

# **Il existe aujourd'hui un nombre incalculable de normes, systèmes et labels : qualité quand tu nous tiens!**

Autor(en): **Kirschner, Michael**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : revue spécialisée**

Band (Jahr): **12 (2020)**

Heft 1: **La qualité : définition, évaluation, présentation**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1032802>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

**Il existe aujourd'hui un nombre incalculable de normes, systèmes et labels**

## Qualité quand tu nous tiens!

**Pour un EMS, justifier de standards de qualité est de plus en plus important: pour l'autorisation d'exploiter, pour affronter une concurrence accrue, pour engager du personnel. Des mesures de qualité transparentes deviennent la norme dans ce secteur. Jusqu'où? Petit tour d'horizon.**

**Michael Kirschner\***

Le développement de la qualité dans le secteur de la santé inclut la structure, les processus et les résultats. Depuis plus de trente ans, cette thématique est indissociable du développement des prestations dans les soins et l'accompagnement de longue durée. Pour s'aligner sur une demande en hausse et un accroissement de l'offre, un nouveau modèle d'évaluation a permis d'augmenter le rendement et l'efficacité. Ce qui a eu pour conséquence d'ouvrir le «marché de la qualité» en Suisse et l'apparition de nouveaux prestataires, commerciaux ou sans but lucratif. D'où le besoin, pour assurer des conditions concurrentielles comparables, de définir plus clairement les prestations souhaitées tout en renforçant le contrôle et la transparence.

Cette mutation a mis en lumière l'importance des questions liées à la qualité structurelle comme à celle des processus. L'entrée en vigueur en 1996 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) oblige les prestataires de soins à fournir annuellement des données standardi-

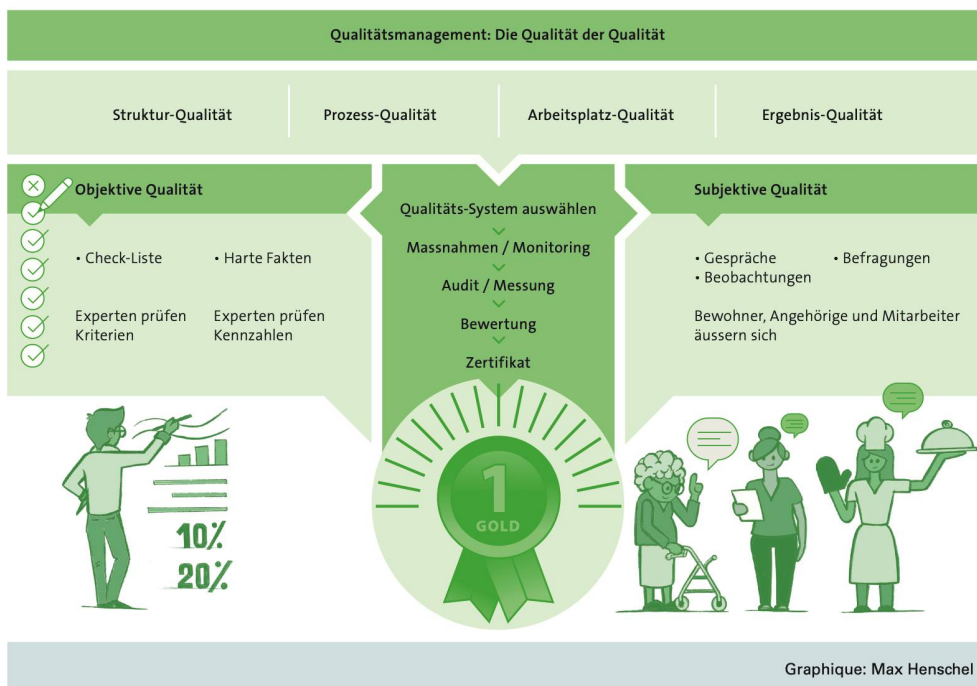
sées sur leurs comptes d'exploitation, leurs clients, leurs collaborateurs et leurs finances. Depuis 1997, les données fournies sont collectées dans le cadre d'une comparaison nationale de la qualité structurelle (statistique SOMED). Les cantons ont la responsabilité de la qualité de l'accompagnement et des soins, que les EMS doivent, pour être autorisés à exploiter, garantir grâce à des critères précis concernant leur infrastructure, la conduite de l'exploitation (processus de conduite, d'organisation et de production) ainsi que l'adoption d'un plan qualitatif minimal des postes.

L'introduction d'indicateurs de qualité nationaux (CH-IQI) a définitivement imposé aux EMS de mesurer également la qualité de leurs résultats. À l'origine, le législateur LAMal laissait cette évaluation aux prestataires de soins et aux assureurs-maladie, mais, contrairement aux structures, il est impossible de comparer les résultats uniformément et systématiquement sur l'ensemble du territoire. Depuis 2009, la LAMal révisée impose donc au seul prestataire de transmettre à la Confédération les données requises pour la surveillance de la mise en œuvre et de la qualité des soins, ce qui inclut implicitement des indicateurs de qualité médicaux.

Depuis 2020, les 1'566 EMS de Suisse doivent également transmettre leurs données sur ces quatre indicateurs: mesures limitant la liberté de mouvement, carences alimentaires, douleurs, polymédication. Aujourd'hui déjà, les 281 hôpitaux de Suisse transmettent entre 1 et 23 indicateurs concernant 13 domaines et 55 tableaux cliniques et traitements, ce qui permet d'établir une comparaison directe et de les classer. Les portails comparatifs vont-ils élaborer leurs propres classements pour les EMS, à l'instar de [www.quel-hopital.ch](http://www.quel-hopital.ch)? Plus de données garantiront-elles plus de qualité? Ou bien n'ont-elles essentiel-

**S'y retrouver dans cette multitude de standards, concepts et certificats n'est pas facile.**

\*Michael Kirschner est collaborateur scientifique du Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse.



Graphique: Max Henschel

«démence» par ex.). Il en va autrement pour les critères de qualité gouvernementaux, qui donnent droit à des fonds et une accréditation. Dans la meilleure tradition fédéraliste, les standards de qualité ne sont ainsi négociés entre cantons et prestataires de services que si l'ordre en vient «d'en-haut».

Standards et certificats n'impliquent pas nécessairement plus de qualité. Pour réussir, les systèmes de qualité dépendent de l'engagement du management: ISO 9001, sans doute le plus connu, en est un bon exemple. Il suffit de remplir ses critères pour être certifié. C'est le cas de la plupart des certificats de ce type, qui reposent sur des listes: cri-

lement d'impact que sur les emplois dépendants du marché de la qualité?

### La qualité: un marché florissant

S'y retrouver dans cette multitude de standards, systèmes, concepts et certificats, n'est pas facile, même pour les professionnels de la qualité dans le secteur de la santé. On y trouve à peu près tout, de la marque autoproclamée à la certification selon des normes strictes, établie par des organes officiels. Pour les systèmes de management, les personnes, les produits, les processus et les services, les organismes spécialisés sont accrédités par le Service d'accréditation Suisse de la Confédération. L'Association Suisse pour Systèmes de Qualité et de Management (SQS) est leader en matière de certification, alors qu'avec ses 1'400 membres, la Swiss Association for Quality SAQ est la principale association de la branche.

La qualité est un modèle d'affaires qui génère de la demande: à chaque nouveau standard développé correspond une gamme de services payants liés à sa certification. Parmi ces prestataires, on trouve des organismes à but non lucratif mais également des associations et organisations de branche, des fondations et des fédérations. Des douzaines d'offres s'offrent aux entreprises, certifiant toutes sortes de choses: soins, vie, places de travail, soins palliatifs, diversité, habitat protégé ou alimentation équilibrée.

### Qualité de la qualité

Aux standards et certifications établis, qu'ils soient limités à un domaine ou internationaux, s'en ajoutent toujours des nouveaux, même si la demande reste plutôt faible. D'autres disparaissent ou finissent par être absorbés par des standards mieux connus. Il arrive parfois que de nouveaux certificats soient refusés par les organismes potentiellement intéressés (le label

tères, notations ou chiffres clés. C'est la qualité même de la certification qui fait la différence. Nous nous trouvons ici face à deux perspectives, objective et subjective – qui devraient, idéalement, se compléter.

Pour savoir si les processus inscrits sur papier correspondent à la réalité, il suffit de se poser deux questions: quelles étaient les prestations attendues et quelles sont celles effectivement perçues? L'écart de perception par le client constitue la base du fameux modèle GAP de qualité de services. Sa détermination implique de prendre en compte cette dimension subjective. Il s'avère souvent, après examen, que les outils de sondage ou les labels de qualité ne prennent pas vraiment en compte cet écart. Les personnes concernées ont des attentes diverses et parfois contradictoires. La qualité des structures, essentielle pour les proches (location, chambre, balcon) s'avère ainsi beaucoup moins importante dans le quotidien des résidents que la manière dont ils perçoivent la qualité des services (compétence, convivialité, manière de réagir à leurs besoins, prise en charge personnalisée). L'approche centrée sur la personne constitue une mesure importante pour juger de la qualité des résultats. Si d'autres prestations de confort dépassent les attentes, les appréciations sont bonnes, voire très bonnes.

La qualité réelle des résultats ne peut pas être déterminée par des indicateurs de qualité nationaux. La réalité est complexe: 1'566 EMS,

pour plus de 162'000 personnes qui totalisent 33,7 millions de journées d'hébergement et qui sont prises en charge par plus de 100'000 collaborateurs.

Déterminer la qualité de façon sérieuse et scientifique est ardu et fastidieux. Le chercheur qui veut mener une étude qualitative trouvera difficilement des fonds pour son projet. Il n'y a qu'un intérêt limité pour l'étude approfondie et l'interprétation de l'analyse de cas individuels. Que pourrait-on tirer d'une

**La qualité est un modèle d'affaires qui génère de la demande.**



étude qui examinerait une dizaine de résident-e-s durant plusieurs semaines afin d'en savoir plus sur la qualité des soins qu'elles et ils reçoivent? Un questionnaire de qualité quantitatif portant sur 1'000 résident-e-s et 1'000 soignant-e-s semble plus pertinent. Et c'est bien là le problème: c'est et cela reste une méthode quantitative, livrant des «indicateurs de qualité» sujets à interprétation.

L'OFSP précise pour les hôpitaux: «Les indicateurs de qualité mettent en lumière la qualité dans chaque hôpital. Des conclusions définitives (preuves que la qualité est particulièrement bonne ou particulièrement mauvaise) nécessitent une analyse approfondie. Les comparaisons doivent être effectuées avec la précaution nécessaire, afin d'éviter la comparaison entre hôpitaux ayant des mandats de desserte différents. En règle générale, il n'est pas possible d'effectuer un classement direct des hôpitaux. Il importe enfin de préciser que l'interprétation approfondie de nombre d'indicateurs nécessite des connaissances médicales spécialisées.» Vers quoi se dirige le management de la qualité dans le domaine de la santé, qui demande de gros effort pour collecter des données, dont l'analyse détaillée et l'interprétation nécessitent de plus gros efforts encore?

### Qualité et production de masse

Pour le comprendre, un retour en arrière s'impose. On a toujours veillé à la qualité des produits et des services. Les institutions et les labels de contrôle de la qualité existent depuis très longtemps: il suffit de penser aux guildes médiévales et à leurs sceaux.

Au début du 20e siècle, aux États-Unis, l'industrialisation a généré de nouvelles méthodes d'organisation du travail. La «gestion scientifique du travail» développée par Frederick Taylor en 1911 visait à améliorer les performances par une utilisation maximale de la force de travail. Tous les processus étaient mesurés avec un chronomètre, analysés et optimisés.

Introduit d'abord dans les usines d'armement fédérales, ce système va générer des grèves. Ressenti comme inhumain, il rendait la journée de travail monotone et détruisait la solidarité entre les travailleurs. L'usage du chronomètre fut aboli en 1916.

La qualité de la production de masse n'est assurée qu'au prix d'un contrôle considérable. Dans les années 1920 apparaît le «contrôle statistique de qualité», basé sur les théories statistiques. Il trouve son heure de gloire durant la Seconde Guerre mondiale. Pour mieux répondre aux critères imposés, l'industrie de l'armement introduit le «quality management». Dans les années 1950, les Américains (Juran et Deming notamment) exportent au Japon les contrôles de qualité statistiques, en les développant. Pour réduire les pertes, on met alors en avant le potentiel structurel et les processus permettant un contrôle interne. C'est l'origine du modèle qualitatif développé en 1966 par Donabedian dans le domaine de la santé, modèle basé sur les concepts de qualité des structures, des processus et des résultats. C'est ainsi que la gestion moderne de la qualité, née dans les usines de la société industrielle, s'est peu à peu imposée, jusqu'à régner sur l'organisation de notre société de services et, finalement, la santé.

### «Offensive qualité» dans la santé

Le système de santé suisse est extrêmement complexe: 8,5 millions d'assuré-e-s, plus de 500'000 employé-e-s, des milliers d'institutions et de groupes d'intérêts, d'innombrables prestations et coûts pour plus de 82 milliards de francs. Pour le simplifier et assumer ses tâches de surveillance et de régulation, la Confédération a besoin d'indicateurs transparents, sur la base desquels prendre les décisions nécessaires dans l'intérêt de tous les assuré-e-s, et contrecarrer erreurs, insuffisances et excès.

Sur mandat du Parlement, la Confédération a lancé une véritable «offensive qualité» dans le domaine de la santé, visant à obtenir une réelle transparence de la qualité des résultats au moyen de chiffres clés. En 2009, dans le cadre de la révision de la LAMal, le Parlement a confié à la Confédération la collecte et la publication des données. La même année, le Conseil fédéral a présenté sa Stratégie en matière de qualité. Les assureurs-maladie eux-mêmes ont fait savoir qu'«en principe plus aucun contrat ne serait conclu sans dispositions sur le contrôle qualité». Seuls les objectifs thérapeutiques réalisés, et non plus le volume des prestations, seront remboursés. Raison pour laquelle les indicateurs concernant les hôpitaux vont être renforcés. Avec la révision de la LAMal adoptée en 2019, la Confédération dispose d'une base légale et de moyens financiers pour renforcer la qualité et la sécurité des patient-e-s. Le premier Rapport national sur la qualité (2019) dans le domaine de la santé préconise pour les EMS des indicateurs sélectifs et

individuels plutôt que «des indicateurs nationaux collectés de manière systématique». Santé2030, la nouvelle stratégie du Conseil fédéral en matière de santé, souligne que notre système de santé reste sous pression «en raison d'un manque de transparence, notamment dans les coûts et la qualité des prestations». La pression sur les institutions médico-sociales se renforce chaque jour.

---

**La pression sur les institutions médico-sociales se renforce chaque jour.**

---

### Moins de régulation, plus d'incitations

Mais ces dispositions et contrôles aussi nombreux soient-ils ne peuvent résoudre les problèmes dus à de fausses incitations. Prenons l'exemple, le plus connu et le plus documenté pour la Suisse, de résident-e-s d'EMS souffrant de pathologies multiples: la qualité de leur médication dépend pour l'essentiel de la coordination entre personnel soignant, médecins, pharmaciens et proches. Que vont changer de nouveaux standards qualité et de nouveaux indicateurs qualité quand des projets pilotes à gros budgets montrent que les médecins n'ont tout simplement pas le temps de partager les informations? La mesure des indicateurs de qualité médicaux est une opportunité pour autant qu'elle ne débouche pas sur davantage de paperasserie et, finalement, une illusion de qualité. Car la qualité n'est pas un objectif: c'est un processus qui ne finit jamais. ●

---

Texte traduit de l'allemand

---