

# Faire la lumière sur la zone d'ombre



**Verena Nold**  
Directrice de santésuisse



**Nous attendons toujours que les fournisseurs de prestations nous donnent les bases nécessaires à une mesure standardisée et systématique de la qualité.**



Les ergothérapeutes donnent le ton : depuis plusieurs années, un contrat d'assurance qualité conclu entre leur association professionnelle et les partenaires tarifaires règle la façon dont la qualité du travail thérapeutique doit être mesurée, saisie et analysée. Avec succès ! Les objectifs de traitement sont en effet atteints, sinon dépassés, dans plus de 90 % des cas recensés.

C'est exactement ainsi que cela devrait se passer – en théorie tout du moins : il incombe aux fournisseurs de prestations d'assumer la responsabilité de l'assurance qualité des soins, tant sur le plan technique que du contenu, tandis que le législateur fixe le cadre légal permettant de veiller au respect des règles et introduit la possibilité de prononcer des sanctions.

En théorie seulement, car dans la pratique, la qualité des traitements – notamment dans le secteur ambulatoire – reste un concept opaque. Nous attendons toujours que les fournisseurs de prestations nous donnent les bases nécessaires à une mesure standardisée et systématique de la qualité afin d'identifier les traitements peu qualitatifs et superflus.

Mais il existe des lueurs dans la zone d'ombre qui entoure la qualité des soins : l'exemple des ergothérapeutes en est une, les efforts déployés par des organisations telles qu'EQUAM, ANQ et SIRIS en sont une autre. Et il y a de bonnes chances que le Parlement appuie lui aussi sur le bon bouton dans un délai raisonnable, une fois que le Conseil national aura, durant la session d'été, posé les jalons qui permettront d'imposer des mesures de qualité à l'échelle nationale.

Financement uniforme

# Assistons-nous à une véritable percée politique ?

Est-ce que les cantons participeront à l'avenir au financement des prestations ambulatoires ? Les signaux envoyés par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé sont encourageants. Mais jusqu'à quel point les conditions liées à cette volonté de réforme nouvellement affichée sont-elles réalistes ?

**R**éformer le système de santé suisse – ne serait-ce que partiellement – nécessite un travail de longue haleine. Preuve en est le combat mené durant des années pour qu'un nouveau modèle de financement des coûts des prestations ambulatoires et stationnaires soit enfin en discussion. La réglementation actuelle prévoit que les cantons prennent en charge 55% des coûts des traitements stationnaires; en revanche, ils ne participent pas aux coûts – en constante augmentation – du secteur ambulatoire. Or il est maintenant prouvé que cette réglementation conduit à des incitations erronées, et donc à un renchérissement inutile du système. Elle empêche un transfert rapide vers le secteur ambulatoire d'interventions

chirurgicales fréquentes, transfert dont les effets sont positifs sur l'ensemble du système.

### Mais la roue tourne...

A l'inverse de tous les autres acteurs importants du système de santé, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est jusqu'à maintenant énergiquement opposée à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Son argument: un changement de système ne constitue qu'une mesure complexe de transfert des coûts sans valeur ajoutée. Mais les lignes sont en train de bouger dans ce dossier. Lors de son Assemblée annuelle fin mai 2018, la CDS a décidé de tendre la main à un modèle solide visant à

financer de manière identique les prestations ambulatoires et stationnaires.

### Changement de cap lié à certaines conditions

Toutefois, cette offre est liée à des conditions. La CDS demande que les cantons puissent piloter l'offre de soins ambulatoires et veut inclure dans ce modèle de financement les soins de longue durée, à savoir les prestations des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile. Une couleuvre très difficile à avaler pour les assureurs-maladie. Les discussions qui vont suivre, les négociations, compromis et tables rondes sont attendus avec beaucoup d'intérêt. Une chose est sûre, le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est une « affaire à suivre ». (SST)

Ergothérapie – le processus de réflexion est enclenché

## Amélioration continue de la qualité des traitements

**L'**ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) oblige les fournisseurs de prestations ou leurs associations à réaliser des contrôles systématiques de la qualité. Cela vaut aussi pour les ergothérapeutes travaillant dans un cabinet d'ergothérapie. Depuis 2011, une convention d'assurance qualité négociée entre les partenaires tarifaires définit comment mesurer, saisir et évaluer la qualité des résultats des séances d'ergothérapie.

Le succès d'une série de neuf traitements est évalué en fonction du taux d'accomplis-

sement des objectifs définis avec les patients. Ceux-ci doivent être réalistes et ciblés. Ils sont saisis sur une plate-forme en ligne standardisée, qui exprime par une valeur numérique le taux d'accomplissement des objectifs individuels définis.

Tous les ergothérapeutes sont tenus de saisir et gérer au moins cinq cas par an. Cela a permis en 2017 de documenter et d'évaluer 6700 traitements comprenant 21 570 objectifs de traitement individuels convenus. Et autant dire que le résultat est réjouissant: environ deux tiers des objectifs de traite-

ment ont été atteints; un quart a même été dépassé. Seuls 8% des objectifs de traitement n'ont pas été atteints, le traitement ayant été achevé avec la mention « état inchangé » ou « état pire qu'escompté ».

Pour les ergothérapeutes, le contrôle annuel de la qualité des prestations ne constitue pas seulement un indicateur de référence pour le contrôle de la qualité inscrit dans la loi, mais il incite aussi à améliorer en continu la qualité des traitements grâce au processus de réflexion ainsi initié. (SST)