

place au

# dialogue



## Nous sommes bons. Non?

En ligne de mire: la qualité du système de santé

Vladimir Ilitch Lénine

# La classe plutôt que la masse

«Je demande sans relâche: non multa, sed multum. Mieux vaut moins mais mieux.»

politicien et révolutionnaire russe  
(1870-1924)

Académie Suisse  
des Sciences Médicales

# Des études? Où?

«De nombreux procédés médicaux en vigueur depuis longtemps n'ont toujours pas fait l'objet d'études démontrant leur bénéfice.»

Feuille de route «Médecine durable»,  
décembre 2012

Felix Schneuwly, Head of Public Affairs Comparis

# Prestation (ne) compte (pas)

«Aucun hôpital ni aucun cabinet médical n'est fermé parce que ses prestations sont insuffisantes.»

Handelszeitung, 7 mai 2013

Heinz Locher, économiste de la santé

# Chambre noire

«Jusqu'ici, les hôpitaux et les médecins ont empêché avec succès la publication de données sur la qualité. Le système de santé est la chambre noire de la nation.»

Neue Luzerner Zeitung, 18 août 2014

Conseil fédéral

# Concurrence? Que nenni!

«Il n'existe pas de réelle concurrence en termes de qualité, laquelle pourrait avoir un impact positif sur la qualité des traitements et les coûts.»

Rapport «Santé 2020» du Conseil fédéral



Suivez-nous aussi sur Twitter:  
[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)



**Riccarda Schaller** est cheffe  
 Politique de la santé de la CSS  
 ✉ [riccarda.schaller@css.ch](mailto:riccarda.schaller@css.ch)

# Sommes-nous les meilleurs?

## Table des matières

4	<b>La qualité du système de santé</b> Pas de pole position pour les médecins et les hôpitaux
7	<b>Point de vue</b> «Qualité: la CSS y a tout intérêt»
8	<b>Contexte</b> La loi sur la qualité du Conseil fédéral – exigences et effets
10	<b>Pratique</b> Qu'apporte vraiment la publication d'indicateurs de qualité?
11	<b>Un autre regard</b> Tu es ce que tu manges
12	<b>On en parle</b> «L'idéal selon moi, ce serait une sorte de TripAdvisor pour les hôpitaux»
16	<b>Personnel</b> De l'importance des patients satisfaits
18	<b>Santé!</b> «Un acte de solidarité»
19	<b>Science</b> La gestion du risque clinique dans les hôpitaux suisses

«Encore un nouveau magazine!», êtes-vous peut-être en train de vous dire. «Mais quel magazine!», aurais-je envie de rétorquer. Car avec sa nouvelle publication «place au dialogue», la CSS ne voudrait pas se limiter à ajouter un titre à la longue liste des publications dans le domaine de la santé. Elle entend plutôt examiner sous différents éclairages des thèmes essentiels du système de santé suisse, et surtout en discuter. Aller au fond des choses au lieu de rester à la surface, telle est notre ambition. Nous consacrons le premier numéro au thème de la qualité, qui est pour ainsi dire la pièce maîtresse de tout système de santé. La Suisse a le meilleur système de santé du monde, aime-t-on à rappeler souvent. Mais qu'en est-il vraiment de la qualité? Est-elle mesurable et comparable? Et qu'en est-il de la transparence? Ce sont autant de questions, parmi d'autres, sur lesquelles nous nous pencherons aux pages suivantes. En Suisse, le débat sur la politique de la santé se limite trop souvent à la question des coûts. Et dans l'assurance de base, les assurances-maladie sont tenues de prendre en charge les prestations, même si la qualité nécessaire n'est pas attestée de manière transparente dans tous les cas. Pourtant, dans un système où de (très) nombreux prestataires font la même chose précisément, la qualité devrait devenir un facteur concurrentiel déterminant. Et la concurrence pourrait contribuer à ralentir un peu la spirale des dépenses que connaît le système de santé.

J'espère que vous apprécierez notre nouvelle publication.

## Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Editeur: CSS Assurance, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), rédacteurs en chef: Riccarda Schaller et Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (texte) et Franziska Neugebauer (art direction) | Crédit photos: mäd, Keystone/Gaëtan Bally, Zeljko Gataric, Grafilu, iStock/inakiantonama, getty/Simon Greenwood | Retouche photos: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



**MIXTE**  
 Papier issu de  
 sources responsables  
**FSC® C008110**

Pour ce qui est de la qualité des soins médicaux en Suisse, cela ne marche pas très fort. Il est question de milliers de décès et de dizaines de milliers de complications, tous évitables. La réaction des hôpitaux, des médecins et des autorités est tiède.

Par Urs P. Gasche

# Hôpitaux et médecins: pas de pole position

**L**es crashes d'avion ou les accidents de train font la une des journaux. Leurs causes sont analysées et les mesures de sécurité renforcées. Dans notre perception, de tels événements représentent un plus grand danger que les risques qui font «uniquement» des victimes au fil du temps, comme dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. Environ 5000 personnes décèdent ainsi chaque année des suites d'une erreur commise dans un hôpital pour soins aigus. A celles-ci viennent s'ajouter les 120 000 patients qui subissent une atteinte à leur santé à cause de leur hospitalisation, doivent être réopérés ou suivre un traitement complémentaire.

## «La moitié des nuisances pourrait être évitée»

Ce nombre important de victimes est dû aux infections contractées à l'hôpital, aux erreurs de traitement, à une médication incorrecte, à des diagnostics erronés ou tardifs, de même qu'à des erreurs de soins. L'OFSP résume le sérieux de la situation en ces termes: «Un patient hospitalisé sur dix subit une atteinte à sa santé et la moitié de ces événements indésirables serait évitable.» Ce sont 2000 à 3000 décès et près de 60 000 cas de nuisance qui pourraient être évités chaque année. Ces nombreuses victimes ne font pas la une des journaux. Pour elles, il n'y a pas de pression publique. D'où l'idée que les politiques, les autorités et les responsables des hôpitaux n'en font pas assez pour améliorer la sécurité.

## Les risques existent aussi en dehors des hôpitaux

Les cabinets médicaux et les EMS ont leur part de responsabilité. Cinq admissions hospitalières sur cent sont dues à des erreurs de prescriptions de médicaments. Les décomptes de caisses-maladie montrent que 150 000 patients suivent plus de vingt traitements médicamenteux à la fois. Plus de 5000 d'entre eux meurent chaque année à cause d'un mélange dange-

reux de produits thérapeutiques selon les estimations de Gerd Kullak, professeur en pharmacologie clinique à l'Hôpital universitaire de Zurich. Ce n'est pas toujours la douleur effective qui détermine les examens, diagnostics et traitements à suivre, mais le choix aléatoire du médecin. La revue des consommateurs «Scelgo Io» rapporte que pour le même problème de peau, une patiente tessinoise a consulté dix dermatologues. Trois d'entre eux ont examiné les pellicules, deux ont effectué des tests de sang et d'allergie, l'un d'eux a diagnostiqué une mycose et prescrit une pommade antifongique, un autre a prescrit une pommade cicatrisante et quatre autres une crème hydratante. L'un d'eux a par ailleurs prescrit en plus une préparation à base de fer.

Quand de nombreux cabinets médicaux avec chirurgiens sont implantés dans une région, les patients atterrissent plus souvent en salle d'opération. Ainsi, les Tessinois étaient comparativement opérés plus rarement du cœur. Toutefois, depuis que des cardiologues et des chirurgiens cardiaques ont ouvert un centre de cardiologie en 1999, les interventions au niveau du cœur – avec tous les risques qu'elles comportent – sont beaucoup plus fréquentes au Tessin que dans la plupart des autres cantons – sans utilité avérée. Dans le canton de Fribourg, les femmes de

60 ans sans utérus sont presque deux fois aussi nombreuses que dans le canton des Grisons.

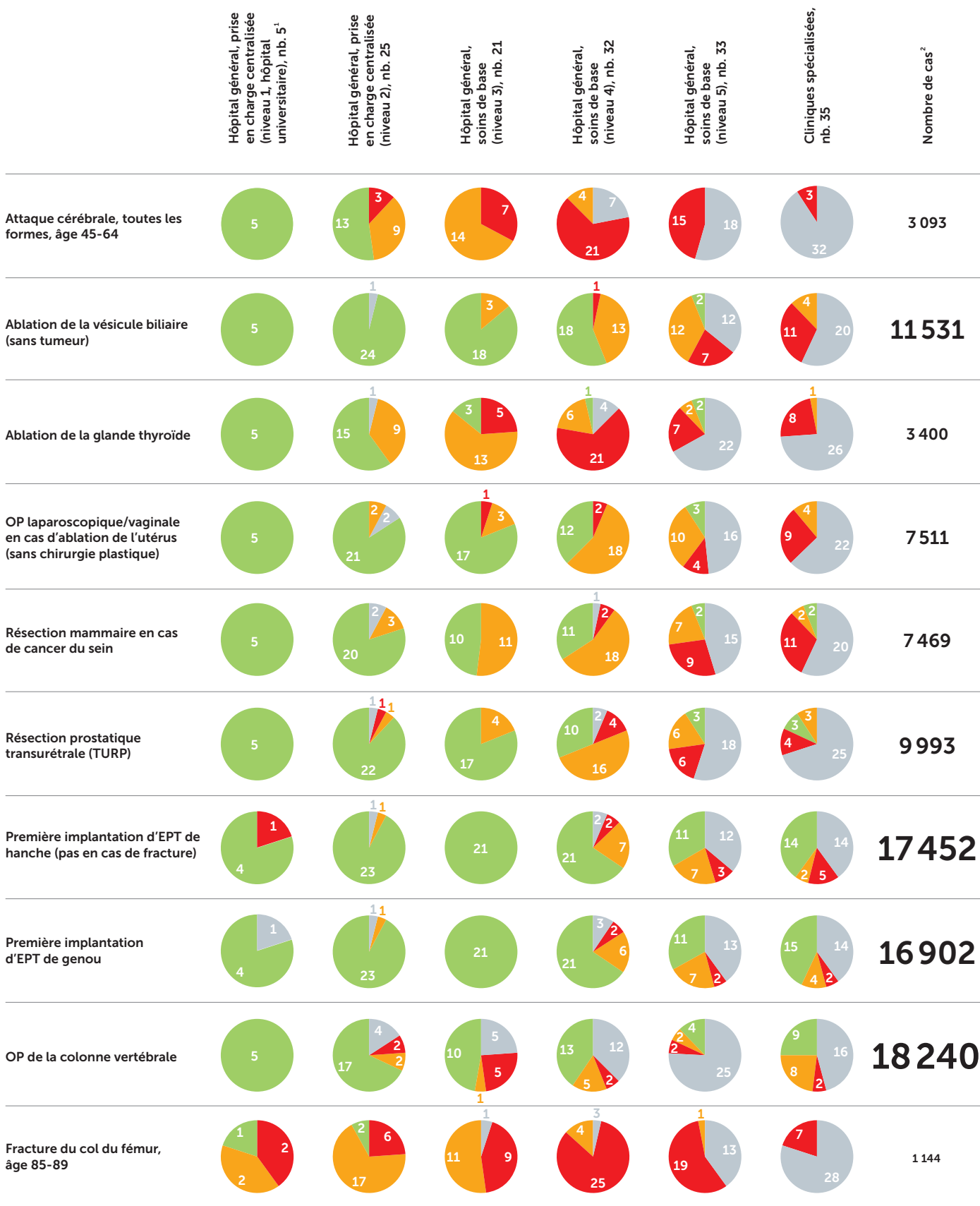
## En bref

- Un patient hospitalisé sur dix subit une atteinte à sa santé, et la moitié de ces événements dommageables serait évitable.
- Alors qu'il le pourrait, le Conseil fédéral n'exige aucun contrôle scientifique systématique pour garantir la qualité.
- Pendant que plusieurs pays européens cherchent à parfaire la qualité de leurs soins, nous en sommes encore à ergoter sur les coûts de la santé.

## «Difficile de trouver un système de santé équivalent»

Notre pays s'offre les soins de santé les plus chers d'Europe, mais pas les meilleurs. Ceux qui en vivent s'empressent de clamer que la Suisse se classe en tête. La Société zurichoise des médecins-chefs a justifié les coûts élevés en expliquant que notre système de santé était l'un des meilleurs au monde, sinon le meilleur. Elle faisait bien référence à l'offre: selon l'OCDE, nous avons chez nous un quart de médecins en activité →

Des hôpitaux trop nombreux avec une pratique insuffisante



- Nombre d'hôpitaux avec au moins un cas par semaine (≥52 cas)
- Nombre d'hôpitaux avec moins d'un cas par semaine (12-51 cas)
- Nombre d'hôpitaux avec moins d'un cas par mois (<12 cas)
- Nombre d'hôpitaux qui ne réalisent pas l'intervention

<sup>1</sup> Sur la base de la typologie des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (2006), version 5.2

<sup>2</sup> Les cas d'hôpitaux présentant moins de dix cas ne sont pas comptabilisés. Source: Office fédéral de la santé publique (2014): Données «Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2012»



En Suisse,  
**5000 personnes**  
décèdent chaque année des suites  
d'une erreur dans un  
hôpital pour soins aigus.



**15 000**  
**maladies infectieuses**  
pourraient être évitées grâce  
à des meilleurs standards d'hygiène.

→ de plus par habitant que dans les autres pays industrialisés, et nous battons des records en termes d'équipement technique spécialisé tel qu'IRM, scanner, etc.

### **Les traitements inutiles sont lucratifs pour les médecins**

Ce qui intéresse les patients: la rapidité et la durabilité de leur guérison, ou la manière de maîtriser au mieux leurs maladies chroniques. La plupart des médecins font de leur mieux, mais il n'en demeure pas moins que leurs revenus dépendent de la fréquence à laquelle ils examinent, traitent et opèrent. Les tests diagnostiques, traitements, voire même complications inutiles, font gonfler leurs comptes bancaires. A l'inverse, les bons médecins qui ne font que ce qui est utile et assure donc la guérison sont moins bien lotis financièrement. Dans la plupart des autres pays, les médecins spécialistes sont rémunérés selon leur temps de présence. Quand ils expliquent à une patiente les avantages et les risques d'une intervention, ils gagnent autant que s'ils opéraient. Chez nous, les mauvaises incitations sont un sujet tabou, même pour les hôpitaux. Leurs profits se portent mieux s'ils dressent des diagnostics plus compliqués qu'il ne le faut, qu'ils dispensent des traitements plus coûteux et qu'ils se précipitent pour opérer au lieu d'attendre. De plus, comme les forfaits par cas ne couvrent que les frais hospitaliers, les hôpitaux n'ont aucun intérêt à suivre le rétablissement des patients après leur sortie. D'où l'absence de transparence sur les hôpitaux qui soignent le mieux leurs patients.

Aux Pays-Bas, en revanche, les forfaits par cas englobent tous les coûts, même après la sortie de l'hôpital, jusqu'au rétablissement définitif. Les hôpitaux ont tout intérêt à ce que leurs patients retrouvent vite la forme, c'est pourquoi ils cherchent les meilleures solutions pour les soins consécutifs et la rééducation. Les résultats définitifs du traitement sont évalués et comparés. En Suisse, la Suva est la seule à posséder ces données sur les patients. Elle pourrait communiquer sans autre quelles équipes thérapeutiques de quels hôpitaux sont les plus efficaces pour soigner les victimes d'accidents. Pourtant, la Suva n'exploite pas ses données, sans doute pour des considérations politiques. Elle cherche des excuses en affirmant qu'elle

n'a pas été mandatée par le législateur. Les différents effets incitatifs expliquent entre autres pourquoi les Pays-Bas, en proportion de la population, n'ont besoin que d'un quart des hôpitaux de la Suisse. Les Néerlandaises et Néerlandais doivent aller moins souvent à l'hôpital, se font opérer plus rarement et s'exposent de ce fait à moins de risques. L'espérance de vie et l'état de santé de couches sociales comparables sont identiques dans les deux pays.

### **La Suisse fait moins bien que ses pays voisins**

En Suisse, les surenchères des traitements sans utilité réelle sont trop nombreuses. De plus, pendant leur hospitalisation, les patients sont exposés à des risques plus importants. Chez nous, les infections sont plus fréquentes qu'aux Pays-Bas, en Allemagne ou en France. Chaque année, près de 600 décès et 15 000 maladies infectieuses pourraient être évités si les normes d'hygiène minimales étaient respectées dans les salles d'opération. Ce constat ressort d'une enquête réalisée par Swissnoso, un groupe de spécialistes de l'hygiène et des infections hospitalières. Sur un total d'environ 9700 opérations de l'intestin réalisées chaque année, près de 400 infections en moins pourraient se produire si la qualité des traitements dispensés en Suisse était au moins aussi bonne qu'en Allemagne, et si elle atteignait le niveau des hôpitaux français, il y en aurait même 500 de moins. Swissnoso a expliqué que ces valeurs étaient une vérité statistique inébranlable.

### **L'échec des autorités fédérales**

Le risque d'infections, de traitements post-stationnaires non planifiés ou d'erreurs de médication peut être cinq fois plus élevé dans un hôpital que dans un autre. Le problème, c'est que nous ne savons pas dans lequel. Les résultats des traitements ne sont toujours pas collectés à des fins de comparaison, et quand ils l'ont été, comme pour les infections, les chiffres des différents hôpitaux n'ont pas été communiqués publiquement. Il y a très longtemps que les données complètes sur les résultats thérapeutiques devraient être accessibles sur internet. En 1996, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a octroyé au Conseil fédéral la compétence de «prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité». Pour ces contrôles, il aurait pu exiger la saisie homogène de données sur les résultats thérapeutiques. Depuis 2009, les hôpitaux sont même tenus de fournir des statistiques sur la surveillance de la qualité. Pourtant, malgré les 5000 personnes qui décèdent chaque année des suites d'une erreur commise lors de leur hospitalisation, et malgré les 120 000 personnes qui subissent une atteinte à la santé, le Conseil fédéral n'a pas eu le courage de s'imposer contre les lobbys des hôpitaux et des médecins et d'exiger des données comparables. Ce n'est pas un bon présage pour ceux qui, avec une caisse unique, misent sur une médecine plus étatique. Une concurrence réglementée telle que celle des Pays-Bas améliorerait rapidement la qualité. Il faudrait pour cela que les caisses disposent de la liberté de contracter.

### **Des chiffres même pas comparables**

Si les chirurgiens et les équipes hospitalières ne réalisent que rarement une opération donnée, et qu'ils pratiquent trop peu, il peut en résulter des réopérations, des hémorragies, des infections de plaies, ou au

Le système de santé suisse a besoin d'un changement de paradigme: la qualité doit devenir un facteur central.

## «Qualité: la CSS y a tout intérêt»

### On dirait que de nombreux acteurs du système de santé ont peur du thème de la qualité. Est-ce aussi le cas de la CSS?

L'absence de transparence sur la qualité reflète en priorité un problème culturel: la peur que la transparence soit faite sur sa propre activité ou que les critères de qualité ne soient utilisés abusivement pour imposer des mesures politiques, structurelles et relatives aux prix. Un changement culturel rapide s'impose donc: la qualité doit devenir un facteur prépondérant dans le système de santé suisse. La CSS y a tout intérêt. Car une bonne qualité de traitement se répercute immédiatement sur les patients, et finit aussi par avoir un impact positif sur les dépenses de santé et donc les primes.

### En quoi la CSS contribue-t-elle à améliorer la qualité des traitements médicaux?

Dans le système de santé suisse, c'est le libre choix qui prédomine, et en fin de compte, l'assurance de base doit supporter les coûts indépendamment de la qualité. D'où toute la difficulté, pour une assurance-maladie, d'influer directement sur la qualité du traitement, dont le fournisseur de prestations est le seul

responsable. Malgré tout, l'intérêt de l'assurance-maladie pour les indicateurs de qualité et leur mesure auprès du corps médical a pour effet qu'elle se préoccupe de plus en plus des questions de qualité.

### On parle souvent de traitements inutiles, qui sont coûteux et au pire des cas, qui portent atteinte au patient. Quelle est l'attitude de la CSS sur cette question?

La surabondance de l'offre et les traitements non indiqués posent problème sur le plan des risques et des coûts. Ils résultent des mauvaises incitations. Ceux qui multiplient les actes gagnent plus. Ceux qui effectuent des prestations de mauvaise qualité ne sont pas sanctionnés. Mais les patients ne sont pas non plus tout à fait innocents, car souvent, ils réclament un traitement en l'absence de toute indication contraignante. La CSS se mobilise pour les patients: les tarifs et contrats négociés doivent récompenser la qualité, et pas la quantité. Les prestations doivent être examinées à grande échelle quant à leur bénéfice, et les deuxièmes avis médicaux sur des interventions sont encouragés.

pire des cas de décès. Il y a plusieurs années déjà, le «British Medical Journal» constatait que pour de nombreuses opérations, afin de réduire les risques, il ne faut pas seulement un chirurgien qui opère beaucoup, mais aussi un hôpital qui opère beaucoup. Aux Pays-Bas, les caisses-maladie ne sont pas dans l'obligation de prendre en charge des opérations d'un hôpital qui en pratique trop rarement. Il s'agit d'un moyen efficace pour inciter les hôpitaux à se spécialiser.

En Suisse, le Conseil fédéral n'a pas encore demandé une seule fois à ce jour un dénombrement des opérations par établissement hospitalier. L'OFSP compare les chiffres de certains hôpitaux avec ceux de groupes hospitaliers entiers. Néanmoins, ils sont déjà assez alarmants. Deux exemples: ablation du pancréas: en Suisse alémanique, 19 hôpitaux ou groupes hospitaliers ont réalisé moins de dix fois cette intervention délicate en 2012. Au total, 700 opérations ont été réparties entre 50 hôpitaux. Ablation totale ou partielle de la glande thyroïde: cette opération comporte le risque de blessure d'un ou des deux nerfs de la corde vocale. Selon l'hôpital, le risque peut varier entre 1:50 ou 1:200, comme le montrent les chiffres de l'étranger. En 2012, 38 hôpitaux ont effectué cette opération moins de dix fois par année.

Au total, 3400 opérations ont été réparties entre 98 hôpitaux (se reporter au graphique de la page 5).

### Tolérance zéro

Il y a sept ans, l'Ecosse a lancé un programme national d'éradication de toutes les erreurs médicales et hospitalières évitables. D'ici 2015, seulement cinq patients sur cent doivent subir une atteinte à leur santé durant leur hospitalisation, soit une proportion inférieure de moitié à celle enregistrée en Suisse. Pendant que l'Ecosse et d'autres pays travaillent à l'amélioration de la qualité de leurs soins, nous en sommes encore à ergoter sur les coûts. Pourtant, les hôpitaux, les médecins et les autorités ne devraient plus tolérer que les traitements entraînent autant de blessés et de morts évitables. Comme pour les crashes d'avion, il faut apprendre de ses erreurs. Les collectes de données facultatives, la volonté d'égard et de ménagement, ainsi que l'absence de communication sous le couvert de la protection des données, traduisent une irresponsabilité totale.

Urs P. Gasche est publiciste et rédacteur spécialisé dans les questions de santé sur la plateforme Infosperber.ch.



D<sup>r</sup> Christian Affolter est responsable Public Affairs Structures tarifaires de la CSS  
[christian.affolter@css.ch](mailto:christian.affolter@css.ch)

Avec la nouvelle loi, le Conseil fédéral veut optimiser la qualité du système de santé. Une proposition qui a un grand potentiel ou plutôt une chimère? Analyse succincte.

Par Matthias Schenker

# Loi sur la qualité du Conseil fédéral: les exigences et les effets



Matthias Schenker est directeur adjoint Politique de la santé de la CSS  
[matthias.schenker@css.ch](mailto:matthias.schenker@css.ch)

**P**our ce qui est de l'espérance de vie et des autres indicateurs de santé, la Suisse est dans le peloton de tête en comparaison mondiale, comme le montrent entre autres les chiffres de l'OCDE. Le devons-nous à la qualité médicale et des soins du système de santé suisse? On peut le supposer, mais cela reste difficile à prouver.

## Le manque de données et de transparence

Pour étayer une telle affirmation, il faudrait disposer de données concrètes sur la qualité des résultats (outcome) des prestations médicales fournies. Il existe certes (depuis peu) des données correspondantes dans certains domaines de prestations – entre autres grâce à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Néanmoins, dans de vastes pans du système de santé suisse, notamment dans le domaine ambulatoire, la recherche de données sur la qualité s'apparente à la traversée d'un désert

de données. Les données sur la qualité sont plutôt rares. Quand elles existent, elles manquent souvent de transparence, soit parce qu'elles ne peuvent pas être comparées, soit parce qu'il n'y a pas de volonté de les publier. Or, dans le système de santé précisément, des données sur la qualité transparentes devraient jouer un rôle prépondérant.

## Les bases d'une concurrence efficace

Cela est donc clair: il est nécessaire de disposer de données transparentes, pertinentes et comparatives sur la qualité des prestations. Les patientes et patients s'en serviront comme d'une base précieuse pour prendre des décisions fondées lors du choix d'un fournisseur de prestations, ainsi que lors de l'acceptation ou du refus d'un traitement. De leur côté aussi, les fournisseurs de prestations et les assureurs ne peuvent se passer de données de qualité. Ce n'est que de cette manière qu'ils peuvent convenir ensemble d'une rémunération loyale et économique des prestations. Car dans un système concurrentiel efficace, les prix remboursés devraient non seulement être déterminés en fonction du benchmarking des coûts, mais aussi de celui de la qualité.

## Les objectifs incontestés du Conseil fédéral

Compte tenu des déficits existants, le Conseil fédéral a mis en consultation la loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins. Le Parlement étudiera probablement le projet en 2015. Les objectifs formulés dans le projet consultatif sont logiques et cohérents. Dans l'assurance de base, le Conseil fédéral demande entre autres la



La loi sur la qualité à elle seule est loin de garantir que les grandes exigences en matière de qualité se reflèteront dans la réalité.

«promotion de la transparence concernant la qualité et l'adéquation des prestations». La promotion de la sécurité des patients et la mise à disposition de bases scientifiques systématiques pour l'appréciation des technologies de la santé sont tout à fait judicieuses aussi. Car dans le domaine de l'évaluation résolue de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations médicales précisément, les politiques ont également constaté des manques importants.\*

#### Il ne suffit pas de créer un centre

Les tâches et les objectifs du centre pour la qualité prévu sont donc clairement définis dans la loi et traduisent un besoin important. Néanmoins, ces buts ne pourront pas être atteints grâce aux seules activités du nouveau centre pour la santé. Cela ne tient pas au centre planifié en tant que tel ou à ses responsabilités, mais plutôt au fait qu'avec la nouvelle loi, rien ne change par rapport à la répartition actuelle des compétences. Dans le domaine de la qualité, il appartient toujours aux

fournisseurs de prestations d'élaborer les indicateurs correspondants et de convenir de leur vérification avec les partenaires contractuels, à savoir les assureurs. En ce qui concerne la gestion des prestations à la charge de l'assurance de base, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) reste l'institution

décisionnelle. Si les bases élaborées par le centre relatives à la qualité et à l'évaluation de technologies de la santé ne se reflètent pas dans la pratique des partenaires contractuels et de l'OFSP, les objectifs de la loi ne seront pas atteints.

Ainsi, la responsabilité incombe aussi bien aux fournisseurs de prestations qu'aux assureurs et à l'OFSP. Ils doivent tous intégrer à titre obligatoire les bases élaborées dans leur activité opérationnelle. En conséquence, le centre peut et doit uniquement remplir une fonction d'assistance. C'est pourquoi il est judicieux d'impliquer à un stade précoce déjà les parties prenantes mentionnées dans les travaux du centre. Cela augmentera son acceptation et l'impact de ses activités. Un financement paritaire du centre est par ailleurs obligatoire. Les coûts ne doivent pas seulement être supportés par les payeurs de primes, mais aussi par les institutions responsables, tout au moins en ce qui concerne les travaux élémentaires sur la qualité. L'évaluation des technologies de la santé doit rester une tâche financée par la Confédération, conformément à la proposition.

### Les parties prenantes doivent pouvoir collaborer à un stade précoce.

#### En bref

- Les objectifs de la loi sont logiques et cohérents.
- Le centre pour la qualité à lui seul ne peut atteindre les objectifs.
- C'est pourquoi les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent mettre en œuvre les bases élaborées.

\*CdG-N, Inspection «Détermination et contrôle des prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins». Lettre au Conseil fédéral, 26.1.2009

La collecte de données sur la qualité du système de santé suisse s'impose de toute urgence. Pourtant, sans les conditions cadres correspondantes, nous risquons de nous retrouver face à un cimetière de données non interprétables.

Par Michael Schlander

# Qu'apporte vraiment la publication d'indicateurs de qualité?

**S**elon la «NZZ» du 23 juillet 2009, une main ne sait pas ce que l'autre fait dans le système de santé suisse. La plus grande transparence possible est donc demandée. Elle doit être obtenue par la collecte et la publication d'indicateurs de qualité adéquats. Dans le système de santé suisse, le thème de l'assurance-qualité n'est pas nouveau, puisqu'il est ancré depuis 1996 déjà dans la LAMal et l'OAMal. Depuis 2009, «les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations». En 2009 aussi, l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales) a publié une prise de position au sujet de la collecte, de l'analyse et de la publication de données sur la qualité des traitements médicaux.

## Le risque d'un cimetière de données

Pour l'essentiel, l'assurance-qualité consiste à comparer la situation prévisionnelle et celle réelle. Sans norme de référence, la collecte d'indicateurs de qualité débouche sur un cimetière de données non interprétables. C'est pourquoi il est bon, sur le principe, que la Confédération prépare la création d'un «Centre pour la qualité dans l'AOS», qui doit aussi avoir la compétence de réaliser les Health Technology Assessments (HTA). Car seules des normes s'appuyant le mieux possible sur des faits sont de nature à servir d'ossature pour une amélioration et une garantie durables de la qualité dans le système de santé. Pourtant, la Confédération veut plus, elle demande précisément la «promotion de la transparence concernant la qualité et l'adéquation des prestations». Il se pose ainsi la question de savoir qui profite de la transparence. D'emblée, nous penserions en effet aux patients. Les

expériences dans d'autres pays montrent toutefois que ceux-ci utilisent essentiellement des facteurs tels que la disponibilité et les prestations hôtelières comme base décisionnelle pour choisir un hôpital. Les autres bénéficiaires sont les médecins prescripteurs, les hôpitaux, les organismes de paiement, ainsi que les pouvoirs législatif et exécutif. Pour leurs décisions, ils ne peuvent se passer de données fiables. Il se pose le problème des mauvaises incitations et des possibilités de manipulation; les mots-clés dans ce contexte sont: les sorties prématurées pour réduire les complications et la létalité devant faire l'objet d'un rapport, le transfert des patients à haut risque, le non-engagement de procédures risquées, mais indiquées, la réduction du traitement et la manipulation des données.

## Compétition pour la meilleure qualité possible

Une idée est centrale, celle que la concurrence permet d'atteindre la meilleure qualité possible, qui débouche au final sur des modèles de rémunération axés sur les résultats. Les expériences pratiques en rapport avec les modèles correspondants nous viennent surtout des Etats-Unis et d'Angleterre. Les données sur les effets manquent de clarté au niveau international et ont à plusieurs reprises abouti à la conclusion que la publication de données sur la qualité n'a aucune conséquence positive pouvant être démontrée, et que par conséquent, la concurrence au niveau de la qualité n'est pas porteuse de manière générale. Le modèle «Pay for Performance» va encore plus loin par rapport à la compétition qualitative, car au lieu des incitations purement immatérielles, il crée des incitations financières pour l'amélioration des indicateurs de qualité. Ici encore, la situation en matière de données est hétérogène. Formulé autrement, l'état des connaissances scientifiques internationales en faveur de l'impact des indicateurs de qualité publiés ne correspond pas (encore) aux normes reconnues de la médecine fondée sur les données probantes. Cela ne devrait pas empêcher d'exploiter les opportunités qui existent pour garantir la qualité du système de santé, mais contribuer à une évaluation réaliste du potentiel, de façon à prévenir les déceptions ultérieures liées à des attentes exagérées.



La **garantie de la qualité** dans la fourniture de prestations est **ancrée dans la loi depuis 1996** déjà.

Médecin et économiste, le **Professeur Michael Schlander**, MBA, est économiste de la santé à l'Université d'Heidelberg et à la Hochschule für Wirtschaft, et président fondateur de l'institut d'utilité publique, Institute for Innovation & Valuation in Health Care (InnoValHC), à Wiesbaden.

Bien cuisiner, c'est une question d'aptitude. Un bon cuisinier doit sans aucun doute maîtriser toutes les règles de l'art culinaire. Pourtant, cela ne suffit pas. Quel est donc le secret de la haute cuisine? Et pourquoi la qualité paie-t-elle?

Par Irma Dütsch



## Tu es ce que tu manges

**P**our qu'un mets soit excellent, il faut plus qu'une bonne recette. La cuisine est une passion. Elle nécessite de l'amour, du temps et de la patience. C'est pareil pour manger. Quand on ne prend pas le temps et que l'on ne consomme que des plats cuisinés, on ne sait même plus reconnaître le goût d'un bon repas. Pourtant, rien n'importe plus qu'une alimentation de qualité et ayant bon goût. Car les aliments vont dans notre corps, ils sont notre corps. Ainsi, nous sommes effectivement ce que nous mangeons.

Pour qu'une cuisine soit excellente, différents facteurs sont déterminants: le produit, la manière de le cuisiner et de le mettre en valeur par l'assaisonnement, les arômes. Sans oublier le cuisinier, qui doit être capable de transformer ses composantes en une création harmonieuse. Pour la haute cuisine, d'autres éléments sont également importants, qui n'ont soi-disant rien à voir avec la cuisine: la manière dont le client est accueilli, dont la table est décorée et dont les verres sont placés a une influence sur la qualité. La manière dont les mets sont présentés dans l'assiette en fait aussi partie, car le regard participe également au repas. En bref, les détails sont l'une des clés d'une cuisine excellente.

Les ingrédients ont eux aussi une importance fondamentale. Un mets n'aura que la qualité des ingrédients qui le composent. Il est donc préférable de choisir des produits saisonniers, qui sont frais et du pays. Par chance, la Suisse a quatre saisons. Quand le printemps arrive, nous nous réjouissons de retrouver les asperges, l'ail des ours et les fraises. Qui aurait donc envie de choucroute au safran avec scampi en été? En hiver toutefois, c'est un plat excellent. Un bon cuisinier se laisse inspirer par l'offre et les marchés locaux. Ainsi, il connaît encore ses fournisseurs et producteurs. Ce contact personnel est essentiel, car

le boucher, le fromager et le vigneron jouent un rôle tout aussi important pour la qualité des mets. Ils ont de larges connaissances dont nous bénéficions en tant que cuisiniers. Ces échanges de connaissances et cet examen des produits locaux prennent du temps, mais la précipitation est incompatible avec la qualité.

Dans mon métier, le contrôle qualité est immédiat: quand le client paie l'addition, on sait tout de suite s'il paie de bon cœur. Et il n'y a rien de plus beau que des clients satisfaits. Pour cela, le prix doit concorder avec la qualité. Je demande souvent à mes cuisiniers: «Serais-tu prêt à payer ce prix pour le plat que tu es en train de faire servir?» Un bon cuisinier doit avoir des contacts avec ses clients. Ces derniers doivent sentir qu'ils sont importants pour lui. Cela aussi, c'est un critère de qualité. Nous devons être contents d'accueillir nos clients, et tout doit être transparent. Pas seulement sur la provenance des produits, mais aussi sur notre personnalité. Cela crée la confiance. Car comme je l'ai dit, il n'y a rien de plus intime que la nourriture. Tu es ce que tu manges.

**La cuisine, c'est le savoir, l'habileté, la vision et la personnalité.**

### En bref

- Ne jamais perdre de vue les détails. Un tout est toujours composé d'un ensemble d'éléments isolés.
- La qualité nécessite du savoir, beaucoup de savoir, et du temps.
- La qualité n'est pas un luxe superflu. Elle est payante.

**Irma Dütsch** fait indiscutablement partie des meilleures toques de Suisse. Elle a grandi à Gruyères dans une famille de paysans. Petite déjà, elle voulait devenir cuisinière et a été la première fille de Suisse à apprendre ce métier. Pour son art culinaire, Irma Dütsch a entre autres été récompensée par une étoile au guide Michelin et a reçu 18 points au Gault & Millau. Pendant 30 ans, elle a dirigé avec son mari le restaurant Fletschhorn à Saas-Fee. Aujourd'hui, elle travaille en tant que consultante, écrit des livres et intervient en tant qu'invitée dans des émissions de cuisine.

Une plus grande transparence est-elle nécessaire sur les questions de qualité? Guido Graf, directeur de la santé dans le canton de Lucerne, et Nello Castelli, secrétaire général du Genolier Swiss Medical Network, en débattent.

Interview réalisée par Patrick Rohr

# «L'idéal selon moi, ce serait une sorte de TripAdvisor pour les hôpitaux»

**Avant de commencer et pour que nous parlions bien de la même chose: comment définiriez-vous la notion de «qualité», vous Monsieur Castelli en tant que fournisseur de prestations, et vous Monsieur Graf, en tant qu'acheteur de prestations?**

Guido Graf (GG): «Pour moi, la qualité de la médecine n'est rien d'autre que ce que j'entends par qualité quand j'achète une voiture, par exemple: la prestation souhaitée doit être bien fournie, et le résultat doit être mesurable. Comme dans le sport, où l'on peut clairement mesurer qui est le meilleur. Et alors, on peut comparer.»

Nello Castelli (NC): «J'entends aussi les choses de cette manière. La qualité doit également être mesurable en médecine, car la santé est ce qu'il y a de plus important pour les gens, et donc, la qua-

lité doit pouvoir être déterminée selon des normes claires.»

**Vous êtes convaincant! Le problème, c'est qu'aujourd'hui, le patient ne sait pas ce qui est mesuré et comparé. Il n'y a pas de transparence à ce sujet!**

NC: «Il y a de la transparence, mais il est vrai que les résultats sont difficiles à évaluer pour les patients. On parle par exemple de certifications selon ISO, mais pour la plupart des patients, cela ne veut pas dire grand-chose. Nous sommes d'avis qu'un label tel que «Swiss Leading Hospitals» ou peut-être une certification indépendante interne de Genolier, de même qu'externe, pourraient être plus efficaces.»

**Mais cela n'apporterait pas plus de possibilités de comparaison.**

NC: «Probablement pas, vous avez raison. C'est pourquoi il ne faut pas uniquement évaluer les processus et structures. Nous devons également tenir compte des résultats. Précisément, c'est là la difficulté.»

**Pourquoi?**

NC: «Les médecins s'y opposent farouchement. En tant que membre de la direction du groupe Genolier, j'estime néanmoins que de telles mesures et comparaisons devraient être rendues possibles et accessibles au public. L'idéal selon moi, ce serait une sorte de TripAdvisor pour les hôpitaux. D'ici quelques années, chaque patient devrait pouvoir s'informer de manière très simple du niveau de garantie de la qualité dans tel ou tel hôpital.»

**Cela me surprend! Vous formulez cette exigence à l'égard des médecins?**

NC: «Oui. Et je le dis de manière générale

**Guido Graf**, conseiller d'Etat (PDC) du canton de Lucerne, chef du Département de la santé et des affaires sociales depuis 2010. Technicien du génie civil de métier et titulaire d'un diplôme en management de NPO et d'associations, il dirigeait auparavant sa propre entreprise.



**Nello Castelli**, secrétaire général du Genolier Swiss Medical Network. Jusqu'en 2013, le juriste était secrétaire général adjoint de l'Association des Banquiers Privés Suisses et membre de la direction de santésuisse.



pour tous les médecins, pas que pour les nôtres. Bien sûr, l'évaluation des prestations médicales n'est pas facile, mais elle est possible. Par exemple, la Fondation Equam à Bâle l'a déjà mise en place.»

**Monsieur Graf, nous entendons ici une déclaration claire d'un fournisseur de prestations. Voyez-vous les choses ainsi en tant qu'acheteur de prestations?**

GG: «Dans ce domaine, je joue un autre rôle: j'assume la surveillance des hôpitaux qui figurent sur la liste hospitalière.»

**Dans ce cas, vous devriez donc être d'autant plus intéressé par la plus grande transparence possible.**

GG: «Oui, je partage cet intérêt. Mais je dois vous dire que je pense que la qualité dans nos hôpitaux n'est pas plus mauvaise en comparaison de nos pays voisins. Naturellement toutefois, ce que nous pouvons éviter, je veux parler des décès et nuisances, nous devons l'éviter. Sur ce point, il faut encore faire évoluer les choses.»

sances, nous devons l'éviter. Sur ce point, il faut encore faire évoluer les choses.»

**Tout de même! L'OFSP parle concrètement de 5000 décès et de 120 000 nuisances à la santé par année dans les hôpitaux suisses. Et il précise qu'une transparence accrue permettrait de réduire le nombre de cas de la moitié environ.**

GG: «Dans notre canton, tous les hôpitaux répertoriés doivent être affiliés à l'ANQ, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques. Les relevés de l'ANQ peuvent être comparés entre eux. De plus, j'exige de nos hôpitaux qu'ils fournissent chaque année les réclamations des patients. Quand elles concernent la qualité, je peux réagir. Je constate à cet égard une grande ouverture de la part de nos hôpitaux. Néanmoins, la qualité peut toujours être améliorée, et peut-être que c'est

au niveau national que le thème serait le mieux traité.»

**Précisément: depuis 2012, nous pouvons choisir librement l'hôpital. Cela est peu utile quand on sait que dans le canton de Lucerne, le conseiller d'Etat Graf vérifie avec une grande précision, mais qu'il se peut que les choses se passent très différemment dans le canton voisin.**

GG: «Tout à fait, certains critères de qualité devraient être les mêmes pour tous, et cette question devrait être évoquée ouvertement.»

**Par exemple?**

GG: «Les sorties «sanglantes», autrement dit lorsqu'un patient est renvoyé chez lui prématurément. L'hôpital ne le veut pas non plus, car il y a ce que l'on pourrait appeler un «travail sous garantie». Autrement dit, le patient retourne à l'hôpital qui ne touche aucun nouveau forfait en contrepartie.» →



→ **Mais n'est-ce pas précisément le cœur du problème? Avec le forfait par cas, chaque cas comparable est rémunéré de la même manière, indépendamment du niveau de qualité. Le prix ne devrait-il pas plutôt refléter la qualité, pour que les hôpitaux soient réellement incités à fournir une bonne qualité?**

NC: «Cette incitation existe déjà aujourd'hui. Le patient peut décider librement de l'hôpital où il souhaite aller. Et il choisit l'hôpital qui offre la meilleure qualité. Mais il est tout à fait clair que pour pouvoir décider réellement, il faudrait plus de transparence.»

GG: «Prenons un exemple concret: admettons qu'une personne vienne chez nous à l'Hôpital cantonal de Lucerne et qu'elle soit renvoyée chez elle prématurément. A coup sûr, ce patient n'aura aucune envie de retourner dans cet hôpital. Quand on n'est pas satisfait d'une prestation, on cherche un autre hôpital

pour la prochaine fois. La concurrence constitue donc déjà une incitation suffisante en faveur de la qualité.»

**Un instant. Cela me paraît un peu simple: quand quelque chose se passe mal, le patient peut opter pour un autre hôpital. A-t-il en effet le choix? De cette manière, vous vous opposez précisément à une plus grande transparence!**

GG: «Monsieur Rohr, écoutez-moi je vous prie: pensez-vous qu'un hôpital puisse figurer sur la liste hospitalière s'il n'est pas en mesure de garantir la qualité? S'il y a un risque pour les patients, je sors cet hôpital de la liste hospitalière ou je l'exclus. C'est la responsabilité de la surveillance et le patient doit pouvoir se fier au fait que nous l'assumons.»

**Sur la liste sont toutefois aussi mentionnés des hôpitaux qui n'effectuent qu'une à deux opérations par année dans un**

**domaine précis. Vu sous cet angle, la liste en dit peu sur la qualité. Ne faudrait-il pas beaucoup plus de centres spécialisés, pour que les patients puissent vraiment se fier à la qualité?**

GG: «La médecine est hautement spécialisée, et beaucoup de regroupements ont déjà été opérés. Mais je suis d'accord avec vous que nous devons nous améliorer à ce niveau. Il est clair que quelqu'un qui traite un ou deux cas par année ne peut offrir la même qualité que celui qui en prend en charge une cinquantaine. Néanmoins, la collaboration entre hôpitaux fonctionne

**«La concurrence constitue déjà une incitation suffisante en faveur de la qualité.»**

Guido Graf

déjà aujourd'hui. Par exemple, les cantons de Lucerne et de Nidwald s'échangent leurs spécialistes. Mais ce n'est qu'un début et les choses évolueront encore dans ce domaine.»

**Monsieur Graf, il m'apparaît que vous défendez le système existant. Est-ce aussi à cause du rôle difficile que vous jouez? Le canton est d'un côté acheteur de prestations et organe de surveillance, et de l'autre aussi fournisseur de prestations. Est-ce vraiment dans votre intérêt que la transparence soit totale?**

GG: «C'est un ancien chef d'entreprise qui est en train de vous parler. Quand je suis arrivé au gouvernement il y a cinq ans, j'ai affirmé ceci: tous les acteurs doivent pouvoir se battre à armes égales. L'Hôpital cantonal de Lucerne est une entreprise à part entière, avec son propre conseil. Il a reçu de nous un mandat de prestations, au même titre qu'un hôpital privé. En contrepartie, les hôpitaux privés reçoivent les mêmes prestations d'intérêt général que l'hôpital cantonal. Nous ne faisons pas de planification des lits, contrairement à certains cantons, mais voulons vraiment faire jouer la concurrence. Et j'ai fait de bonnes expériences de cette manière, autrefois en tant qu'entrepreneur, et maintenant aussi en tant que directeur de la santé.»

**Monsieur Castelli, pensez-vous, en tant que fournisseur de prestations, que les cantons puissent jouer ce double rôle de manière crédible?**

NC: «Je suis très satisfait de l'état d'esprit de Monsieur le conseiller d'Etat. Cela me réjouit d'entendre qu'il regarde le système de santé comme un chef d'entreprise et qu'il laisse la concurrence s'exercer. Il devrait exactement en être de même pour les critères de qualité. Car finalement, il est dans notre intérêt, en tant qu'entrepreneurs, d'offrir une bonne qualité, car si nos prestations sont mauvaises, personne ne viendra chez nous. Le problème du rôle du canton provient de la pratique variable entre les cantons. En Romandie, l'on observe souvent que certains de vos collègues, Monsieur Graf, considèrent qu'en tant que conseiller d'Etat, ils sont le chef de l'hôpital cantonal et que c'est donc eux qui décident pour «leur» hôpital! Cela débouche sur le protectionnisme et empêche la concurrence. Et ensuite, le patient n'a pas du tout de libre choix.»

**A l'avenir, l'assurance-qualité ne devra plus seulement être l'affaire des cantons, mais aussi de la Confédération. Le Conseil fédéral a donné mandat d'élaborer une loi relative à un centre national pour la qualité, que le Parlement traitera vraisemblablement au printemps 2015.**

**Pensez-vous que le centre pour la qualité pourrait améliorer la situation?**

GG: «Oui, je le pense vraiment, c'est pourquoi j'apporte tout mon soutien à ce projet. Néanmoins, il m'importe que les cantons, et surtout la médecine, soient impliqués dans le processus.»

**Quelles améliorations le centre pour la qualité pourrait-il apporter par rapport à aujourd'hui?**

GG: «Nous avons 26 cantons et autant de systèmes d'assurance-qualité. Si un organisme gère l'assurance-qualité de manière centralisée à l'avenir et la développe constamment, cela représentera une aide précieuse pour les cantons.»

**Voyez-vous les choses de la même manière, Monsieur Castelli?**

NC: «Non, je suis totalement opposé au centre national pour la qualité.»

**Comment?**

NC: «Oui, parce que dans cette proposition, on mélange qualité et économicité. Aujourd'hui, nous avons déjà suffisamment de critères de qualité et de possibilités pour mesurer la qualité. Cela n'est pas le problème. Le centre pour la qualité est tout au plus une étape en direction de l'étatisation, et il n'apporte pas plus de transparence.»

GG: «Mais, Monsieur Castelli, prenons donc le temps d'examiner la situation actuelle. Nous avons de nombreux systèmes de qualité différents: l'ANQ, le Medical Board à Zürich, les normes ISO, etc. Et vous avez dit vous-même que le patient ne peut pas du tout s'y retrouver

face à tout cela. Un centre national pour la qualité serait donc largement préférable. D'une part, nous aurions moins de frais, et d'autre part, il serait plus facile pour le patient de comparer.»

**Ne devriez-vous pas être d'accord avec cela, Monsieur Castelli?**

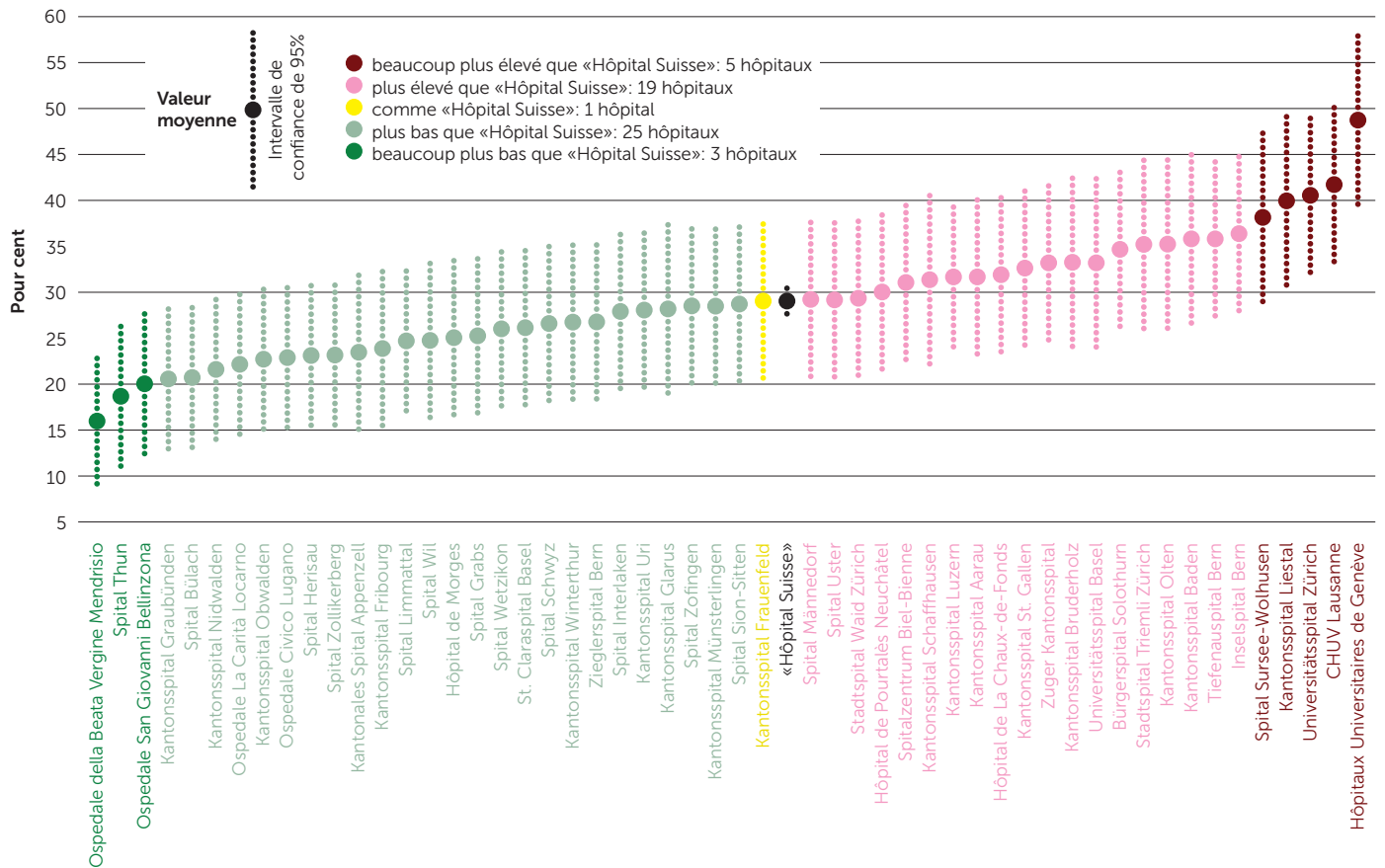
NC: «Non. J'aime bien établir un parallèle avec d'autres domaines dans lesquels s'exerce la concurrence. Par exemple, j'achète volontiers des légumes bio et j'ai le choix entre différents labels, ce qui est une bonne chose selon moi.»

**Vous plaidez pour une transparence totale et en même temps, vous dites que vous seriez favorable à une concurrence telle que celle entre les labels bio. Selon moi, il n'y a rien de plus opaque que les labels bio. Le client ne sait pas qui est derrière quel label, ni ce à quoi s'engage tel ou tel label.**

NC: «Si nous ne sommes pas en concurrence, comment inciterons-nous les médecins à se mobiliser en faveur d'une plus grande transparence? S'il n'existe qu'un seul organisme national, la concurrence cessera, et en conséquence, il n'y aura plus de transparence. Or, nous avons besoin de la concurrence, même pour mesurer la qualité.»

**Patrick Rohr**, journaliste, photographe et conseiller en communication. Jusqu'en 2007, animateur et rédacteur auprès de la Télévision Suisse alémanique (entre autres: «Arena», «Quer»). Auteur de trois ouvrages spécialisés sur la communication.





Classement des hôpitaux 2007 de Comparis: taux de réadmission, d'infection et d'erreur combinés.

Comparis aimerait mesurer systématiquement la satisfaction des patients. De quoi donner un nouvel élan au débat sur la qualité dans les hôpitaux.

Par Felix Schneuwly

# De l'importance des patients satisfaits

Pour remporter la compétition de la qualité médicale, il ne faut pas perdre de vue la satisfaction des patients (SaPa). Lors des négociations sur le remboursement des prestations médicales, les partenaires tarifaires ne doivent donc pas uniquement se concentrer sur les coûts. Le rapport prix-prestations doit également jouer un rôle. En effet, la pratique de remboursement actuelle ne tient pas compte du fait que la qualité des prestations médicales n'est pas la même pour chaque fournisseur de prestations et à chaque moment. D'où l'importance, pour l'évaluation de la qualité médicale, de mesurer systématiquement la satisfaction des pa-

tients et de la rendre transparente. Les données correspondantes sont indispensables pour que le libre choix du médecin et de l'hôpital ne repose pas simplement sur la confiance aveugle. C'est pourquoi le service de comparaison Comparis aimerait à l'avenir, avec les assureurs-maladie, interroger les patients à titre anonyme après leur séjour en clinique.

## Le pavé dans la mare...

En 2007 déjà, Comparis avait provoqué les médecins et les hôpitaux avec une comparaison entre hôpitaux qui avait fait grand bruit (cf. figure ci-dessus). Malgré les critiques massives au sujet de la conception de

l'étude et de la pertinence des taux d'infection, de ré-hospitalisation et d'erreur publiés, ce classement hospitalier avait réussi à attirer l'attention sur la «chambre noire» de la qualité et à donner une impulsion en faveur d'évolutions positives.

Bien entendu, Monsieur Tout-le-monde ne peut pas déterminer si une opération a été effectuée correctement sur le plan technique et selon l'état des dernières découvertes scientifiques. Cependant, il peut très bien juger si les objectifs thérapeutiques promis ont été atteints, si ses préoccupations ont été prises au sérieux et s'il a obtenu des réponses à ses questions. De même, il sait s'il a eu à raconter plusieurs fois son passé médical ou si des examens ont dû être effectués plusieurs fois parce que l'information avait mal circulé entre son médecin traitant et l'hôpital ou dans l'hôpital.

### Evaluation systématique de la satisfaction

Comparis prend ces éléments comme point de départ. A l'avenir, la satisfaction des patients ne devra pas uniquement être mesurée lors d'une seule enquête, mais en interrogeant systématiquement les patients après leur hospitalisation, quel que soit le fournisseur de prestations et l'assureur. Les résultats de l'enquête aideront les patients à choisir leur médecin ou leur hôpital de manière fondée. Car pour un patient, savoir dans quel hôpital et avec quelle équipe opératoire les patients sont satisfaits de l'opération du ménisque importe tout autant que la recommandation du médecin traitant. Toutefois, les données SaPa ne sont pas seulement utiles pour les patients, mais aussi pour les assureurs et les fournisseurs de prestations. Grâce à ces informations, les hôpitaux peuvent se démarquer de leurs concurrents lors des négociations tarifaires avec les caisses dans certains domaines de prestations. Les assureurs à leur tour peuvent se servir de ces données lors des négociations contractuelles avec les hôpitaux, ainsi que pour assister et conseiller leurs clients, pour que ces derniers puissent choisir les meilleures offres médicales en cas de maladie.

### Une base solide pour la concurrence

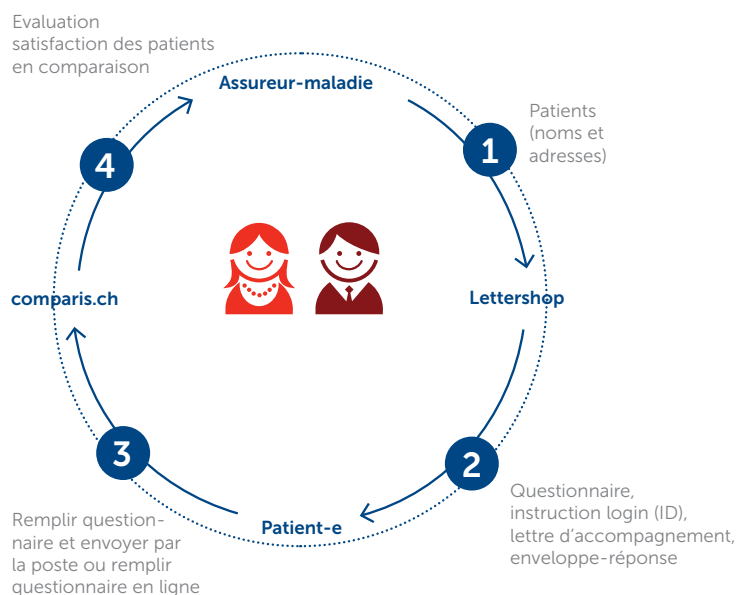
Le système de remboursement avec forfaits par cas selon les SwissDRG permet également d'ajuster la satisfaction des patients en fonction du risque, par exemple grâce aux données sur la mortalité, les infections et les erreurs. De ce fait, les hôpitaux avec des cas de maladie plutôt lourds ne sont pas désavantagés. Avec la compensation des risques axée sur la morbidité, il s'agit d'une solide base de concurrence entre assureurs et hôpitaux. Ainsi, ils évoluent de l'approche centrée sur la baisse des coûts vers le meilleur rapport prix-prestations. Bien entendu, les données SaPa sont mises à la disposition de la recherche en soins de santé.

Comparis veut réaliser les enquêtes SaPa sur mandat des assureurs-maladie. A cette

fin, les assureurs participant transmettront à un Lettershop certifié les noms des assurés hospitalisés récemment, lesquels recevront le questionnaire SaPa par courrier postal ou électronique. Comparis obtiendra du Lettershop un numéro d'identification par destinataire. L'anonymat des patients sera ainsi garanti. Dans le même temps, un rappel pourra être envoyé à une personne X via Lettershop lorsque celle-ci n'a pas encore rempli le questionnaire.

Comparis analysera les données SaPa pour les assureurs participant, la comparaison SaPa, la recherche sur les soins et le public. Sur le calculateur SaPa, chaque patient sur le point de se faire opérer pourra consulter la satisfaction des patients opérés par rapport à un hôpital donné. Un comité scientifique veillera à ce que l'outil de mesure SaPa soit conçu, réalisé et développé avec des technologies de pointe et en conformité aux exigences de l'OFSP. Le concept qui a déjà été élaboré satisfait aux exigences de la protection des données. Les négociations avec les assureurs-maladie ont déjà commencé. Dès que les contrats correspondants auront été signés, le comité deviendra actif et la construction de SaPa pourra commencer. En l'état actuel des choses, les premières enquêtes doivent être réalisées dès l'année prochaine. Les premiers résultats seront publiés dès que les données disponibles seront suffisantes pour tirer des conclusions statistiques pertinentes.

## Les patients sont en mesure de déterminer si les objectifs thérapeutiques ont été atteints.



### En bref

- Comparis veut interroger les patients de manière anonyme et systématique, avec les assureurs-maladie.
- Objectif: éloigner la concurrence de la focalisation sur la baisse des coûts et la rapprocher du rapport prix-prestations.
- Les résultats doivent aider les patients dans le choix fondé de leur médecin et de leur hôpital.

**Felix Schneuwly**, apprentissage d'installateur sanitaire, études de psychologie, conseil professionnel et journalisme, puis formation post-grade en Business and Administration (Executive MBA) en cours d'emploi. A travaillé dans diverses associations du domaine social et de la santé, entre autres en tant que directeur de la politique et de la communication chez santé-suisse et depuis 2012, Head of Public Affairs chez comparis.ch AG.



## «Un acte de solidarité»

**Q**uand il s'agit de la qualité, personne ne souhaite faire de compromis. Dans le domaine de la santé, la majorité des Suisses vont si loin qu'ils veulent des médicaments sans effets secondaires. Malheureusement, chaque médicament qui agit a aussi des effets secondaires. Impossible de faire autrement, car un médicament qui n'a pas d'effets secondaires n'a pas non plus d'effet.

Jetez donc à la poubelle toutes les préparations qui n'ont pas d'effets secondaires. Si un tel «médicament» agit tout de même sur vous, vous n'êtes pas malade, ou observez sur vous-même une autoguérison normale, l'effet placebo. La qualité d'un médicament est constatée indépendamment de l'avis du patient. Cela intervient au moyen d'études cliniques. L'argument «Chez moi cela a agi!» est aussi précieux que l'avis de certains contemporains, selon lequel le monde serait plat.

Pendant les deux dernières hystéries autour de la pandémie, qui n'étaient après tout que des années de grippe normale, j'ai reçu des appels de mères inquiètes, qui voulaient faire vacciner leurs enfants. Néanmoins, les vaccins n'étaient pas encore autorisés pour les enfants en bas âge, ce qui provoquait la plupart du temps l'indignation des mères inquiètes. Quand j'ai demandé à ces mères si elles étaient disposées à tester un vaccin sur leur enfant, aucune d'elles n'a accepté. Il n'est pas très difficile d'exiger la qualité. En revanche, il est déjà plus difficile d'apporter sa propre contribution.

Pour la plupart, les patients assimilent la qualité du système de santé au bien-être personnel, tout simplement. Dans d'autres domaines de la vie, nous nous faisons plus discrets. Personne ne serait volontaire pour monter dans un avion tout en sachant que le pilote est ivre. En revanche, peu de gens protestent quand ils se rendent dans un hôpital ou un cabinet médical dont la majorité du personnel ne se sont pas fait vacciner contre la grippe. C'est bizarre, puisque chaque année, il y a beaucoup plus de personnes qui meurent de la grippe que dans des crashes d'avion. Dans ce sens, la vaccination n'a rien à voir avec l'intérêt personnel, autrement dit la protection contre la contamination. Elle est au contraire un acte de solidarité. Ceux qui exercent des métiers où ils s'occupent des autres, de la maîtresse de jardin d'enfants au gardien de prison, devraient se faire vacciner, de la même manière que nous attendons d'un pilote ou d'un chauffeur qu'il soit sobre.

Le meilleur moyen de mesurer la qualité du système de santé me paraît donc être notre propre programme biologique: «Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse.» Autrefois, on disait qu'un tel comportement relevait de la «morale». Aujourd'hui, on sait que tout le monde a un sens moral plus ou moins développé, mais tout de même.

**Personne ne serait volontaire pour monter dans un avion tout en sachant que le pilote est ivre.**



**Beda M. Stadler,**

né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne.

Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.



[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)

La gestion du risque clinique a pris pied dans les hôpitaux suisses. Toutefois, une procédure systématique globale d'amélioration de la sécurité des patients est plutôt rare.

Par Oliver Kessler et Matthias Briner, Haute école de Lucerne

# La gestion du risque clinique dans les hôpitaux suisses

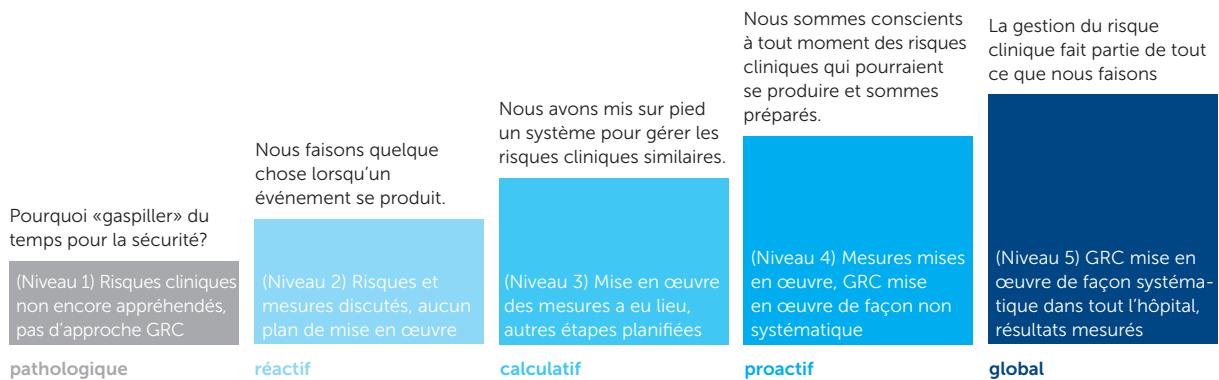
La gestion du risque clinique (GRC) soutient les hôpitaux sur la voie de l'amélioration de la sécurité des patients. Comment la GRC est-elle mise en œuvre en Suisse? Dans le cadre du premier projet de recherche national sur la GRC, la Haute école de Lucerne, section économie, et l'EPF de Zurich ont analysé le niveau de développement de la GRC dans les hôpitaux suisses en 2007 et en 2010 (Briner et al. 2013). Ils ont constaté un meilleur ancrage organisationnel du thème et une mise en œuvre de plus en plus systématique de la GRC, ce qui est réjouissant.

Indépendamment de la situation structurelle telle que le type d'hôpital, la taille de l'hôpital ou l'organe responsable, les aspects organisationnels suivants ont été identifiés en tant que facteurs d'influence importants du développement d'une GRC: l'hôpital est doté d'une «stratégie GRC», la coordination centrale de la GRC est garantie et les échanges entre les différents départements/cliniques sur les thèmes GRC sont institutionnalisés. Afin de déterminer le degré de maturité de la GRC d'un hôpital, le modèle transthéorique (Prochaska et al. 2001) a été adapté (cf. figure) et différents indices GRC développés. Sur la base des résultats de la recherche sur la sécurité des patients (entre autres Shekelle et al. 2013) et d'une analyse GRC d'un hôpital, des mesures correspondant aux besoins spécifiques de l'hôpital peuvent être développées de manière ciblée. Quelle est l'utilité d'une GRC bien développée? A ce jour, des liens entre les facteurs organisationnels et les résultats thérapeutiques effectifs (outcome) ne peuvent être créés que dans des domaines partiels en Suisse. Au niveau national, la disponibilité des données standardisées sur

la qualité et la sécurité des patients est de plus en plus grande. Des efforts sont fournis à grande échelle pour rendre les indicateurs constamment plus pertinents, même si bien souvent, les prestations et outcomes des hôpitaux ne sont comparables que sous réserve. Les exigences méthodologiques, politiques et institutionnelles entraînent parfois un manque de transparence qui complique la mise en œuvre de stratégies nationales. Les programmes nationaux et locaux d'augmentation de la sécurité des patients sont importants, et dans le même temps, la qualité des données devrait continuer à être améliorée. A tous les niveaux (Confédération, cantons, associations, hôpitaux, etc.), des ressources peuvent être investies de manière ciblée, si possible en se fondant sur les données probantes. Elles augmentent la sécurité, empêchent la douleur et sont de surcroît rentables. Les cadres dirigeants, mais aussi l'ensemble des collaborateurs des hôpitaux, participent à la mise en œuvre de mesures concrètes et au développement délibéré d'une culture de la qualité et de la sécurité. L'introduction d'une gestion systématique du risque clinique peut représenter une étape utile sur cette voie.

**Oliver Kessler** est enseignant et dirige le centre de compétences Public and Nonprofit Management de la Haute école de Lucerne, section économie. **Matthias Briner** est docteur en économie et enseignant à la Haute école de Lucerne, section économie, ainsi qu'à la FHNW, Haute école pour la psychologie appliquée.

Informations complémentaires et autres sources sur le thème: [www.rms.ethz.ch](http://www.rms.ethz.ch)



Degrés de maturité de la gestion du risque clinique et de la culture de la sécurité (cf. Parker et al. 2006 et Prochaska et al. 2001).



## La concurrence au niveau de la qualité n'existe pas.

Qui dispense plus de traitements encaisse plus. C'est aussi simple que cela. Et la mauvaise qualité n'est pas sanctionnée. Cela encourage précisément l'offre surabondante de qualité douteuse. Les traitements vraiment utiles ne sont pas précisément encouragés.

## Nous avons besoin de **plus de** transparence.

Comment trouver facilement les meilleurs fournisseurs de prestations, et sur quelle base se décider pour ou contre un traitement?  
Des données transparentes, pertinentes et comparables sur la qualité des prestations: voilà ce qu'il nous faut.

## Qu'en est-il de la **qualité?**

Pour les légumes, il y a des contrôles de qualité. Et pour les prestations de santé en Suisse? Néant! Les résultats thérapeutiques ne font pas vraiment l'objet d'enquêtes comparatives, et quand c'est le cas, ils sont difficilement accessibles. Un véritable problème si l'on songe que près de 5000 personnes décèdent chaque année à cause d'une erreur commise dans un hôpital pour soins aigus de Suisse.