

Gestion de la qualité dans les soins ambulatoires: rôles possibles pour la FMH

K. Wyss, J. Schwarz,
H. Prytherch, P. Bovier,
M. Hersperger, M. Zahorka

Résumé

La nécessité de mettre en place un programme d'assurance-qualité dans le secteur ambulatoire place la FMH devant un nouveau défi. Prenant en considération les expériences d'autres pays européens notamment, le présent article évalue trois rôles possibles pour la FMH autour de cette question.

Le premier scénario repose sur le rôle traditionnel de la FMH, à savoir le contrôle des programmes de formation et la diffusion de nouvelles recommandations. Le deuxième propose que la FMH étende son action à des activités visant à l'amélioration de la qualité, comme les cercles de qualité ou les activités de certification. Le troisième scénario propose la mise en place de nouvelles institutions pour l'assurance-qualité et la gestion de la qualité sous l'égide de la FMH.

Contexte

Depuis les années 1990, de nombreux pays d'Europe et d'Amérique du Nord ont vécu l'introduction de réformes visant l'amélioration de la qualité et la réduction des coûts de la santé. Les soins hospitaliers ont été les premiers visés par ces réformes, afin de faire preuve d'une plus grande transparence et de mieux rendre compte des activités des hôpitaux [1]. Depuis quelques années, la discussion s'est étendue au secteur ambulatoire, donnant lieu à de nombreux projets pilotes menés par des cabinets de groupe ou des réseaux de cabinets.

L'introduction de la GQ dans les systèmes de santé va modifier le rôle traditionnel des organisations de médecins au niveau national en tant que responsables de la formation et de la certification. En effet, d'autres acteurs (p. ex. les autorités politiques, les conseils d'administration des assurances, les organisations de défense des patients, etc.) exercent une influence croissante sur l'activité médicale. Le débat est également lancé en Suisse, et par exemple le dernier rapport annuel du Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) montre que la Confédération va devoir prendre activement position à ce sujet [2]. Dans ce contexte se pose la question du rôle futur des associations professionnelles dans l'AQ pour les soins ambulatoires en Suisse et des possibi-

lités qui s'offrent à la FMH pour qu'elle réagisse à cette situation nouvelle.

Le présent article tente de fournir un aperçu de la thématique et de présenter les tendances dans différents pays d'Europe et d'Amérique du Nord. En outre, nous examinerons les différents rôles possibles pour la FMH en ce qui concerne l'introduction de la GQ dans les soins ambulatoires.

Gestion-qualité (GQ) dans la santé publique

Ces dernières décennies, les concepts de la gestion-qualité issus du secteur industriel ont été graduellement transférés dans le secteur des services, comme celui de la santé, en combinant des instruments classiques de l'assurance-qualité (AQ) (p. ex. la normalisation, la formation prégraduée, postgraduée et continue et la certification) avec l'approche orientée vers le client et l'amélioration des processus. La gestion-qualité (QG) dans les systèmes de santé va ainsi au delà de l'approche de l'AQ classique. Elle ne considère pas uniquement la performance médicale, mais prend également en compte l'optimisation des processus (en termes d'efficacité et d'efficience) à la lumière de la «satisfaction du client». Cette notion de client ne se réfère pas seulement au patient, mais aussi à d'autres groupes d'intéressés, comme les caisses maladie, les législateurs et la société en général.

Acteurs de la gestion-qualité

Le rôle des associations professionnelles médicales dans la réglementation et la surveillance de la qualité des soins ambulatoires est étroitement lié à l'organisation des systèmes de santé dans laquelle celles-ci s'insèrent. Dans des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas et les États-Unis, les fonctions classiques des associations professionnelles sont la défense des intérêts de leurs membres, l'octroi des licences professionnelles et l'organisation de la formation médicale postgraduée et continue, ainsi que la négociation des tarifs avec les institutions de financement, notamment les caisses maladie.

1 Wagner C, Gulácsi L, Takacs E, Outinen M. The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:50.

2 Commission de gestion du Conseil des Etats. Rôle de la Confédération dans la garantie de la qualité selon la LAMal. Rapport du Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats. Berne, septembre 2007.

Correspondance:
PD Dr Kaspar Wyss
Centre Suisse de Santé Internationale
Institut Tropical Suisse
Socinstrasse 57
CH-4002 Bâle
Tél. 061 284 81 40
Fax 061 284 81 03

kaspar.wyss@unibas.ch

Jusqu'à présent, l'assurance-qualité dans les soins ambulatoires a été garantie principalement par le contrôle volontaire des médecins eux-mêmes, sous l'égide des associations professionnelles. Les principaux outils en place sont l'octroi des licences ou titres de spécialistes et la formation médicale postgraduée et continue (CME: continuous medical education). Cette dernière se résume fréquemment au perfectionnement individuel des connaissances, le plus généralement sous forme de participation à des congrès et à des réunions scientifiques.

Selon les pays, de nouvelles activités sont venues s'ajouter au cours des dernières années, parfois sous l'influence de nouvelles réglementations. Des exemples sont:

- la promotion de l'AQ ainsi que l'évaluation de la qualité des soins;
- le développement de recommandations pour la pratique clinique («clinical practice guidelines») fondées sur des preuves;
- le contrôle qualité et les audits des pratiques médicales;
- la mesure de la productivité, de la performance et des résultats des services de santé;
- la définition de standards, p.ex. pour l'évaluation des services, des technologies médicales et des médicaments;
- la certification;
- la gestion de la qualité et «total quality management».

Les nouvelles exigences de contrôle de la qualité, et les services qui les accompagnent, peuvent être assurées parfois par des organisations préexistantes, seules ou en coopération, ou par de nouvelles entités. En Allemagne par exemple, au cours des dernières années, des fonds considérables ont été alloués au développement de nouveaux instruments de GQ qui correspondent spécifiquement au secteur de la santé allemand [3]. De ce projet de recherche est née l'organisation indépendante «Kooperation für Transparenz und Qualität» (KTQ) qui s'occupe des activités de contrôle qualité et de certification des hôpitaux, des établissements de réhabilitation et plus récemment des soins ambulatoires. Par ailleurs, la fédération des médecins allemands (KBV) a également développé une instance de contrôle qualité et de certification pour le secteur ambulatoire: «Qualität und Entwicklung in Praxen» (QEP). En Suisse, l'association *Outcome* à Zurich a été créée à partir d'un partenariat entre les administrations cantonales de la santé, les hôpitaux et les caisses-maladie. L'association *Outcome* a pour tâche de mesurer la qualité des soins dans les hôpitaux membres de façon régulière et partage

les résultats avec les intéressés. Cette démarche vise à améliorer la qualité des soins hospitaliers de façon continue grâce à un processus de *benchmarking*. Quant à la Fondation EQUAM (Externe Qualitätssicherung in der Medizin), elle propose un processus de certification aux médecins du secteur ambulatoire.

Dans des pays comme la France, les Pays-Bas ou le Royaume-Uni, de nouvelles institutions ont été créées et des systèmes de GQ instaurés dans le but de renforcer la qualité des soins médicaux [4, 5]. Les associations de médecins se sont regroupées avec d'autres groupes d'intérêts, comme les caisses-maladie, les agences d'accréditation ou celles d'évaluation économique, afin de conserver un rôle majeur dans l'AQ et de gagner en expertise lors de l'introduction de systèmes de GQ. En France par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée comme entité scientifique, publique mais indépendante, intégrant l'ancienne Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (ANAES). Composée d'un collège permanent et de commissions spécialisées dont la composition est représentative des membres, elle fournit des avis et recommandations au Ministère. Les associations de médecin prennent part activement aux travaux de l'HAS, parfois sous forme de «lobbying» comme le Syndicat des Médecins Généralistes, et la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Un autre exemple est celui de la Fédération des médecins danoise qui a étendu son mandat afin d'ajouter des fonctions de référence scientifiques. La Fédération est notamment devenue active dans le *Nordic Medical Council* et l'Association Médicale Mondiale et publie son bulletin médical.

L'évaluation des processus cliniques et la mesure des résultats des traitements médicaux ont également alimentées le débat sur la question du financement des procédures médicales (listes des procédures financées et celles non financées). Certains pays ont créé de nouvelles institutions à cet effet: le «National Institute for Health and Clinical Excellence» au Royaume-Uni ou la Haute Autorité de Santé en France.

Dans les systèmes de santé où le financement de ce dernier est géré par l'Etat, les associations de médecins ont généralement perdu leur «leadership» pour l'AQ. Au Royaume-Uni, le système de santé national (NHS – National Health System) qui gérait à l'origine seulement le financement des services de santé a mis sur pied des «trust boards» qui ont pour tâches de gérer la qualité des soins ambulatoires, les règles étant fixées par le contrat de prestations qui lie les médecins au NHS.

3 Breckenkamp J, Wiskow C, Laaser U. Progress on quality management in the German health system – a long and winding road. *Health Res Policy Sys.* 2007;5:7.

4 Contencin P, Falcoff H, Doumenc M. Review of performance assessment and improvement in ambulatory medical care. *Health Policy.* 2006;77(1):64-75.

5 Sluijs EM, Wagner C. Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995–2000. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(3):223-34.

Outils et financement

Le choix des outils qui sont utilisés pour la gestion de la qualité dans les systèmes de santé varie. Les systèmes de GQ modernes sont plutôt orientés vers la prévention des erreurs médicales et la «satisfaction du client» que sur le recueil systématique d'indicateurs spécifiques, bien que celui-ci ne soit pas exclu. Pour ce faire, des méthodes d'autoévaluation sont généralement utilisées, qui sont au besoin complétées par des évaluations externes (audit) ou des revues par les pairs (peer review). Alors que la certification n'est généralement pas nécessaire pour l'introduction d'un système de GQ, de nombreux intéressés recourent tout de même à l'acquisition de ce label. La certification d'une institution pour son système de GQ exige la réalisation de certaines exigences (p.ex. ISO 9001). Généralement, ces exigences correspondent à l'application d'un certain nombre d'outils tels que des questionnaires validés scientifiquement, des schémas de «total quality management», des catalogues d'exigences, des discussions collégiales plus ou moins ouvertes visant à l'élaboration de conventions de qualité, etc. La conformité aux exigences est évaluée et partagée avec le candidat qui peut aussi bien utiliser les résultats pour mettre en œuvre des mesures d'amélioration, ou simplement bénéficier de la certification.

La définition des indicateurs pour les secteurs de prestations qui sont critiques et leur évaluation régulière sont essentielles pour l'identification des améliorations possibles. Par exemple, dans la NHS britannique, des procédures de mesure de la performance et de la qualité des prestations ont été mises en place afin d'établir des échelles de rémunération en fonction des performances [6]. En plus des principes de base des systèmes de GQ, des aspects liés à l'organisation et à l'accès dans les services de santé (p.ex. le temps d'attente, les heures d'ouverture), à la collaboration interdisciplinaire (entre médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes), et à la collaboration multisectorielle (entre les soins hospitaliers, ambulatoires et de réhabilitation) sont également pris en compte.

En général, les systèmes de GQ dans les soins ambulatoires sont principalement financés par les services de santé eux-mêmes. Ce n'est que dans des cas particuliers, comme au Royaume-Uni, où l'Etat prend en charge les coûts de l'AQ. Toutefois, il existe dans quelques pays des bénéfices indirects pour les services de santé: en France, la certification des services ambulatoires donne lieu à une réduction des primes d'assurance responsabilité professionnelle; en Allemagne, il est possible pour les professionnels qui certifient

certaines prestations de négocier des tarifs plus élevés avec les caisses-maladie. Dans les pays où les procès en responsabilité sont fréquents, la pratique de l'AQ permet d'assurer une meilleure défense par rapport aux plaintes des patients.

Rôles possibles pour la FMH

La FMH peut considérer plusieurs options pour se positionner par rapport à l'introduction de systèmes de GQ dans le secteur ambulatoire. Se basant d'une part sur les expériences d'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Allemagne ou la France, et d'autre part sur le débat de fond et politique sur l'AQ et la GQ dans la santé publique, comme par exemple le rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats [2], trois scénarios peuvent être proposés:

- implication limitée aux activités traditionnelles de type assurance-qualité (AQ);
- implication limitée à la promotion de nouveaux outils en lien avec l'assurance-qualité et la gestion de la qualité;
- création et direction d'une nouvelle instance pour l'AQ/GQ, en coopération avec les autres acteurs de la santé.

Scénario 1: implication limitée aux activités traditionnelles de type assurance-qualité (AQ)

Ce scénario reprend les tâches traditionnellement dévolues à la FMH: formation postgraduée et continue, développement de curricula, promotion des procédures et pratiques scientifiques et factuelles dans les soins ambulatoires. Comme perspective de développement, on peut citer le renforcement des activités de recherche – notamment la recherche appliquée – en collaboration avec les universités et écoles techniques supérieures afin d'encourager le transfert de nouvelles connaissances scientifiques vers les professionnels du secteur ambulatoire. D'autres développements sont également possibles dans le cadre des activités de formation, notamment la formation postgraduée et continue et son implication dans la pratique. Les activités principales pour l'assurance de la qualité dans les soins ambulatoires seraient la dissémination des nouvelles connaissances et leur promotion. Dans ce cas, un rôle clé s'offre aux associations médicales spécialisées. Par rapport aux activités actuelles de la FMH, ce scénario offre l'avantage de se baser sur les compétences déjà acquises et de se profiler comme garant des associations médicales compétentes.

Le risque de ce scénario est qu'avec les pressions croissantes pour l'introduction d'outils de GQ – qui induit une focalisation sur les aspects institutionnels et systémiques de qualité – d'au-

6 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006;355(4):375-84.

tres acteurs tels que l'association *Outcome* ou la Fondation EQUAM pourraient prendre en charge ces aspects et la FMH perdre totalement son influence.

Scénario 2: implication limitée à la promotion de nouveaux outils en lien avec l'assurance-qualité et la gestion de la qualité

Sur la base des expériences et des débats dans d'autres systèmes de santé décentralisés, le deuxième scénario montre que les associations de médecins peuvent efficacement encourager l'adoption de nouveaux outils d'AQ pour les soins ambulatoires. Le point fort de cette approche est qu'elle va plus loin que le concept habituel de l'assurance-qualité et considère également les aspects institutionnels et les processus-qualité. Ainsi, le rôle de la FMH par rapport au premier scénario serait étendu. Parmi les outils qui pourraient être utiles aux membres de la FMH, il y a les cercles de qualité, l'évaluation par les pairs, ainsi que les autoévaluations qui conduisent à la certification.

En plus du rôle décrit ci-dessus, la FMH pourrait se placer comme modérateur du changement, en encourageant les initiatives visant à l'amélioration de la qualité des soins par ses membres. Les tâches principales seraient – parmi d'autres – d'offrir une plateforme de discussion (forum) qui présente les différentes approches et expériences ainsi que leurs efficacités, de développer des instruments de *benchmarking* et de tirer des conclusions qui puissent être partagées avec les membres. De plus, sur la base des expériences du groupe de travail qualité de la FMH, un réseau de collaborateurs pourrait également se spécialiser dans l'AQ/GQ dans le secteur ambulatoire, facilitant ainsi la diffusion des principes d'amélioration de la qualité.

Ce scénario implique pour la FMH qu'elle renforce – en plus de ses capacités médico-techniques – ses capacités d'évaluation des systèmes de qualité. La FMH pourrait ainsi renforcer son réseau d'échanges avec des organisations de médecins d'autres pays. En outre, cette approche permettrait à la FMH de maintenir son point de vue relativement neutre dans le débat sur l'AG/GQ, tout en alimentant le débat avec ses propres expériences dans le domaine. Les membres seraient ensuite libres de prendre position individuellement par rapport aux différents outils de l'AQ/GQ proposés pour le secteur ambulatoire.

Par ailleurs, cette stratégie permettrait à la FMH d'élargir son expérience dans le secteur de l'AQ/GQ et de mettre son expertise à la disposition de ses membres. Par contre, son rôle serait limité à celui d'observatrice et de médiatrice, et

le débat politique (en particulier en ce qui concerne la régulation) serait laissé à d'autres acteurs qui joueraient un rôle plus actif dans la mise en pratique des décisions politiques.

Scénario 3: création et direction d'une nouvelle instance pour l'AQ/GQ, en coopération avec les autres acteurs de la santé

Afin d'avoir une influence sur le débat actuel et futur autour de l'AQ et la GQ, ainsi que sur les processus de régulation, la FMH devrait se positionner comme une actrice forte dans ce domaine. Dès lors, la FMH doit développer des capacités propres, afin de les mettre en avant lors de la mise en place de partenariats ou lors de la création d'une nouvelle instance. A cette fin, les membres de la FMH devront participer de façon constructive à cette démarche, afin de démontrer que les mécanismes traditionnels d'autorégulation restent fonctionnels dans ce contexte de changement. En allant au-delà de sa position traditionnelle, la FMH élargira sa vision en englobant les points de vue et positions des différents groupes d'intérêts impliqués dans la gestion de la qualité, afin de promouvoir une approche globale de la qualité des soins en Suisse. La FMH préconisera ainsi une approche interdisciplinaire (regroupant les différentes spécialités médicales), multisectorielle (intégration des soins ambulatoires, hospitaliers, de réhabilitation, etc.) et incorporant d'autres acteurs clés de l'AQ/GQ (organisations non gouvernementales spécialisées dans la gestion de la qualité, organisations de patients, caisses-maladie, administrations cantonales, etc.). Autrement dit, la FMH devra former des coalitions et des partenariats qui encouragent une compréhension commune du concept et des procédures de l'AQ/GQ, tout en assurant son rôle de «leadership» dans ce domaine.

L'établissement d'une compréhension commune de la qualité dans le secteur ambulatoire, et comment celle-ci peut être appréhendée et mesurée, sera un point de départ incontournable pour débiter cette collaboration avec d'autres acteurs-clés. Des partenaires potentiels seraient des acteurs suisses comme l'association *Outcome*, ou des acteurs internationaux comme le *Zentrum für Qualität in der Medizin* (ÄZQ) ou encore la *Kassenärztliche Bundesvereinigung* à Berlin. L'autoévaluation ainsi que d'autres outils de l'AQ pourraient être utilisés pour améliorer progressivement le niveau de performance. Au moyen d'un système de *benchmarking* par exemple, les expériences pourraient être rassemblées, évaluées et comparées, et promues comme exemples d'amélioration possible de la qualité des soins à tous les membres.

Tableau 1

Rôles possibles de la FMH pour la gestion de la qualité dans les soins ambulatoires.

Scénarios	Avantages	Inconvénients
Implication limitée aux activités traditionnelles de type assurance-qualité: formation postgraduée et continue, développement de curricula, promotion des procédures scientifiques et factuelles	Renforcement des capacités déjà acquises et garantie des prestations de haute qualité	Champ libre pour d'autres acteurs de proposer des initiatives pour l'AQ/GQ. La FMH peut perdre son rôle d'interlocuteur privilégié lors des débats institutionnels en lien avec la qualité des soins. Perte du rôle consultatif de la FMH
Implication limitée à la promotion de nouveaux outils en lien avec l'assurance-qualité et la gestion de la qualité: introduction de mesures d'amélioration de la qualité continue, p. ex. les cercles de qualité, l'audit par les pairs, l'autoévaluation ou la certification	Rôle de modératrice et à la fois point de vue institutionnellement neutre par rapport à l'AQ. Mise à disposition d'informations fiables pour ses membres et leurs décisions individuelles	Influence limitée dans la mise en place des initiatives de l'AQ/GQ. Perte du pouvoir exécutif de la FMH dans ce domaine
Création et direction d'une nouvelle instance pour l'AQ/GQ, en coopération avec les autres acteurs de la santé: partenariat avec d'autres acteurs, création en commun d'une instance ayant pour tâche le développement d'une stratégie d'amélioration et d'assurance de la qualité.	Rôle proactif pour l'amélioration des systèmes d'AQ et de GQ. Grande influence sur le changement et l'introduction de nouveaux outils. Représentation active des membres de la FMH dans les débats politiques. Rôle garanti au niveau consultatif et exécutif	Multiplication des tâches et limitation dans les capacités à les exécuter. Perte de neutralité par rapport aux membres. Concurrence avec d'autres acteurs intéressés par les systèmes de GQ dans les soins ambulatoires

Ce scénario confronte la FMH à de nouvelles tâches dans un domaine où elle dispose actuellement de peu de savoir-faire et d'expérience. Si l'engagement dans des partenariats et des coalitions lui permettrait de garder une certaine visibilité pour ses membres et la société en général, sa position active pourrait par contre nuire à sa neutralité et à sa capacité de défendre les intérêts de ses membres. Une autre possibilité serait de collaborer avec une organisation tierce ou d'autres groupes d'intérêts qui s'occuperaient exclusivement de cette thématique.

Perspectives

Le débat actuel sur le renforcement de l'assurance-qualité et l'introduction d'outils de GQ dans le secteur ambulatoire place la FMH devant un nouveau défi. En tant que garante traditionnelle de la qualité des prestations médicales, la FMH doit clarifier le rôle (fonctions et tâches) qu'elle désire endosser à l'avenir. La Loi sur l'assurance maladie (LaMal) entrée en vigueur en 1996 définit la qualité non seulement en termes de traitement médical et de satisfaction des patientes et des patients, mais aussi en termes d'efficacité dans le secteur de la santé. Face à ces nouvelles exigences et à l'émergence de nouveaux acteurs impliqués dans l'AQ/GQ dans le secteur ambulatoire, la FMH doit redéfinir sa position si elle désire continuer à jouer un rôle dans le débat et les prises de décision concernant la qualité des soins. Pour ce faire, la FMH ne pourra pas se limiter à appliquer sa ligne de conduite traditionnelle – à savoir l'octroi des licences des professionnels de santé et l'établissement des

normes relatives à la formation postgraduée et continue. Elle devra, au travers de coopérations avec d'autres acteurs clés dans le domaine, tenir compte des attentes des patientes et des patients et répondre à la demande croissante de transparence dans le domaine de la qualité des soins afin d'identifier tous les potentiels d'amélioration dans le secteur ambulatoire.

Lors de l'instauration de mécanismes d'assurance-qualité modernes et de système de gestion qualité, l'autorégulation médicale classique telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à présent par la FMH perd de son importance, tandis que la coopération avec d'autres acteurs devient nécessaire. Exercer une influence au niveau des décideurs d'une part, et encourager ses membres à appliquer des mesures d'AQ/GQ d'autre part, sont des tâches importantes pour la FMH, notamment parce que ces mesures peuvent avoir un certain impact sur le financement de l'assurance-qualité pour les services ambulatoires.

La complexité grandissante des enjeux dans le secteur de la santé, l'augmentation des exigences et la croissance des coûts liés à la santé appellent à l'élaboration et la mise en œuvre de système d'assurance-qualité et de gestion de la qualité pertinents et adaptés au contexte de soins en Suisse. La FMH doit, en tant qu'actrice traditionnelle de l'assurance-qualité médicale, mettre sa longue expérience au service d'un tel changement et endosser un rôle proactif dans cette démarche, afin de garantir l'amélioration continue de la qualité des soins dans notre système de santé.