

PETER BERCHTOLD

KURT HESS

MARC-ANTON HOCHREUTENER

ANDREAS WEBER

WERNER WIDMER

Managed Care – retour vers le futur

Une Publication du

**FORUM
MANAGED
CARE**

Contenu

Prologue	
Peter Berchtold / Kurt Hess.	3
Des soins intégrés nécessitent des incitations financières intégrées	
Werner Widmer.	4
Réseaux médicaux comme catalyseurs d'innovations	
Andreas Weber.	9
Pilotage des processus entre standardisation, individualisation et valeur ajoutée	
Peter Berchtold.	14
Contrôle de la qualité dans la fourniture des soins médicaux	
Kurt Hess / Marc-Anton Hochreutener.	21
Epilogue	
Peter Berchtold / Kurt Hess.	26
Auteurs.	27

Impression:

«Managed Care - de retour dans l'avenir»
est une publication du Forum Managed Care,
1ère édition mai 2008
Layout: Rudi-Renoir Appoldt, www.rrenoir.com

Nous remercions la Suva du soutien qu'elle nous a apporté.

Commandes

D'autres exemplaires de la brochure peuvent être commandés auprès du Forum Managed Care: info@fmc.ch. 15 francs sont facturés pour frais de dossier jusqu'à 5 brochures commandées (TVA non comprise); jusqu'à 10 exemplaires, cette somme s'élève à 20 francs (TVA non comprise). Un nombre plus important d'exemplaires peuvent être envoyés après entente.

Il est également possible de télécharger la brochure à partir de www.fmc.ch. Ce téléchargement est gratuit.

Prologue

PETER BERCHTOLD / KURT HESS

Le managed care ou la gestion des soins peut être définie comme la somme de tous les efforts ou de toutes les impulsions de contrôle et d'intégration déployés dans le domaine de la santé ayant pour but de promouvoir des soins médicaux de qualité et d'un coût approprié. Avec cette brochure, nous aimerions esquisser un bref panorama des thèmes les plus importants ainsi que des tendances futures constitutifs de la gestion des soins (managed care). Concrètement, nous reprenons cette description et nous portons notre attention tout particulièrement sur un certain nombre de domaines particuliers, dans lesquels une direction ou un pilotage conséquents peuvent et doivent permettre d'atteindre le but qui était fixé: il s'agit des instruments de direction au niveau des processus, des modèles de systèmes de soins au plan systémique, de la mise en réseau des soins, de la qualité des prestations médicales et de la gestion des risques d'un point de vue clinique. Il est évident que les points d'intersection ou les interfaces entre les différents domaines que nous venons de citer nécessitent – eux aussi – une direction équilibrée. C'est à ce prix seulement que des soins de bonne qualité, respectant des cri-

tères d'économicité et intégrant des valeurs de solidarité peuvent être assurés à tous les niveaux du système de santé.

Chaque contribution débute par une vision d'avenir sous forme d'un bref récit. Ces différentes histoires décrivent un scénario qui se déroule en l'an 2016; en d'autres termes, ils constituent une vision esquissant des faits susceptibles de se réaliser sur la base d'un exemple tiré de la pratique. Cette perspective est suivie chaque fois d'un retour à la réalité actuelle; nous tentons d'en dégager les caractéristiques tout en l'évaluant et en la critiquant. Enfin, nous portons notre regard une nouvelle fois vers le futur («de retour dans le futur»). Nous définissons les conditions essentielles permettant de tracer une voie réaliste menant au système de santé du futur.

La mise en place de soins médicaux intégrés présuppose des incitations financières intégratives

WERNER WIDMER

Nous sommes en 2016

Madame le Professeur Dr méd. Julia Berger, titulaire de la chaire de médecine interne, salue tout d'abord le patient, Monsieur M. ; elle le remercie d'avoir accepté de jouer son propre rôle dans le cours intitulé «Prise en charge intégrée dans le système des soins». Le Professeur Berger s'adresse ensuite aux étudiants qui remplissent à ras bord le grand amphithéâtre 3 de l'Université: «Il y a chaque année un nombre de personnes plus important dans cet auditoire. Cette augmentation ne concerne pas seulement le nombre d'étudiants, mais également les participants qui se trouvent sur le podium. Et je serais loin d'être étonnée si nous arrivions à la conclusion – à la fin de ce cours – qu'il nous faudrait inviter la prochaine fois une ou deux catégories professionnelles supplémentaires. Je suis heureuse aujourd'hui de vous présenter les 18 représentants des secteurs d'activité professionnelle les plus divers.. Toutes ces personnes ont participé - à un titre ou à un autre - à l'examen, au traitement, à la prise en charge et à l'accompagnement de Monsieur M. Évidemment, elles n'ont pas toutes agi en même temps, en étant toutes présentes au même moment, mais elles

elles ont collaboré à des dates diverses réparties sur toute la période du processus:...»

Le débat des spécialistes ainsi réunis débute par l'évocation des diagnostics médicaux et ceux concernant les soins, puis la discussion se porte sur la palette des traitements envisageables et des limites qui leur sont inhérentes ainsi que sur les ressources personnelles et sociales du patient; Monsieur M. participe évidemment activement à la discussion. Les thématiques culturelles, spirituelles, éthiques, et même la question des coûts des différentes mesures envisagées ainsi que leur financement sont aussi analysées. Enfin, la problématique suivante est approfondie : comment a-t-il été possible tout simplement de réaliser une prise en charge intégrée aussi complexe? Les exigences en matière de réglage et de coordination semblent représenter des objectifs inatteignables, bien que les experts disposent à la fois de connaissances dépassant largement le domaine de leur spécialité ainsi que de compétences sociales et de communication particulièrement développées. «Il reste encore beaucoup à faire», rajoute le Professeur Berger «pour que notre collaboration atteigne le même degré de

qualité que nos prestations individuelles. Mais il est vrai que nous améliorons celles-ci depuis plus d'une centaine d'années alors que le concept de soins intégrés ne fait partie du programme d'études que depuis huit ans seulement.»

Précisons que ce cours que nous venons de détailler a été rendu obligatoire une année plus tard pour les futurs économistes de la santé et pour les étudiants en mathématiques actuarielles avec accent sur l'assurance-maladie.

Les incitations financières actuelles

Lorsqu'on évoque le système des soins en Suisse, on pense spontanément aux médecins, aux hôpitaux, aux soignants, aux assureurs-maladie et aux primes, aux 26 systèmes de santé cantonaux, au lobby de l'industrie pharmaceutique, et, peut-être aussi, à l'Organisation suisse des patients ou à la jungle des subventions. En d'autres termes, on se réfère à des structures. Pour autant, il ne faut pas en conclure de manière prématurée que la santé résulte en quelque sorte de ces structures. Celle-ci procède beaucoup plus de processus ou d'interactions entre des éléments structurels variés, le patient étant probablement le plus important d'entre eux. Par conséquent, l'intégration de ces éléments structurels importants du point de vue des patients s'impose. De même, la coordination

de tous les efforts réalisés est nécessaire, elle aussi, alors que ce terme ne nous vient pas spontanément à l'esprit lorsque nous pensons au système des soins en Suisse.

Nous pouvons émettre sans difficultés l'hypothèse suivante: ce sont justement les obstacles de nature structurelle qui empêchent une véritable intégration des prestations de soins qui sont offertes à la population.

Le rôle central joué par les incitations financières revient inmanquablement à l'esprit lorsqu'on se demande pour quelles raisons les soins de santé destinés à la population sont si peu intégrés et pourquoi presque tous les acteurs du système de santé ne portent que peu d'attention à cette thématique. En résumé, on peut gagner beaucoup d'argent avec des prestations qui ne sont ni coordonnées, ni intégrées alors que les efforts qui vont dans le sens d'une meilleure coordination ou d'une intégration plus développée ne sont pratiquement jamais récompensés. Toutefois il serait déplacé d'adresser des reproches, que ce soit aux médecins, aux hôpitaux, aux patients, à l'industrie pharmaceutique, aux assureurs-maladie, etc. lorsqu'il s'en tient aux règles du jeu qui sont en vigueur et qu'il en résulte des traitements non coordonnés aux résultats indésirables. Le reproche s'adresse plutôt à ceux qui ont inventé ces règles et qui les maintiennent, c'est-à-

Nous pouvons émettre sans difficultés l'hypothèse suivante: ce sont justement les obstacles de nature structurelle qui empêchent une véritable intégration des prestations de soins qui sont offertes à la population.

Le rôle de la politique de la santé devrait consister à concevoir des incitations financières judicieuses pour les différents acteurs du système plutôt que de continuer à développer des structures relatives à l'offre de soins (planification hospitalière, gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, catalogue de prestations).

dire aux politiciens. Toutefois, là aussi, il n'y a pas qu'un seul coupable; en effet, les responsables politiques sont soumis à des pressions considérables. À cet égard, le poids des acteurs que nous venons de mentionner et des représentants des lobbies est loin d'être négligeable.

Il n'y a pas à s'étonner de la quasi absence d'incitations financières poussant à mettre en place des prestations de santé intégrées pour la population; il n'y a pratiquement aucun groupe d'intérêt qui se charge de défendre ce concept d'intégration. Les intérêts partisans ou particuliers des associations occupent la première place dans les marchandages relevant de la politique de la santé. Le médecin travaillant en cabinet ne bénéficie pratiquement d'aucune incitation financière qui l'engagerait à se soucier d'une meilleure coordination de ses activités avec celles développées par les structures hospitalières ou par Spitex (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile). Les hôpitaux se trouvent dans une situation analogue et rien ne les pousse à faire des efforts de coordination facilitant la prise en charge des patients à leur sortie de l'établissement. Ces mêmes établissements hospitaliers n'ont aucun intérêt à prolonger la durée de l'hospitali-

sation des patients lorsqu'ils perçoivent des forfaits par cas et non pas lorsqu'ils peuvent facturer chaque journée d'hospitalisation. De même, les hôpitaux ne sont pas poussés à se soucier d'une meilleure coordination de leurs prestations avec Spitex (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile), avec les médecins de famille ou les cliniques de réadaptation dans le sens d'une intégration des soins, mêmes si les prestations leur sont indemnisées sous forme de forfaits par cas.

Tant les médecins pratiquant en cabinet (médecins généralistes et spécialistes) que les hôpitaux (au niveau des soins ambulatoires et des patients hospitalisés disposant d'une assurance complémentaire) sont très intéressés financièrement à fournir plus de prestations que nécessaire ainsi que des prestations sans valeur ajoutée pour les patients. La situation que nous venons de décrire contredit le concept d'une intégration des soins. Dans ce système, chaque fournisseur de prestations ne fournit que celles qui satisfont aux conditions suivantes: premièrement, elles doivent être judicieuses ou utiles dans l'ensemble constitué par les thérapies interdisciplinaires et multiprofessionnelles; deuxièmement, elles ne doivent être four-

nies que par la personne ou la structure la mieux qualifiée à cet égard. Cette exigence de qualité est justifiée du point de vue des patients; elle est mise en péril dans les hôpitaux publics par l'intérêt que peuvent avoir les médecins assistants de pratiquer des interventions inutiles ou de multiplier les actes en vue de satisfaire aux critères leur permettant d'obtenir un titre de spécialiste.

Le financement des prestations hospitalières varie en fonction de leur mode d'application (ambulatoire ou dans le cadre d'un séjour hospitalier proprement dit). Les prestations de soins sont - elles aussi - financées par des sources diverses; les montants qui leur sont allouées sont variables; ils dépendent de la structure ou de l'institution qui les assument, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un établissement médico-social ou de Spitex (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile). Le mode de financement différent d'une même prestation constitue un obstacle à la fourniture de services judicieux en vue d'une intégration des soins.

Sur un plan financier, les meilleures parmi les conditions préalables à une véritable intégration des soins consisteraient à financer l'ensemble des prestations à partir d'une seule et même source tout en fixant le même prix pour des prestations semblables. Des incitations financières à une de-

mande de soins intégrés, et, par voie de conséquence, à une offre de soins intégrée, elle aussi, resulteraient ainsi d'une perspective financière, et, également, du point de vue du patient s'il devait assumer des frais de traitement.

En effet, il est vrai que les incitations financières ne font pas seulement défaut aux fournisseurs de soins, mais également aux patients comme bénéficiaires de ces prestations. En effet, ils pourraient ainsi donner leur préférence - d'un point de vue financier - à un concept de soins intégrés plutôt qu'à un système privé d'un souci d'intégration.

Les prestataires et les bénéficiaires de soins agissent en fonction d'incitations financières qui n'ont pas été définies pour satisfaire aux exigences de soins intégrés. Pour que ce système ne reste pas seulement la préoccupation honorable de quelques idéalistes, il est indispensable qu'une réforme des incitations financières relatives tant aux fournisseurs de soins qu'à ceux qui en sont les bénéficiaires (les preneurs d'assurances et les patients) soit conduite.

L'intégration des soins se doit de renforcer la situation des patients en tant que demandeurs de soins ainsi que leur droit à une telle prise en charge intégrée, si l'on veut que ce modèle ne soit pas simplement une émanation étatique. Cette exigence entraîne pour les patients à la fois un

Les prestataires et les bénéficiaires de soins agissent en fonction d'incitations financières qui n'ont pas été définies pour satisfaire aux exigences de soins intégrés.

accroissement de la liberté de choisir parmi les offres de l'assurance maladie ainsi qu'une augmentation de la participation aux coûts (franchise) beaucoup plus élevée que celle qui est en vigueur à l'heure actuelle. Il faut que les demandeurs de soins ressentent durablement – sur un plan financier - les effets positifs d'une intégration des soins pour que la demande exerce une influence suffisante sur l'offre par le biais des préférences qu'ils expriment. L'on est en droit de supposer que des soins intégrés présentent de nets avantages par rapport au système des soins non intégrés - que ce soit du point de vue qualitatif ou en raison des coûts plus importants générés à long terme par le système des soins non intégrés. De ce fait, un point nous semble plausible: le patient qui doit participer aux frais et qui, de ce fait, cherche à être informé, privilégiera les soins intégrés au système de la prise en charge non intégrée.

Thèses

1. Un système de soins intégrés ne réussira pas à s'imposer si les incitations financières qui prévalent actuellement dans le système des soins persistent.
2. Le rôle de la politique de la santé devrait consister à concevoir des incitations financières judicieuses pour les différents acteurs du système plutôt que de continuer à développer des structures relatives à l'offre de soins (planification hospitalière, gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, catalogue de prestations). Ce changement d'attitude déboucherait obligatoirement sur la mise en place d'institutions plus appropriées.

3. On peut estimer - à juste titre - que la santé est aussi liée aux styles de vie individuels et à la responsabilité de chacun. Par conséquent, une assurance à caractère facultatif avec des primes calculées en fonction des risques et des franchises élevées dépendant des revenus peut entraîner des incitations financières judicieuses; elles conduisent à leur tour les patients et les assurés à exiger des soins intégrés.

Références bibliographiques

- Kocher G, Oggier W (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009*, Bern, 2007
- Widmer W, Beck K, Boos L, Steinmann L, Zehnder R: *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität - Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*, Zürich 2007

Les réseaux de médecins comme catalyseurs d'innovations

ANDREAS WEBER

Nous sommes en 2016

Karl Gruber est à la recherche d'une autre caisse-maladie pour sa mère qui est âgée de 82 ans. Les primes mensuelles ont augmenté en 2015 également. Madame Gruber se voit obligée de payer chaque année une participation aux frais de 3000.- francs au maximum. Cette somme correspond à une franchise unique de 500.- - qui a été introduite dans l'intervalle - à laquelle s'ajoutent 2500.- francs de participation aux coûts. Monsieur Gruber propose à sa mère de contracter une assurance «managed care» auprès d'une caisse-maladie importante. Il est vrai que la prime dont elle devra s'acquitter n'est pas beaucoup plus avantageuse. Toutefois, Monsieur Gruber explique à sa mère que sa franchise annuelle sera diminuée de 1250 francs si elle accepte de participer aux cours organisés par le réseau médical qualiX et qui sont conseillés par l'assurance-maladie.

Peu après le début de la nouvelle année, Madame Gruber reçoit une lettre de bienvenue - formulée en termes polis - de la part du réseau de médecins. Ce message est accompagné d'un bon pour un check-up en ligne ainsi que d'une carte de membre sur laquelle figure un numéro de télé-

phone qui peut être atteint 24 heures sur 24. Il est vrai que Madame Gruber n'est pas en mesure de répondre elle-même au questionnaire qui se trouve sur internet; c'est son fils qui s'en charge lors de sa visite hebdomadaire. Après avoir répondu à quelques questions seulement, Madame Gruber est invitée à participer à un entretien avec l'un des médecins de premier recours du réseau de santé. Son autorisation est également requise pour que les pièces constitutives de son dossier médical puissent être demandées aux médecins qui la soignent précédemment ainsi qu'aux hôpitaux dans lesquels elle avait séjourné.

À la suite de ce premier entretien qu'il a conduit avec sa nouvelle patiente, le médecin de famille inscrit les diagnostics concernant Madame Gruber dans un dossier médical électronique figurant sur internet (eDM): maladie des artères coronaires, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque avec anticoagulation, douleurs dorsales variées, insuffisance rénale. Les attentes de la patiente quant à son état de santé, ses besoins et ses idéaux sont enregistrés. Pour Madame Gruber, il est essentiel qu'elle puisse rester dans son appartement où elle vit depuis 63 ans déjà et

dans lequel elle aimerait pouvoir mourir. De son point de vue, prolonger la durée de son existence ne joue qu'un rôle mineur: «Il faut savoir faire place aux jeunes» dit-elle.

Après avoir examiné Madame Gruber et fait réaliser quelques examens de laboratoire, le médecin de famille prend rendez-vous pour elle chez un cardiologue du même réseau médical par le biais de son agenda en ligne. Il se connecte brièvement avec le cabinet d'une rhumatologue pour discuter par vidéo-conférence de l'optimisation du traitement des dorsalgies. Le fils de Madame Gruber obtient l'accès au dossier médical électronique de sa mère par le biais d'une health card (carte d'assurée).

Lors du deuxième entretien qu'il conduit avec sa patiente, le médecin de famille lui parle de deux cours: le premier d'entre eux est consacré à l'insuffisance cardiaque, le second à l'usage des analgésiques en cas d'insuffisance rénale ainsi qu'aux dangers inhérents à l'anticoagulation. Il fait aussi en sorte qu'elle reçoive chez elle la visite d'une professionnelle de la santé qui s'occupe de prévention des chutes et qui est chargée de l'instruction du personnel local de Spitex (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile) au sujet du contrôle de l'insuffisance cardiaque, par rapport à la prise de médicaments et à la réalisation du TP (temps de prothrombine). Les collaborateurs de Spitex (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile) obtiennent l'accès au dossier médical électronique de la patiente; il y inscrivent régulièrement des informations concernant Madame Gruber telles que son poids, sa ten-

sion artérielle, son pouls, les médicaments absorbés ainsi que d'autres valeurs ou observations notables faisant partie du suivi médical de la patiente.

Le médecin de Madame Gruber consulte régulièrement - à un rythme hebdomadaire - le dossier électronique de sa patiente. Lorsque certains paramètres sont pathologiques, il est averti immédiatement par e-mail ou par le biais d'un SMS. En cas d'urgence, Madame Gruber peut également atteindre son médecin traitant 24 heures sur 24 ou son remplaçant qui est informé à son sujet. Tant le cardiologue que la rhumatologue sont mis au courant des changements importants de l'état de santé de la patiente ainsi que de son traitement grâce à un lien vers le dossier médical électronique; si nécessaire, il est fait appel à eux pour demander leur opinion de spécialistes.

Ces différentes mesures mènent aux conséquences suivantes: d'une part, elles permettent d'éviter les hospitalisations en urgence qui étaient souvent indispensables autrefois. D'autre part, la qualité des soins s'améliore grâce à une véritable gestion des différentes interfaces du traitement. Les coûts annuels diminuent; ils passent d'une somme moyenne de 14'000.- francs à 9'000.- francs.

Réseaux de médecins: situation actuelle

Le plus souvent, les réseaux de médecins sont constitués aujourd'hui de médecins de premier recours. Ils sont organisés en associations ou en sociétés anonymes créés par les médecins eux-mêmes. Les droits et les

Les réseaux de médecins fonctionnant efficacement concentreront leurs efforts ces prochaines années sur deux groupes de patients. Le premier est constitué par des personnes qui sont en - plus ou moins - bonne santé et qui sont affectés par des maladies aiguës de manière intermittente; le second comprend les patients qui souffrent de maladies chroniques.

devoirs inhérents à de tels réseaux sont définis partiellement dans leurs statuts et, en partie aussi, dans les contrats de rendement qui ont été conclus entre réseaux et médecins (ou entre assureurs et médecins). Le médecin de premier recours joue le rôle d'un gatekeeper. Les patients le consultent tout d'abord lors de troubles de santé. Ce médecin tente de résoudre les problèmes qui se posent par lui-même; il peut également adresser les patients à un spécialiste ou à un établissement hospitalier. Dans ce cas, le choix préférentiel se porte sur les spécialistes qui sont membres du réseau. Par contre, le patient se voit dans l'obligation de payer lui-même tout ou partie de la consultation médicale spécialisée s'il n'y a pas été adressé par le médecin de premier recours.

Les réseaux de médecins ont amélioré - surtout ces dix dernières années - la mise en réseau horizontale et la qualité de la prise en charge initiale. Des cercles de qualité sont organisés dans pratiquement tous les réseaux. Ils permettent aux participants d'apprendre les uns des autres et de partager le flux énorme constitué par les nouvelles connaissances médicales. Un certain nombre de cercles et de cabinets médicaux se soumettent aussi régulièrement à des procé-

dures de certification (voir www.equam.ch). Toutefois, ces mêmes réseaux n'ont pratiquement aucune innovation essentielle à leur actif en ce qui concerne la mise en réseau verticale entre médecins de premier recours, spécialistes et hôpitaux. Des programmes spécifiques destinés à des patients atteints de plusieurs maladies chroniques - qui nécessitent souvent des prestations spécialisées ambulatoires en milieu hospitalier - ne sont mis sur pied qu'exceptionnellement. Pourtant, les patients appartenant à ce groupe constituent environ 20% de la population et ils utilisent 80% des ressources du système de santé. Ce sont ces personnes-là qui sont porteuses de la valeur ajoutée la plus importante - si l'on accroit la mise en réseau des professionnels de la santé. Les centres d'appel, les spécialistes en télé-médecine et les case managers (gestionnaires des cas) des assurances-maladie reprendront la direction des opérations si les réseaux médicaux renoncent à adopter cette attitude globale. Toutefois, ces autres acteurs du système de santé ne peuvent assumer cette tâche que dans des conditions beaucoup plus médiocres; en effet, ils ne connaissent que des fragments du dossier médical - en particulier, ils sont incapables d'assumer la prise en charge des patients d'un seul tenant.

Du gate keeping au case management

Les réseaux de médecins fonctionnant efficacement concentreront leurs efforts ces prochaines années sur deux groupes de patients. Le premier est constitué par des personnes qui sont en - plus ou moins - bonne santé et qui sont affectés par des maladies aiguës de manière intermittente; le second comprend les patients qui souffrent de maladies chroniques. Pour le premier groupe de patients, il est prévu d'organiser une offre à base de mesures de prévention, de consultations en ligne ainsi qu'un système de tri par téléphone pour de nouveaux problèmes de santé fonctionnant 24 heures sur 24. Les maladies «banales» tels que les refroidissements et les états grippaux sont soignés à l'heure actuelle par les médecins de famille; à l'avenir, ils seront pris en charge par le biais de consultations téléphoniques permettant aux patients de se soigner eux-mêmes. Les patients pourront aussi être adressés à des «nurse practitioners»; il s'agit d'un personnel soignant formé pour des soins de premiers recours qui travaillent normalement dans des permanences. Des médecins de famille ou médecins de premier recours exercent leur activité au sein de ces structures comme dans d'autres cabinets de groupe. Ils peuvent être consultés si les pathologies sont plus complexes et ils font appel à des spé-

cialistes ou autres professionnels de la santé lorsque cela s'avère nécessaire.

Tant les spécialistes que les médecins de premier recours sont formés pour devenir des care managers (gestionnaires de soins) responsables de la prise en charge des malades chroniques. Ils établissent un plan de soins sur la base des besoins et des préférences individuelles. Ils font intervenir des spécialistes, des membres de la famille et des profanes; ils veillent enfin à ce que toutes les décisions soient appliquées comme prévu. Ils prennent les mesures nécessaires si les buts fixés préalablement n'ont pu être atteints. Les principales maladies chroniques bénéficient de modules de care management (gestion des soins) standardisés. Ceux-ci peuvent être combinés en fonction des problèmes de santé qui se manifestent et l'on peut les adapter aux besoins individuels des patients. Ces modules comprennent les éléments suivants: des guidelines (lignes conductrices de traitement) basées sur des évidences médicales (certitudes prépondérantes dérivant d'études et concernant l'efficacité de mesures diagnostiques ou thérapeutiques), faisant usage des technologies de la communication et de l'information et destinées aux professionnels concernés, des brochures d'information, des cours concernant les maladies et leur traitement à l'intention des patientes et des patients et à leur entourage

Tant les spécialistes que les médecins de premier recours sont formés pour devenir des care managers (gestionnaires de soins) responsables de la prise en charge des malades chroniques.

ainsi que de la documentation électronique et des instruments de controlling ou de contrôle du rendement (se référer à l'article intitulé «Direction des processus»).

De cette manière, les réseaux de médecins peuvent devenir les partenaires tarifaires privilégiés des assureurs-maladie; ceux-ci veillent à leur tour à acquérir de nouveaux patients atteints de maladies chroniques – grâce à une amélioration continue de la compensation des risques: les assureurs engagent ces nouveaux patients à participer aux programmes de care management (gestion des soins) rendus attractifs par les preuves de leur qualité et par la diminution de la participation aux frais qui les caractérisent.

Thèses

1. Après leur mise en réseau horizontale, les réseaux de médecins accroîtront progressivement leurs interconnexions verticales et multi-disciplinaires tout au long de la période de traitement suivie par les malades chroniques.
2. Les technologies de la communication et de l'information (TIC) deviendront d'une importance cruciale, car elles auront pour tâche d'assurer d'une part le flux d'informations parmi les professionnels et les patients et d'autre part, de permettre les opérations de controlling (gestion du rendement) et l'amélioration continue des traitements.
3. Les progrès permanents en matière d'équilibre des risques parmi les assurés, la participation aux frais des assurés dépendant de leur coopération et les formes d'indemnisation des médecins

basées sur les résultats obtenus représentent autant de conditions indispensables au développement d'une offre adaptée à l'évolution de la santé pendant les maladies chroniques et aux exigences qui en découlent.

Références bibliographiques

- *Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Fleming R. Managed Care: origins, principles, and evolution. BMJ 1997; 314: 1823*
- *Berchtold P, Hess K. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2007. Managed Care 2006; 6: 33-41*

Gestion des processus entre standardisation, individualisation et valeur ajoutée

PETER BERCHTOLD

Nous sommes en 2016

Eva Berger est âgée de 54 ans; elle est mère de deux filles adultes et vit dans une ville du Plateau suisse de grandeur moyenne. Elle a été examinée régulièrement – à un rythme annuel - au sein de son réseau de santé pour y subir des examens de dépistage qui sont devenus habituels dans l'intervalle. Elle a été profondément perturbée par le décès de son époux dans un accident; ainsi, il a fallu qu'elle reçoive plusieurs sommations de la part de son réseau de médecins et des mises en demeure émanant de sa caisse-maladie pour qu'elle consente enfin à se soumettre – entre autres – à une mammographie; cette investigation a été effectuée il y a deux semaines. En effet, Madame Berger avait accepté de subir des examens de prévention annuels en raison de nombreux cas de cancers du sein qui s'étaient déclarés dans sa famille – elle obtenait ainsi une réduction de prime substantielle. Malheureusement, le résultat de cet examen était défavorable: la mammographie révélait des signes suggestifs d'une tumeur maligne qui étaient confirmés par l'échographie et la biopsie tissulaire. Toutefois, le rapport du CT-scan ne faisait état d'aucune anomalie et le taux du

nouveau carcino-marqueur sanguin était normal. Par conséquent, le gynécologue traitant de Madame Berger pouvait la tranquilliser dans la mesure où elle ne souffrait que d'un stade précoce de la tumeur et qu'on ne pouvait pas mettre en évidence de métastases.

Toutefois, Madame Berger s'adressait des reproches à elle-même tout en s'abandonnant à un certain fatalisme lorsqu'elle s'était rendue – trois jours plus tôt - à l'entretien avec le Centre d'évaluation (assessment) interdisciplinaire; il avait été organisé par son réseau médical pour que la suite du traitement y soit planifiée. En particulier, il fallait décider de l'endroit du traitement et de la prise en charge - la police d'assurance-maladie de Madame Berger lui permettait de choisir n'importe quelle institution en Suisse. L'équipe chargée de l'évaluation (assessment team) avait plusieurs propositions à lui soumettre. Cependant, il n'y avait pas seulement à donner sa préférence à l'un ou l'autre des différents centres de traitement, mais il fallait adopter également l'une des panoplies de traitements. De nombreux fournisseurs de soins s'étaient réunis les années précédentes sous forme d'associations

fondées sur la coopération (comme pour former - par exemple - des centres de traitement des maladies du sein). Ils avaient pour but de proposer à certains groupes de patients des processus de traitement intégraux.

Ces processus ne consistaient pas comme auparavant en des thérapies systématisées – comme, par exemple, dans le disease management (gestion des maladies). Ils étaient beaucoup plus conçus comme des processus décisionnels orientés vers les patients et fondés sur des évidences (sous forme de certitudes prépondérantes issues d'études médicales). Toutefois, leur caractéristique principale consistait en une évaluation régulière de l'outcome (= résultat final du traitement du point de vue des patients) qui faisait l'objet d'une publication. Madame Berger avait discuté des points suivants avec les membres du réseau médical: quelles étaient les panoplies de traitement entrant en ligne de compte à son sujet (p.ex. quel type d'intervention chirurgicale, quel traitement médicamenteux, quelles mesures d'accompagnement étaient indiqués?), quels étaient les fournisseurs de ces différentes prestations et, bien évidemment, quels étaient les résultats de leurs efforts thérapeutiques (outcome)? Après cet entretien qui avait duré près de deux heures, Madame Berger se sentait quelque peu soulagée; elle avait avant tout l'impression de disposer de suffisamment d'informations pour être en mesure de communiquer sa décision à l'équipe chargée de l'évaluation (assessment team) quant au type de traitement et au lieu de la prise en charge.

Retour au temps présent

Les processus de rendement des systèmes de santé présentent la caractéristique suivante: en raison du pluralisme qui leur est inhérent, des maladies particulièrement complexes sont fragmentées en de multiples processus partiels qui sont soignés et pris en charge par différents intervenants appartenant à des professions multiples. Il est vrai que cette manière de faire peut se justifier dans la mesure où les compétences professionnelles les plus variées ou les sous-spécialités les plus diverses s'avèrent nécessaires pour soigner des maladies comme celle que l'on vient de décrire. Toutefois, cette pluralité conduit dans le même temps à une sorte d'effondrement précaire des différentes phases de traitement et de prise en charge; cette évolution s'explique par le développement de la médecine induisant des innovations diagnostiques et thérapeutiques de manière permanente. Nous utilisons sciemment ce terme de précarité: en effet, cette attitude pluraliste risque d'entraîner tout d'abord plus de redondances et d'inefficacité des mesures thérapeutiques. Elle débouche aussi sur le fait que seuls les résultats des interventions individuelles peuvent être identifiés et non pas la qualité de l'ensemble des prestations significatives pour le patient.

Ces systèmes de technologie de la communication et de l'information mis en réseau les uns avec les autres, l'exigence de nouveaux concepts d'incitation financière efficaces et sans effets délétères et de nouveaux modèles de rémunération permettront tous ensemble de contrer efficacement et de manière judicieuse cet effondre-

ment. Les technologies de l'information et de la communication revêtent une importance particulière qui est illustrée par la vision stratégique suisse en matière de cybersanté (eHealth)¹: «Dans le système de santé suisse, chaque individu peut autoriser les spécialistes de son choix à accéder, à tout moment et en tout lieu, à d'importantes informations pertinentes sur sa personne et bénéficier de prestations. Il participe activement aux décisions concernant son comportement et ses problèmes liés à la santé, renforçant ainsi sa culture sanitaire: les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de manière à assurer la mise en réseau des acteurs du système de santé et à créer des processus de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces». Deux projets prioritaires devraient voir le jour à ce sujet d'ici ces prochaines années: le dossier électronique médical des patients et les services en ligne.

Pourtant, il faut bien se rendre à l'évidence: une meilleure intégration - ou ré-intégration - des traitements et de la prise en charge médicale ne peut réussir, même si l'on met en place les systèmes d'incitation financière les plus attractifs et les mises en réseau des technologies de la communication et de l'information les plus performantes. Bien au contraire: l'introduction d'un système d'incitation financière très judicieux d'un point de vue économique et visant à minimiser les activités redondantes et les mesures de traitement inefficaces démontre que des effets secon-

naires peuvent aussi être engendrés de cette manière. En effet, on ne peut exclure que du travail administratif accru ainsi que des mesures de rationnement implicites en résultent. En outre, il faut s'attendre dans un certain nombre de cas à ce que les traitements et les processus soient encore plus fragmentés que mieux coordonnés. Par conséquent, toute une série d'instruments destinés à piloter les processus ainsi que de nouveaux concepts ont été développés ces dernières années: ils accroissent la mise en réseau des différentes mesures et ils permettent de les fonder sur des preuves d'ordre scientifique – là où elles sont disponibles. Enfin, ils démontrent leur qualité dans la prise en charge des patients.

Evidence Based Medicine (EBM)

La médecine fondée sur des évidences (certitudes prépondérantes dérivant d'études médicales et concernant l'efficacité de mesures diagnostiques ou thérapeutiques) est définie comme «l'application consciencieuse explicite et raisonnable des informations médicales les meilleures dans les processus de décisions cliniques quotidiennes» ; à l'avenir, elle jouera également un rôle considérable dans l'activité clinique journalière. Les preuves – ou les «évidences» - sont obtenues en tout premier lieu grâce à des études scientifiques et elles sont résumées sous forme de guidelines – il s'agit de lignes directrices pour la prise en charge et le traitement de maladies définies, basées sur des données probantes. Elles doivent aider médecins, soignants et autres professions de la santé à prendre des décisions cliniques optimales. Il s'agit plus particulièrement de

¹ Stratégie Suisse en matière de cybersanté (eHealth), DFI 2007

- procéder à la validation et à la mise en place judicieuse de processus décisionnels et de mesures - sur la base de connaissances scientifiques préexistantes ou en se fondant au minimum sur des données dûment contrôlées,
- développer les connaissances acquises en les transformant en concepts et en instruments et en les soumettant à un débat critique par un large public et de
- faire en sorte qu'un tel savoir soit mis à disposition de la pratique clinique, de la formation proprement dite, de la formation postgrade, de la formation continue et de la recherche.

La problématique de la «bonne évidence» (ou certitude prépondérante) constitue l'une des questions centrales qui se posent. La médecine fondée sur des données probantes (EBM = Evidence based medicine) considère que les études randomisées contrôlées méritent le qualificatif de «gold standard»- même si ce point fait l'objet de vives discussions. À cet égard, la critique s'attache à la valeur attribuable aux «résultats significatifs». Ils sont considérés au premier chef comme la vraisemblance statistique d'un rapport entre effets constatés et cause postulée et non pas comme reflétant réellement la causalité proprement dite. Dans le même temps, la médecine fondée sur des données probantes n'a pas pour but d'exclure l'expérience clinique comme l'une des conditions importantes de l'acquisition des compétences médicales. Il s'agit beaucoup plus de veiller à opérer un savant mélange de preuves ou d'«évidences» systématiques tirées d'études, d'expériences professionnelles person-

nelles des médecins, du personnel soignant et d'autres métiers de la santé ainsi que des besoins et des préférences des patients.

Case Management

Le Case Management (ou gestion des cas) est un instrument servant à la coordination des soins en fonction des cas concernés. Il est constitué d'étapes d'évaluation, de planification, de mise en pratique des mesures, de coordination et de surveillance. Tant les options que les prestations de services sont évaluées pour répondre aux besoins du patient en matière de soins tout en tenant compte des critères de qualité et de coûts à l'aide d'instruments de communication et des ressources à disposition. La devise suivante doit sous-tendre l'ensemble des initiatives: appliquer la bonne mesure au bon moment et au bon endroit – le case manager (gestionnaire de soins) répondant du suivi du traitement et coordonnant les soins.

Le case management n'est pas défini de manière exacte. Plusieurs variantes ont été développées et ont fait l'objet de descriptions; ces modèles se distinguent en partie beaucoup les uns des autres - selon la perspective qui a été adoptée (que ce soit celle du fournisseur de prestations, celle de l'assureur ou celle encore du patient). Les types de gestion qui sont pertinents du point de vue des patients sont représentés par le brokerage-case management, le case management intégré et le self-managed care. Ces variantes peuvent être appliquées individuellement ou en combinaison les une avec les autres. Dans le brokerage-case management, un case manager (gestion-

Des critiques sont émises à l'égard du disease management; elles sont surtout formulées à l'encontre de guidelines - ou lignes directrices de traitement - trop rigides. Elles portent sur la standardisation des traitements qui est également voulue.

naire de soins) est attribué au patient; il développe en toute impartialité et sans être influencé par une quelconque institution un plan de prise en charge qui permet d'éviter que le patient ne subisse d'examen spécialisés ou de prestations inutiles. Dans le case management intégré, la gestion du cas des patients et leur suivi sont associés l'un à l'autre; en d'autres termes, la coordination des soins (ou le case management) est assuré par une équipe interdisciplinaire de traitement. Dans le self managed care, le patient est formé et soutenu par le case manager (gestionnaire des soins) pour qu'il soit en mesure d'assumer une partie importante des tâches de coordination liées au suivi médical; ces différentes initiatives contribuent à accroître son sens de l'auto-responsabilité.

Disease Management

Les programmes de disease management (gestion des maladies) décrivent - sur la base de certitudes prépondérantes dérivant d'études médicales (EBM= evidence based medicine, Technology Assessment) - des étapes de traitement et de prise en charge selon une perspective globale et intégrée à tous les stades de la maladie - de la prévention au diagnostic, puis au traitement et à la période ultérieure du suivi médical. Les processus constitutifs du disease manage-

ment (gestion des maladies) fixent le traitement spécifique à une maladie déterminée et coordonnent les prestations sur la base de données probantes (guidelines). Celles-ci incluent aussi des formulaires permettant d'adresser les patients à d'autres structures, des documents concernant l'échange structuré d'informations (basé sur les technologies de la communication et de l'information/TIC) ainsi que les mesures spécifiques consacrées à la formation continue et au feed-back.

Des critiques sont émises à l'égard du disease management; elles sont surtout formulées à l'encontre de guidelines - ou lignes directrices de traitement - trop rigides. Elles portent sur la standardisation des traitements qui est également voulue. La dévaluation de l'expérience clinique et le fait de ne pas tenir compte des préférences et des désirs du patient sont critiqués par les fournisseurs de prestations. Le poids de cette critique prend de l'importance si l'on se rappelle que nous ignorons combien de données médicales reposent véritablement sur des preuves et quelles interventions médicales ont fait l'objet d'une évaluation médicale suffisante.

Le disease management (gestion des maladies) s'applique avant tout à des maladies chroniques dont l'incidence est importante, qui génèrent des coûts élevés,

qui exigent des mesures médicales très variées et dont le traitement est particulièrement segmenté en de nombreuses unités de prise en charge séparées les unes des autres. Des exemples typiques de ce type de maladies sont représentées par le diabète, par les maladies coronariennes, par l'apoplexie, par l'asthme bronchique, par l'hypertension artérielle et par plusieurs maladies cancéreuses. À l'inverse du case management, le disease management se réfère toujours à des maladies - ou à des groupes de maladies - bien définies.

Demand Management

Le demand management est représenté par des systèmes de conseils et de gestion ; ils sont destinés à des patients ou à d'autres personnes cherchant à être conseillées. Ils ont pour but de chercher à évaluer les besoins de prise en charge après des maladies ou des accidents, de procéder à un premier tri et d'adresser les personnes concernées à la structure la mieux adaptée à leurs troubles. En premier lieu, on peut citer les conseils donnés par téléphone qui se déclinent sur plusieurs plans: p.ex. pilotage et optimisation de l'accès aux fournisseurs de prestations par le biais d'un tri opéré à partir de la symptomatologie présentée, conseils donnés aux patients par rapport aux mesures d'éclaircissement et au degré d'urgence de leur problématique. Dans ce contexte particulier, des diagnostics ne sont pas posés; les conseils par téléphone se montrent surtout utiles en cas de maladies chroniques. Ils permettent un suivi après un séjour hospitalier ainsi qu'un monitoring - ou enregistrement - de symptômes

spécifiques à une maladie. De ce fait, ils permettent d'améliorer la compliance des patients. En outre, ceux-ci peuvent requérir auprès de nombreuses structures de conseil par téléphone un second avis («second opinion») ou de simples conseils avant de se soumettre à des mesures d'éclaircissement non urgentes ou à des interventions chirurgicales.

Les avantages essentiels de telles structures de conseils par téléphone sont les suivants: disponibilité permanente (24 heures sur 24); accès rapide et simple à des avis d'experts donnés par des médecins ou par du personnel soignant sans devoir attendre. Pour les médecins et autres professionnels de la santé, il en résulte comme avantages une réduction des consultations médicales ou des visites à domicile faites en urgence, en dehors des heures de travail.

Pilotage futur des processus; thèses

À l'avenir, les processus de traitement et de suivi devront être ancrés plus solidement encore dans des évidences médicales ou des certitudes à caractère prépondérant; il faudra que leur pilotage comprenne une standardisation de leur déroulement plus différenciée (en recourant à des guidelines ou à des données probantes servant de base à des lignes directrices pour le traitement) ainsi que des incitations financières équilibrées (forfait par tête: somme fixe pour les soins prodigués à un assuré pendant une période définie). Toutefois, deux aspects gagneront tout particulièrement en importance à l'avenir - outre les paramètres de gestion que nous venons de mentionner et qui sont déjà utilisés aujourd'hui :

1. Développement de la mise à disposition d'informations pertinentes pour les fournisseurs de prestations comme pour les patients (voir dossier électronique du patient). Les prestataires de service auront accès par voie électronique - indépendamment du lieu et de l'heure - aux informations concernant leurs patients ayant une importance pour leur traitement. D'autre part, les patients pourront consulter leur dossier en ligne et ils donneront aux fournisseurs de prestations de leur choix le droit d'en prendre connaissance.
2. Orientation de la direction et organisation des processus de traitements en fonction de la qualité de l'ensemble des traitements prodigués (outcome). À l'avenir, c'est le résultat global d'un processus de traitement qui occupera la première place, comme reflet essentiel de la qualité des soins pour les patients, mais également pour ceux qui financent le système de santé et pour la société. La qualité des mesures prises individuellement passera au second plan.

Le développement que nous venons de décrire au point 2 entraînera de nouvelles exigences de la part des fournisseurs de soins - de quelque ordre qu'ils soient. En effet, ils considèrent que la qualité d'un traitement correspond à leurs qualifications professionnelles telles qu'il les perçoivent ou qu'elle est fonction de la qualité des mesures qu'ils ont prises à l'égard des patients. De leur point de vue, le résultat total de leurs efforts thérapeutiques correspond à la somme des mesures appliquées individuellement. Les patients le ressentent diffé-

remment; en effet, ils sont - en première ligne - intéressés par le résultat final de toutes les mesures thérapeutiques qui ont été prises à leur rencontre, à l'outcome et à la valeur qui lui est attribuable. Apparemment, une telle gestion - c'est-à-dire le fait de réunir l'ensemble des mesures du processus thérapeutique vers un but précis - n'a de chances de réussir qu'avec un degré d'intégration des soins et du suivi médical supérieur à celui qui prévaut à l'heure actuelle. Il va sans dire que les fournisseurs de prestations doivent accepter de faire preuve de transparence vis-à-vis de leurs patients quant à l'outcome des processus de traitement qu'ils doivent leur rendre accessibles.

Références bibliographiques

- Lawrence D. *Gatekeeping reconsidered.* *New Engl J Med.* 2001; 345:1342-3.
- Vogd, W. *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft,* Verlag Hans Huber, Bern 2006.
- Berchtold P, Hess K. *Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Arbeitsdokument Nr. 16, Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, Neuchâtel 2006*

Gestion de la qualité dans les soins médicaux

KURT HESS / MARC-ANTON HOCHREUTENER

Nous sommes en 2016

L'importance de l'institut qualinform@care n'a cessé de croître depuis les six ans qu'il existe. De plus en plus d'assurés recourent à cette plateforme de libre accès; elle leur permet de s'informer de la qualité des médecins et des hôpitaux et, également, d'étayer leur choix d'un opérateur ou d'un hôpital particulier grâce à la meilleure information possible concernant la qualité du prestataire de soins.

Qualinform@care est financée par la Confédération, les cantons et santésuisse. Le savoir-faire des fournisseurs de soins est intégré grâce à un comité par le biais de leurs associations. Deux fondations indépendantes oeuvrent pour la gestion de la qualité – il s'agit d'EQUAM pour le secteur des soins ambulatoires et de la Fondation pour la sécurité des patients pour les soins hospitaliers; elles sont chargées de surveiller l'indépendance de qualinform@care, la neutralité des conseils qui sont prodigués ainsi que la validité des critères de qualité qui permettent de décider de l'admission d'un prestataire de soins dans la liste des fournisseurs recommandés. Une telle décision repose sur trois piliers: le degré d'expérience des réseaux médicaux régionaux

(listes des PPO¹), la satisfaction des patients et des indicateurs de qualité techniques relevant surtout des catégories suivantes: qualité des processus, qualité de la performance et qualité de l'outcome. Cette dernière catégorie comprend également le nombre de cas traités, les taux de complications, les taux de réadmission, les scores de qualité de vie associés à certaines maladies, etc. Au cours de la première année, des listes de recommandations ont été établies pour cinq diagnostics; aujourd'hui, il y en a déjà plus de 60. Les listes sont actualisées à un rythme annuel; l'ensemble des prestataires de soins peuvent obtenir leur admission dans la liste des personnes ou structures recommandées établie par qualinform@care – pour autant qu'ils satisfassent aux critères de qualité exigés.

Des voix se sont élevées pour que les patients puissent bénéficier de davantage de transparence lorsqu'ils veulent choisir un fournisseur de prestations expérimenté. En effet, la mise en pratique de l'article évoquant la qualité des prestations

¹ PPO: Preferred Provider Organization: organisations de fournisseurs de prestations préférées à d'autres

de la LaMal se faisait encore attendre après 12 ans - en dépit des recommandations formulées par la Commission de gestion du Conseil des États (Cdg-E). Les tentatives permettant de déboucher sur un consensus avaient échoué en 2010. Les incitations financières destinées aux différents acteurs du système de santé différaient tellement qu'une médiation avait échoué - elle aussi. Qualinform@care ne pouvait être mise en place qu'après les initiatives suivantes prises par la Confédération: définition de valeurs limites et d'exigences minimales concernant la garantie de la qualité des prestations fournies, mise en place d'incitations financières flexibles et soigneusement adaptées à l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, entrée en vigueur de la nouvelle Ordonnance sur les bases de données. C'est ainsi que des valeurs du point variant en fonction de la qualité étaient introduites alors que la promotion des réseaux de médecins axés sur des soins de qualité était faite.

Un groupe de projet de qualinform@care travaille actuellement à mettre au point un instrument de direction qui a pour objectif de réunir plus efficacement les dimensions économiques et qualitatives des soins médicaux. Un compte particulier et codé est ouvert pour chaque nouvelle maladie qui se déclare: il sert à régler l'ensemble des prestations fournies - qu'elles aient été le fait des médecins de premier recours, des spécialistes, des hôpitaux, des instituts de réadaptation et de Spitex (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile). Cet instrument devrait représenter la première étape de l'évalua-

tion de la valeur ajoutée, c'est-à-dire de l'outcome (résultat du traitement) par franc investi dans la thérapie.

La réalité en 2008

Dans le domaine de la santé, la qualité est un paramètre difficile à concevoir. Les fournisseurs de prestations, les différents groupes professionnels, les patients et les citoyens ont tous des attentes différentes quant à la qualité des soins qu'ils définissent tous à leur manière. En dépit de cette situation que l'on peut qualifier de babylonienne - ou justement pour cette raison - on exige de plus en plus fréquemment que la qualité des prestations médicales et des soins médicaux soient promues par le biais d'impulsions fiscales et que les risques auxquels les patients sont exposés sur le plan hospitalier ou ambulatoire diminuent. C'est un fait nouveau: la question de la qualité n'est plus seulement approfondie par des experts; elle fait de plus en plus souvent l'objet d'une discussion, que ce soit dans le contexte de l'ensemble de la société ou parmi les patients. Différents motifs permettent d'expliquer cette mutation: la raréfaction des ressources, la transformation des exigences formulées par les financiers du système et celles qui sont exprimées par les patients et par le public, la mutation de l'image que les fournisseurs de soins ont d'eux-mêmes et la complexité croissante du système des soins.

Mais qu'entend-on par la direction de la garantie de qualité des soins? Comment répondre à cette question? L'ensemble des partenaires du système de santé poursuivent le même but, celui d'établir et

La base de données qui est à disposition ne suffit en rien à mener les tâches de direction en matière de garantie de la qualité des soins: Que faire dans une situation aussi confuse?

de maintenir la qualité des soins médicaux à un niveau élevé de manière durable et de diminuer les risques encourus par les patients pour qu'ils atteignent un niveau minimum acceptable. Cela revient à aborder les questions relatives aux impulsions fiscales, aux instruments de la fiscalité ainsi qu'aux critères permettant de mesurer la qualité – seuls les paramètres mesurables peuvent faire l'objet d'une véritable gestion ou direction. Et cette complexité atteint un summum, car toutes ces questions se posent de manière totalement différente sur tous les niveaux que nous venons d'évoquer. Et la base de données qui est à disposition ne suffit en rien à mener les tâches de direction en matière de garantie de la qualité des soins: Que faire dans une situation aussi confuse?

Si l'on analyse l'impact des impulsions fiscales, force est de constater qu'elles ne génèrent pas d'incitations financières adéquates et destinées aux différents acteurs de la santé pour atteindre les objectifs définis précédemment - dans la mesure où elles n'agissent pas là où il le faudrait. De ce fait, le catalogue des exigences établi par les représentants de la politique² prévoit en

tout premier lieu des incitations positives pour récompenser la qualité ou l'engagement en faveur de mesures garantissant la qualité; il évoque ensuite la possibilité de sanctionner directement les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas leurs engagements pour la garantie de la qualité. Il existe toute une série d'instruments de direction ou de gestion que nous pouvons mentionner ici: l'evidence based medicine (médecine basée sur des données probantes), les guidelines pour la pratique (lignes directrices de traitement), le disease management (gestion des maladies), la certification ou le management des risques cliniques (se référer à l'article intitulé «Direction ou gestion des processus»). Toutefois, nous nous devons de souligner que ces outils sont destinés avant tout à des experts; ils sont aussi aménagés en fonction de certaines spécialités. En outre, les définitions de qualité qui les sous-tendent ne sont souvent que peu compréhensibles pour les patients. De même, les critères destinés à mesurer la qualité comportent des échelles débutant par des indicateurs particulièrement simples se rapportant à quelques caractéristiques structurelles ou à des déroulements peu compliqués ayant lieu dans la pratique; ces échelles peuvent aussi inclure des indicateurs complexes reflétant des résultats cliniques – ces derniers étant surtout liés à certaines spécialités. La com-

² Communiqué de presse CdG-E du 16.11.2007: Renforcer le rôle de direction de la Confédération dans la garantie de la qualité selon la LaMal

Il s'agit par conséquent de mieux contrôler à la fois les risques inhérents aux traitements institués et le mode de fonctionnement des institutions.

munauté médicale fait de son mieux, quant à elle, pour s'en tenir à une stratégie d'auto-déclaration et éviter tout regard externe et indiscret portant sur ses activités.

La découverte du management des risques cliniques constitue l'un des développements les plus importants de ces dernières années. En soi, il ne s'agit pas d'un instrument nouveau. Toutefois, la conscience à l'égard de ce type de management ou de gestion s'est développée de manière croissante en raison d'études réalisées dans les années 90 qui ont révélé l'importance des dommages consécutifs à des erreurs de traitement. Dans le même contexte, la complexité grandissante des possibilités qu'offre la médecine entraîne une augmentation des risques parallèlement aux avantages liés à ce développement. Il s'agit par conséquent de mieux contrôler à la fois les risques inhérents aux traitements institués et le mode de fonctionnement des institutions. Il est avéré que les établissements actifs dans le domaine de la santé font des erreurs et provoquent de ce fait des erreurs inutiles qui peuvent servir de leçons. De ce fait, de nouvelles approches – qui sont nombreuses – ont été développées: systèmes de signalisation des erreurs, méthodes d'analyse des erreurs, systèmes destinés à améliorer les habitudes en matière de sécurité, système de management des risques. En définitive, le management des risques cliniques fait

partie du management de la qualité. Il en représente la face essentielle du point de vue du patient; en effet, il s'agit d'éviter par tous les moyens que le patient ait à subir des atteintes à sa santé – avant de se soucier d'autres aspects relatifs au développement de la qualité.

Toutefois la situation que nous avons qualifiée de babylonienne au départ correspond à la réalité: les sociétés de spécialistes, les sociétés médicales, les hôpitaux, les cliniques, les groupes d'établissements hospitaliers, les autorités, les associations et des tiers s'efforcent – chacun à leur tour et dans une mesure variable – de réinventer le concept de qualité. Les 26 cantons y participent aussi, indépendamment les uns des autres. Cette approche génère non seulement des coûts considérables, mais elle est également inappropriée – si l'on se réfère à l'article 58 de la LaMal³. L'OCDE et l'OMS sont également parvenus à cette conclusion dans leur rapport daté du mois d'août 2006 et consacré au système de santé suisse. En dépit de la sympathie que peut inspirer le fédéralisme, il n'en reste pas moins que les forces en présence doivent être réunies alors qu'il faut créer des conditions-cadres uniformes permettant de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients.

³ Art. 58 (garantie de la qualité) de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal)

C'est ainsi que nous définissons le concept de direction en matière de garantie de la qualité des soins ; nous nous étions demandé au départ quelle en était la nature. C'est à la Confédération et aux cantons qu'il revient d'assumer cette tâche en fixant des conditions-cadres uniformes qui sont les suivantes: définition des critères permettant de définir la qualité des soins au niveau des prestations de soins comme sur un plan systémique, création d'incitations financières positives pour récompenser la qualité, promotion de réseaux de médecins axés sur la qualité, développement de projets portant sur des soins de qualité, formulation d'exigences minimales pour garantir des soins de qualité.

Thèses

1. Qualité sur le plan systémique: l'OCDE reconnaît que la Suisse offre des soins de qualité lorsqu'on la compare aux autres pays. Il est peu probable que le prochain rapport émanant de cette institution contienne une appréciation analogue, si la Confédération n'assume pas les compétences et la responsabilité qui sont les siennes pour garantir des soins de haute qualité et la sécurité des patients.
2. Exigence de qualité: Un certain nombre de réseaux médicaux basent leur travail de manière conséquente sur la qualité des prestations; cependant, les efforts qui sont à réaliser pour assurer la qualité des soins sont loins d'être négligeables. La Confédération dispose d'instruments permettant de garantir des prestations de qualité à des coûts avantageux par la promotion de systèmes de soins ayant

des objectifs de qualité tout en soutenant des projets innovateurs consacrés à des mesures assurant la qualité.

3. Transparence: on ne peut comprendre pourquoi l'achat d'un aspirateur – pour ne prendre qu'un exemple – devrait être basé sur plus de transparence et de faits certifiés que le fait de se soumettre à un acte médical, qui concerne à la fois le corps, le psychisme ou même la vie

Références bibliographiques

- *Milstein A, Lee T. Comparing Physicians on Efficiency. New Engl J Med. Dec. 2007; 357; 2649-52*
- *Hess K. Qualitätsrahmen: Der Bund ist gefordert. Interview mit Heim B (SGK-N), Indra P (BAG), Kappeler O. (FMH). Managed Care 3/2007*
- *Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates, 5. September 2007*
- *Eisenring C, Hess K. Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis: Arbeitsdokument Nr. 8, Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, Neuchâtel 2004*

Épilogue

PETER BERCHTOLD / KURT HESS

Nos contributions portant sur le managed care ont esquissé tout à la fois un scénario visionnaire et le status quo portant sur des domaines essentiels du système de santé. Il ne faut pas confier aux seules forces du marché le rôle de diriger les besoins en développement qui sont en partie considérables; l'organisation des soins ne comporte pas de mécanismes de régulation émanant de l'économie de marché qui seraient susceptibles d'intervenir en cas de dysrégulations. Ainsi, des impulsions externes sont nécessaires pour que le système de santé évolue dans la bonne direction. En d'autres termes, ces processus établissent des mécanismes relevant de l'économie de marché.

Deux types de questions se posent à nous. Le premier s'applique à la «direction» dans laquelle nous voudrions voir évoluer notre système des soins; il faudrait en soi définir ce cap par le biais d'un consensus relevant de l'ensemble de la société. Il s'agirait en l'occurrence de se demander quels buts doivent être poursuivis par le système de santé - en prenant la prestation des soins comme point de départ pour finir par le plan systémique. Dans les scénarios que nous avons imagi-

nés, nous avons estimé impossible qu'un consensus puisse se dégager à partir de ces questions complexes. C'est la raison pour laquelle nous avons opté subsidiairement pour un état jugé idéal défini par des postulats de nature économique et qualitative incontestés. Il s'agit en l'occurrence des exigences quant à une coordination et une intégration efficaces des différentes étapes des traitements, d'information des patients et d'efforts de transparence, de qualité des résultats et du caractère scientifique des prestations médicales fournies – lorsque c'est chose possible. La deuxième question s'applique à ce que nous désignons par le terme d'«impulsions externes»: l'ensemble de nos contributions évoque tant des incitations que des systèmes d'incitations, qu'ils agissent au niveau des processus des instruments de pilotage, au plan systémique des modèles de soins, par rapport à la mise en réseau des soins ainsi que pour la qualité médicale et le management des risques cliniques.

Deux catégories de postulats répondent aux deux séries de questions que nous venons de commenter; elles se fixent pour but une gestion des soins qui sera améliorée dans le futur. Le premier postulat

Auteurs

PD Dr. med. Peter Berchtold

Leiter College-M,
Präsident Forum Managed Care
Freiburgstrasse 41, CH-3010 Bern
peter.berchtold@college-m.ch
www.college-m.ch
www.fmc.ch

Dr.med. et lic. oec. Kurt Hess

Beratungen im Gesundheitswesen,
Vizepräsident Forum Managed Care
Ausschussmitglied Stiftung EQUAM
Grossmünsterplatz 1, CH-8001 Zürich
kurt.hess@hin.ch
www.fmc.ch
www.equam.org

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

Geschäftsführer Stiftung
für Patientensicherheit
Asylstrasse 41, CH-8032 Zürich

hochreutener@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch

Dr. med. Andreas Weber

Präsident mediX schweiz
Sumatrastrasse 10, CH-8006 Zürich
andreas.weber@medix.ch
www.medix.ch

Dr. rer. pol. Werner Widmer

Direktor der Stiftung
Diakoniewerk Neumünster
Schweizerische Pflegerinnenschule
Trichtenhauserstrasse 24,
CH-8125 Zollikerberg/Zürich
werner.widmer@
diakoniewerk-neumuenster.ch
www.diakoniewerk-neumuenster.ch

concerne la définition de l'objectif fixé (état jugé idéal) alors que le second s'applique à la stratégie à adopter pour qu'il soit atteint (voie menant à ce but). Ces postulats sont formulés dans chaque article sous

forme de thèses concrètes. Le Forum Managed Care désire ainsi contribuer aux discussions actuelles qui portent sur la question d'un pilotage des soins susceptible de faire ses preuves dans le futur.

FORUM MANAGED CARE

Qui sommes-nous?

Forum Managed Care réunit des institutions et des partenaires qui s'occupent de gestion de la santé dans une perspective qualitative et économique.

Quels sont nos objectifs?

Forum Managed Care représente la plateforme compétente pour l'échange d'expériences portant sur des instruments et des concepts servant à la gestion des soins de santé; Forum Managed Care se fixe pour but d'en promouvoir la notoriété, l'acceptation et la diffusion.

D'autres informations se trouvent sur www.fmc.ch

Nos partenaires en or



Nos partenaires

argomed Ärzte AG
H+

GlaxoSmithKline
MediServices AG
med-swiss.net

Centre suisse de
Télémédecine SA MEDGATE
PonteNova
Sandoz Pharmaceuticals SA
thurcare AG