

# La qualité comme priorité absolue

## Sept thèses qui incitent à réfléchir

### INTRODUCTION

La qualité dans le secteur de la santé: rarement une notion aussi positive aura été aussi floue. Si le thème est aujourd'hui très actuel, chacun en a une interprétation différente. Pour résumer, la qualité est une notion subjective, qui varie selon les attentes et les perspectives. La qualité a une signification pour les patients qui n'est pas forcément la même pour les prestataires de soins. Parmi ces derniers, elle diffère selon qu'il s'agit de médecins, de pharmaciens, d'infirmiers ou d'autres métiers du monde de la santé. De même, les cliniques, les EMS, les assureurs, les académiciens et les politiciens ont eux aussi une vision différente de la qualité. Pour chacun d'entre eux pourtant, la qualité reste la priorité absolue! Je vous propose d'envisager la qualité sous un œil critique, au travers de sept thèses.

### THÈSE 1

#### **La qualité n'est pas seulement l'affaire des cantons**

Au regard de sa complexité, le thème de la qualité des soins a toujours été considéré comme du ressort des prestataires de soins. Pourtant, l'Etat a lui aussi voix au chapitre, car la qualité est pour ainsi dire financée pour une large part publiquement, au travers des impôts et des primes de caisse-maladie. Mais qui est responsable au niveau institutionnel? La Suisse est un Etat fédéral. Selon la volonté du peuple et des cantons, ce n'est pas la Confédération mais bien les cantons qui sont en premier lieu responsables du système de santé. Depuis toujours, les cantons s'occupent donc de la qualité, agissant surtout au niveau de la sécurité sanitaire. C'est ainsi qu'une autorisation cantonale assortie de conditions de qualité spécifiques est nécessaire

pour exercer comme médecin ou ouvrir une clinique. Ainsi, les cantons ont une influence décisive sur la structure de l'approvisionnement des soins et sur les ressources disponibles en personnel. La «police sanitaire» veille surtout à la qualité d'un point de vue des indicateurs structurels, elle s'occupe moins des processus de travail et néglige en grande partie la question des résultats des soins. Les cantons endossent ainsi la responsabilité, mais partielle seulement, de la qualité des soins.

### THÈSE 2

#### **Un bon niveau de qualité réduit la bureaucratie**

Plus la prise en charge est fragmentée parmi les acteurs de la santé, plus la coordination et la documentation s'avèrent essentielles pour garantir la qualité. La culture commune et la confiance mutuelle diminuent et sont remplacées par des processus et des règles. La part de la documentation se trouve ainsi augmentée. Pour le personnel soignant des cliniques et des EMS, pour les médecins-assistants mais aussi les médecins établis, la qualité devient ainsi une usine à gaz, à savoir une tâche lourde et fastidieuse, avec davantage de mesures, de questionnaires, de paperasse et moins de temps pour le travail clinique. Bref, un exercice bureaucratique! La plus-value pour les patients n'est pas perçue, car ces informations demeurent peu transparentes et ne permettent donc pas une concurrence axée sur la qualité. Pourtant, le secteur industriel nous montre la voie: une qualité de bon niveau - intégrée dans la fourniture de prestations - signifie une documentation «automatique» et donc moins de «bureaucratie». Un chemin dont il faut s'inspirer!



## THÈSE 3

**La qualité fait baisser les coûts**

«La qualité a un coût: affirmer le contraire est illusoire», tel est le paradigme qui prévaut aujourd'hui. Le peuple suisse l'a prouvé en 2012 en imposant un non cinglant au projet de loi sur le managed-care. Cette réforme de la médecine ambulatoire promettait une meilleure qualité pour de moindres coûts. Aujourd'hui, cela est scientifiquement démontré pour la prise en charge intégrée: la qualité fait baisser les coûts. Mais en 2012, c'était difficilement compréhensible pour les électeurs; car au final, «une bonne paire de chaussures coûte plus cher qu'une paire de chaussures de qualité médiocre»!

Les approches visant une optimisation de l'organisation du travail dans le secteur de la santé montrent pourtant que des processus définis intelligemment permettent de réduire les ressources nécessaires, sans faire baisser le temps consacré au contact direct avec les malades ou engendrer plus de temps d'attente pour les patients.

## THÈSE 4

**La qualité, c'est plus que de l'idéologie et du marketing**

La qualité est souvent exploitée à d'autres fins que pour l'amélioration des soins. Par exemple pour faire de la publicité ou dans un but syndical. La qualité revêt alors une connotation morale, surtout si le qualificatif «industriel» est perçu comme un vilain mot difficilement prononçable et qui écorche les oreilles. Elle est mise en avant pour protéger la «gentille» médecine contre la «méchante» économie. Une vision économique de la médecine est parfois encore associée à une dégradation et non à une amélioration de la qualité.

L'idée que les modifications du système de la santé doivent coûter a priori plus d'argent sinon la qualité en pâtirait est largement répandue. On craint par exemple une réduction du temps passé entre les patients et le personnel soignant, en d'autres termes une perte de la qualité de la relation. La qualité devient alors l'instrument permettant de justifier l'augmentation du personnel ou des infrastructures (qualité de la structure). Cela sous-entend, de manière implicite et toutefois non avérée, que la qualité est automatiquement corrélée avec la quantité du personnel, des équipements, etc. L'argument moral est clair: les patients méritent la meilleure qualité et celle-ci doit coûter quelque chose! Un argument souvent évoqué par les prestataires de soins.

Du côté marketing, force est de constater que les certificats de qualité – tels qu'ISO, KTQ ou IJCA – sont de plus en plus utilisés à des fins de publicité dans un contexte concurrentiel.

Ces certificats permettent certes de tirer des conclusions sur la qualité des structures et des processus, mais en disent peu sur la qualité des résultats. Malgré le fait que des instruments pertinents fassent encore défaut, la concurrence en matière de qualité entraîne une exploitation publicitaire et médiatique des certificats de qualité, indépendamment de leur impact réel pour les patients.



## THÈSE 5

**La qualité dépend des incitations**

Les médecins sont des êtres humains et les êtres humains réagissent aux incitations. Mais à quoi bon pour les médecins et les cliniques se pencher sur la qualité?

Dans la médecine stationnaire, les prix des prestations sont fixés individuellement (*baserate* des hôpitaux dans le système DRG). Le travail sur la qualité (programmes QM, certificats de qualité, indicateurs ANQ, etc.) est partiellement pris en considération. La qualité crée des avantages financiers et concurrentiels, car elle peut être communiquée de manière transparente en ligne et dans les rapports de qualité (même avec les restrictions évoquées plus haut).

Il en va différemment pour la médecine de ville. Non que ces médecins ne se soucient pas de la qualité, au contraire. Les médecins en cabinet ont toujours conçu des normes de gestion de la qualité, en privilégiant toutefois le développement interne. Ces systèmes de qualité n'ont jusqu'ici pas eu pour but de communiquer publiquement les progrès réalisés. Cela explique pourquoi les différents systèmes de gestion de la qualité, notamment les certificats EQUAM, n'ont jamais été très populaires.



Sans incitation, l'être humain ne bouge pas. Les quatre incitations connues – *fun, glory, money and repression* – agissent différemment et de manière complémentaire. Les efforts en matière de qualité sont rarement *funny* et le paramètre *glory* suppose de la transparence. Seuls quelques pionniers peuvent ainsi être motivés à long terme. Pour la majorité des prestataires, l'argument *money* est central. Cela suppose également de la transparence et un avantage économique avéré, qui puisse être réparti entre prestataires de soins et assurés. Les politiciens, quant à eux, sont contraints de justifier la hausse des coûts de la santé envers la population. Outre le vieillissement démographique, l'augmentation de la qualité est un argument qui marche bien.

Avec une approche normative top-down, les politiciens essaient d'améliorer la qualité, jouant sur la répression et faisant planer la menace de sanctions. Les cliniques ou les médecins qui ne participent pas à la documentation et au développement de la qualité ne devraient pas, par exemple, être autorisés à pratiquer à charge des caisses-maladie. La répression est inacceptable pour les fournisseurs de soins. Pour les politiciens, c'est tout le contraire (voir thèse 6). En conclusion, la qualité doit en valoir la peine!

#### THÈSE 6

##### **La qualité a besoin d'une réglementation adaptée**

La réglementation de l'Etat a pour but d'empêcher ou de corriger les défaillances du marché. En tant qu'indépendants, les médecins ont pendant des siècles été les seuls responsables de la qualité de leurs actes; ils ont établi les normes professionnelles correspondantes. Les professions libérales ont pour spécificités de s'autoréguler, de définir elles-mêmes les mesures de formation et de mener leurs propres recherches sur leur activité. Cette autorégulation a été relativisée en 1996 avec l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Pour la première fois, la qualité médicale était réglementée politiquement, c'est-à-dire par des tiers. L'art. 58 de la LAMal a donné au Conseil fédéral la possibilité de vérifier la qualité et de traiter activement la question. Fort heureusement, le Conseil fédéral s'est contenté de charger les partenaires de régler contractuellement entre eux les efforts de qualité. Il s'agit clairement d'une délégation de compétences aux partenaires tarifaires et d'une liberté qui n'a hélas pas été vraiment exploitée, pour diverses raisons. Une telle délégation de compétences suppose une relation de confiance.

## THÈSE 7

**La qualité passe par la confiance**

Mais dans notre société moderne, la confiance se fait rare, le secteur de la santé n'y échappe pas. Elle est de plus en plus remplacée par des processus, des réglementations et des prescriptions.

Celles-ci sont reprises d'autres secteurs et ne correspondent pas toujours aux particularités de la prise en charge médicale et aux exigences des patients. En 2006, dix ans après l'introduction de la LAMal, le Parlement a fait contrôler la mise en œuvre de la garantie de la qualité dans le paysage médical suisse. Le résultat s'est avéré insatisfaisant: les efforts des partenaires contractuels ont été jugés insuffisants. Une stratégie en matière de qualité a ensuite été élaborée en 2009, appelant le Conseil fédéral à pratiquer un leadership plus marqué. En 2014, il a ainsi proposé une nouvelle réglementation centralisée, qui a été refusée par les acteurs du système de santé. Le Conseil fédéral est alors revenu au Parlement en 2016 avec un nouveau projet de loi, en tant qu'alternative et/ou complément au développement de la qualité par les partenaires contractuels. Le Parlement en discutera dans le courant de l'année.

**CONCLUSION**

En 1999, le U.S. Institute of Medicine (IOM) démontrait dans sa publication «To Err is Human: Building a Safer Health System» que les patients pouvaient subir des dommages dans le cadre de traitements médicaux. Selon la publication, jusqu'à 10% de tous les traitements entraîneraient des dommages, parfois mortels, pouvant être évités. La Confédération estimait le nombre de décès en Suisse pouvant être évités à quelque 2000 par an. De tels rapports sont alarmants pour le public et mettent les politiciens sous pression. Mais le risque est aujourd'hui réel de voir les progrès en matière de gestion de la qualité évoluer dans la mauvaise direction: au lieu d'actionner des leviers efficaces, la qualité peut déboucher sur des errements bureaucratiques et des cimetières de données, sans intérêt pour le quotidien clinique et sans plus-value pour les patients. Lorsque la standardisation des normes est mauvaise, les médecins finissent par s'occuper plus des statistiques que des patients. Ces inquiétudes sont réelles, tout comme l'exigence des patients de voir la qualité mise en œuvre cliniquement et non pas réduite à un exercice alibi pour calmer l'anxiété populaire et permettre à quelques politiciens de se mettre en avant. Un changement de mentalité des partenaires contractuels, notamment parmi les fournisseurs de prestations, est souhaité au profit d'un développement qualitatif et durable du système de santé. Un changement de culture des politiciens doit également être envisagé: ils doivent réapprendre à faire confiance plutôt qu'à réclamer de nouvelles normes et lois. Il faut savoir tirer les leçons des erreurs du passé. C'est cela aussi la qualité!

*Ignazio Cassis*

**IGNAZIO CASSIS**

Conseiller national sous la bannière PLR, Ignazio Cassis partage ses activités entre la politique, l'enseignement et la présidence de quatre organisations. Avant d'entrer en politique, il a été longtemps actif dans le milieu médical. En 1987, il a obtenu son diplôme fédéral en médecine humaine à l'Université de Zurich et a exercé entre 1988

et 1996 la fonction de médecin assistant en chirurgie, en médecine interne et en médecine sociale et préventive. Après avoir été promu docteur en médecine à l'Université de Lausanne et spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en prévention et santé publique, Ignazio Cassis a exercé en tant que médecin cantonal au Tessin de 1996 à 2008. Entre 2001 et 2009, il a en outre assumé le mandat de président de la Société suisse des médecins spécialistes en prévention et santé publique, devenue entre-temps «Public Health Schweiz». Depuis 2007, Ignazio Cassis siège comme conseiller national au Parlement suisse et a été élu chef du groupe parlementaire libéral-radical en 2015.