

S'attaquer au généralisme: utiliser les chiffres pour contrer un argument faible

Peter Hutten-Czapowski,
MD
Rédacteur scientifique,
JCRM
Haileybury (Ont.)

Correspondance :
Peter.Hutten-Czapowski;
phc@srpc.ca

On dit souvent qu'il y a 3 sortes de mensonges: le mensonge, le sale mensonge et les statistiques. Les chiffres servent souvent à donner une apparence de substance à un argument qui serait autrement risible. Le concept émanant des politiques de santé selon lequel le volume peut se substituer à la qualité en est un.

À première vue, la proposition est simple. On exclut les préoccupations liées aux faibles volumes, en raison de difficultés « inhérentes » au niveau de la qualité (p. ex., Rolls-Royce et l'obstétrique en milieu rural), en faveur de celles qui ont trait aux volumes importants (p. ex., General Motors et les spécialistes en médecine et en chirurgie). Cette approche « bien entendu » les résultats ... sauf dans le cas des 30 millions de véhicules rappelés par GM cette année¹ et des milliers de rapports de pathologie jugés inexacts au Nouveau-Brunswick².

Effectivement, le volume n'est pas un prédicteur de qualité. Les gros volumes garantissent seulement que de nombreuses personnes seront touchées lorsque la qualité s'effrite.

Dans notre système médical très centralisé, on a constaté que des services très spécialisés (p. ex., l'intervention de Whipple et le pontage aortocoronarien) sont les seuls à produire des résultats liés aux volumes³.

Plus précisément, on a constaté que l'obstétrique à faible volume est au moins aussi sécuritaire que l'obstétrique pratiquée dans les grands centres^{4,5}. De plus, la simple équivalence entre les résultats de services fournis en milieu rural et urbain ne signifie pas que l'on obtiendra les mêmes résultats si l'on envoie tout le monde dans les grands centres. L'éloignement des services importe. Grzybowski et ses collaborateurs⁶ ont constaté que dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, les coefficients rajustés de probabilité de mortalité périnatale chez les nouveau-nés de régions

desservies situées à plus de 4 heures des services s'établissaient à 3,17 (intervalle de confiance à 95 %, 1,45–6,95). Ces données s'appliquent à l'obstétrique en milieu rural, domaine qui a été bien étudié, mais les principes qu'elles illustrent s'appliquent tout autant à la médecine familiale, à l'anesthésie et à la chirurgie en milieu rural, notamment.

Face à des preuves de sécurité lorsque les volumes sont faibles et à des données probantes démontrant que la fermeture de services locaux peut aggraver les résultats, pourquoi parler même de chiffres? Les discussions ne devraient-elles pas porter plutôt sur la façon de déterminer et d'assurer la densité de services de santé locaux qui permettra de fournir de la façon la plus efficace des soins à la population?

Et lorsqu'il est question de la prestation de soins de santé sécuritaires, efficaces et efficaces à de nombreux niveaux de soin, je soupçonne qu'il serait bénéfique pour le Canada de compter plus de médecins ruraux et d'hôpitaux ruraux fournissant plus de services et non moins. Qu'on me prouve que j'ai tort.

RÉFÉRENCES

1. Media Online GMGM. 2014 year-to-date North American recalls including exports. Le 28 mai 2014. En ligne : http://media.gm.com/content/dam/Media/images/US/Release_Images/2014/05-2014/recalls/Recalls-Running-Total.jpg (consulté le 4 décembre 2014).
2. Bissett K. The Canadian Press. Lawsuit over pathology errors in N.B. can proceed as class-action. CTV News Atlantic. Le 27 février 2014. En ligne : <http://atlantic.ctvnews.ca/lawsuit-over-pathology-errors-in-n-b-can-proceed-as-class-action-1.1706347#ixzz3Kx7EjJ4F> (consulté le 5 décembre 2014).
3. *Les soins de santé au Canada*. Ottawa (Ont.): Institut canadien d'information sur la santé; 2005. En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/hcic_2005_f.pdf (consulté le 4 décembre 2014).
4. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in northern Ontario. *Can Med Assoc J* 1984;130:571-6.
5. Groupe de travail sur la déclaration de principe commune. Soins de maternité en région rurale. *Can J Rural Med* 2012;17:135-41; sommaire en français à la page 142: <http://srpc.ca/trr2013/thebus/jpmonmc.pdf>.
6. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res* 2011;11:147.