



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Qualité de l'indication: prise de position de H+

Document de référence de H+, V1, 17.01.2022



Sommaire

1	Introduction	3
2	Position de H+	4
3	Glossaire.....	6
4	Contexte.....	7
5	Fondements théoriques et complexité	7
6	Des programmes différents jouent un rôle dans la qualité du traitement.....	9
7	Une occasion d'augmenter la qualité des traitements	12
8	La comparabilité et l'évaluation comme limites.....	12
9	Qualité de l'indication et politique (surconsommation)	14
10	Bibliographie	16

Formulation non discriminatoire

H+ s'efforce de respecter les formulations non-discriminatoires, dans la mesure où les impératifs de concision, de lisibilité et d'intelligibilité le permettent. Lorsque le masculin est utilisé en tant que forme standard, cela inclut les autres formes. Le terme *patient* implique également celui de *patiente*.

1 Introduction

La qualité du diagnostic et de l'indication est un paramètre déterminant de la qualité globale et de l'utilité pour le patient. Avec la pression économique accrue et les discussions politiques sur la qualité des soins de santé, l'attention portée à la qualité de l'indication est accrue. Ces dernières années, ce sujet a particulièrement gagné en actualité avec les débats sur la surconsommation et sur la maîtrise des coûts (DFI, Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, 2017). La Confédération et quelques cantons considèrent l'amélioration de la qualité de l'indication comme une mesure de frein à la hausse des coûts et à la surconsommation. Avec la révision de la LAMal Renforcement de la qualité et de l'économie, des indicateurs sont prévus à ce sujet. Cette problématique, qui jusque-là n'occupait que les fournisseurs de prestations, est devenue un débat national, avec des répercussions sur les structures et les processus des hôpitaux et des cliniques ainsi que sur l'ensemble du système de santé.

Avec la présente position, H+ souhaite

- contribuer à une compréhension commune de la notion de qualité de l'indication,
- attirer l'attention sur des programmes d'encouragement de la qualité de l'indication déjà bien établis,
- relever les opportunités et les limites de la comparabilité et de l'évaluation de la qualité de l'indication.

2 Position de H+

1. La notion de qualité de l'indication recouvre un thème complexe influencé par de nombreux facteurs. La qualité de l'indication constitue une dimension de la qualité du traitement (chapitres 4 et 5)

La plupart du temps, aujourd'hui, le médecin ne pose plus seul l'indication. Le patient fait part, à juste titre, de ses attentes. L'expérience du médecin et ses connaissances, mais également les valeurs, les besoins et les préférences des patients influent sur l'indication. Et d'autres facteurs entrent en ligne de compte: le contexte économique, les incitatifs ou les innovations.

2. Divers programmes d'encouragement de la qualité de l'indication sont déjà bien établis dans les hôpitaux. Les bonnes pratiques doivent être favorisées et largement diffusées (chapitre 6).

Il est important d'avoir à l'esprit que divers programmes d'encouragement de la qualité de l'indication ont déjà été développés et mis en place. Il convient donc de favoriser les bonnes pratiques. Il faudrait également vérifier si les différents programmes pourraient être mieux connectés.

3. La qualité de l'indication peut être améliorée, même si elle ne peut pas être mesurée directement (chapitre 6).

Dans les hôpitaux et les cliniques, de nombreux programmes qualité contribuent actuellement déjà indirectement à une bonne qualité de l'indication. Il ne s'agit souvent pas là de mesures classiques. Ainsi, la pose de l'indication peut-elle être scrutée et améliorée grâce à l'analyse et à la discussion de cas de patients à l'aide de différentes procédures, par exemple via les Peer Reviews interprofessionnels, les conférences morbidité-mortalité, les Tumorboards ou les conseils d'indication.

4. Les programmes de perfectionnement de la qualité de l'indication doivent apporter un bénéfice au patient et améliorer la qualité du traitement (chapitre 7).

Il faut éviter les programmes et mesures purement bureaucratiques visant exclusivement à faire la preuve du respect des exigences en matière de qualité. Il s'agit bien plus d'améliorer la qualité des traitements.

5. Pour beaucoup de pathologies, la qualité de l'indication n'est que difficilement comparable, en raison des nombreux facteurs d'influence médicaux et liés aux patients. Elle doit être représentée en combinaison avec d'autres dimensions de la qualité afin d'identifier des potentiels d'amélioration (chapitre 8).

Sachant que la pose de l'indication dépend de facteurs très divers, comme les symptômes et les décisions personnelles, il est difficile de comparer la qualité de l'indication. Pour certaines pathologies, **la pose de l'indication**, fondée sur des preuves médicales, est **sans équivoque**. Dans nombre de cas cependant, plusieurs possibilités de traite-

ment existent, avec leurs avantages et inconvénients spécifiques, qui doivent être évalués en fonction des valeurs, des besoins et des préférences individuelles du patient. Pour cette raison, la qualité de l'indication n'est comparable que de manière restreinte.

6. La qualité de l'indication ne peut être évaluée individuellement que dans le cadre d'une discussion du cas (chapitre 8).

L'évaluation de la qualité de l'indication avec des données agrégées nécessite un ajustement au risque rendu d'autant plus difficile que des facteurs d'influence ne peuvent pas être relevés dans les données de routine. Les indicateurs de la qualité de l'indication ne permettent que d'approcher la réalité. S'il est souhaitable d'analyser la qualité de l'indication de groupes de patients et d'institutions, il faut faire preuve de circonspection dans les évaluations et dans l'utilisation des résultats en tant que critère pour la poursuite des analyses.

7. Les approches visant à supprimer une possible surconsommation doivent être considérées dans leur globalité. La surconsommation ne peut pas être contrôlée de manière isolée par la qualité de l'indication. Il convient en particulier de réduire les incitations inopportunes (chapitre 9).

La qualité de l'indication est souvent associée à tort aux économies et au pilotage de la (sur)consommation. Or, elle doit être considérée comme une dimension importante des soins médicaux. Et les incitations indésirables qui favorisent la surconsommation doivent être réduites. Les indicateurs de la qualité de l'indication peuvent être utilisés en interaction avec ceux de la qualité des résultats pour la planification hospitalière.

3 Glossaire

Diagnostic d'une maladie	Identification d'une maladie sur la base de l'analyse des symptômes.
Pose d'une indication	<p>Détermination du traitement médical nécessaire. Elle suppose une anamnèse et se déroule avant/avec ou après un diagnostic confirmé. La pose de l'indication se fait en concertation avec le patient, mais relève du médecin.</p> <p>Lorsque l'indication est posée correctement, le traitement adéquat peut être choisi, le cas échéant il peut être décidé qu'aucun traitement n'est nécessaire.</p> <p>Indication mal posée = traitement inadéquat pour le diagnostic posé ou/et des symptômes identifiés. Une indication peut être mal posée sur la base d'un diagnostic correct (bonne qualité du diagnostic / mauvaise qualité de l'indication).</p>
Qualité de l'indication	La qualité de l'indication se définit par le caractère approprié et la nécessité des interventions médicales. (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnostic et indication: des dimensions clés de la qualité, 2012).
Surconsommation (surtraitement ou surdiagnostic)	Prise en charge avec un diagnostic ou un traitement médical déterminé qui n'est d'aucune utilité pour le patient ou dont les risques dépassent le bénéfice potentiel (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2016).
Sous-consommation (soins médicaux insuffisants)	Prise en charge médicale adéquate qui manque ou n'est pas délivrée à temps
Soins médicaux inadaptés	E.a. conséquence d'une mauvaise pose d'indication.

4 Contexte

Depuis des années, le modèle ordinaire retenu pour décrire les dimensions de la qualité est celui de Donabedian (1980), qui permet de distinguer entre la qualité de la structure, des processus et des résultats. Bien que la qualité de l'indication ne soit pas associée à une dimension de la qualité selon Donabedian, le sujet n'est pas nouveau: l'amélioration de la pose des indications est un objectif essentiel du travail quotidien des médecins. Les hôpitaux favorisent la qualité de l'indication afin d'améliorer l'utilité pour les patients grâce au choix du traitement approprié et nécessaire. La qualité de l'indication est depuis toujours au cœur des soins prodigués jour après jour dans les hôpitaux.

Aujourd'hui, la question des dimensions a été étendue et précisée. On en retient six (STEEEP): sûr, efficace, centré sur le patient, opportun, efficient et équitable (Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001). Le perfectionnement des dimensions de la qualité témoigne d'une attention davantage centrée sur le patient et d'une meilleure qualité de l'indication.

Les efforts pour saisir la qualité de l'indication de manière structurée, avec pour but de la faire expertiser par des tiers et de l'évaluer pour piloter et apprécier les soins de santé sont assez nouveaux. À cela s'ajoute le souhait d'établir des programmes standardisés et transparents afin de mesurer la qualité de l'indication et de l'améliorer. Ces efforts font écho aux débats politiques sur la hausse constante des coûts et sur la surconsommation médicale. Les politiciens intervenant dans le domaine de la santé exigent de plus en plus une garantie de la qualité de l'indication et espèrent ainsi améliorer la concurrence sur la qualité et lutter contre la surconsommation et les soins médicaux insuffisants ou inadaptés.

L'encouragement de la qualité de l'indication met en perspective deux objectifs différents: un bénéfice accru pour les patients et le pilotage des soins médicaux (avec les économies qui en découlent).

5 Fondements théoriques et complexité

Par indication, on désigne en médecine, le motif d'une intervention thérapeutique ou diagnostique, respectivement quelle intervention est appropriée pour un tableau clinique spécifique. Le «tableau clinique» n'est pas synonyme de «diagnostic», il englobe l'état général du patient, sa situation et ses perspectives de vie.

La recherche de définitions rigoureuses de la qualité de l'indication donne des résultats décevants. La revue de littérature menée par Andrea Dörries a montré que différentes acceptions coexistent (Dörries, 2018). En 2009, l'ASSM a défini la qualité de l'indication comme une forme spécifique de la qualité des processus, à savoir l'adéquation (appropriateness) des prestations à fournir (ASSM, 2009).

Selon la FMH, la qualité de l'indication se définit par le caractère approprié et la nécessité des interventions médicales. Une intervention est appropriée lorsque le bénéfice médical pour le patient est supérieur au risque. Elle est nécessaire lorsqu'elle doit être absolument recommandée et proposée au patient pour des raisons scientifiques et d'éthique sociale (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnostic et indication: des dimensions clés, 2012). En outre, la FMH distingue deux types d'indication: le point de vue objectif, où les mesures sont fondées empiriquement et sur des preuves (indication médicale) et le point de vue subjectif, pour lequel les caractéristiques individuelles et les valeurs du patient sont prises en considération (indication du médecin). Dans l'idéal, l'indication est appropriée et nécessaire des points de vue objectif et subjectif. Cela montre la diversité des facteurs d'influence entre les bases reposant sur des preuves et les considérations individuelles et propres au cas, qui débouchent en définitive sur la pose de l'indication avec le patient (shared decision making).

De plus, la pose de l'indication se fait souvent dans le cadre d'une approche interdisciplinaire, interprofessionnelle et ne relève pas d'une seule personne. Un facteur d'influence supplémentaire de la qualité de l'indication est le diagnostic (et sa qualité). De même, la qualité de l'indication influence celle du traitement et inversement. L'indication peut évoluer au fil du traitement et doit toujours être réexaminée de manière critique durant l'ensemble du processus.

Influencée par les attentes du patient et l'avis du médecin, l'indication l'est également par le contexte économique, les facteurs incitatifs ou les innovations (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnostic et indication: des dimensions clés de la qualité, 2012).

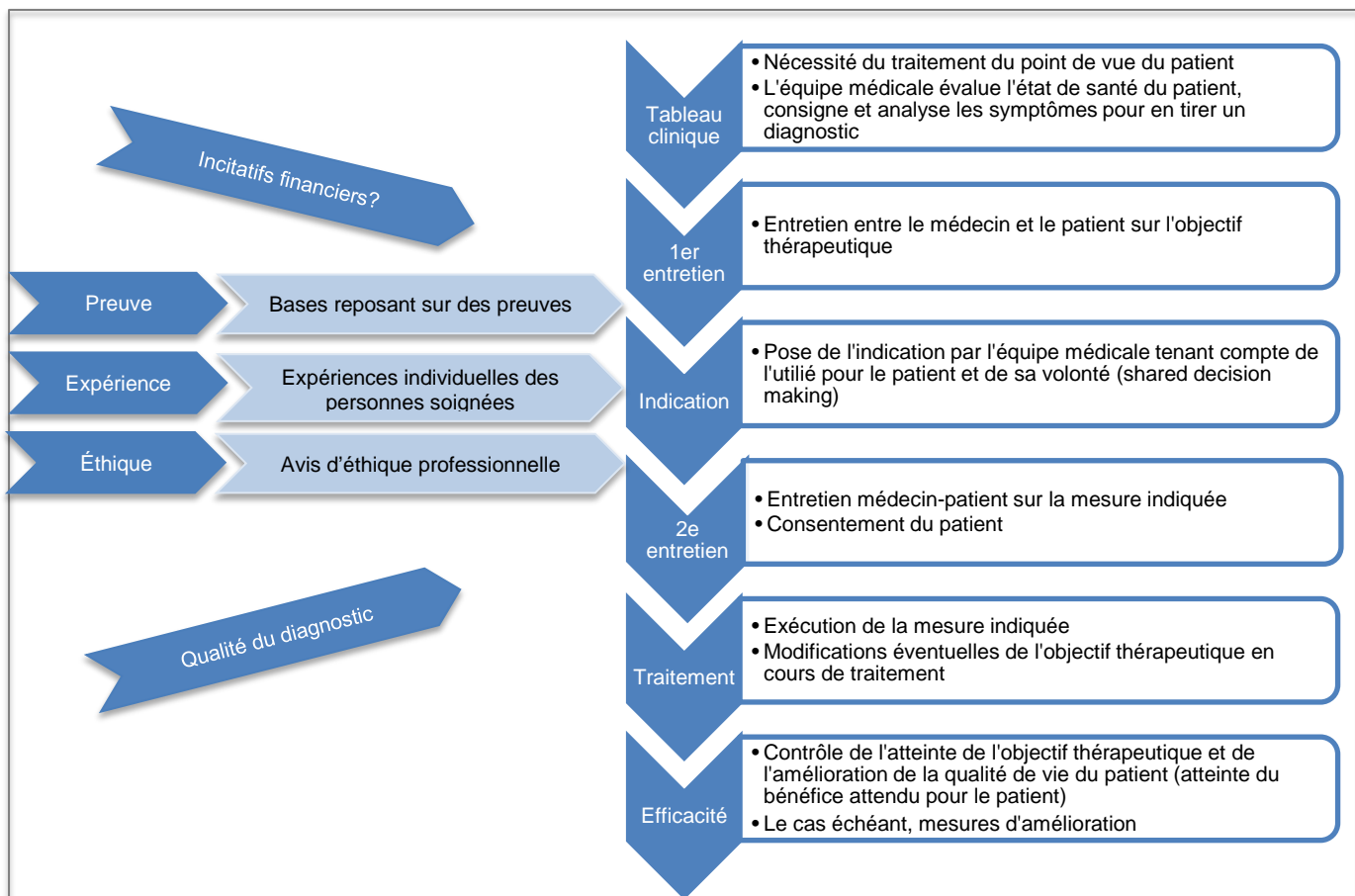


Figure 1: Cette illustration montre comment peut se dérouler la pose de l'indication et présente une sélection de possibles facteurs d'influence. Selon le tableau clinique, ce processus peut varier..

L'image suivante présente un exemple allemand de pose d'une indication de prothèse totale du genou pour un patient souffrant d'arthrose. Sont illustrées l'indication médicale et du médecin, ainsi que la décision participative.

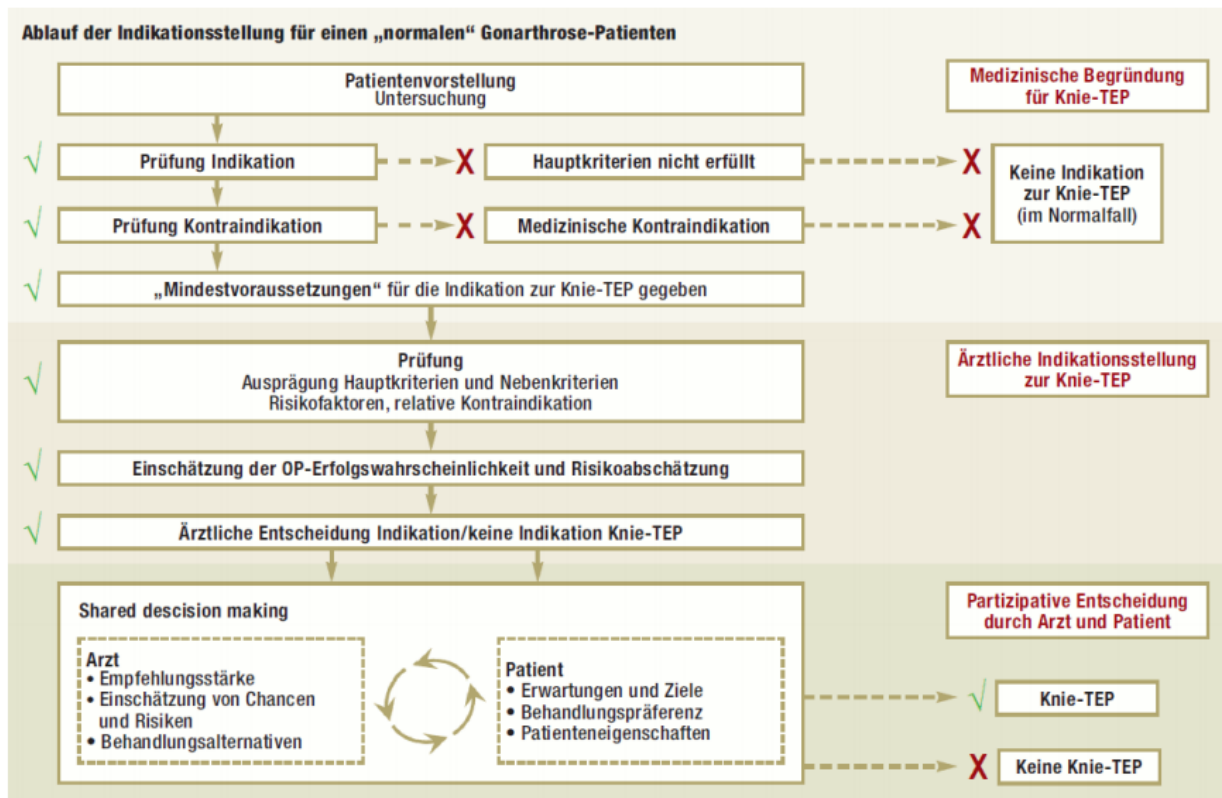


Illustration 1: Pose de l'indication pour une prothèse du genou en Allemagne. Source: https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/Forum%20-%20SCHMITT%20Qualitaetsdimensionen_SCHMITT_170511.pdf

La grande difficulté de standardiser et de comparer la qualité de l'indication provient de la dépendance aux caractéristiques physiologiques et psychiques du patient, ainsi qu'à ses attentes et à ses besoins. Ainsi, pour deux patients ayant le même tableau clinique, des mesures différentes peuvent être indiquées, en raison de leurs particularités propres. En d'autres termes: chaque indication est individuelle. Le processus décisionnel de la pose de l'indication peut néanmoins être standardisé.

6 Divers programmes jouent un rôle dans la qualité du traitement

Divers programmes et activités visent à représenter et à améliorer indirectement la qualité de l'indication. Parmi eux figurent les audits, les Peer Reviews interprofessionnels, les directives thérapeutiques, les listes Choosing Wisely, les registres, les conseils d'indication, les procédures de demande d'un second avis et les Patient reported outcome measures (PROMs). Il faut continuer d'encourager ces programmes et activités.

Tous ces programmes et activités contribuent à leur manière à l'amélioration de la qualité de l'indication. Ils ont un effet sur la qualité de l'indication ou permettent de tirer des conclusions à ce sujet, mais aucun ne la représente directement.

Les programmes peuvent être scindés entre ceux qui ont une influence active et ceux qui ont une influence passive sur la qualité de l'indication. Influence active: la procédure intervient directement sur le traitement et la décision relative au traitement. Influence passive: la qualité de l'indication est évaluée au moyen de la saisie et de l'analyse du processus. Des améliorations pour les patients en sont dérivées. Le plus souvent, on ne procède pas avec des cas isolés, mais plutôt avec un certain nombre de cas, afin d'identifier des schémas et des liens. Tant les procédures passives qu'actives sont importantes pour améliorer la qualité de l'indication. Les programmes qui l'influencent de manière active sont d'une plus grande utilité pour les patients

et doivent donc être privilégiés. Afin d'identifier de manière générale des schémas et des améliorations pour les futurs patients, les procédures passives sont également utiles.

Jusqu'à présent, les programmes et les activités d'encouragement de la qualité de l'indication n'ont pas obtenu de financement supplémentaire. Or leur mise en œuvre nécessite des ressources en personnel et en moyens techniques dans les institutions. Aujourd'hui, cette charge est supportée par les fournisseurs de prestations. Le rapport coût/utilité (en lien avec l'état actuel de la recherche) devrait donc être analysé et évalué à intervalles réguliers. Si personne ne conteste que les patients aient droit à une grande qualité de l'indication sur l'ensemble du territoire, il faudra encore garantir à l'avenir que les investissements supplémentaires soient rémunérés correctement.

Nous décrivons ci-après différentes activités et programmes en vigueur dans les hôpitaux qui jouent un rôle sur la qualité de l'indication. La liste n'est pas exhaustive.

Directives médicales et guides de pratique reposant sur des preuves

Les directives médicales et les guides de pratique reposant sur des preuves ont pour but de soutenir, en se fondant sur des preuves, une pose correcte de l'indication en vue de mesures diagnostiques et thérapeutiques. Les directives de traitement reposant sur des preuves présentent l'adéquation d'une indication (Hasenfuss, Märker-Hermann, Hallek, & et al. , 2016) [10].

L'équipe médicale établit l'indication, resp. le plan de traitement, sur la base des directives et en discute avec le patient. Il faut néanmoins tenir compte du fait que les patients sont souvent multimorbides et ont des caractéristiques et des besoins propres. Les directives médicales et les guides de pratique doivent donc être harmonisés sur les bénéfices individuels pour les patients. Ils servent à l'orientation et ne doivent pas être compris comme une standardisation. Les écarts par rapport à ces directives et guides de pratique doivent être documentés.

Comités médicaux, conseils d'indication

Dans le cadre des comités médicaux (Medical Boards) et des conseils d'indication, les cas sont discutés de manière interdisciplinaire et les indications sont contrôlées ou posées ensemble. Les Tumorboards en constituent un exemple typique. Les cas de patients atteints d'un cancer dans les hôpitaux et les cliniques y sont présentés dans un contexte interdisciplinaire afin de parvenir rapidement à la meilleure proposition thérapeutique reposant sur des preuves.

Procédure interprofessionnelle de Peer Review et audits

L'objectif des Peer Reviews consiste, par exemple, à examiner les processus de traitement. Des pairs externes analysent des dossiers de patients et en discutent de manière collégiale. La qualité des diagnostics et celle de l'indication ont, par ex. dans le cadre des Peer Reviews IQM (Initiative Qualitätsmedizin) une grande importance. Sont contrôlés:

- si le diagnostic/le traitement a été réalisé de manière adéquate et en temps voulu,
- si les processus ont été remis en question de manière efficace et rapide,
- si les indications ont été posées de manière appropriée et à temps
- si les directives thérapeutiques/les standards des experts/les guides de pratique ont été pris en considération.

Un audit examine si les processus, les exigences et les directives remplissent les standards requis. Les audits sont réalisés par un auditeur externe ou interne. Ils peuvent porter sur différents thèmes. La qualité de l'indication peut ainsi être analysée dans ce cadre et, si des anomalies sont constatées, des mesures d'amélioration peuvent être déterminées. Ces mesures doivent être mises en œuvre dans un délai défini.

Tant les audits que les Peer Reviews, les comités médicaux et les conseils d'indication constituent des outils internes à l'hôpital afin d'évaluer les processus de traitement et d'identifier les potentiels d'amélioration. Ils incluent les directives médicales (si elles existent) et les experts

peuvent exprimer leur avis. L'intégration de diverses opinions d'experts est très importante, en particulier dans les domaines médicaux complexes, qui sont difficilement ou guère standardisables.

«smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

La campagne «smarter medicine» est le volet suisse de l'initiative Choosing Wisely. Il s'agit de limiter les traitements et les examens à ce qui est vraiment nécessaire. Selon la devise «moins c'est plus», la campagne se concentre sur la problématique des soins médicaux inadaptés et de la surconsommation. Les sociétés médicales, entre autres, sont incitées à publier, pour leur domaine, des listes «Top 5» de traitements inutiles (smarter medicine, 2018). Ainsi, la Société suisse de médecine interne recommande de s'abstenir de substitution ferrique chez les patients asymptomatiques non anémiques et d'infusion de fer sans essai thérapeutique préalable par voie orale (sauf en cas de mauvaise absorption) (Médecine interne générale ambulatoire, 2021).

Registres

Les données liées à la santé sont répertoriées de manière systématique dans des registres. Les analyses de ces données doivent aider à contrôler a posteriori si le traitement retenu a atteint le but escompté.

PROMs

L'acronyme PROMs signifie «Patient-reported outcome measures» (mesures du résultat du point de vue du patient). Les PROMs sont considérés comme une bonne méthode de mesure du résultat des traitements dans l'optique d'une optimisation de la qualité de vie des patientes et des patients, en fonction de leurs valeurs, de leurs préférences et de leurs besoins individuels. La collecte d'informations se fait au moyen de questions standardisées portant sur l'état de santé subjectif, durant et à l'issue du traitement. Les PROMs constituent un outil approprié pour mettre en évidence l'utilité du traitement et pour mieux cibler les besoins des patients. Sous forme agrégée, les PROMs contribuent à une amélioration continue de la qualité de l'indication et à fonder sur de précédents résultats les décisions de traitements centrées sur les patients.

Entretiens avec les patients

Les entretiens avec les patients permettent d'expliquer de manière compréhensible et adaptée la portée du traitement, y compris les alternatives et les risques encourus. Préalablement aux interventions diagnostiques et chirurgicales en particulier, un temps de réflexion suffisant doit être laissé au patient avant de poursuivre la prise en charge.

Second avis

Il est judicieux de recueillir un second avis en cas de thérapie coûteuse et lourde et si le choix du traitement n'est pas totalement évident. Le recours à un second avis pour garantir la qualité de l'indication a le soutien de la FMH (art. 16 du Code de déontologie de la FMH).

7 Une occasion d'augmenter la qualité des traitements

Le thème de la qualité de l'indication est abordé dans les débats politiques ainsi que dans les recommandations visant la maîtrise des coûts, la lutte contre la surconsommation et l'amélioration de la qualité. Il faut éviter les prescriptions purement politiques en matière de qualité, car elles sont souvent mues par une pression économique accrue. Elles ne devraient pas être utilisées pour des ajustements structurels. Les prescriptions en matière de qualité doivent avant tout être instaurées pour le bien des patients. Il convient dès lors d'aborder différemment les réformes portant sur les coûts et de placer au premier plan le bénéfice pour les patients. Il faut commencer par se demander comment accroître effectivement l'utilité d'un traitement pour le patient.

L'objectif retenu pour un programme (par exemple le monitoring de la qualité de l'indication ou l'amélioration de la qualité de l'indication) influence aussi bien sa structure que les attentes en termes de résultats. Le but d'un programme doit en conséquence être défini précisément au préalable. Si l'instauration de mesures et de programmes concernant la qualité de l'indication a pour objectif d'améliorer la qualité dans les hôpitaux, les bénéfices pour les patients s'en trouveront accrus. Ainsi, par exemple, les Patient-reported outcome measures (PROMs) devraient être intégrées activement dans le processus de traitement, afin de pouvoir coller aux besoins des patients. Il ne faut pas procéder à une collecte anonyme de ces besoins dans le but de monitorer la qualité de l'indication.

La qualité de l'indication devrait donc en premier lieu être encouragée pour le patient et pour l'amélioration de la qualité des traitements. Il faut éviter de l'utiliser de manière isolée pour des analyses statistiques, pour accroître la transparence à l'externe ou comme preuve du respect des exigences qualité. La qualité de l'indication ne doit pas non plus être considérée prioritairement comme un instrument de lutte contre la surconsommation ou de réduction des coûts, car cela entraîne davantage de tâches administratives ainsi que des coûts supplémentaires et laisse moins de temps pour les patients.

La prise de position de l'association Éthique et médecine Suisse (VEMS) relève également qu'il convient de veiller, dans le cadre de l'initiative Choosing Wisely, à ne pas introduire des rationnements et des incitations à la sous-consommation (soins insuffisants) sous couvert de qualité de l'indication (Romanens, Warmuth, Schober, Koop, & Kurth, 2018).

8 La comparabilité et l'évaluation comme limites

Diverses procédures cherchent à saisir et à présenter la qualité de l'indication au moyen d'un indicateur. L'expérience a montré que les facteurs d'influence sur les résultats des mesures de la qualité sont complexes et multiples. Les analyses statistiques et les comparaisons ont également leurs limites et ne doivent pas susciter des attentes qui resteront vaines (lire Opportunités et limites des mesures de la qualité de l'ANQ.¹). Comme d'autres mesures de la qualité, celle de l'indication a ses limites, sachant que le processus de pose de l'indication dépend de différents facteurs.

L'indication se décompose en indication médicale et en indication du médecin. Sa qualité dépendra donc à la fois de «hard facts» (preuves, analyses de laboratoire, symptômes, etc.) et de «soft skills» (attentes du patient, expériences du médecin) (Kraft, Hersperger, & Herren, Diagnostic et indication: des dimensions clés de la qualité, 2012). À côté des attentes des patients et des expériences du médecin, d'autres aspects entrent en jeu, tels que les conditions-cadres économiques, les facteurs incitatifs ou les innovations. Pour certains tableaux cliniques, la pose de l'indication est davantage standardisable sur la base des preuves médicales. Dans

¹ https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Opportunités-limites_Mesures.pdf

ces cas de figure, les «soft skills» cités plus haut ont moins d'importance pour le processus, qui est objectivable. Il est possible d'atteindre une certaine comparabilité de la qualité de l'indication pour un tel tableau clinique, avec des restrictions, et de l'utiliser dans la poursuite du perfectionnement de la qualité de l'indication.. Mais il se peut que, pour un même diagnostic et les mêmes symptômes, des traitements différents soient recommandés, selon le patient. En d'autres termes, l'adéquation et la nécessité peuvent différer d'un patient à un autre (décisions individuelles). Il en résulte qu'il est pratiquement impossible pour de nombreux tableaux cliniques de développer un indicateur de la qualité de l'indication et de procéder à des comparaisons entre institutions. Actuellement, on ne sait pas clairement quel volume de données serait nécessaire pour effectuer un ajustement au risque qui permette de faire des comparaisons à peu près équitables entre les fournisseurs de prestations et les groupes de patients. Avec les indicateurs de la qualité de l'indication on ne peut que s'approcher de la réalité. Il serait judicieux de disposer d'un ensemble d'indicateurs harmonisés afin de mettre en évidence la qualité de l'indication, mais si possible aussi d'autres dimensions de la qualité du traitement. Il doit s'agir là exclusivement d'aller dans le sens d'une évaluation plus précise de la qualité du traitement et pas de viser une statistique scientifique ou une preuve de la qualité de l'indication.

Il est compréhensible que l'on souhaite procéder à des comparaisons et disposer d'un indicateur qui renseignerait directement sur la qualité de l'indication. Mais aucun moyen connu ne le permet actuellement.

Évaluation de la qualité de l'indication

Évaluer la qualité de l'indication est une entreprise ardue. Il est par exemple difficile de juger a posteriori si une autre indication aurait été plus adéquate ou plus utile. En outre, une évaluation par des tiers est rendue quasi impossible en raison de l'avis subjectif, de la liberté thérapeutique et de la liberté individuelle de décision du patient et du fournisseur de prestations.

En Allemagne, il est tenté d'estimer la qualité de l'indication au moyen de directives pour la pose de l'indication pour un tableau clinique défini (Busse, 2014). Mais cette approche ne tient pas compte de facteurs tels que les attentes du patient, ce qui restreint la portée de l'appréciation sachant que cet aspect peut jouer un rôle non négligeable sur la pose de l'indication. Il est nécessaire en tous les cas de procéder à un ajustement au risque en cas d'évaluation avec des données agrégées. Cet ajustement est rendu d'autant plus difficile que certains facteurs ne peuvent pas être relevés en tant que données de routine. Les indicateurs de la qualité de l'indication restent une approche de la réalité. La qualité de l'indication individuelle ne peut être appréciée que dans le cadre d'une discussion du cas.

Les analyses portant sur la qualité de l'indication pour des groupes de patients ou des institutions sont souhaitables, mais il faut rester prudent lors de leur évaluation et de leur utilisation comme critère pour des analyses ultérieures. L'interprétation d'indicateurs de la qualité de l'indication est déjà ardue pour les spécialistes eux-mêmes. Elle l'est encore davantage pour les béotiens et peut conduire à de mauvaises conclusions et décisions. Les programmes portant sur l'indication de la qualité devraient dès lors essentiellement être utilisés dans le cadre de processus internes d'amélioration des hôpitaux.

Fixer des incitatifs à la qualité de l'indication

À elle seule, une réflexion critique sur la pose de l'indication peut conduire à l'améliorer. Mais il est difficile, à nouveau, d'attester de cette amélioration, puisque la comparabilité de la qualité se heurte à des limites. Néanmoins, les approches passant par des incitatifs favorisant une qualité élevée de l'indication sont intéressantes. L'accent est en effet porté sur les besoins des patients. Des incitatifs financiers sont souhaitables en faveur de projets innovants relatifs à l'en-

couragement de la qualité de l'indication et sa documentation. De tels incitatifs contrecarmeraient ceux qui, dans le domaine de la santé aujourd'hui, sont avant tout d'ordre économique (par exemple les nombres minimaux de cas).

9 Qualité de l'indication et politique (surconsommation)

Au niveau politique, la qualité de l'indication est souvent traitée en lien avec la surconsommation. Dans ses recommandations révisées sur la planification hospitalière (25.5.2018), la CDS recommande que, dans le cadre de l'assurance qualité et de la surconsommation, les cantons puissent fixer des directives – entre autres pour la présentation de la qualité de l'indication et des résultats – dans les mandats de prestations ou dans le droit cantonal. Et cela dans le but de promouvoir la transparence et de renforcer la concurrence sur la qualité exigée par la LAMal (CDS, Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, 2018). Dans son document de positionnement sur la qualité du système de santé, la CDS considère les indicateurs de la qualité de l'indication comme une contribution importante pour éviter les «excès de traitement» (CDS, www.gdk-cds.ch, 2020). Il convient d'exploiter encore le potentiel de ces indicateurs.

Dans le rapport d'experts sur les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, des comités médicaux (Medical Boards) sont proposés (M11) afin d'exercer une influence sur les indications pour les interventions électives – notamment là où l'on peut supposer, au vu de différences géographiques, qu'il existe une certaine offre excédentaire. Le renforcement de l'application de directives thérapeutiques doit améliorer la qualité des indications ainsi que la coordination interdisciplinaire et donc éviter les traitements superflus, insuffisants ou inappropriés (M12). Les seconds avis médicaux (M13) doivent aussi être favorisés afin d'éviter les prestations qui n'apportent pas de bénéfice significatif (low value care, ineffective care) et d'améliorer la qualité de l'indication. Les Health Technology Assessments (M08) sont cités, quant à eux, afin de réduire les prestations inefficaces et inutiles ou de supprimer leur remboursement par l'AOS (DFI, 2017). La Confédération et les cantons estiment ainsi que l'amélioration de la qualité de l'indication constitue une solution pour limiter la surconsommation et pour maîtriser les coûts.

Avec la révision de la LAMal relative au renforcement de la qualité et de l'économicité, la commission fédérale pour la qualité se voit attribuer entre autres la tâche de faire des recommandations aux autorités responsables et aux fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs sur la mesure de la qualité et les prescriptions générales en matière de qualité, notamment sur la qualité de l'indication.

Grâce à l'évaluation de la qualité de l'indication, les politiques espèrent limiter les traitements à ceux qui sont vraiment nécessaires et adéquats, combattre la surconsommation et maîtriser les coûts.

Délimitation et interfaces avec la prise de position sur les nombres minimaux de cas

D'un autre côté, des nombres minimaux de cas sont imposés dans le cadre des mandats de prestations octroyés par les cantons. Ils sont censés garantir que les fournisseurs de prestations disposent de suffisamment d'expérience dans le domaine médical concerné et vont en conséquence assurer une qualité des traitements et une sécurité des patients optimales.

Mais les nombres minimaux de cas peuvent aussi favoriser des interventions inutiles, respectivement l'extension inappropriée d'une indication pour une prestation afin d'atteindre les nombres minimaux de cas requis par le mandat cantonal (lire également la prise de position de H+ consacrée aux nombreux minimaux de cas). Sachant que les nombres minimaux de cas sont un paramètre de substitution, des données supplémentaires sur la qualité des résultats et de l'indication s'imposent (par exemple les PROMS).

La prescription de nombres minimaux de cas peut même, dans certaines circonstances, favoriser une augmentation des volumes de prestations. Mais ce n'est pas le seul facteur incitant à la surconsommation. La FMH en a identifié d'autres:

- Attentes des patients
- Évolution médicale et technologique
- Ressources spécialisées et divergences d'opinions
- Conflits d'intérêts

La FMH propose des manières différenciées et spécifiques de procéder en vue d'une réduction de la surconsommation: la recherche comme fondement scientifique, la détermination des procédures inappropriées, la sensibilisation du corps médical et de la population ainsi que la prévention des incitations inopportunes (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2016).²

La qualité de l'indication est souvent évoquée à tort en lien avec les économies et avec le pilotage de la (sur)consommation. Si l'on considère les nombreux facteurs influençant les excès de traitement, il apparaît évident qu'il est vain de se concentrer uniquement sur la qualité de l'indication. Les approches visant à supprimer d'éventuels surtraitements et surdiagnostics doivent être globales. La qualité de l'indication doit être considérée comme une dimension importante des soins médicaux. Les indicateurs de la qualité de l'indication peuvent être utilisés en interaction avec ceux de la qualité des résultats pour la planification hospitalière.

² Nous renonçons dans ce document de référence à énumérer plus avant les incitations indésirables entraînant une augmentation des volumes et une surconsommation.

10 Bibliographie

- Al-Debi, A., Egger, A., Indra, P., & Röder, C. (2015). Auf der letzten Meilen zum Patienten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 1849–1851.
- Médecine interne générale ambulatoire. (14. 06 2021). <https://www.smartermedicine.ch/>
<https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/medecine-interne-generale-ambulatoire-2021.html>
- Bae, J.-M. (04. 03 2015). Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiol Health*.
- Busse, P. (2014). *Management im Gesundheitswesen*. Consulté sur https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2014.lectures/Berlin_2014.10.27.rb_Spreestadt-Mengenentwicklung.pdf
- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *National Academies Press (US)*.
- Dörries, A. (2018). Indikationsqualität. Konzeption und professionsethische Implikationen. *Das Gesundheitswesen*.
- DFI. (24. 08 2017). *Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins*. Consulté sur <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/50085.pdf>
- FMH. (2018). *PCOR Faktenblatt*. Von https://www.fmh.ch/files/pdf20/2018-04-03_PCOR_Faktenblatt_D.pdf abgerufen
- CDS. (25. 05 2018). Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière. Consulté sur https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf
- CDS. (20. 8 2020). *La qualité du système de santé: point de vue des cantons Document de positionnement de la CDS*. Consulté sur https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/qualitaet/BT_Positionspapier_Qualitaet_GDK_def_f.pdf
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2016). La surconsommation de prestations médicales: un problème de qualité. *Bulletin des médecins suisses*, 97(7): 236–243.
https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/fr/bms.2016.04424/27779f750fb04ac37f3085ca54ecc1dc414a3711/bms_2016_04424.pdf/rsrc/jf
- Hasenfuss, G., Märker-Hermann, E., Hallek, M., & et al. . (2016). Klug entscheiden: Allem voran die Indikationsqualität . *Der Internist*, 519–520.
- Kraft, E., Hersperger, M., & Herren, D. (2012). Diagnostic et indication: des dimensions clés de la qualité. *Bulletin des médecins suisses*, 93:41, 1485-1489.
- Medizininformatik Schweiz. (25. 01 2019). Von <https://medium.medizininformatik-schweiz.ch/was-ist-value-based-medicine-d9aebba6ea7f> abgerufen
- ASSM. (2009). Recommandations de l'ASSM. *Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux (2009)*. Consulté sur <https://www.samw.ch/fr/Publications/Recommandations.html>
- smarter medicine*. (16. 11 2018). Consulté sur <https://www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html>