



anq

***Opportunités et limites
des mesures de la qualité de l'ANQ***

Opportunités et limites des mesures de la qualité de l'ANQ

L'ANQ réalise des mesures de la qualité uniformes dans les domaines stationnaires de la médecine somatique aiguë, de la réadaptation et de la psychiatrie. Les résultats de la mesure font l'objet d'une comparaison nationale et d'une publication transparente. L'ANQ fournit ainsi aux hôpitaux et aux cliniques les bases nécessaires à la conception de mesures ciblées pour améliorer la qualité. Ces bases servent également de source d'information importante aux agents payeurs : les assureurs s'en servent pour leurs négociations tarifaires, et les cantons pour leurs accords de prestations.

L'ANQ prend soin d'établir des comparaisons justes entre les hôpitaux et cliniques lors de la publication des résultats. Elle renonce volontairement à créer des classements des hôpitaux ou cliniques. Les mesures ont une pertinence limitée en fonction du domaine et de l'instrument/la méthode de mesure utilisé-e. Chaque mesure présente des opportunités et des limites différentes, en particulier en ce qui concerne le risque d'erreurs d'interprétation, qui sont exposées ici. En outre, ces résultats ne constituent que des aspects partiels de la qualité globale d'un hôpital ou d'une clinique.

Infections du site chirurgical

Instrument de mesure

- Programme SSI surveillance, swissnoso

Opportunités

Les infections nosocomiales et surtout les infections du site chirurgical sont des thèmes clé généralement associés à la qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques. La publication transparente de ces indicateurs revêt donc un grand intérêt pour le public et les médias.

Limites

Contexte

Les infections du site chirurgical doivent toujours être considérées dans le contexte d'une intervention chirurgicale. Il est donc possible que l'objectif d'une opération (par exemple soulagement de la douleur ou amélioration d'une fonction articulaire) soit atteint malgré la survenance d'une infection. De plus, les infections du site chirurgical ne peuvent pas être entièrement évitées. Certaines interventions comportent également plus de risques en raison de la région opérée, par exemple le côlon ou le rectum.

Ajustement au risque

Le procédé statistique de l'ajustement au risque (rééquilibrage des différences dans l'offre de prestations, de l'infrastructure, du collectif de patient-e-s et de la taille de l'échantillon) est imparfait et ne peut pas corriger toutes les différences entre les institutions.

Qualité de la surveillance

La qualité des processus de récolte des données est calculée à l'aide d'instruments standardisés (validation). Les taux d'infections dans les hôpitaux et cliniques présentant une faible qualité de relevé peuvent être faussés et doivent donc être interprétés avec prudence.

Comparaison internationale

Les comparaisons des taux d'infection suisses avec ceux d'autres systèmes de surveillance sont à interpréter avec prudence. Il existe en effet des différences considérables sur les plans de la méthode et de la qualité du relevé ainsi que sur celui de la surveillance après la sortie de l'hôpital. Étant donné que la Suisse effectue généralement des relevés plus approfondis et assure une surveillance plus longue, les taux sont partiellement plus élevés que dans d'autres pays.

Chutes et escarres adultes / Escarres enfants

Instrument de mesure

- **LPZ International** (mesure de la prévalence)

Opportunités

La mesure reflète des aspects importants de la qualité des soins. Les efforts déployés par les hôpitaux de soins aigus et les cliniques pédiatriques en vue de l'amélioration de la qualité sont présentés et salués. Étant donné qu'une comparaison internationale des résultats de la mesure est possible, les institutions suisses peuvent réaliser chaque année une évaluation des sites instructive à propos de ces thèmes de mesure.

Limites

Collecte des données

Dans le cadre d'une mesure de la prévalence, les données sont collectées le jour de la mesure. L'avantage : contrairement à la mesure de l'incidence (collecte de données sur un temps prolongé), elle est moins longue et moins coûteuse. L'inconvénient : les résultats sont soumis à des variations aléatoires le jour de la mesure, en particulier ceux des hôpitaux et cliniques présentant de faibles nombres de cas. Leur pertinence est donc limitée ; il faut plusieurs mesures pour obtenir des résultats sûrs.

Catégorisation

Le diagnostic des escarres de catégorie 1 (érythème) ne peut pas toujours être établi avec certitude. Il peut donc apparaître des différences dans le nombre d'érythèmes entre les hôpitaux et les cliniques dans le cadre de la récolte.

Ajustement au risque

La méthode sélectionnée pour l'ajustement au risque (rééquilibrage des différences dans l'offre de prestations, l'infrastructure, le collectif de patient-e-s et la taille de l'échantillon) donne des résultats plutôt conservateurs mais solides. C'est pourquoi les petits hôpitaux présentent un risque faible et les grands hôpitaux un risque plus élevé de s'écarter significativement des autres.

Graphiques de résultats

Il n'est possible de représenter clairement les points de données que sous forme ascendante (valeur la plus basse en dessous, valeur la plus haute au-dessus de la ligne du zéro). La représentation ne peut pas être utilisée pour procéder à un classement. Même si les points de données des institutions diffèrent, ils ne peuvent pas être classés comme étant meilleurs ou moins bons. Tant que la ligne sur laquelle se trouve le point de données coupe la ligne du zéro, il n'y a pas de différence significative avec les autres hôpitaux et cliniques.

Benchmarking

L'analyse par site hospitalier selon la typologie hospitalière de l'Office fédéral de la statistique (2006) a pour conséquence que les établissements dont le mandat de prestations est varié ont pu se voir attribuer des types d'hôpitaux différents. La conséquence : il n'est pas toujours possible de procéder à un benchmarking au niveau de la totalité de l'institution. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie de l'OFS.

Registre des implants SIRIS

Instrument de mesure

- **Registre** (système d'assurance qualité)

Opportunités

SIRIS sert de système d'alarme précoce en cas de défaillance des implants. Le registre fournit des informations sur les complications et leurs causes. SIRIS permet des rappels rapides et efficaces. De plus, le registre permet une comparaison de la qualité dans les hôpitaux et dans l'industrie : à côté de la qualité de l'opération, on peut également évaluer le devenir à long terme et la durée de fonctionnement de l'implant.

Limites

Récolte des données

Aucune donnée indiquant le résultat du traitement n'est (encore) enregistrée, par exemple la fonctionnalité d'une articulation, la mobilité ou le niveau de douleur après l'intervention.

Ajustement au risque

Ces facteurs principaux influencent le résultat d'un implant : les compétences et l'expérience du chirurgien dans la décision de poser un implant et du type d'implant correspondant, ainsi que le savoir-faire lors de l'implantation. En outre : la conception, la composition et la fixation de l'implant. Enfin la porteuse / le porteur de l'implant, caractérisé-e par son âge, son sexe, son indice de masse corporelle, les maladies sous-jacentes, son niveau d'activité, la qualité osseuse. Tous ces facteurs ne peuvent pas être ajustés au risque.

Qualité des données

Bien que la qualité des données soit contrôlée régulièrement, on ne peut exclure la possibilité qu'elle soit insuffisante, et ainsi qu'elle fausse les résultats.

Comparaison pluriannuelle

Au cours de la phase de mise sur pied, qui dure environ cinq ans, l'utilité d'un tel registre est limitée. Elle va cependant augmenter progressivement sur plusieurs années pour à terme permettre une comparaison transversale pertinente.

Réopérations et réadmissions potentiellement évitables

Instrument de mesure

- Méthode SQLape®

Opportunités

Les réopérations ou réadmissions dans un hôpital/une clinique qui auraient pu être évitées sont pénibles pour les patient-e-s et génèrent des coûts inutiles. C'est pourquoi les taux de réopération et de réadmissions sont des indicateurs de qualité significatifs. C'est également le cas de la gestion de la sortie. Les taux de réadmission se posent ici comme un standard important : ils permettent d'évaluer la qualité de la préparation d'une sortie d'hôpital, notamment en vue d'un bon suivi, et d'identifier lorsqu'une amélioration est possible.

Limites

Contexte

Différentes raisons mènent à une réadmission imprévue : certaines d'entre elles peuvent être influencées directement ou indirectement par les hôpitaux/cliniques. D'autres ne sont pas influençables.

Récolte des données

Il n'est pas toujours possible de définir clairement quelles réadmissions sont évitables ou non.

Méthode

Il est impossible de tirer des conclusions à propos de la qualité de la prise en charge. Le principe de SQLape suit un point de vue systémique et inclut l'ensemble de la chaîne de prise en charge.

Ajustement au risque

Il est impossible d'effectuer une comparaison des taux observés dans des hôpitaux ou cliniques isolés, car le profil de risque des patient-e-s diffère d'une institution à l'autre.

Graphiques des résultats

Ce n'est pas la comparaison des taux observés ou des taux attendus entre les institutions qui est pertinente, mais l'écart entre la valeur attendue et celle observée d'un hôpital ou d'une clinique. C'est pourquoi le rapport entre les taux observés et attendus est présenté.

Modules de mesure 2 et 3

Instruments de mesure

- **Objectifs principaux du traitement de réadaptation et atteinte des objectifs**
- **Functional Impairment Measurement (FIM®) ou indice de Barthel étendu (EBI)** (fonctionnalité dans des domaines importants de la vie quotidienne, évaluation tierce par les soignants)
- **Questionnaire MacNew Heart** (qualité de vie, auto-évaluation par le/la patient-e)
- **CRQ en cas de BPCO** (qualité de vie, auto-évaluation par le/la patient-e)
- **Feeling Thermomètre** (état de santé général, auto-évaluation par le/la patient-e)
- **Test de marche de 6 minutes ou ergométrie** (test de résistance, évaluation tierce par le soignant)

Opportunités

Les mesures continues, qui constituent des éléments centraux de la qualité des prestations, sont structurées en modules par domaine de réadaptation : neurologique et musculosquelettique, cardiaque, pulmonaire et autres. Les autres types de réadaptation comprennent les réadaptations gériatrique, interne/oncologique, paraplégiologique, psychosomatique et pédiatrique. Les résultats de la mesure doivent être considérés en fonction de l'indication. Les mesures de l'ANQ dressent ainsi un tableau différencié et contribuent à une meilleure compréhension de la qualité par le public.

Limites

Récolte des données

Des indicateurs de qualité importants sont recueillis, mais pas tous ceux qui seraient nécessaires pour obtenir des résultats sûrs à propos de la qualité globale des résultats d'une clinique. Ainsi, l'ANQ ne recueille par exemple pas de données relatives à la mortalité, la réadmission, la qualité de vie liée à la santé, le taux des chutes ou le « return to work » (taux de reprise du travail).

Évaluation

Les résultats des cliniques qui recueillent moins de 50 cas évaluable n'ont qu'une pertinence statistique limitée en raison du faible nombre de cas.

Généralement, le faible nombre de cas évaluable signifie que les résultats ne sont pas représentatifs de tous/toutes les patient-e-s d'une clinique de réadaptation et ne donne donc que peu d'informations à propos de la qualité du thème de mesure concerné.

Ajustement au risque

Le procédé statistique de l'ajustement au risque (rééquilibrage des différences dans l'offre de prestations, de l'infrastructure, du collectif de patient-e-s et de la taille de l'échantillon) est imparfait et ne peut pas corriger toutes les différences entre les institutions.

Graphiques de résultats

Les résultats de la mesure sont disponibles sous forme de graphiques en entonnoir. Pour cela, l'intervalle de confiance de 95% de la valeur moyenne globale est représenté par rapport au nombre de cas inclus. Seules les cliniques dont les valeurs sont en dehors de l'intervalle de confiance (marqué par une ligne pointillée dans les graphiques) divergent significativement de la valeur moyenne globale.

Adultes / Enfants et adolescents / Psychiatrie forensique

Instruments de mesure

- **HoNOS** (importance des symptômes du point de vue des soignants) ou
- **HoNOSCA** Enfants et adolescent
- **BSCL** (importance des symptômes du point de vue des patient-e-s) ou
- **HoNOSCA-SR** Enfants et adolescents
- **EFM** (fréquence des mesures limitatives de liberté) ou
- **EFM-KJP** Enfants et adolescents

Opportunités

La mesure de l'évolution de l'importance des symptômes et des mesures limitatives de liberté, ainsi que leur publication transparente, favorisent une discussion publique objective. Les cliniques obtiennent des retours pour leur processus d'amélioration et les instruments ont une utilité directe pour le déroulement du traitement.

Limites : Mesures limitatives de liberté (MLL)

Contexte

Les MLL sont utilisées de manières différentes et doivent toujours être considérées dans le contexte du concept clinique concerné. En d'autres termes, un recours moins fréquent aux MLL ne signifie pas forcément une meilleure qualité. Tandis que certaines cliniques recourent plus souvent à des MLL plus courtes, d'autres préfèrent des mesures plus longues mais moins fréquentes. L'essentiel est que l'application des MLL soient réfléchi, justifiée, documentée et satisfasse aux prescriptions de la protection de l'enfant et de l'adulte. Outre la proportion de MLL, la fréquence et les répétitions par cas ainsi que la combinaison de plusieurs mesures simultanées constituent également des éléments clés.

Récolte des données

Les cliniques qui recueillent toujours toutes les MLL selon les directives de l'ANQ présentent un nombre de MLL plus élevé, raison pour laquelle il ne faut pas effectuer de comparaison directe du nombre de MLL entre les cliniques. En outre, les cliniques déclarent actuellement elles-mêmes les MLL ; il n'existe pas encore de contrôle externe.

Ajustement au risque

Les données ne sont pas ajustées au risque pour l'évaluation. En d'autres termes, les différences dans l'offre de prestations, l'infrastructure, le collectif de patient-e-s et la taille de l'échantillon ne sont pas rééquilibrées. Pour cette raison, les cliniques ne doivent pas être comparées directement.

Comparaison pluriannuelle

Le relevé des MLL n'a débuté qu'en 2013. Actuellement, on constate une augmentation des MLL principalement liée à un relevé plus soigneux. La détection d'une tendance à la hausse ou à la baisse requiert plusieurs mesures sur plusieurs années, avec un relevé constant en matière de qualité des données.

Comparaison internationale

Les résultats ne peuvent pas encore être comparés au niveau international.

Satisfaction des patients : adultes et parents

Instrument de mesure

- Questionnaire succinct de l'ANQ

Opportunités

L'évaluation par le patient de la qualité des prestations d'un hôpital / d'une clinique est un indicateur de qualité important et reconnu. Les efforts déployés par les hôpitaux et les cliniques en vue de l'amélioration de la qualité sont présentés et salués dans le cadre de cette mesure. La satisfaction des patient-e-s trouve un large écho auprès du public et est régulièrement traitée par les médias.

Limites

Profondeur de champ

La mesure ne permet pas une interprétation détaillée des résultats et ne peut pas remplacer une enquête de satisfaction complète. Elle sert principalement à la comparabilité nationale et brosse un tableau à l'échelle nationale. L'enquête de l'ANQ auprès des patients se limite volontairement à six questions principales. La structure du questionnaire succinct permet aux institutions de le combiner avec leur propres questionnaires plus complets.

Graphiques de résultats

Les résultats sont représentés sous forme de graphiques en entonnoir lors de la publication transparente sur le site internet de l'ANQ. Cette représentation se fait d'un environnement dynamique. La conséquence : les extraits des échelles peuvent varier, car le système choisit automatiquement la vue optimale pour indiquer tous les résultats. Il est donc possible que des extraits d'échelles différents s'affichent dans les graphiques, accentuant les différences entre les hôpitaux/cliniques.

Comparabilité interdisciplinaire

Les comparaisons entre domaines ne sont pas recevables, car il reste des différences dans les mandats de prestations et les conditions structurelles.

Réadaptation : les comparaisons entre cliniques selon un type de réadaptation (musculo-squelettique, neurologique, cardiaque, pulmonaire et autres réadaptations) sont impossibles pour des raisons méthodologiques.

Comparabilité internationale

Les résultats ne peuvent pas être comparés au niveau international, car la Suisse utilise son propre questionnaire. C'est la comparaison des résultats au niveau national et non au niveau international qui a été mise en avant lors de la conception de la mesure.