



MESURES DE LA QUALITÉ DE L'ANQ

REMARQUES SUR L'INTERPRETATION DES RESULTATS DE MESURE

Version : 4.0

Date : 29 juin 2026

Table des matières

Introduction.....	3
Soins aigus.....	3
Infections du site chirurgical	3
Chutes et escarres.....	4
Registre des implants SIRIS Hanche, genou et épaule	5
Registre des implants SIRIS rachis	5
Réadmissions non planifiées	6
Réadaptation.....	7
Mesures spécifiques à la réadaptation	7
Psychiatrie	8
Mesures spécifiques à la psychiatrie Pour adultes, d'enfants et d'adolescents	8
Importance des symptômes	9
Mesures limitatives de liberté (MLL).....	9
Satisfaction des patient-e-s en psychiatrie d'enfants et d'adolescents.....	10
Interdisciplinaire : Expérience des patient-e-s (PREM).....	11

INTRODUCTION

L'ANQ réalise des mesures de la qualité uniformes dans les soins aigus stationnaires, de la réadaptation et de la psychiatrie. Les résultats des mesures font l'objet d'une comparaison nationale et d'une publication transparente, c'est-à-dire mentionnant les noms des hôpitaux et des cliniques. L'ANQ fournit ainsi aux institutions les bases nécessaires à la conception de mesures ciblées pour améliorer la qualité. Les résultats des mesures servent également de source d'information importante aux agents payeurs : Les assureurs s'y réfèrent pour leurs négociations tarifaires, 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 établir des classements d'hôpitaux ou de cliniques. Aussi, ces résultats ne reflètent que des aspects partiels de la qualité globale d'un hôpital ou d'une clinique. En outre, le paysage hospitalier suisse est très hétérogène et le nombre de cas varie en conséquence. Les valeurs présentées pour les hôpitaux et les cliniques avec de petits nombres de cas sont statistiquement moins solides et plus susceptibles d'être affectées par des fluctuations aléatoires. Les résultats ne permettent pas non plus de tirer des conclusions sur la gravité des cas traités ni sur les traitements et les ressources que les institutions y consacrent.

Chaque méthode a ses opportunités et ses limites. Ce document énumère, pour chaque mesure de l'ANQ, les points auxquels il convient de prêter une attention particulière lors de l'interprétation des résultats.

SOINS AIGUS

INFECTIONS DU SITE CHIRURGICAL

[Voir les informations sur la mesure](#)

Méthode de mesure : Programme de surveillance ISC de Swissnoso

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Contexte : Il est impossible de prévenir complètement les infections post-chirurgicales. Toutes les interventions ne présentent pas en outre le même risque. L'objectif d'une intervention chirurgicale (par exemple, le soulagement de la douleur) peut être atteint malgré la survenance d'une infection.
- 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) 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). Dans les hôpitaux et les cliniques où la qualité de la saisie est faible, cela peut conduire à des taux d'infection faussés. Ainsi, sans validation de routine, ces systèmes de surveillance peuvent par exemple sous-évaluer l'incidence des infections du site chirurgical¹.
- Comparaison internationale : Une comparaison avec d'autres pays n'est possible que dans une certaine mesure. La méthode et la qualité de la saisie ainsi que la surveillance après la sortie de l'hôpital varient fortement. La Suisse effectuant généralement des relevés plus approfondis et assurant une surveillance plus longue, les taux y sont partiellement plus élevés que dans d'autres pays.
- Libre choix des ISC : comme les indicateurs rapportés n'illustrent pas nécessairement la totalité de l'éventail des prestations à l'échelle nationale, la possibilité dont disposent les hôpitaux et les cliniques de ne surveiller qu'une sélection d'interventions chirurgicales peut limiter la représentativité des résultats.

CHUTES ET ESCARRES

[Voir les informations sur la mesure](#)

Méthode de mesure jusqu'en 2022 : LPZ International (mesure de la prévalence). La mesure des chutes et escarres a été suspendue en 2023 et sera remplacée par une autre méthode².

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats jusqu'à l'année de données 2022 :

- Collecte des données : Dans le cadre d'une mesure de la prévalence, les données sont collectées le jour de référence. Les résultats sont donc soumis à des variations aléatoires, en particulier lorsque les nombres de cas sont faibles.
- Catégorisation : Le diagnostic des escarres de catégorie 1 (érythème) ne peut pas toujours être établi avec certitude. Des différences de saisie sont donc possibles entre les hôpitaux et les cliniques.
- 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-es et la taille de l'échantillon) donne des résultats plutôt conservateurs mais solides. Les petits hôpitaux présentent un risque faible et les grands hôpitaux un risque plus élevé de s'écarter significativement des autres.

¹ Atkinson, A., Eisenring, M.-C., Troillet, N., Kuster, S. P., Widmer, A., Zwahlen, M., & Marschall, J. (2021). Surveillance quality correlates with surgical site infection rates in knee and hip arthroplasty and colorectal surgeries: A call to action to adjust reporting of SSI rates. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(12), 1451-1457. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.14>

² Les remarques sur l'interprétation des résultats de mesure seront ajustées à la nouvelle méthode dès que les résultats auront fait l'objet de leur première publication transparente.

- Graphiques des résultats : Il n'est possible de représenter clairement les points de données que sous forme ascendante (valeur la plus basse en dessous de la ligne du zéro, valeur la plus haute au-dessus). La représentation ne correspond pas à un classement. Si 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 des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (2006) a pour conséquence que les institutions dont le mandat de prestations est varié ont pu se voir attribuer des types d'hôpitaux différents. C'est pourquoi il n'est pas toujours possible de procéder à un benchmarking au niveau de la totalité de l'établissement.

REGISTRE DES IMPLANTS SIRIS HANCHE, GENOU ET EPAULE

[Voir les informations sur la mesure](#)

Méthode de mesure : registre des implants de hanche, de genou et d'épaule (système d'assurance qualité) avec les taux de révision à deux ans pour les prothèses totales de hanche, de genou et d'épaule en cas d'arthrose primaire.

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Collecte des données : Le registre ne donne pas (encore) d'informations sur le résultat du traitement (par exemple la fonctionnalité d'une articulation, la mobilité ou le niveau de douleur après l'intervention).
- Ajustement au risque : Les facteurs principaux suivants influencent le résultat d'un implant : Les compétences et l'expérience des chirurgien-ne-s, la conception, la composition et la fixation de l'implant, ainsi que les caractéristiques (par exemple l'âge, le sexe, l'IMC, les maladies sous-jacentes) et le niveau d'activité des patient-e-s. 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 fausse ainsi les résultats.
- Comparaison pluriannuelle : Lors de l'analyse des données du registre, l'accent est mis sur les taux de révision à 2 ans. Ces taux indiquent la part d'interventions de suivi (révisions) dans les deux ans suivant la première implantation et sont calculés pour des intervalles de temps déterminés. L'ANQ publie chaque année les taux de révision à 2 ans ajustés au risque pour les prothèses totales de hanche et de genou en cas d'arthrose primaire. Les premiers résultats pour les prothèses totales d'épaule ne seront pas disponibles avant 2027.

REGISTRE DES IMPLANTS SIRIS RACHIS

[Voir les informations sur la mesure](#)

Méthode de mesure : registre des implants pour les interventions de la colonne vertébrale (système d'assurance qualité).

Le Registre des implants SIRIS rachis national (SIRIS Spine) a été implémenté en janvier 2021. Depuis, tous les hôpitaux de soins aigus pratiquant la chirurgie du rachis seront dans l'obligation de saisir dans le registre les types d'interventions prédéfinis. Les critères d'inclusions ont été adaptés en janvier 2025 : ils couvrent désormais toutes les interventions où l'implant est nouvellement posé, reste in situ ou est explanté.

SIRIS rachis crée une base de données solide permettant d'évaluer la qualité des interventions et des implants ainsi que de réaliser des comparaisons nationales et internationales dans le domaine de la chirurgie du rachis. Le registre apporte ainsi une contribution importante à l'assurance et au développement de la qualité.

- Actuellement, les résultats ne sont pas encore publiés de manière transparente.

READMISSIONS NON PLANIFIEES

[Voir les informations sur la mesure](#)

Méthode de mesure depuis 2022 (données de l'OFS 2020) : Depuis 2022, les réadmissions non planifiées sont mesurées selon la méthode CH. La version CH se base sur la méthode publiée à l'origine par la « Yale School of Medicine » américaine, utilisée depuis par les « Centers for Medicare & Medicaid Services » (CMS).

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Contexte : Différentes raisons mènent à une réadmission imprévue. Certaines d'entre elles peuvent être influencées directement ou indirectement par les hôpitaux et les cliniques ; d'autres ne sont pas influençables.
- Collecte des données : C'est la « Statistique médicale des hôpitaux » de l'Office fédéral de la statistique (OFS) qui sert de base de données. À compter du millésime 2024, « SpiGes » (soit les soins de santé au cours de séjours stationnaires en hôpitaux) représente la nouvelle base de données de l'OFS.
- Méthode : Il est impossible de tirer des conclusions à propos de la qualité de la prise en charge. Le principe de la méthode 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 patientes et des patients diffère d'une institution à l'autre.

- Graphiques des résultats : Les comparaisons statistiques ne sont représentées que si un nombre minimum de 10 réadmissions escomptées est atteint. Les taux de réadmission dans les hôpitaux ajustés au risque et les cinq cohortes (chirurgicale-gynécologique, cardiorespiratoire, cardiovasculaire, neurologique et divers) sont présentés et comparés.

READAPTATION

MESURES SPECIFIQUES A LA READAPTATION

[Voir les informations sur la mesure](#)

[Instruments de mesure par domaine de mesure](#)

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Collecte des données : Des indicateurs de qualité importants sont recueillis. Il n'est toutefois pas possible de se prononcer avec certitude sur la qualité globale des résultats d'une clinique. Pour ce faire, il faudrait disposer d'un grand nombre d'autres indicateurs de qualité (données concernant la mortalité, la réadmission, le taux des chutes ou le « return to work » (taux de reprise du travail), etc.).
- Évaluation : Les résultats des cliniques présentant moins de 50 cas évaluables n'ont qu'une pertinence statistique limitée en raison du faible nombre de cas. Les résultats des cliniques ayant moins de 10 cas ne sont pas interprétables et ne sont donc pas présentés.
- Ajustement au risque : Le procédé statistique de l'ajustement au risque (rééquilibrage des différences du collectif de patient-e-s et de la taille de l'échantillon, des caractéristiques d'une clinique) ne peut pas corriger toutes les différences entre les institutions.
- Graphiques des résultats : Les résultats de la mesure sont disponibles sous forme de graphiques en entonnoir. Ils représentent l'intervalle de confiance de 95 % de la valeur moyenne globale par rapport au nombre de cas inclus. Seules les cliniques dont les valeurs sont en dehors de l'intervalle de confiance divergent significativement de la valeur du résultat calculée statistiquement pour les cliniques compte tenu de la structure des patient-e-s et en comparaison avec les autres cliniques. Notons que la qualité des résultats des cliniques n'est déterminée que par leur comparaison, sur la base de l'échantillon de l'année d'enquête concernée.
- Comparaison avec l'année précédente : Rien ne permet de conclure qu'un changement observé est statistiquement significatif par rapport à l'année précédente. Les valeurs ajustées se basent toujours sur les échantillons des années d'enquête concernées et ne peuvent donc pas être directement comparées.

PSYCHIATRIE

MESURES SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE | POUR ADULTES, D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

[Voir les informations sur la mesure](#)

Instruments de mesure :

- HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales (importance des symptômes du point de vue des soignants) ou
- HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (importance des symptômes du point de vue des soignants pour la psychiatrie d'enfants et d'adolescents)
- BSCL – Brief Symptom Checklist (importance des symptômes du point de vue des patientes et patients) ou
- HoNOSCA-SR – Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents Self-Rated Form (importance des symptômes du point de vue des patientes et patients pour la psychiatrie des enfants et adolescents)
- EFM – Outil d'évaluation de mesures limitatives de liberté

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Comparabilité : pour une meilleure reproductibilité, les résultats de la psychiatrie pour adultes sont présentés de manière stratifiée par type de clinique. La stratification permet de prendre en compte les différentes offres des cliniques psychiatriques tout en favorisant la procédure de benchmarking. Les critères de délimitation fixés par l'ANQ, définissant l'appartenance à un type de clinique, ne sont cependant pas tout à fait distincts. En raison du faible nombre de cas ainsi que du nombre restreint de cliniques de psychiatrie d'enfants et d'adolescents, il a été décidé de ne pas procéder à une stratification supplémentaire. Afin d'améliorer la reproductibilité, à partir de l'année de mesure 2025, les groupes de cliniques de psychiatrie d'enfants et d'adolescents comptant plusieurs sites feront l'objet d'une évaluation commune et seront publiés sous le nom de leur site principal respectif. Cela permettra de tenir compte du faible nombre de cas ainsi que de la spécialisation partielle de certains sites.
- Pertinence : Les résultats comportant moins de 30 cas doivent être interprétés avec prudence.
- Tendances : La détection d'une tendance requiert plusieurs mesures sur plusieurs années, avec un relevé constant et une qualité des données homogène. C'est pourquoi l'ANQ aide les cliniques à fournir des données de qualité stable (notamment par la livraison, la présentation et la consultation des données dans des dashboards).

IMPORTANTANCE DES SYMPTOMES

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Comparaison avec l'année précédente : Rien ne permet de conclure qu'un changement observé est statistiquement significatif par rapport à l'année précédente. Les valeurs ajustées se basent toujours sur les échantillons des années d'enquête concernées et ne peuvent donc pas être directement comparées.
- Ajustement au risque : Le procédé statistique de l'ajustement au risque (rééquilibrage des différences du collectif de patient-e-s) ne peut pas corriger toutes les différences entre les institutions.
- Valeurs différentielles : les valeurs relatives à l'importance des symptômes constituent des indicateurs individuels de la qualité des soins mais n'en reflètent pas la qualité globale.
 - Selon l'évolution de la maladie, en particulier chez les patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques, une simple stabilisation constitue déjà un succès thérapeutique, ce qui ne se reflète toutefois pas nécessairement dans le résultat.
 - La prise de conscience de la maladie peut constituer un succès thérapeutique, qui se traduit alors négativement dans l'autoévaluation des patient-e-s au niveau du résultat.
 - Chez les enfants et les adolescents, on voit régulièrement apparaître une réaction de remplacement consistant en une aggravation des symptômes à la sortie. Ce qui fait partie d'un processus de guérison apparaît ainsi, dans une mesure des résultats à l'admission et à la sortie, comme une évolution insuffisante.
- Comparaison entre autoévaluation et évaluation par des tiers : les écarts entre l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers concernant la réduction de l'importance des symptômes peuvent indiquer des tendances de réponse problématiques ou des erreurs d'évaluation. Il s'agit toutefois fondamentalement de perspectives différentes, de sorte que des écarts sont à prévoir.

MESURES LIMITATIVES DE LIBERTE (MLL)

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Types de MLL : les mesures à recenser ont été sélectionnées dans le cadre de mesures d'amélioration de la qualité et ne reflètent pas l'ensemble des mesures limitatives de liberté.
- Collecte : les informations transmises par les cliniques sont autodéclarées ; il n'y a pas de vérification externe de l'exactitude de la saisie.
- Contexte : Les MLL doivent toujours être considérées dans leur contexte. Même si, en principe, on vise un nombre réduit de MLL, un nombre moindre de mesures n'est pas nécessairement synonyme de meilleure qualité, car les cliniques ont des approches différentes

quant à l'utilisation de ces mesures. Ainsi, certaines cliniques ont recours à des mesures plus fréquentes mais de courte durée, tandis que d'autres privilégient des mesures plus longues et, globalement, moins nombreuses. Certaines cliniques n'ont pas recours aux MLL et orientent au besoin les patient-e-s vers une autre clinique. On ne peut donc pas en conclure que l'absence de mesures constitue une valeur positive et que le nombre élevé de mesures représente une valeur négative. L'essentiel est que l'application des MLL soit réfléchiée, justifiée, documentée et satisfasse aux prescriptions juridiques.

- Ajustement au risque : actuellement, l'ajustement au risque n'est pas appliqué aux données MLL pour l'évaluation. Les différences liées au collectif de patient-e-s ne sont donc pas compensées. Il convient d'en tenir compte lors de la comparaison entre les différents sites cliniques.

SATISFACTION DES PATIENT-E-S EN PSYCHIATRIE D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

[Voir les informations sur la mesure](#)

Instrument de mesure : questionnaire de 29 questions pour les enfants et les adolescents et de 33 questions pour leurs parents (avec une échelle à cinq niveaux dans chaque cas) concernant leur satisfaction vis-à-vis du traitement.

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Ajustement au risque : les valeurs de satisfaction par domaine thématique sont représentées dans des graphiques en entonnoir. Les moyennes arithmétiques des cliniques ne sont pas ajustées au risque. Cela signifie que les différences entre les cliniques et le collectif de patients ne sont pas compensées.
- Pertinence :
 - Population cible : L'opinion de certains groupes de patient-e-s n'est pas prise en compte dans les résultats, par exemple en raison de leur lieu de résidence à l'étranger ou de leur manque de connaissances linguistiques.
 -
 - Les résultats comportant moins de 20 réponses doivent être interprétés avec prudence.
 - Les résultats de l'enquête fournissent des informations sur la perception des personnes interrogées. Il n'est pas possible de tirer des conclusions sur la qualité des soins pendant le séjour hospitalier.
- Comparabilité :
 - Il n'existe aucun lien direct entre l'enquête auprès des enfants et des adolescents et l'enquête auprès des parents. Les résultats des deux enquêtes ne doivent donc pas être immédiatement comparés.
 - En raison du faible nombre de cas et du nombre restreint de cliniques en psychiatrie d'enfants et d'adolescents, afin d'améliorer la reproductibilité, les groupes de cliniques

comptant plusieurs sites seront publiés conjointement sous le nom de leur site principal à partir de l'année de mesure 2025. Cela permettra de tenir compte à la fois du faible nombre de cas et de la spécialisation partielle de certains sites.

- Graphiques des résultats : le portail web de l'ANQ présente les résultats sous forme de graphiques en entonnoir. Le système sélectionne alors automatiquement la vue optimale pour afficher tous les résultats. Il est donc possible que les extraits d'échelle varient, accentuant les différences entre les hôpitaux et les cliniques.

INTERDISCIPLINAIRE : EXPERIENCE DES PATIENT-E-S (PREM)

[Voir les informations sur la mesure](#)

Instrument de mesure : questionnaire comprenant 37 à 40 questions (selon la spécialité) destiné à évaluer l'expérience des patient-e-s (PREMs) dans les domaines des soins aigus adultes, de la psychiatrie pour adultes et de la réadaptation. Il utilise principalement une échelle de réponse verbale à quatre niveaux (par exemple, « Jamais » à « Toujours »)

À prendre en compte lors de l'interprétation des résultats :

- Population cible : L'opinion de certains groupes de patient-e-s n'est pas prise en compte dans les résultats, par exemple en raison de leur lieu de résidence à l'étranger ou de leur manque de connaissances linguistiques.
- Ajustement au risque et stratification : Les résultats relatifs à l'expérience des patient-e-s (PREM) sont présentés sous forme de graphiques en entonnoir (funnel plots) pour les huit domaines thématiques ainsi que pour deux questions spécifiques par institution. La valeur de comparaison, à savoir la part de réponses « Top Box » – c'est-à-dire la part de réponses les plus favorables – n'est pas ajustée au risque. Cela signifie que les différences au sein du collectif de patient-e-s ne sont pas compensées. Afin de permettre malgré tout des comparaisons équitables, on procède à une stratification (répartition en sous-groupes).

Grâce à des boutons interactifs sur le portail web, il est possible de filtrer les résultats selon les critères suivants :

- **Soins aigus** : type d'admission (urgence vs élective).
- **Psychiatrie pour adultes** : statut du séjour (volontaire vs involontaire).
- **Réadaptation** : cause du séjour (liée à un accident vs non liée à un accident).

Cela permet de comparer les institutions au sein d'un groupe de patient-e-s plus homogène et de tenir compte de l'hétérogénéité du collectif.

Outre les expériences positives (Top-Box), la fenêtre contextuelle intégrée aux graphiques permet également de consulter la part de retours critiques (Bottom-Box).

- Pertinence :

- les résultats des institutions disposant de moins de 20 questionnaires évaluables doivent être interprétés avec prudence en raison d'un manque de robustesse statistique.
- Les résultats des institutions comptant moins de trois questionnaires évaluables ne sont pas présentés dans les graphiques en entonnoir afin de préserver l'anonymité des patient-e-s.
- Les résultats de l'enquête fournissent des informations sur les expériences des personnes interrogées. Il n'est pas possible de tirer des conclusions sur la qualité des soins pendant le séjour hospitalier.
- Graphiques des résultats : le portail web de l'ANQ présente les résultats sous forme de graphiques en entonnoir. Le système sélectionne alors automatiquement la vue optimale pour afficher tous les résultats. Il est donc possible que les extraits d'échelle varient, accentuant les différences entre les hôpitaux et les cliniques.
- Comparabilité interdisciplinaire : Les comparaisons entre domaines ne sont pas autorisées, car les mandats de prestations et les conditions structurelles diffèrent.
- Comparabilité internationale : le questionnaire Swiss PREMs s'appuie sur l'instrument canadien CPES-IC, validé à l'échelle internationale, mais a été adapté au contexte suisse. L'objectif premier de cette enquête est de réaliser un benchmarking national entre les institutions en Suisse.
- Développement : une tendance ne peut être mise en évidence qu'à partir de l'analyse de plusieurs années de données.