



«Qualité dans le système de santé»
**Perspectives et indicateurs:
 de l'individuel au collectif**

Impressum

Édité par l'«allianz q»

Doris Fischer-Taeschler

Présidente de l'«allianz q»

Riedweg 16

CH-5707 Seengen

E-mail: doris@fischer-taeschler.ch

Équipe de rédaction: Doris Fischer-Taeschler, Sara Käch, Carolin Lorber

Conception: Continue AG, Bâle

Photos: Michel Matthey de l'Étang

Deutschsprachiges Original verfügbar

© allianz q, 2016 Bâle

L'«allianz q» est un regroupement d'acteurs du système de santé: Association suisse du diabète (SDG-ASD), organisation de patients OsteoSwiss, Association des médecins pharmaciens ApA, Fédération des médecins suisses (FMH), H+ Les Hôpitaux de Suisse, Interpharma, Merck Sharp & Dohme-Chibret (MSD), Zurich Heart House et particuliers. L'«allianz q» met le patient au premier plan et soulève la question de la qualité, qualité de la prise en charge en particulier, sous tous ses aspects. Elle expose les problèmes, demande les chiffres et met le doigt sur ce qui est significatif du point de vue épidémiologique et économique: le cancer du sein, les dépressions, le diabète, l'ostéoporose, la BPCO, les maladies cardio-vasculaires. L'«allianz q» revendique des incitations adéquates, recherche des modèles et implique des experts qui définissent des solutions. L'«allianz q» existe depuis janvier 2010.

Sommaire

Éditorial

Revers et chance pour plus de qualité dans le système de santé	2
---	---

Qualité du point de vue individuel

Quels aspects sont au premier plan?

<ul style="list-style-type: none">• Qualité du point de vue des patients• Qualité du point de vue des médecins• Qualité du point de vue de l'industrie• Qualité du point de vue des assureurs	4
--	---

Discussion

«Pas de financement pour la coordination»	14
---	----

Prix de l'innovation 2016 de l'«allianz q»

«La prise en charge du diabète peut être très gratifiante»	16
--	----

La mesure de la qualité n'est pas une fin en soi

Le point de vue de l'OFSP	19
---------------------------	----

La transparence améliore la qualité

Le point de vue de la CDS	22
---------------------------	----

Table ronde

Le Conseil des États surprend, mais récolte aussi des avis positifs	25
---	----

Revers et chance pour plus de qualité dans le système de santé

Le refus du Conseil des États d'entrer en matière sur le projet de renforcement de la qualité du Conseil fédéral lors de la dernière semaine de session a conféré à la rencontre de l'«allianz q» sur le Stoos une actualité inattendue et a nettement influencé les discussions. Le «non» catégorique de la Chambre basse a surpris la plupart des participants, même si des signaux clairs s'étaient fait entendre en provenance des milieux politiques. Les intervenants et les participants ont laissé entendre à plusieurs reprises une certaine perplexité quant à la suite des événements. L'image morose a été complétée par l'échec, quasiment au même moment, des négociations sur Tarmed.

Néanmoins, je n'irais pas jusqu'à parler d'une impasse sans issue. Dans l'intérêt des patients et de la qualité du système de santé, il faut y mettre du nôtre. Si nous ne le faisons pas volontairement, l'État risque d'intervenir encore plus. Oliver Peters, vice-directeur de l'OFSP et responsable de l'Unité de direction Assurance maladie et accident, l'a clairement laissé entendre. Bien que la loi soit claire, l'OFSP est jusqu'à présent peu intervenu dans le domaine de la qualité, a-t-il dit. Mais il se peut que nous ayons bientôt affaire à plus d'approches et de décisions «top-down» que nous ne le souhaitons. De l'avis de plusieurs intervenants importants de la conférence du Stoos, il serait donc souhaitable que le Conseil national entre en matière sur le projet du Conseil fédéral et l'améliore de manière à aboutir à un compromis viable. Mais les chances ne sont pas très bonnes.

Personnellement, dans l'intérêt des patients, je suis pour renforcer l'approche «bottom-up». Trois millions de patients n'ont pas de médecin de famille, nombre d'entre eux ne sont pas en mesure d'assumer la fameuse responsabilité individuelle dont on parle tant. L'«empowerment» ne vient pas de lui-même, il faut éduquer les patients. Tous les prestataires doivent s'y mettre, car il n'y aura pas plus d'argent à l'avenir. «Des facteurs mous et le jugement subjectif sont aussi décisifs pour la satisfaction du patient», a conclu l'atelier correspondant. Le principal critère attendu reste la confiance. Cependant, nous devons investir pour améliorer la coordination entre les prestataires. En particulier les malades chroniques souffrent d'interfaces ou de liaisons mal définies.



Doris Fischer-Taeschler, présidente de l'«allianz q»

Dans la discussion, Urs Hürlimann, conseiller d'État de Zoug, a souligné: «Force est de constater que nous avons un excellent système de santé.» Mais comme l'a dit Oliver Peters de l'OFSP avec une pointe de polémique, «il est aussi gros et cher», et nous restons enfermés dans nos compartiments. Par sa conférence annuelle sur le Stoos, l'«allianz q» veut contribuer à réduire les obstacles et à améliorer la qualité du système de santé. Mais notre travail n'est pas terminé, il reste fort à faire.

Doris Fischer-Taeschler,
présidente de l'«allianz q»

Qualité du point de vue individuel

Quels aspects sont au premier plan?

- **Qualité du point de vue des patients**

«Pas assez de coordination»

Sven von Ow, président de l'Association shaffhousoise du diabète, s'est exprimé au nom des malades chroniques. Multiplement concerné (diabétique de type 1, atteint d'un cancer depuis quatre ans et de problèmes cardiaques héréditaires), il trouve que la qualité repose sur l'information et la coordination. Or, la coordination fait souvent défaut: il n'est pas rare qu'il doive se soumettre à plusieurs prises de sang au lieu d'une seule, a-t-il raconté. Les exigences posées au patient le dépassent souvent: poser des questions, coordonner, comprendre les factures des prestataires... Mais de manière générale, il se considère comme «bien pris en charge».

Conclusion de l'atelier:

«La confiance est capitale»

Des facteurs «mous» et le jugement subjectif sont finalement eux aussi décisifs pour la satisfaction du patient. Les patients se sentent souvent perdus, démunis et désorientés, par exemple parce qu'ils ne comprennent pas bien ce que dit le médecin ou n'osent pas poser de questions. Ceci concerne en particulier les patients à l'écart de la formation. Ceux-ci ne sont pas toujours en mesure d'assumer la responsabilité individuelle dont il est si souvent question. Une grande partie de la population n'a pas la capacité ou le réseau de relations pour obtenir la meilleure prise en charge globale. De même, pour la définition de la qualité des résultats et des processus, le jugement subjectif du patient est au premier plan. Le principal critère attendu est la confiance, peut-être encore plus importante que la compétence du médecin dans sa spécialité.



«Pour le patient, les critères de qualité décisifs sont l'information, la coordination et la confiance.»

Carlo Conti, avocat, ancien conseiller d'État de Bâle-Ville, animateur de l'atelier

- **Qualité du point de vue des médecins**

«Mieux impliquer les patients»

Pr D^r méd. Peter Diem, récemment encore à la Polyclinique universitaire d'endocrinologie, de diabétologie et nutrition clinique à l'Hôpital de l'Île à Berne et président de la Fondation suisse du diabète, tient à souligner que la Suisse «est en bonne position en comparaison internationale». Pour ce qui est des dimensions de la qualité selon Donabedian, tel est le cas pour la qualité des structures (niveau de formation des médecins, rétribution adéquate des prestations pertinentes, équipement et organisation des cabinets et des cliniques, nombre suffisant de prestataires) et pour la qualité des processus (entretiens, contrôles, déroulements, interdisciplinarité effective, directives). En revanche, la qualité des résultats demande plus de temps.

S'agissant du diabète (de type 2), des études montrent qu'améliorer les traitements a permis de réduire de manière décisive les complications. Ceci au prix de «beaucoup de médicaments qui coûtent cher». Mais de ce fait, la mortalité en Suisse a régulièrement diminué, d'un quart chez les hommes et même de la moitié chez les femmes. Le revers de la médaille est que de nombreux diabétiques vivant plus longtemps avec leur maladie, le nombre de diabétiques est en augmentation permanente. Le professeur Diem voit un potentiel dans le cadre de QualiCCare en particulier dans le domaine de la surveillance et du traitement des complications microvasculaires et macrovasculaires, par exemple examen annuel des yeux, des reins et des pieds. Il fait preuve d'autocritique et constate qu'au lieu d'impliquer le patient et de lui faire confiance, les médecins pensent souvent savoir ce qui est bon pour lui.

Conclusion de l'atelier:

«Le médecin doit en savoir plus sur son patient»

Stefan Wild intitule son résumé «Outcome Quality», de l'individuel au collectif. Il distingue les trois secteurs structures, processus, résultats. S'agissant de la situation initiale (structures), deux questions sont à éclaircir: 1. Quels sont les objectifs du patient? 2. Ces objectifs sont-ils réalistes? Dans un cas normal, il s'agit de guérir et de rester en bonne santé. En cas de maladie grave comme le cancer ou chronique, il est crucial pour le médecin de répondre à ces deux questions. Le processus comprend un accord avec le patient sur les délais, les instructions et la mise en œuvre de son projet (la voie menant au but).



«Il faudrait que les médecins impliquent mieux leurs patients dans les processus et connaissent leurs attentes.»

Stefan Wild, secrétaire général des pharmacies TopPharm,
animateur de l'atelier

- **Qualité du point de vue de l'industrie**

«Les contrefaçons de médicaments, un facteur de risque»

D^r méd. Isabel Marieluise Gruber, PhD, représente la Business Unit Oncology de MSD. Du point de vue de l'industrie, le principal critère de qualité est l'efficacité du médicament et l'utilité qui en découle. Selon la maladie et le patient, les paramètres de mesure de l'efficacité peuvent varier. Pour vérifier l'efficacité, des essais cliniques soumis à des critères sévères et contrôlés par des instances internes et externes sont réalisés.

Un deuxième aspect de la qualité est l'innocuité de la substance, c'est-à-dire les éventuels effets secondaires. Il faut à cet égard soupeser le rapport entre l'innocuité et l'utilité. Dans le cas du cancer, on accepte par exemple la chute des cheveux, mais pas dans le cas d'une maladie chronique comme le diabète. Le monitoring se poursuit après la mise sur le marché. L'industrie doit déclarer les effets secondaires à Swissmedic. Les effets secondaires rares ne peuvent parfois être découverts qu'après la mise sur le marché, lorsque de nombreux patients prennent le médicament.

Encore en marge, mais de plus en plus souvent prise en compte dans les études: la qualité de vie. Une condition de base est aussi d'assurer le contrôle de qualité de la production à la distribution. Les contrefaçons de médicaments sont un problème croissant à l'échelon international et représentent un risque potentiel pour le patient.



«Du point de vue de l'industrie, le principal critère de qualité est l'efficacité du médicament et l'utilité qui en découle.»

Isabel Marieluise Gruber,
MD, PhD, Business Unit Lead Oncology, MSD

- **Qualité du point de vue des assureurs**

«Accès simple, transparence et compétence»

D^r méd. Silke Schmitt Oggier, responsable médicale de sante24 chez Swica, définit sa caisse comme une «organisation de santé» qui considère ses affiliés tout d'abord comme des clients et ensuite seulement comme des patients. Le modèle des trois piliers de Swica se base sur le soutien des affiliés pour qu'ils soient d'une part assurés en fonction de leurs besoins et, d'autre part, restent en bonne santé ou recouvrent la santé. Au cours de sa vie, on peut changer plusieurs fois de catégorie, car la santé n'est pas statique. En cas de maladie chronique, le patient doit pouvoir vivre avec sa maladie aussi bien que possible. «Rester en bonne santé» recouvre des thèmes de prévention comme la vaccination, l'arrêt du tabac, les besoins familiaux (soutien dans le planning familial, la grossesse et l'accouchement) et le dépistage des patients à risque (p. ex. examens préventifs). «Recouvrer la santé» comprend la prise en charge aiguë (événement médical entièrement curable, dans le pays ou à l'étranger), le suivi intensif (maladies graves nécessitant un traitement et un suivi complexes) et le suivi permanent des maladies incurables (prise en charge médicale permanente).

Du point de vue des assureurs (et des assurés), les aspects de qualité suivants en découlent:

- Premier accès simple, rapide et à bas seuil aux professionnels de la santé tels que pharmacie, services d'aide et de soins à domicile (Spitex), télé-médecine ou médecin de famille, orientation ciblée le cas échéant.
- Sécurité financière en cas de maladie ou d'accident dans le pays ou à l'étranger.
- Transparence des prestataires au sujet des directives thérapeutiques, du nombre de cas, des complications, des transferts, etc.
- Accord et mise en œuvre des lignes directrices pour le traitement des maladies chroniques (plus évent. lignes directrices de diagnostic?).
- Passages sans accroc (sans perte de temps, mais aussi du point de vue de l'organisation) au cours du processus thérapeutique.
- Soutien du patient et de ses proches avant, pendant et après les décisions médicales (p. ex. choix du prestataire, deuxième avis, réadaptation, médecine complémentaire) et accompagnement dans les phases difficiles (dépendance, modifications du mode de vie, etc.).
- Sensibilisation de certains groupes cibles à des questions de santé ou à des risques; conseils, offres, etc. (p. ex. nouvelle campagne de Swica de sensibilisation au diabète: www.swica.ch/fr/prediabete).



«Nous misons sur le soutien à nos affiliés pour qu'ils soient assurés en fonction de leurs besoins et qu'ils restent en bonne santé ou recouvrent la santé.»

D^r méd. Silke Schmitt Oggier,
responsable médicale de sante24, Swica



«Les données des patients doivent être analysées dans le cadre d'un système global d'amélioration de la qualité, et les découvertes qui en découlent doivent être mises en œuvre dans la pratique.»

Heiner Sandmeier, Interpharma, animateur de l'atelier

Conclusion de l'atelier industrie/caisses

«Sortir des compartiments clos»

Les assureurs et l'industrie sont d'accord sur le fait que la qualité des résultats doit être mesurée et améliorée sur la base d'un fondement scientifique, c'est-à-dire dans le cadre d'essais cliniques et plus souvent à l'aide de données du monde réel. Tous reconnaissent aussi que le jugement subjectif de qualité, p. ex. confiance, sentiment de sécurité ou réconfort, joue un rôle important. Les sentiments subjectifs peuvent aussi être relevés et mesurés scientifiquement. Quels sont les paramètres nécessaires pour définir la qualité? La qualité des résultats est finalement indissociable de la qualité des processus et des structures. Aujourd'hui, on néglige la qualité du diagnostic, ce qui risque de compromettre les étapes suivantes.

Il ne suffit pas de relever les données du patient. Ces informations doivent être analysées dans le cadre d'un système global d'amélioration de la qualité, et les découvertes qui en découlent doivent être mises en œuvre dans la pratique. Pourquoi relever des données sur la qualité? Les assureurs veulent par là permettre une concurrence entre prestataires. Ceci est plus facile dans le secteur hospitalier qu'ambulatoire où la mortalité n'est pas un paramètre adéquat. Du point de vue des caisses, l'échange des données sur la qualité entre les acteurs fait défaut. Pour l'industrie, ce sont les résultats à long terme pour le patient qui sont au premier plan en tant que résultat de toutes les mesures. Mais ceci est beaucoup plus long et difficile à mesurer que le résultat d'une prestation observée individuellement à l'hôpital ou au cabinet médical.

Nous sommes encore loin d'utiliser efficacement les données disponibles. Comment sortir des «compartiments de données clos», comment proposer des incitations financières? Y arriverons-nous par nous-mêmes ou attendons-nous la solution globale d'un acteur mondial comme Google? Quelles priorités faut-il définir pour nous faire avancer en Suisse? Les succès devraient être plus faciles à réaliser dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire et, pour ce dernier, les programmes d'amélioration de la qualité plus faciles à mettre en œuvre dans les réseaux que dans les cabinets individuels. Pour obtenir de bons résultats, il semble judicieux de ne pas voir trop grand au début, p. ex. d'étendre les registres des tumeurs. De manière générale, des règles juridiques contraignantes semblent nécessaires.

Discussion

«Pas de financement pour la coordination»

La coordination des prestations de santé représente un défi de taille. Qui est le coordinateur idéal? Comment assurer le financement? La volonté d'organisation fait-elle éventuellement défaut?

La volonté de coordination est là, «mais reste lettre morte». D'après Sven von Ow, «on ne peut pas continuer comme ça». Le professeur Diem avoue que le médecin n'est pas toujours d'accord avec l'hôpital. Il faut aller vers une meilleure mise en réseau (big data), mais en veillant à la protection des données. Qui est le coordinateur idéal? Le patient lui-même, le médecin de famille, les réseaux ou les services Spitex? L'industrie ne peut certainement pas s'en charger. Mais le principal problème est le financement de la coordination qui n'est prévu nulle part. Il faudrait en particulier coordonner les prestations ambulatoires, il n'y a pas d'alternatives en vue. Le professeur Diem affirme: «Il n'y a pas de voie raisonnable», mais Christoph Bosshard de la SUVA n'est pas d'accord: une étude de l'OCDE montre qu'il faut mieux organiser et coordonner les interfaces et transitions parce que cela permet des économies, dit-il.

D' Jürg Vontobel de la caisse-maladie Concordia souligne la petite taille de la Suisse. En principe, il n'y a pas de pression vers plus d'efficacité des processus, pense-t-il: «Nous sommes au courant, mais nous n'agissons pas.» Le Danemark est cité en exemple: depuis dix ans, les ordonnances y sont disponibles sous forme électronique et les médicaments facilement accessibles. En Suisse, la volonté d'organisation fait défaut parce que nous avons trop de pharmacies et de médecins, dit-il: «Chacun pense d'abord à soi.»



(à partir de la gauche) Peter Diem, Sven von Ow, Isabel Marieluise Gruber, Silke Schmitt Oggier.

Carlo Conti, avocat et ancien directeur de la santé de Bâle, signale que les pays voisins «ont des systèmes de santé moins bien développés que le nôtre». Pour lui, un problème se trouve au niveau des hôpitaux où l'on ne constate pas de progrès de la productivité. En outre, il critique le fait que les hôpitaux se concentrent plus sur eux-mêmes que sur les patients et que l'inefficacité est aussi rétribuée.

Par conséquent, il se demande si ce n'est pas plutôt la pression qui manque et non l'argent. D' Schmitt Oggier approuve: «Il y a trop d'intérêts particuliers.» Pensons par exemple au conflit entre pharmaciens et médecins au sujet de la remise des médicaments ou des vaccins, rappelle-t-elle.

Prix de l'innovation 2016 de l'«allianz q» «La prise en charge du diabète peut être très gratifiante»

L'«allianz q» a décerné pour la troisième fois un prix pratique. Il est allé au centre de santé santéméd de Kloten pour un projet pilote d'amélioration de la prise en charge des diabétiques de type 2 au cabinet du médecin de famille.

Dr méd. Michael Pfänder, directeur du centre, a présenté le projet au nom de son équipe. Le point de départ étaient les critères de «bonne» prise en charge du diabète par les médecins de famille élaborés par le groupe de travail Disease Management Diabetes de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED). Les huit critères se basent sur le Diabetes Recognition Program de la NCQA et de l'ADA avec des adaptations pour la Suisse. Les principaux aspects de la prise en charge des patients diabétiques sont pondérés et débouchent sur un score. On analyse des processus pertinents et faciles à relever (nombre d'entretiens spécifiques au diabète/conseils en matière de mode de vie/examens des yeux, des reins et des pieds) ainsi que des résultats en chiffres (HbA_{1c}, tension artérielle, lipides sanguins).

«Je voulais réaliser un projet d'amélioration de la qualité qui ne demande que peu de formation, implique si possible toute l'équipe et contribue à la motivation pour améliorer continuellement la prise en charge des patients», raconte Michael Pfänder pour expliquer sa démarche. Il a été agréablement surpris lorsque les trois autres médecins de famille de l'équipe se sont très vite déclarés prêts à faire évaluer leurs performances, aussi bien individuelles qu'en équipe, à l'aide du score, dit-il. «QualiCCare cherchait des cabinets médicaux prêts à se faire évaluer en fonction des critères de qualité décrits ci-dessus et

a accepté de soutenir financièrement et par des conseils notre cabinet dans l'évaluation qui demandait beaucoup de temps, car il fallait la faire à la main à partir des dossiers des patients.»

Le relevé du score a été réalisé par Jacqueline Herbst, conseillère spécialisée en diabète, à l'époque membre de l'équipe, qui avait eu l'idée d'utiliser ce score. L'évaluation de base avant l'intervention couvrait l'année 2013. Le plus grand potentiel d'optimisation est apparu pour les sous-catégories du score conseils et interventions en matière de mode de vie dans le domaine de l'alimentation et du tabagisme ainsi que recherche de lésions d'organes spécifiques à la maladie (examen des yeux et des pieds, contrôle de la fonction rénale). Par la suite, les années 2014 et 2015 ont pu être évaluées.

En 2015, le collectif évalué comprenait déjà 88 patients, contre 65 en 2013. Deux tiers étaient des hommes, la moyenne d'âge était de 63 ans. Un tiers des patients étaient en surpoids, un tiers obèses, ce qui correspond aux chiffres auxquels on peut s'attendre pour les diabétiques de type 2 en Suisse.

«Il a suffi de petites interventions, notamment l'introduction d'une documentation structurée et la mise en place pour chaque patient d'un système de rappel pouvant être configuré individuellement, pour aboutir dès 2014 à des améliorations parfois nettes de tous les critères partiels du score», raconte Michael Pfänder. En 2015, plusieurs critères partiels ont encore pu être améliorés. L'amélioration la plus nette est apparue dans le domaine de la recherche des lésions organiques. Une observation intéressante est que le taux moyen d'HbA_{1c} a baissé en chiffre absolu de près de 0,3% par rapport au relevé initial. Il se peut donc que l'autoévaluation à elle seule suffise à améliorer ce paramètre.

Le docteur Pfänder résume: «Il est vite apparu que l'effet est considérable et que les efforts valent la peine pour toutes les personnes impliquées.» Du fait de l'autoévaluation de l'équipe soignante et des automatismes qui en ont découlé, les patients sont suivis plus étroitement et les paramètres pertinents pour la maladie sont relevés et évalués régulièrement. «La prochaine étape sera de mieux impliquer les assistantes médicales du cabinet et d'intensifier la coopération avec les spécialistes internes et externes tels que conseillères spécialisées en diabète, diététiciennes, podologues et ophtalmologistes. À l'avenir, le score pourrait être utilisé pour des unités de prise en charge plus grandes, par exemple les collectifs de patients suivis par des réseaux de médecins.» Bilan du docteur Pfänder: «Il est apparu que la prise en charge du diabète peut être très gratifiante et que de petites interventions suffisent pour obtenir un effet considérable.»

La mesure de la qualité n'est pas une fin en soi

Le point de vue de l'OFSP

Du point de vue de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), comparé à d'autres pays de l'OCDE, le système de santé suisse est «richement pourvu en personnel et ressources financières». Cependant, nous ne sommes pas automatiquement meilleurs du point de vue de la sécurité ou de la qualité.

Des comparaisons statistiques et des enquêtes directes auprès des assurés montrent que la Suisse «se situe plutôt dans la moyenne qu'en tête du peloton». L'une des raisons est la mauvaise qualité des données. L'OFSP se concentre sur la comparaison des prestataires. La mesure de la qualité n'est pas une fin en soi, elle doit contribuer à améliorer la qualité. Les résultats pertinents améliorent la sécurité des patients. Selon les principes de l'OFSP, les indicateurs utilisés doivent faire «ce que l'on attend d'eux: être fiables (robustes), pertinents (valides) et à l'abri du hasard (significatifs)».

Il ne s'agit pas de créer des «bureaucraties statistiques», l'OFSP n'entend pas être un business de certification sans signification, comme on a pu le voir dans de nombreuses organisations en rapport avec ISO. S'agissant des données, il n'y a pas besoin de réinventer la roue. Dans le domaine hospitalier, des données relevées de routine et bien contrôlées existent. En revanche, pour le domaine ambulatoire, les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile (Spitex), il faut mettre des données à disposition et développer ou valider des indicateurs de qualité.



«La mesure de la qualité n'est pas une fin en soi, elle doit contribuer à améliorer la qualité. Les résultats pertinents améliorent la sécurité des patients.»

Oliver Peters, responsable de l'Unité de direction Assurance maladie et accident, vice-directeur de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique)

Le vice-directeur de l'OFSP, Oliver Peters, évoque les bases légales dont découle la mission de l'OFSP d'assurer la qualité et la sécurité dans le système de santé. Celles-ci permettent une régulation, domaine dans lequel l'OFSP «est jusqu'à présent peu intervenu». Au premier plan: plus de transparence. Les nombres de cas publiés depuis l'année dernière sont un indicateur «difficilement manipulable». L'Initiative pour une médecine de qualité (IQM) joue un rôle important, elle emploie des indicateurs de l'OFSP et doit à l'avenir continuer à être sur une base volontaire. Mais les adhérents se soumettent aux «règles de qualité et de transparence très claires de l'IQM». La mesure de la qualité se fait sur la base de données relevées de routine, la transparence est assurée par la publication des résultats et l'amélioration de la qualité par des procédures de révision par les pairs.

Ce projet lancé en 2015 par de grands hôpitaux est, de l'avis de l'OFSP, «une initiative fondamentale pour (ré)introduire dans le quotidien clinique une culture de l'amélioration permanente sur la base de l'analyse (auto)critique des dossiers des patients». L'OFSP veut continuer à étendre les comparaisons d'entreprises sur son site Internet. Les programmes nationaux sont un instrument important pour soutenir les hôpitaux dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Le programme «La sécurité en chirurgie», achevé, a été un grand succès. «La sécurité de la médication aux interfaces» est actuellement en cours, tandis que «La sécurité dans le sondage vésical» est en préparation, et le programme «La sécurité de la médication en EMS» est prévu.

La transparence améliore la qualité

Le point de vue de la CDS

Pour la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), un mandat de prestation doit être contrôlable, non seulement du point de vue des coûts, mais aussi de la qualité.

Michael Jordi décrit «un vœu pieux au système de santé» de la façon suivante: «Avec les ressources disponibles, notre système de santé atteint, par une prise en charge efficace et de haute qualité, le meilleur résultat médical possible pour les patientes et patients.» Mais comment vérifier si tel est le cas? Au centre des efforts: l'amélioration de la qualité et non l'émission de sanctions contre les prestataires.

Pour ce qui est de la gestion des mesures de résultats, le dialogue avec les hôpitaux est prioritaire, souligne-t-il, de manière à déterminer les possibilités et les besoins en mesures d'amélioration de la qualité. S'agissant de mesurer et de comparer la qualité des résultats, les défis sont de trouver des indicateurs judicieux, de réaliser des mesures méthodologiquement correctes, résistant aux manipulations et comparables et d'assurer des publications justes et pertinentes. Les chances qu'il nomme sont: encourager et permettre une meilleure transparence de la qualité des prestations, une comparabilité minimale des prestataires et des améliorations de la qualité. Les efforts déployés par les hôpitaux pour aboutir à un «taux d'infections aussi bas que possible» portent déjà leurs fruits.



«S'agissant de mesurer et de comparer la qualité des résultats, il faut des indicateurs judicieux, des mesures méthodologiquement correctes et comparables ainsi que des publications pertinentes.»

Michael Jordi, Secrétariat central de la CDS
(Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé)

Un point faible est que les données peuvent être manipulées. Mais Michael Jordi espère que «des personnes motivées n'ont pas l'idée de manipuler». Contrairement à ce que l'on observe dans les hôpitaux, le secteur psychiatrique n'a à ce jour pratiquement pas de mesures des prestations ou d'indicateurs de qualité. De même, en réadaptation, ce processus «vient très lentement». Il souhaiterait que «cela aille plus vite».

La CDS considère qu'il y a surtout fort à faire dans les EMS «où nous n'avons pas encore assez de connaissances». (Ceci est aussi dû au fait que les EMS dépendent d'organismes divers et ont des modèles de direction très hétérogènes.) Pour les laboratoires, Qualab est une organisation mandatée pour les mesures et contrôles de la qualité, «mais le grand public et les patients l'ignorent le plus souvent». Les lacunes actuelles dans le domaine des soins de long séjour et des soins ambulatoires sont, du point de vue des cantons, les défis d'avenir, car il n'y a pas encore de mesure de la qualité des résultats. Des relevés pilotes d'indicateurs de qualité en EMS sont à saluer. Par conséquent, Michael Jordi considère comme «indispensables» les propositions d'amélioration des programmes de qualité actuellement débattues au Parlement fédéral.

Table ronde

Le Conseil des États surprend, mais récolte aussi des avis positifs

Le débat sur la qualité de la conférence du Stoos est tout à coup devenu d'une actualité brûlante après que le Conseil des États a coulé le projet de renforcement de la qualité du Conseil fédéral sans même entrer en matière. Dans les exposés, mais surtout aussi dans les interventions spontanées et au cours des discussions, ce sujet a été abordé à maintes reprises. De manière générale, on regrette que le Conseil des États ne soit pas entré en matière, les espoirs sont faibles que le Conseil national rectifie le tir. Les intervenants ont été particulièrement engagés dans leurs prises de position.

En tant que représentant de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Oliver Peters ne cache pas sa déception. Il annonce un plan C de manière à mettre en place une assurance-qualité couvrant en particulier aussi le secteur ambulatoire et les soins. Pour lui, il y a besoin d'agir non seulement dans les grands hôpitaux universitaires, mais aussi et surtout dans les EMS et les services d'aide et de soins à domicile au niveau des communes. «En principe, tout le monde est pour plus de qualité, dit-il, mais dès que c'est sérieux, on ne veut plus rien savoir.»

Du point de vue de la CDS, une mise en œuvre par la Confédération serait judicieuse. **Michael Jordi** affirme: «Nous ne perdons pas l'espoir.» Il invite les sceptiques à faire des propositions. Si l'allocation des fonds est mauvaise, «alors, dites-le. Mais cela veut dire qu'il faut en parler.» Ne pas entrer en matière n'est pas une solution, souligne-t-il. En effet, la politique d'économies des cantons remet en question le financement de la fondation Sécurité des patients. À son avis, il faut trouver un compromis.

Dans le cadre de la table ronde, Urs Hürlimann nie la nécessité d'une assurance-qualité par la Confédération. «Du fait de notre petite taille, on a tout en vue, l'assurance-qualité n'est pas nécessaire.» Conseiller d'État PRD dans le canton de Zoug et directeur de la santé jusqu'en janvier 2016, il souligne que 85% des coûts de la santé du canton de Zoug sont fixes. La non-entrée en matière de la politique montre pour lui que nous n'avons pas de recette pour réduire les coûts. Zoug a 23 hôpitaux de soins aigus dans un rayon de 50 kilomètres: «C'est un problème structurel», dit-il. Mais gare au directeur de la santé qui voudrait fermer un hôpital! En outre, la grande majorité de la population est «très satisfaite» des prestations du système de santé suisse.

Heinz Brand, conseiller national UDC des Grisons, membre de la commission de la santé et président de santésuisse, aborde la question de la hausse des coûts de santé. «Il faut aussi en parler, car il y a un lien direct avec la qualité.» Les informations existent, dit-il, «mais ne sont pas disponibles». On a besoin de coordination et de concertation, mais aussi d'optimisation pour que la concurrence pour la qualité fasse baisser les coûts. Heinz Brand est convaincu que les acteurs qui ne fournissent pas de qualité disparaîtront.

Bea Heim, conseillère nationale PS de Soleure, également membre de la commission de la santé, revendique une politique de la santé mieux basée sur les connaissances scientifiques. Il faut plus de recherche sur la qualité et les registres ainsi qu'en économie de la santé, par exemple pour une prise en charge optimale des maladies chroniques, dit-elle. Dans l'intérêt des patients, de la rentabilité et de la «valorisation de l'engagement des médecins et du personnel soignant», elle se prononce pour une concurrence en matière de qualité du traitement. Selon elle, les traitements erronés sont l'une des raisons de la hausse des coûts de santé: «Nous dépensons au moins trois milliards pour des interventions inutiles. De même, les infections nosocomiales et les erreurs de médication ont des conséquences en termes de souffrances pour les personnes touchées, mais aussi de coûts.» En l'absence de recherche supplémentaire, elle estime que la stratégie de renforcement de la qualité de la Confédération «ne sera pas mise en œuvre». Contrairement au Conseil des États, elle pense que le projet sur les réseaux «n'est pas un diktat».

Ursula Koch de la Ligue suisse contre le cancer regrette également «beaucoup» que le Conseil des États ne soit pas entré en matière. À son avis, il faut des critères de qualité uniformes pour que le patient puisse évaluer à quelles offres avoir recours. L'important est à cet égard la transparence. «Nous ne pouvons pas attendre la politique», souligne-t-elle; il faut donc continuer à lancer et à encourager des projets pilotes. Par son label de qualité pour les centres du sein, la Ligue a réussi à «définir et certifier des critères».



(à partir de la gauche) Ursula Koch, Jürg Schlup, Bea Heim.

Pour le corps médical, le docteur Jürg Schlup, président de la FMH, dit que celle-ci regrette «que le Conseil des États ait coulé le projet de renforcement de la qualité du Conseil fédéral». Le projet pouvant être substantiellement amélioré, il reste la possibilité d'y revenir au Conseil national. Dans la stratégie de la FMH, la qualité de la médecine «a une place prépondérante». Sur son site Internet, elle souligne à ce sujet: «Dans ce contexte, la FMH joue un rôle proactif majeur: par l'intermédiaire de son département Données, démographie et qualité (DDQ), elle coordonne ainsi depuis de nombreuses années déjà les activités du corps médical en faveur de la qualité et lance de nombreux projets, dans l'intérêt des patientes et des patients.» La FMH publie par exemple chaque année deux documents contenant des directives de qualité, dit Jürg Schlup. «Nous faisons beaucoup, mais nous ne communiquons peut-être pas assez bien à ce sujet à l'extérieur de notre association», convient-il. Dans les aperçus de l'OCDE, la Suisse occupe toujours une place parmi les cinq premiers; dans les enquêtes européennes elle arrive même aux places 1 à 3, souligne-t-il. Il considère la transparence de la qualité de l'acte médical comme «très importante», mais cette transparence ne doit pas traduire une culture de méfiance. Elle doit permettre aux prestataires de présenter la qualité de leurs prestations. L'exemple du taux d'infections nosocomiales en Allemagne l'illustre bien: des indicateurs élaborés en Suisse permettent un monitoring uniforme et donc comparable du taux d'infections nosocomiales dans les hôpitaux allemands. Ceci a permis de réduire de moitié le taux d'infections au cours des dix dernières années. Chaque directeur d'hôpital reçoit les résultats des autres hôpitaux et en tire les conséquences pour le sien: tout le monde veut être meilleur,



Heinz Brand



Urs Hürlimann

personne ne veut être mauvais. Les résultats ne sont accessibles au public que sous forme anonyme. Pour le président de la FMH, «le potentiel d'amélioration ne doit pas passer par une culture de méfiance, sinon, personne ne participera».

D'après Heinz Brand, les médecins devraient être intéressés par des analyses comparatives (benchmarking). «Je suis favorable à des conséquences financières», dit-il. On ne peut pas être bon dans tout, il faut donc s'abstenir d'interventions que l'on ne maîtrise pas. La conseillère nationale Bea Heim n'est plus convaincue par les incitations positives. «La confiance, c'est bien, mais il faut tout de même une certaine transparence», souligne-t-elle. Le nombre de cas conduit obligatoirement à des centres de compétences dans les régions. Philippe Luchsinger, médecin de famille, affirme: les médecins en savent long sur les prestations des hôpitaux de leur région «et nous en parlons». D'après lui, une gestion de la qualité bien faite aiderait certainement à faire des économies. Oliver Peters rappelle que 70% des coûts sont causés par 10% seulement des patients. Ursula Koch voudrait que les patients exercent plus de pression. À cet effet, il faudrait renforcer les organisations de patients. Elle pourrait imaginer une approche de type «trip advisor», car une telle évaluation ferait monter la pression.

Dernière question posée à la table ronde

Que pouvons-nous faire dans les trois à cinq prochaines années?

Pour Bea Heim, la qualité et la rentabilité ne sont pas contradictoires mais complémentaires. Le concept de qualité de la Confédération doit être mis en œuvre en coopération avec les cantons, les chercheurs et les prestataires, pense-t-elle, car les vastes connaissances des sociétés médicales sont indispensables.

De même, Ursula Koch souhaite à l'échelon national que le projet du Conseil fédéral aboutisse finalement. Au niveau pratique, elle pense qu'il faut montrer que les approches bottom-up continuent à fonctionner. «Si nous voulons améliorer la qualité, dit-elle, il faut que nous puissions mesurer les résultats.»

Pour Jürg Schlup, le temps et l'argent engagés dans la qualité valent la peine, car plus de qualité veut dire plus de bénéfice pour les patients et leurs proches.

Pour le conseiller d'État Urs Hürlimann, il faut procéder de manière pragmatique, «avec bon sens». Il faut à son avis encourager la responsabilité individuelle et l'esprit d'entreprise.

Pour Heinz Brand, la confiance est importante, mais «un accès transparent à des possibilités de comparaison est indispensable». À cet effet, il souhaite plus d'engagement de la part des sociétés professionnelles, seules à pouvoir fournir la base aux comparaisons.



www.allianzq.ch