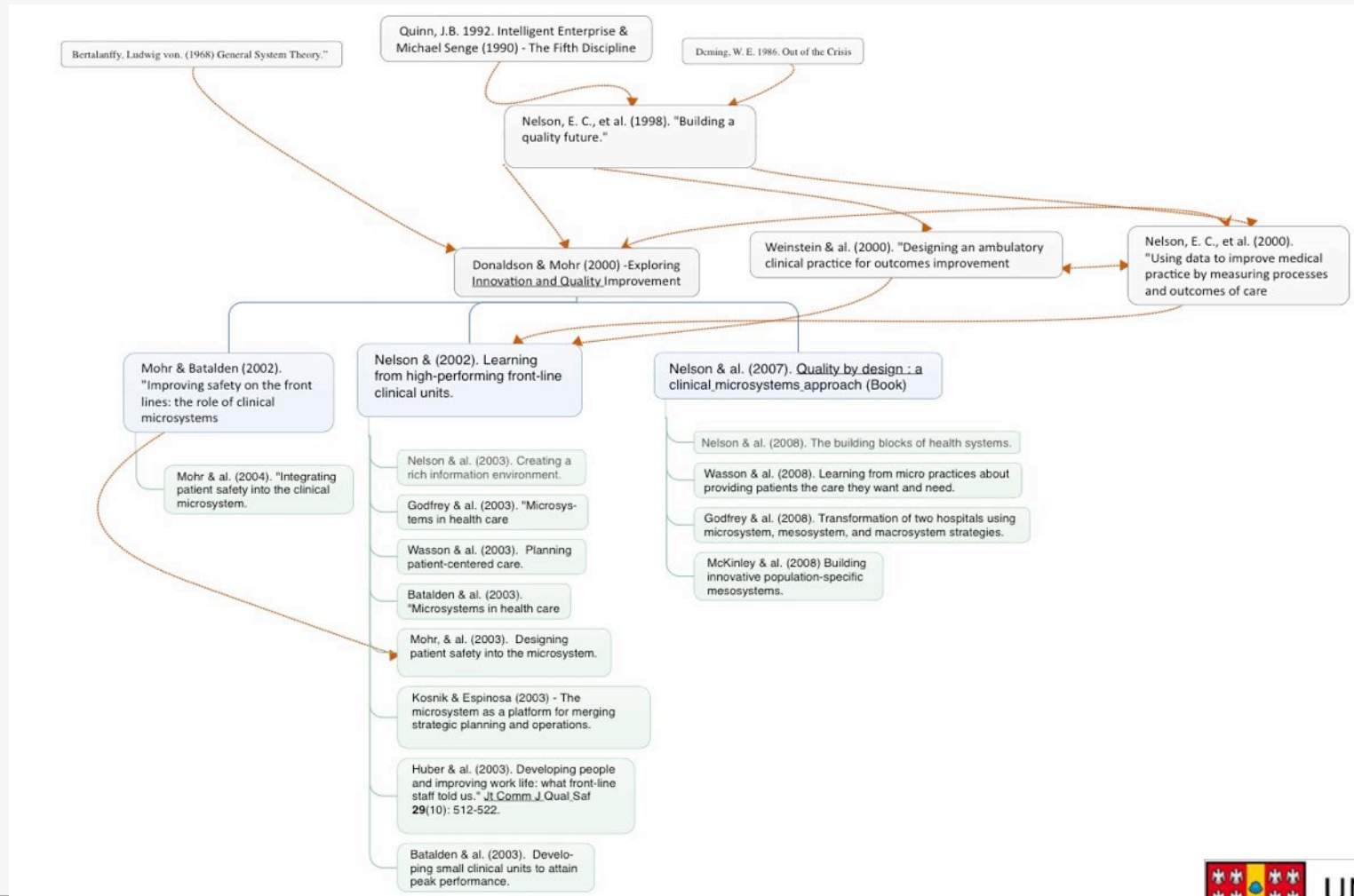


L'amélioration continue de la qualité :
« *Improve Quality, you automatically improve productivity... Without data you're just another person with an opinion... Quality is everyone's responsibility* » - W. Edwards Deming (2000)

L'organisation apprenante : Une volonté d'appliquer les préceptes de Peter Senge (1990) et de James Brian Quinn (1992) à la réalité hospitalière : **savoir, services et technologie**



La construction du concept

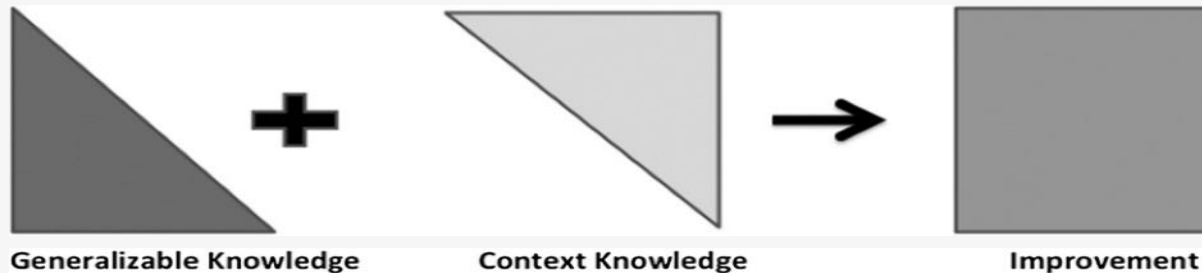
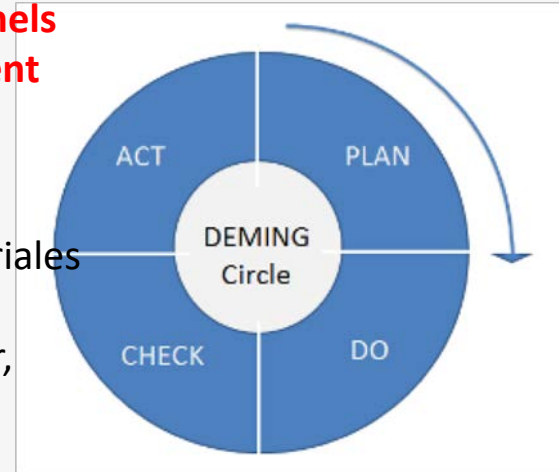


Les éléments caractériels des microsystèmes cliniques

Dimensions retenues (Quinn, 1992)	Les éléments caractérielles
Savoir	Une organisation en quête de savoir
Service	Une approche centrée sur le patient
	La qualité des actes prodigués et la sécurité des patients comme préoccupations
	Le focus est mis sur les pratiques professionnelles et interprofessionnelles
Technologie	La prépondérance de la mesure et des données probantes
	Un système d'information agile

■ Une organisation en quête de savoir

- **Un mode d'organisation qui affine à la fois les processus opérationnels et les dynamiques d'apprentissage notamment par le développement des habiletés intellectuelles.**
- **Produire tout en cherchant constamment à améliorer les modes de production** notamment par le développement de pratiques managériales favorisant la résolution de problèmes, la recherche intelligente de solutions et la mise en place des correctifs appropriés.» (Thannhuber, 2005).



Formula for quality improvement (Likosky, 2014)

What is the evidence suggest from scientific literature

What do we learn from each other & from understanding clinical situation

What is the evidence suggest from scientific literature

Ce qui est recherché est la flexibilité des modes opératoires

Centré sur l'expérience patient

- L'accent est mis sur **les points de services** (front line), là où se rencontrent les usagers et les professionnels de la santé.
- **Un dialogue constant avec l'utilisateur** dans un dessein de chercher à répondre continuellement à ses besoins et à ses attentes. « *At the heart of an effective microsystem is a productive interaction between an informed, activated patient and a prepared, proactive practice staff.* (Wasson & all.,2003)
- **Des groupes homogènes d'utilisateurs** : *Geographic alignment fosters mutual respect, cohesiveness, communication, timeliness, and face-to-face problem solving and has been linked to improved patient satisfaction, decreased length of stay and reductions in morbidity and mortality.* » (Stein et al., 2015)
- **Centered Service** : se réfère spécifiquement à la demande de services, soit l'identification des attentes et des besoins d'une population cible tout au long de son parcours de soins
- **Patient Centered Care** : se rapporte spécifiquement à l'offre de soins, soit à la programmation des soins les plus appropriés pour chaque patient en particulier

■ La qualité des actes prodigués et la sécurité des patients comme préoccupations premières

L'approche des microsystemes cliniques se distingue des autres approches industrielles transposées dans le domaine de la santé par la primauté des impératifs cliniques

Safety & quality improvement) sur les prérogatives d'efficience (ex. lutte contre le gaspillage) ou de contrôle des couts.(E. Ferlie & Shortell, 2001; Hedegaard & Ahl, 2013; Eugene C. Nelson, Batalden, & Godfrey, 2007a)



Le danger des amalgames

Le focus est mis sur les pratiques professionnelles et interprofessionnelles

« Teams represent a potentially powerful lever for change (Pettigrew, Ferlie, and McKee 1992). »

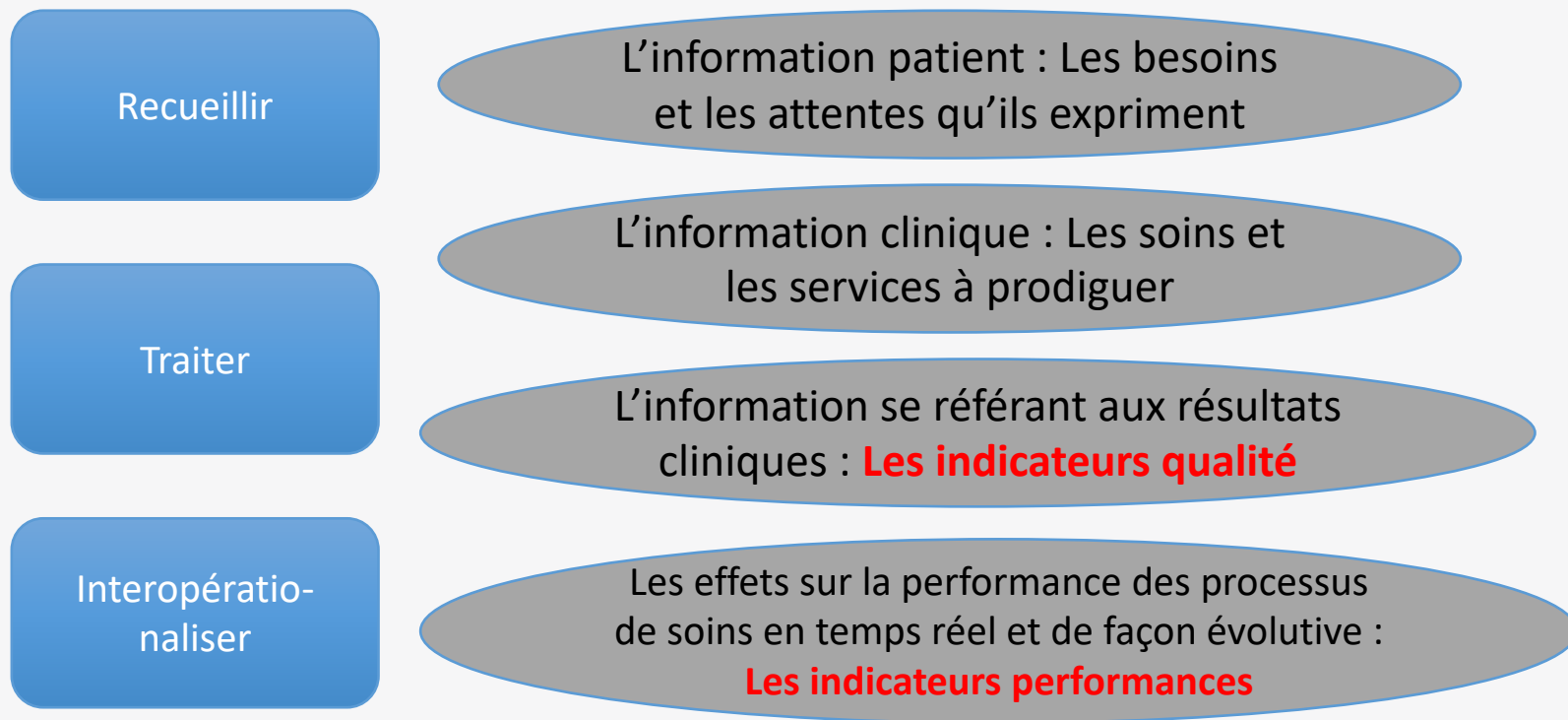
“ Effective use of Microsystems depends on working in teams, developing leadership, using simple and understandable measures of outcomes, and involving the entire staff in the process.” (Kollich & all., 2011)

“ CMS approach involves having an in-depth understanding of the team and its associated structures and processes, so that this might identify areas for action around improvement.” (William & all. 2009)

« Turns the spotlight onto the growth and development of staff—the greatest asset of virtually all clinical microsystems. » (Huber et al., 2003)

Le focus doit être mis sur la formation, l'information, la communication et le travail interdisciplinaire.

Un système d'information agile



Réf. : E. Ferlie & Shortell, 2001

Une finalité avant tout clinique clinique

« Les microsystèmes ont une **finalité clinique** où **l'optimisation des processus** ainsi que le **partage de l'information** sont les outils principaux d'amélioration continue et mesurable **de la qualité et de la sécurité** au sein de ceux-ci.

Ce qui est recherché

- *Greater standardization of common activities and customization of care to individual patients,*
- *Greater use and analysis of information to support daily work,*
- *Consistent measured improvement in performance,*
- *Extensive cooperation and teamwork across disciplines and specialties within the microsystem, and*
- *An opportunity for spread of best practices across microsystems within their larger organizations. (Mohr & Batalden, 2002)*

■ Empiriquement, répondent-ils aux attentes exprimées à leur égard ?

Les questions posées	Les réponses obtenues
Les CMS permettent-ils de mieux répondre aux besoins et aux attentes formulées à leur égard ?	Une meilleure compréhension tant des attentes et des besoins des patients que de ceux des cliniciens
	Une plus grande implication des patients dans la définition et l'application de leur plan de soins.
	Une amélioration significative plus grande satisfaction de part et d'autre en ce qui a trait à l'expérience clinique
Permettent-ils d'améliorer la dynamique interactionnelle entre les différents intervenants cliniques ?	Une adhésion rapide des intervenants cliniques
	Un désir accru et senti de s'impliquer dans une approche visant l'amélioration des pratiques cliniques
	Un accent mis sur le travail interdisciplinaire
	Une plus grande ouverture à l'égard du leadership clinique infirmier
Ont-ils une incidence sur la qualité des soins et la sécurité des patients ?	Oui ! Définitivement et significativement

Les MSCs possèdent-ils les bases théoriques et les outils conceptuels appropriés pour permettre une transformation significative des pratiques cliniques ?

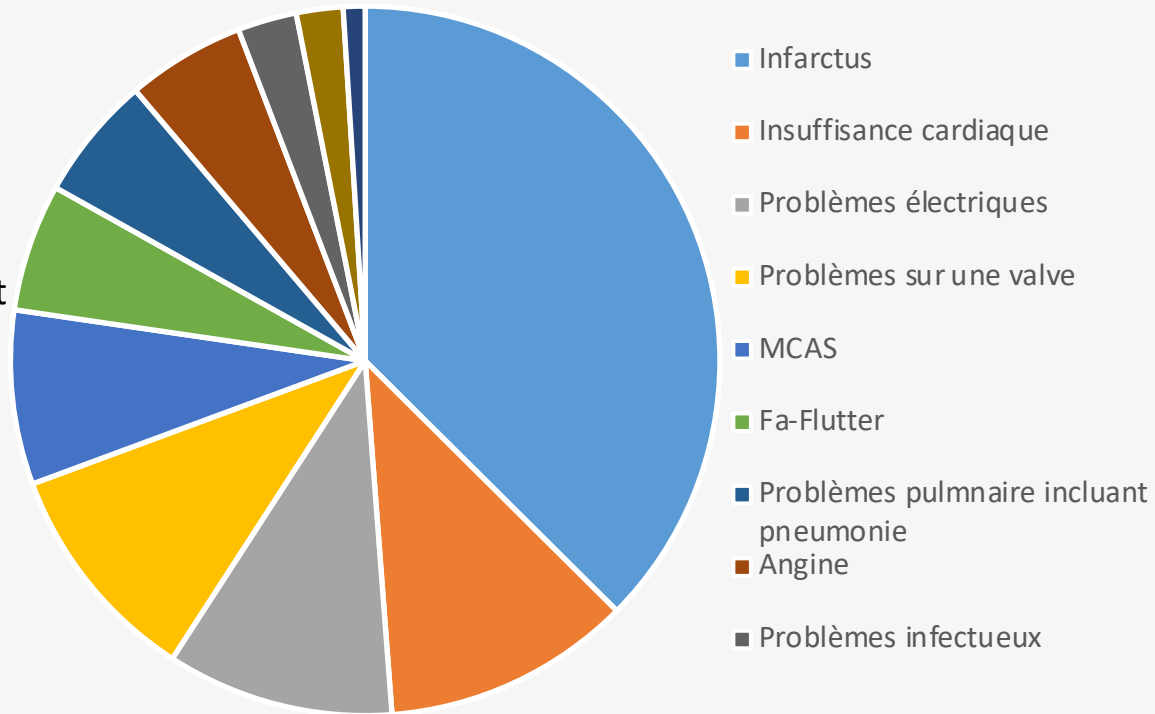
Trois interrogations :

- Le regroupement des usagers (clientèles)
- Le pouvoir médical
- L'approche communicationnelle

Le regroupement des clientèles

Microsystème clinique IUCPQ - 4^e Pavillon central (CARDIOLOGIE)

- Infarctus: 264
- Insuffisance cardiaque: 80
- Problèmes électriques: 73
- Problème sur une valve: 72
- MCAS: 56
- FA-Flutter: 41
- Problèmes pulmonaire incluant pneumonie: 40
- Angine : 38
- DTEI-TakoTsubo-DT: 23
- Cardiopathie: 22
- Problèmes infectueux: 19
- Myo/Péricardite: 19
- Syncope-Lipothymie: 15
- Problèmes stimulateur: 7
- Greffe cardiaque: 2
- Mort subite: 3
- Autres problèmes: 29



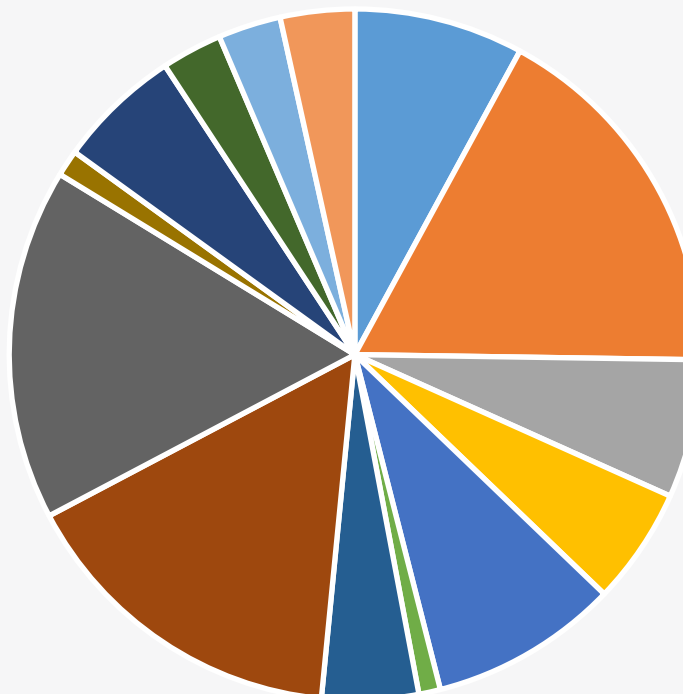
Diagnostic principal d'admission

Pour un total de 803 diagnostics.

Le pouvoir médical

Microsystème clinique IUCPQ - 4^e Pavillon central (CARDIOLOGIE)

- FA-Flutter :251
- HTA :548
- Diabète de type 2 :205
- IRC: 173
- Valvulopathie: 280
- Dysfonction VD: 32
- Dysfonction VG: 143
- DLP: 498
- MCAS: 521
- HTP: 39
- Pacemaker: 183
- Cancer : 90
- Obésité: 93
- MPOC: 110



- Fa-Flutter
- HTA
- Db type 2
- IRC
- Valvulopathie
- Dysfonction VD
- DysfonctionVG
- DLP
- MCAS
- HTP
- Pacemaker
- Cancer

Pour un total de 3166 pour les 811 clients avec une moyenne de 3,9 par clients.

Antécédents-comorbidités

Le pouvoir médical

- Les fondements des MSCs reposent sur le travail en équipe interdisciplinaire. Ce qui a pour résultante de fondre la pratique médicale dans un tout en partant de la prémisse que la qualité et la sécurité de la pratique des uns ont une incidence sur celles des autres.
- La responsabilité individuelle s'étend donc au-delà de la performance individuelle. Bref, les intervenants cliniques autres que médicaux se voient confier un droit de regard sur la pratique médicale, de façon théorique du moins ;
- Phénomène plus qu'improbable dans une dynamique sociale fortement subordonnée au pouvoir médical.

La logique interprofessionnelle que préconisent les tenants des MSCs risque donc de se heurter à un des fondements de la pratique médicale, la responsabilité professionnelle des médecins.

L'agir communicationnel

- L'approche des CMS est et demeurera limitée tant et aussi longtemps qu'elle n'interviendra que sur l'action stratégique.
 - *Par la formalisation et l'uniformisation* "How are economic and human resources used in the best way?"
 - ***Par l'informatisation et les systems de contrôle*** "How can a manager maintain an asymmetric relation to his colleagues so as to reinforce his position of power?"
 - ***Par la mesure*** "How can the organization be differentiated to measure and compare performance outcomes?" (Norman & al., 2013)
- **Un réel changement ne peut se produire que par une transformation des structures sociales, soit le développement d'un sens commun, d'une compréhension (interprétation) commune du contexte et des événements vécus ou que l'on désire faire vivre à une population cible.**

Conclusion !

- Une approche originale, intéressante et pertinente focalisée sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services de santé
- Les outils proposés ont été conçus en tenant spécifiquement compte de la réalité hospitalière
- Qui plus est, ils ont été éprouvés dans différents milieux et différents contextes
- Une approche flexible et, par conséquent adaptable, à différentes réalités
- Les cliniciens démontrent une belle ouverture à l'égard de cette dernière
- Toutefois, l'incidence de l'approche sur la dynamique du pouvoir des professionnels médicaux est pour le moins occulté
- Ne tient aucunement compte de l'action communicationnelle qui vise à développer un sens commun, une compréhension (interprétation) commune du contexte et des événements vécues ou que l'on désire faire vivre à une population cible.

■ Merci de votre attention !



Gracieuseté : Daniel Pascot (2016)