

# LA VOIX DES CONSOMMATEURS

## Chiffres, analyses et décryptages

Éditorial

Assurance maladie



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs

Le processus est toujours le même: le ministre de la Santé Alain Berset présente un projet de loi extrême approuvé par le Conseil fédéral, le Parlement négocie des compromis et lors de la mise en œuvre au niveau de l'ordonnance, A. Berset – avec ses collègues de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tenus en bride – revient à ses idées initiales. Les consultations sont ainsi purement symboliques.

L'exemple le plus récent est la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité, qui contient pas moins de 21 objectifs quadriennaux et a été mise en consultation durant les vacances d'été avec un délai de réponse de neuf semaines seulement.

En page 1, l'expert en assurances sociales Ueli Kieser souligne que la qualité médicale n'est pas assez bien définie et met en doute l'efficacité, dans le contexte global, des nombreuses mesures isolées.

Le chirurgien cardiaque Thierry Carrel critique en page 2 le manque de coopération de l'OFSP avec les scientifiques et les spécialistes du terrain. Il précise que la qualité médicale peut être mesurée et explique comment.

La Dr méd. Eva Blozik constate à la page 3 que nous ne disposons que d'informations ponctuelles sur la qualité des soins médicaux de base. Elle indique comment éviter les soins superflus, inadaptés ou insuffisants.

En page 4, j'en arrive à la conclusion, à la suite notamment de mes nombreuses discussions avec les spécialistes mentionnés ci-dessus et d'autres encore, que, dans le domaine de la qualité médicale également, les responsabilités de la Confédération et des cantons doivent enfin être clairement attribuées.

Je vous souhaite une lecture enrichissante et me réjouis de vos retours.

## Qualité médicale: où va-t-on?

Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) doivent être efficaces, appropriées et économiques. Depuis quelques années, la qualité prend toujours plus d'importance. Que peut-on dire à ce sujet?

*Prof. Ueli Kieser, Dr en droit.* Il y a d'abord eu l'art. 43, al. 6 LAMal, selon lequel «les parties à la convention et les autorités compétentes» doivent veiller à ce que la qualité des soins soit de haut niveau. La qualité a donc été vue en premier lieu comme une tâche revenant aux assureurs et aux fournisseurs de prestations. Mais ensuite, cela a évolué. Les art. 58 à 59 LAMal (y compris les art. 58a à 58h) portent sur la «qualité». Avec eux, l'objectif de la «qualité» prend soudainement une tout autre dimension. Que peut-on dire à ce sujet?

Première critique: la loi ne dit pas ce qu'est la «qualité». Certes, on y parle de développement et de mesure de la qualité, ou encore de conventions et d'indicateurs de qualité. Mais elle ne définit nulle part la direction que doit prendre l'assurance maladie en ce qui concerne ce sujet. La notion de qualité n'englobe pas la même chose pour l'ensemble des patientes et des patients. Certains préfèrent rester à l'hôpital quelques jours de plus que ce qui est strictement nécessaire, quitte à ce que les pratiques mises en œuvre dans le cadre de leur traitement soient un peu plus économiques. D'autres souhaitent plutôt un traitement médical aussi efficace que possible, sans délai d'attente. La qualité ne se résume donc pas à un objectif unique; il existe au contraire des objectifs de qualité différenciés, voire contradictoires. C'est pourquoi il faut avant tout un système dans lequel les personnes assurées ont la liberté de choisir.

La deuxième critique porte sur la mise en œuvre des mesures de développement de la qualité. La loi et l'ordonnance fixent de très nombreux détails à ce sujet. Mais il n'est pas simple de savoir si les différentes mesures sont pertinentes dans le contexte global. Deux exemples:

- Selon l'art. 56, al. 3<sup>bis</sup> LAMal, les fournisseurs de prestations (hôpitaux, etc.) ne doivent pas systématiquement répercuter intégralement les avantages qu'ils perçoivent. Mais ces avantages doivent alors être utilisés de manière vérifiable pour améliorer la qualité du traitement. Les règles d'exécution sont extrêmement précises et entraîneront d'autres coûts considérables (voir à ce sujet les art. 76a à 76c OAMal). La faisabilité est-elle alors encore garantie?

- La Commission fédérale pour la qualité (CFQ) obtient un rôle très important et assume des tâches primordiales, notamment celle de réaliser des programmes de développement de la qualité. Pour ce faire, elle a recours à des tiers. La CFQ entend décider elle-même de nombreux éléments dans le cadre de ce développement de la qualité. Ne serait-il pas plus judicieux d'en confier la concrétisation aux tiers qualifiés?

Conclusion: on parle beaucoup de qualité sans toutefois répondre à la question principale: qu'est-ce que la qualité? La mise en œuvre du développement de la qualité crée de très nombreux obstacles administratifs qui ne sont pas tous nécessaires.

« On parle beaucoup de qualité sans répondre à la question principale: qu'est-ce que la qualité? »

Ueli Kieser,  
professeur et docteur en droit



# Qualité médicale à l'hôpital

Chaque effort visant à améliorer la qualité est précieux. Mais apparemment, le Conseil fédéral définit une stratégie et fixe des objectifs sans connaître la situation actuelle.



« *Stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité des prestations LAMal: faut-il s'attendre à un nouvel échec ?* »

Prof. Dr méd. Dr h. c. Thierry Carrel,  
clinique de chirurgie cardiaque, hôpital universitaire de Zurich

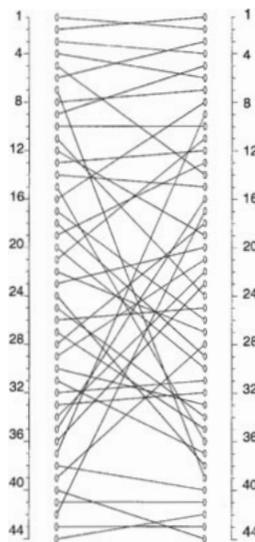
Prof. Dr méd. Dr h. c. Thierry Carrel. Dans le système de santé, la réglementation néglige trop souvent les besoins des patientes, des patients et des spécialistes traitants. Exemple le plus récent: la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité, mise en consultation pendant les vacances d'été. Il manque ici un état des lieux des actions déjà entreprises sur le plan de la qualité, ainsi qu'une démarcation avec les missions des cantons qui s'y rapportent. Comment les spécialistes de l'OFSP peuvent-ils, avec la Commission fédérale pour la qualité, fixer des valeurs cibles mesurables (rappelons que les objectifs quadriennaux sont au nombre de 21!) sans connaître la situation actuelle?

S'ajoute à cela que les facteurs utilisés pour définir ces objectifs sont très souples et que les critères de qualité sont des plus banals. Les prestations doivent, entre autres, «être efficaces, centrées sur le patient et intervenir à temps», et «tous les patients doivent avoir les mêmes chances d'accéder aux soins». En près de 40 ans de carrière à l'hôpital, je n'ai jamais fait de différence entre un homme et une femme, une personne suisse et une autre de nationalité étrangère, et – a fortiori dans l'hôpital public – je n'ai jamais donné la priorité à une personne fortunée au détriment d'un paysan de montagne pour un traitement.

En médecine, la qualité peut être mesurée, et elle l'est déjà aujourd'hui dans nombre de domaines. Mais il faut urgemment la rendre transparente pour les patientes et les patients, les caisses maladie et les autorités.

Les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus, publiés chaque année sur plusieurs centaines de pages, sont inutilisables en raison de sérieuses lacunes de méthode. J'ai exploré ces dernières en détail dans un article du «Bulletin des médecins suisses» datant de 2013. Malheureusement, la méthode n'a pas été corrigée depuis. L'OFSP continue de publier des taux de mortalité sans ajustement aux risques et empêche ainsi une comparaison équitable des différents hôpitaux. Mais de quoi parle-t-on exactement?

L'exemple ci-dessous illustre le problème. La figure présente le classement de 44 hôpitaux, sans ajustement aux risques (à gauche) et avec (à droite). Pour un traitement donné, l'un des hôpitaux occupe la 7<sup>e</sup> place – ce résultat étant obtenu sur la base de la mortalité à 30 jours. En réalité, l'hôpital a une mortalité beaucoup trop élevée; après ajustement aux risques, il passe à la place 39. L'inverse peut aussi se produire pour les hôpitaux qui prennent en charge beaucoup de cas complexes. C'est ainsi qu'un hôpital (avec la méthode de l'OFSP qui ne prend en compte que l'âge et le sexe) se retrouve en place 37 (à gauche) alors que ses résultats sont en fait bien meilleurs et qu'il atteint la 9<sup>e</sup> place une fois tous les facteurs de risque considérés (à droite). Soulignons que cette méthode est bien connue depuis plus de 25 ans (!).



Khury J, Risk adjustment of the postoperative mortality rate for the comparative assessment of the quality of surgical care. *J Am Coll Surg.* 1997; 185: 315-327.

Faut-il s'attendre à un échec de la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité ou le projet peut-il encore être sauvé?

Théoriquement, chaque effort visant à améliorer la qualité doit être salué.

Il est toutefois urgent de simplifier la stratégie, de se concentrer sur quelques objectifs et, surtout, d'associer des membres de sociétés de discipline médicale.

## Conditions requises pour la réussite du projet:

- Se concentrer sur un nombre restreint d'indicateurs de qualité mesurables avec précision (p. ex. mortalité à 30 jours à l'hôpital avec ajustement aux risques, taux d'infections contractées à l'hôpital, complications hémorragiques, réhospitalisations à 20 jours).
- Limiter d'abord la mise en pratique à quelques sociétés de discipline en chirurgie ou en médecine interventionnelle.
- Pas d'application généralisée. La médecine de famille doit être exclue, car cela serait une charge supplémentaire pour ces médecins ayant déjà trop à faire avec les tâches administratives.
- Ne pas faire du report des interventions planifiées un indicateur de qualité, car les centres tertiaires publics, du fait de leur obligation d'admission, seraient désavantagés par rapport aux différents organismes privés qui acceptent les urgences de manière limitée.
- Faire contrôler l'exactitude des données par des pairs lors de visites inopinées. Les spécialistes chargés de cette mission doivent encourager les échanges interprofessionnels, interdisciplinaires et collégiaux entre toutes les parties concernées. L'analyse des structures et des procédures se ferait compte tenu du potentiel d'amélioration éventuel, et le projet serait chapeauté par la FMH et/ou l'ASSM.

Malheureusement, la stratégie mise en consultation fait penser à une soupe de poissons: il suffit qu'un seul soit avarié pour que toute la soupe soit immangeable.

# Qualité des soins médicaux de base

La stratégie en matière de qualité doit permettre « d'améliorer la qualité des prestations de manière systématique et structurée » dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Mais nous ne savons pas encore clairement ce qu'est la qualité, à quel niveau elle est déjà et dans quels domaines elle doit être améliorée en priorité.

« *Coopération, flexibilité et recherche sont nécessaires pour que la qualité parvienne aux bénéficiaires des soins.* »



Prof. Dr méd. Eva Blozik, MPH, responsable de la recherche sur les services de santé chez SWICA Organisation de santé

*Prof. Dr méd. Eva Blozik.* Dans le projet mis en consultation sur la « stratégie en matière de qualité », le Conseil fédéral écrit que la qualité en Suisse donne l'impression de n'être ni meilleure, ni moins bonne que dans des pays comparables, alors que le système y est plus cher. Tandis que des objectifs et des champs d'action sont déjà définis, il subsiste une grande incertitude quant à la situation de départ. En effet, nous ne disposons que d'informations ponctuelles sur la qualité des soins médicaux de base. Nul ne conteste en revanche que de plus en plus de mesures médicales sont appliquées qui nuisent aux patientes et aux patients plus qu'elles ne leur sont bénéfiques.

Ainsi, différentes études témoignent d'arthroscopies du genou inutiles, de risques liés à la prise de médicaments en raison d'un dosage trop fort ou d'une prescription inappropriée, ou de cathétérismes cardiaques superflus.<sup>1,2</sup> Des initiatives telles que smarter medicine ou Preventing Overdiagnosis tentent d'y remédier.

Parallèlement, on renonce à certaines mesures alors qu'elles sont nécessaires. On le constate par exemple dans la prévention et le traitement des maladies chroniques, notamment psychiques, ou dans la prise en charge de la polymorbidité.

Différentes approches du domaine des sciences sont envisagées pour éviter les soins superflus, inadaptés ou insuffisants et, par conséquent, améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Elles portent entre autres sur :

- une collaboration plus étroite entre les différents domaines de soins ;
- l'adaptation à l'état actuel des connaissances pour optimiser le déroulement des traitements ;
- la fixation de priorités dans les soins sur la base des objectifs de leurs bénéficiaires ;
- l'élimination des incitations financières perverses ;
- une meilleure prise en compte de toutes les compétences professionnelles du système de santé ;
- la promotion des compétences en santé de la population pour renforcer la souveraineté des patientes et des patients ;
- l'aide apportée par des données structurées, la numérisation et la télémédecine.

Le spectre des approches est large et offre ainsi diverses possibilités d'application. L'efficacité des mesures dépend toutefois de leur mise en œuvre dans le domaine en question. C'est pourquoi les expériences tirées de modèles de soins utilisés sur le terrain – p. ex. celles d'un plan de suivi des diabétiques<sup>3</sup> – s'avèrent très utiles pour développer et diffuser une approche.

Outre la volonté de coopérer et d'axer les soins sur les résultats, la prise en compte de la recherche sur les services de santé est indispensable pour mettre à exécution des projets d'un tel niveau de complexité. Celle-ci garantit la transparence sur la qualité, et elle est essentielle pour hiérarchiser les mesures nécessaires. Elle aide les parties prenantes à s'améliorer et à rendre visible ce qui a été accompli. Elle est également utile pour déterminer quelles mesures se révèlent efficaces, sûres et réalisables à grande échelle dans les conditions du quotidien. Car à ce jour, on ne sait pas à quoi ressemblent des prestations de soins optimales. Leur élaboration, leur évaluation et leur développement doivent faire l'objet d'un travail commun. Ce qui s'avère concluant finira par s'imposer.

1 Swiss Medical Board. Études approfondies.  
<https://www.swissmedicalboard.ch/index.php?id=57&L=2>

2 <http://www.nfp74.ch/fr/projets/soins-multisectoriels/projet-schwenkglens>

3 [www.zhaw.ch/de/sml/institute-zentren/wig/newsdetail/event-news/evaluation-von-diabetes-betreuungskonzept/](http://www.zhaw.ch/de/sml/institute-zentren/wig/newsdetail/event-news/evaluation-von-diabetes-betreuungskonzept/)

# Privilégier la concurrence sur la qualité plutôt que la bureaucratie

Ce que le Conseil fédéral et l'administration veulent faire du projet de renforcement de la qualité du Parlement est une vraie folie bureaucratique et n'a plus rien à voir avec la concurrence régulée ancrée dans la LAMal depuis 1996.

*Felix Schneuwly.* Avec ses 21 objectifs quadriennaux, la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité est un monstre bureaucratique. Il manque un état des lieux précis de ce qui est déjà en place sur le plan de la qualité dans le système de santé suisse, de ce qui fonctionne bien et de ce qui est moins probant. On ne tient même pas compte des certifications de qualité largement reconnues, et il n'y a pas non plus de rapport clair avec la stratégie Santé2030.

La politique de santé fait une fixation sur les coûts depuis des années tout en omettant que rien n'est plus cher que la mauvaise qualité. L'art. 43, al. 6 LAMal demande aux partenaires tarifaires et aux autorités que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau tout en étant le plus avantageux possible.

Le projet de renforcement de la qualité a déjà indûment mélangé les responsabilités de la Confédération et des cantons dans la LAMal, alors même que la gouvernance des cantons est reconnue depuis longtemps comme un problème majeur, notamment par le groupe de spécialistes Diener. Il n'y a pas d'autre issue que de définir enfin clairement les responsabilités au lieu de les enchevêtrer toujours davantage.

Les cantons, chargés de l'admission des fournisseurs de prestations médicales dans le cadre de leurs responsabilités sanitaires, sont garants de la sécurité des patientes et des patients, peu importe qui paie les prestations.

« *Plutôt que de clarifier les responsabilités de la Confédération et des cantons, on les mélange toujours plus. La qualité en est l'exemple le plus récent. Cette situation renforce les conflits sur le rôle des cantons et nuit au système de santé dans son ensemble.* »

*Felix Schneuwly,*  
expert Assurance maladie chez Comparis



Les admissions fonctionnent à peu près bien. Pour ce qui est du retrait des autorisations, les intérêts économiques des médecins, hôpitaux, etc. ont trop souvent plus de poids que la sécurité des patientes et des patients. La Confédération doit s'assurer que les caisses et les fournisseurs de prestations réglementent la transparence de la qualité dans les conventions tarifaires et que les accords contractuels sont respectés.

Le Conseil fédéral et l'OFSP doivent revoir la stratégie sur la qualité depuis le début :

- Mieux vaut la transparence de la qualité comme objectif unique avec des objectifs d'étape plutôt que les 21 objectifs quadriennaux, qui sont trop hétérogènes. Sans cette transparence, les patientes et les patients ne peuvent choisir librement leurs fournisseurs de prestations sur la base des données, comme le promet la LAMal depuis 1996.
- La transparence de la qualité requiert des indicateurs a) définis et acceptés par les

spécialistes, b) compris par les patientes et les patients et c) mesurables. Dès lors, au lieu de simplement payer les prestations médicales fournies quelles qu'en soient l'efficacité et la qualité, les caisses maladie pourront aussi rembourser sur la base de la réussite du traitement.

Si l'on part sur cette base simple et claire, la transparence de la qualité ne sera pas un monstre bureaucratique étatiste comme l'est la stratégie proposée en matière de qualité, mais le fondement incitatif d'une concurrence sur la qualité. Or, cette notion de « concurrence sur la qualité » n'apparaît ni dans la stratégie, ni dans les objectifs quadriennaux. Il semblerait que la concurrence soit un principe diabolique à éviter à tout prix pour le ministre de la Santé et son équipe de l'OFSP, alors même que la concurrence régulée est un pilier central de la LAMal depuis 1996.

# 1552

C'est le nombre d'infections de plaies postopératoires survenues entre le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et le 30 septembre 2018 dans les hôpitaux suisses de soins aigus. Au total, 61 171 cas ont été analysés dans l'étude. Le nombre de cas annuel s'élève à environ 1,3 million. Source: rapport Swissnoso, août 2020.

## COMPARIPEDIA

La qualité des prestations médicales fournies pose un grand défi – elle n'est pas clairement définie, mais elle est mesurable. En Suisse, la sécurité des patientes et des patients est dévolue aux cantons, qui délivrent des autorisations aux établissements et aux professionnels de santé. Le Conseil fédéral reprend désormais la conduite du développement de la qualité pour les prestations médicales financées selon la loi sur l'assurance maladie (LAMal). Les objectifs quadriennaux du Conseil fédéral et les objectifs annuels de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) découlent de la stratégie de la Confédération en matière de qualité. La CFQ est une commission extraparlamentaire d'expert-e-s qui apporte son concours au Conseil fédéral pour promouvoir la qualité dans le système de santé. Les conventions de qualité sont un autre élément essentiel de la stratégie en matière de qualité. Les fédérations concluent des conventions sur le développement de la qualité valables et contraignantes dans toute la Suisse. Les indicateurs de qualité (CH-IQI) permettent de mesurer la qualité.

## MENTIONS LEGALES

Éditeur: comparis.ch,  
Birmensdorferstrasse 108, 8003 Zurich  
Conception: comparis.ch  
Traduction: comparis.ch  
Réaction: media@comparis.ch  
www.comparis.ch