

---

## Description du projet pour la phase pilote avec d'autres indicateurs issus des données de routine de la statistique médicale

---

Projet pilote visant à tester l'adéquation et à sélectionner des Patient Safety Indicators (PSI) et des taux de mortalité appropriés à utiliser dans le développement de la qualité

Août 2024, version 1.0



## Table des matières

---

1.	Contexte.....	3
1.1.	Introduction.....	3
1.2.	Situation actuelle et suite des opérations.....	3
1.3.	Patient Safety Indicators (PSI) et taux de mortalité.....	4
1.4.	Valeur ajoutée des indicateurs de qualité supplémentaires issus des données de routine.....	4
2.	Définition des objectifs.....	5
3.	Planification.....	6
3.1.	Organisation et coordination du projet.....	6
3.2.	Phases du projet avec activités.....	7
3.2.1.	Phase 1.....	7
3.2.2.	Phase 2.....	7
3.3.	Étapes clés et agenda.....	8
3.4.	Financement.....	8
3.5.	Protection des données et accords contractuels.....	9
4.	Annexe.....	9

# 1. Contexte

---

## 1.1. Introduction

Tant dans les domaines d'action axés sur le système que dans ceux axés sur les prestations de sa [stratégie qualité](#), le Conseil fédéral constate que le développement de la qualité basé sur les données apporte une contribution essentielle à la gestion de la qualité en entreprise (cycle PDCA). Pour les développements futurs, les prestataires, les payeurs ainsi que les politiques exigent des méthodes de collecte efficaces et une utilisation accrue des données de routine pour les mesures de qualité.

Ces deux aspects sont également représentés dans la [stratégie de l'ANQ 2023–2028](#). En mettant à disposition des indicateurs de qualité issus de données de routine, l'ANQ soutient les tendances actuelles. Elle apporte ainsi aussi une contribution essentielle à la mise en valeur du potentiel encore inexploité des données de routine pour la collecte d'indicateurs de qualité obligatoires au niveau national en vue d'un développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques basé sur les données.

## 1.2. Situation actuelle et suite des opérations

Les données de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS) constituent une base idéale pour procéder à des évaluations comparatives nationales et ajustées aux risques concernant les complications et les décès survenus pendant le séjour hospitalier. Afin de continuer à exploiter le potentiel des données de routine, l'ANQ a demandé en juin 2023 aux partenaires du Contrat qualité national ANQ 2011 d'élargir le plan de mesure avec une sélection d'indicateurs de qualité sur les complications et les décès pendant le séjour hospitalier à l'aide de la statistique médicale. L'ensemble d'indicateurs des Patient Safety Indicators (PSI) de l'AHRQ<sup>1</sup> ainsi que certains taux de mortalité des CH-IQI<sup>2</sup> ont été proposés comme bases (voir Annexe, Tableaux 2 et 3).

Les cantons, représentés par la Conférence des directeurs de la santé (CDS), l'Association des assureurs-maladie curafutura ainsi que la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), l'assurance-accidents SUVA et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ont approuvé la demande de l'ANQ. L'Association des assureurs-maladie santésuisse ainsi que H+ Les Hôpitaux de Suisse appuient en principe les efforts de l'ANQ visant à promouvoir l'utilisation et le développement d'indicateurs de qualité basés sur les données de routine de la statistique médicale de l'OFS. Cependant, diverses raisons ont motivé les deux partenaires contractuels de l'ANQ à rejeter sa demande sous conditions ou à lier l'extension prévue du plan de mesure à des conditions préalables.

Avant que H+ puisse approuver cette extension avec des indicateurs de qualité supplémentaires, l'association exige la mise en application d'une phase pilote ainsi qu'une nouvelle consultation sur une sélection d'indicateurs appropriés. H+ attend en outre que les indicateurs définitifs soient mis en consultation individuellement, afin que les membres de H+ puissent prendre position séparément sur chaque indicateur prévu.

santésuisse a émis des réserves quant à l'ajustement des risques différencié prévu pour les taux de mortalité. Bien que les avantages d'un ajustement des risques différencié soient reconnus, les doublons ou les divergences avec les taux de mortalité des CH-IQI de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) restent un objet de craintes.

Ces réactions de H+ et de santésuisse ont été prises en compte dans la planification, la mise en application et l'évaluation de la phase pilote. Il est notamment prévu qu'un groupe d'experts, encore à constituer, définisse en étroite collaboration avec le Dr Michael Havranek de la Faculté des sciences de la santé et de médecine de l'Université de Lucerne une sélection de PSI et de taux de mortalité adaptés à la comparaison nationale et soumette une nouvelle proposition aux partenaires. En outre, il

---

<sup>1</sup> Agency for Healthcare research and Quality (USA)

<sup>2</sup> Swiss Inpatient Quality Indicators

est prévu d'impliquer l'OFSP afin d'évaluer le potentiel de collaboration concernant les taux de mortalité.

### 1.3. Patient Safety Indicators (PSI) et taux de mortalité

Les 18 PSI de l'AHRQ sont des indicateurs de qualité spécifiques aux complications durant l'hospitalisation, utilisés depuis plus de dix ans aux États-Unis pour les mesures de qualité. Les PSI ont déjà été transposés dans le système de codage suisse (CIM-10-GM et CHOP) et validés dans des hôpitaux suisses. Ces tâches ont été effectuées par le Dr Michael Havranek de l'Université de Lucerne. Plus de dix hôpitaux ou groupes hospitaliers ont participé à ce projet de recherche. L'ANQ a été impliquée dans ce projet financé par Innosuisse<sup>3</sup> en tant qu'observatrice. Les connaissances acquises dans ce cadre constituent désormais la base de la phase pilote prévue (voir Annexe, Tableau 2).

Parallèlement, un autre projet de l'Université de Lucerne, mandaté par quatre départements cantonaux de la santé, a étudié les taux de mortalité issus des CH-IQI se prêtant le mieux à des comparaisons nationales de qualité en termes de nombre minimal de cas, de fiabilité et d'ajustement différencié des risques (cf. sélection des indicateurs examinés en Annexe, Tableau 3). Il a révélé qu'une sélection de ces taux de mortalité pouvait également être utilisée, sous certaines conditions, pour des comparaisons nationales entre hôpitaux, pour autant que la taille de l'échantillon soit suffisante et que l'on procède à un ajustement des risques plus différencié.

Les conclusions du [projet de recherche](#), du projet de mandat des départements cantonaux de la santé ainsi que d'une première évaluation<sup>4</sup> réalisée à l'initiative de l'ANQ montrent que certains PSI ainsi que les taux de mortalité se prêtent à une utilisation dans la mesure nationale de la qualité.

### 1.4. Valeur ajoutée des indicateurs de qualité supplémentaires issus des données de routine

En investissant dans des indicateurs de qualité issus de données de routine, l'ANQ assume un rôle de leader et peut contribuer aux avancées concernant le choix d'autres indicateurs nationaux. Elle répond ainsi aux exigences des hôpitaux et des cliniques souhaitant des mesures de qualité demandant moins de travail. Les PSI et les taux de mortalité peuvent être obtenus à l'aide de la statistique médicale et n'entraînent aucun travail de collecte de données auprès des prestataires.

Les hôpitaux, les cliniques et les payeurs disposent, grâce à un ensemble d'indicateurs élargi sur les PSI et les taux de mortalité, d'une perspective globale et complète sur la qualité, jusqu'à présent impossible sous cette forme en Suisse.

La prise en compte des complications et des taux de mortalité permet d'inclure dans le plan de mesure de l'ANQ d'autres domaines de soins et groupes de patients dans l'évaluation de la qualité. Quelques exemples : les complications postopératoires pendant l'hospitalisation, la mortalité des patients après la survenue de complications graves (un taux dit de « Failure-to-Rescue ») et les complications en gynécologie ou en obstétrique.

Combiner les domaines des complications, des taux de mortalité et des réadmissions non planifiées permet en outre d'évaluer ces trois différentes dimensions de la qualité des résultats au sein de la même population de patients (par ex. réadmissions suivies de décès chez les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde), comme cela est pratiqué dans d'autres pays (un exemple est le CMS<sup>5</sup> aux États-Unis). Grâce au logiciel Qlize! déjà implémenté pour les réadmissions, les institutions peuvent effectuer des analyses ciblées jusqu'au niveau des cas et évaluer de manière combinée plusieurs événements pertinents pour la qualité au sein des mêmes cas (par ex. si, pour un même cas, la

<sup>3</sup> Agence suisse pour la promotion de l'innovation

<sup>4</sup> Cette première évaluation a été commandée en 2022 pour préparer la première demande d'extension du plan de mesure aux partenaires contractuels de l'ANQ.

<sup>5</sup> Center for Medicare & Medicaid Service

complication est suivie d'un décès). L'extension de licence de Qlize! nécessaire à cet effet est mise à la disposition des hôpitaux et des cliniques par l'ANQ.

## 2. Définition des objectifs

---

L'objectif de ce projet pilote est de sélectionner un choix de PSI et de taux de mortalité appropriés comme indicateurs de développement de la qualité, pouvant être reproposé à la consultation des partenaires contractuels du Contrat qualité national ANQ 2011. L'objectif est de sélectionner 3 à 6 PSI et 3 à 6 taux de mortalité. De cette manière, les partenaires contractuels disposeront d'une base de décision différenciée pour l'extension du plan de mesure de l'ANQ.

Objectifs poursuivis durant les deux parties de la phase pilote :

### Phase 1 :

- Un groupe d'experts, composé d'expertes et d'experts sélectionnés parmi les partenaires de l'ANQ (en particulier les hôpitaux et les cliniques) ainsi que d'expertes et d'experts nationaux en matière de qualité, est constitué pour évaluer les indicateurs.
- Les résultats suisses existants concernant les indicateurs ainsi qu'une sélection de résultats internationaux sont soumis au groupe d'experts et une documentation sur la méthode d'évaluation proposée est mise à disposition pour analyse.
- L'utilité pour les hôpitaux et les cliniques ainsi que les chances et les limites des indicateurs de qualité sélectionnés sont élaborées par le groupe d'experts et le choix de 3 à 6 indicateurs pour chacun d'entre eux a été défini.
- Un concept a été élaboré en coopération avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui prévoit l'intégration de taux de mortalité sélectionnés dans le plan de mesure de l'ANQ. L'objectif est d'éviter les doublons.

### Phase 2 :

- Dans la nouvelle demande adressée aux partenaires de l'ANQ, le choix de l'ensemble d'indicateurs est décrit et justifié de manière compréhensible afin que les partenaires puissent décider pour chaque indicateur proposé s'il sera dorénavant intégré dans le plan de mesure de l'ANQ.
- Parallèlement à l'évaluation des propositions par les partenaires, les résultats concernant les indicateurs sélectionnés sont évalués et mis à disposition pour deux années de données pour tous les hôpitaux et cliniques le souhaitant.
- Les résultats de ces évaluations sont mis à la disposition des hôpitaux et des cliniques via le logiciel Qlize!, de sorte que les établissements puissent se faire une idée de leurs résultats et contrôler les cas inhabituels.
- Le rapport coût/bénéfice du travail impliqué par les indicateurs supplémentaires est évalué auprès des hôpitaux et cliniques participants ainsi que des membres du groupe d'experts.

Cette procédure en deux phases permet d'intégrer les préoccupations de H+ et de santéuisse et de mettre à la disposition des partenaires contractuels une base de décision optimale. D'une part, des réflexions théoriques au sein du groupe d'experts contribuent à la sélection des indicateurs dont la demande a été renouvelée. D'autre part, tous les hôpitaux et cliniques intéressés reçoivent leurs résultats effectifs de deux années de données pour une évaluation pratique.

### 3. Planification

#### 3.1. Organisation et coordination du projet

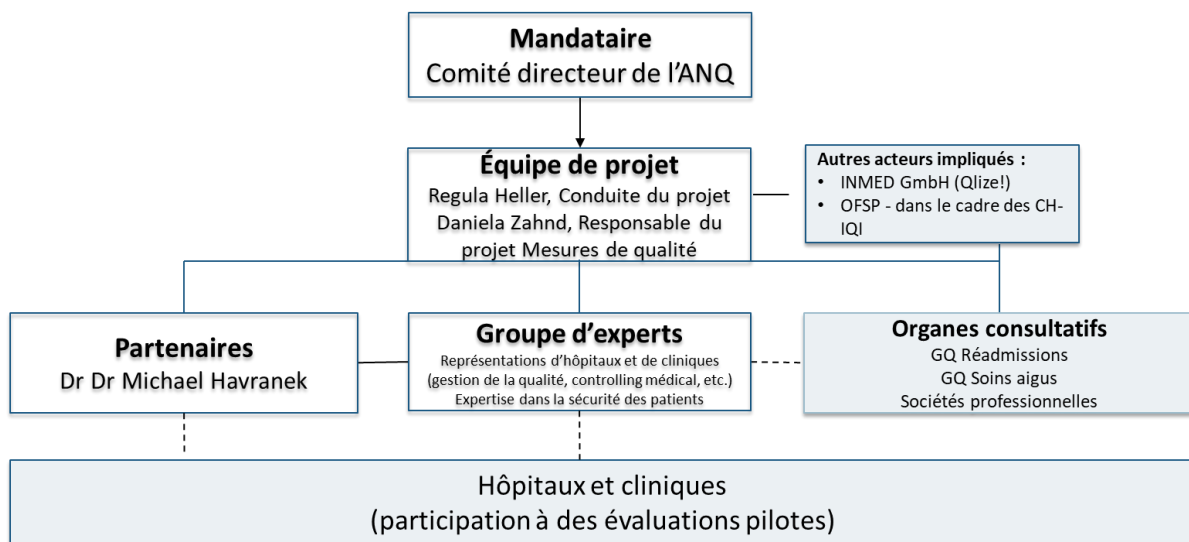


Figure 1 : Organisation du projet

Le comité de l'ANQ est le **mandataire** du projet pilote. L'**équipe de projet** du bureau de l'ANQ, composée de Regula Heller et Daniela Zahnd, est responsable de la mise en œuvre.

Le **Dr Dr Michael Havranek** réalise, sur mandat de l'ANQ, les évaluations à l'aide des données mises à disposition par les hôpitaux et cliniques participants (au format de la statistique médicale) et élabore les documents d'application nécessaires. En outre, le Dr Dr Havranek soutient et conseille le groupe d'experts ainsi que l'équipe de projet dans le choix des indicateurs appropriés.

Le **groupe d'experts** est constitué de représentantes et de représentants des hôpitaux et des cliniques ainsi que des groupes Qualité (GQ) compétents de l'ANQ (le GQ Réadmissions et le GQ Soins aigus). De même, un expert de la sécurité des patients est intégré et l'OFSP est impliqué à propos des taux de mortalité. Le groupe d'experts comprend 8 à 14 personnes. Pendant le projet pilote, environ 3 séances en ligne de 150 minutes chacune sont prévues avec le groupe d'experts.

Les **GQ Réadmissions** et **Soins aigus** seront informés en permanence des travaux et consultés pour une éventuelle validation des résultats.

**INMED** est le fournisseur du logiciel Qlize! et un partenaire de coopération de longue date de l'ANQ. INMED est responsable de l'extension de Qlize!. Qlize! sera mis à disposition pour la phase pilote en collaboration avec le Dr Dr Havranek.

Dès que le choix des ISP ainsi que des taux de mortalité aura été effectué, les sociétés professionnelles seront au besoin consultées en fonction de la spécialité du jeu d'indicateurs.

### 3.2. Phases du projet avec activités

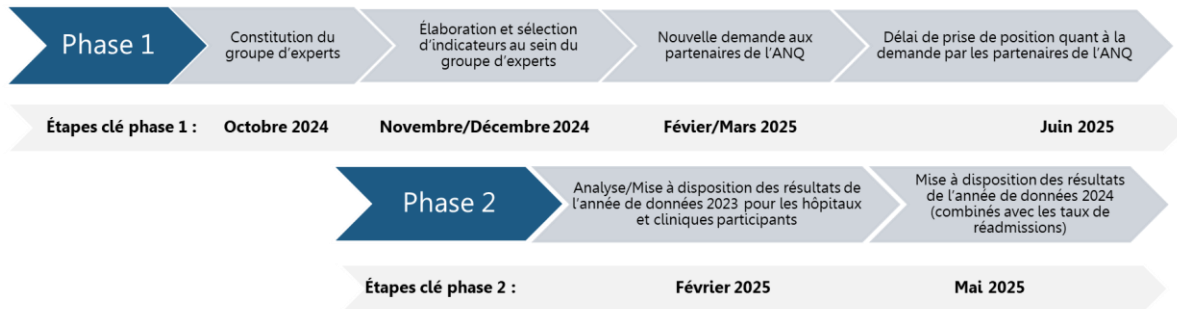


Figure 2 : Phases du projet

#### 3.2.1. Phase 1

La phase 1 comprend les activités suivantes :

- La constitution du groupe d'experts et la planification de l'ensemble de la mise en application.
- L'obtention d'un consensus sur les critères de sélection des PSI et des taux de mortalité appropriés.
- La présentation des résultats nationaux et internationaux existants sur les indicateurs et la mise à disposition de la documentation sur la méthode d'évaluation proposée.
- La discussion et l'élaboration de l'utilité ainsi que des chances et des risques de chaque indicateur.
- La sélection de 3 à 6 indicateurs appropriés pour une nouvelle demande auprès des partenaires de l'ANQ.
- L'élaboration d'une collaboration possible entre l'ANQ et l'OFSP pour l'intégration des taux de mortalité sélectionnés dans le plan de mesure de l'ANQ, afin d'éviter les doublons et d'exploiter les synergies.
- La nouvelle demande aux partenaires de l'ANQ pour une évaluation individuelle des différents indicateurs sélectionnés, basée sur l'argumentation et les recommandations du groupe d'experts.
- Parallèlement à ces activités de la phase 1, tous les hôpitaux et cliniques seront sollicités, en préparation de la phase 2, pour participer volontairement aux évaluations des PSI et des taux de mortalité sélectionnés. Les établissements intéressés donnent leur accord à l'ANQ pour l'exploitation de leurs données propres dans le format de la statistique médicale, déjà inclus dans le cadre de l'analyse des réadmissions chez INMED.

#### 3.2.2. Phase 2

La phase 2 comprend les activités suivantes :

- La livraison des données par INMED au Dr Dr Havranek pour l'évaluation des hôpitaux et cliniques participants.
- L'évaluation basée sur les données propres à l'hôpital dans le format de la statistique médicale 2023 des hôpitaux et cliniques participants.
- La mise à disposition des résultats des données 2023 pour tous les hôpitaux et cliniques participants via Qlize!.
- La mise à disposition de tous les documents d'application nécessaires pour les hôpitaux et cliniques participants.

- L'évaluation basée sur les données propres à l'hôpital dans le format de la statistique médicale 2024 des hôpitaux et cliniques participants.
- La mise à disposition des résultats des données 2024 pour tous les hôpitaux et cliniques participants via Qlize!.
- L'évaluation par les partenaires de l'ANQ des indicateurs dont l'intégration dans le plan de mesure est demandée, sur la base des réflexions théoriques du groupe d'experts et des expériences pratiques des hôpitaux et cliniques avec leurs résultats.

### 3.3. Étapes clés et agenda

La phase 1 s'étend d'octobre 2024 à mars 2025. La phase 2 s'étend de février 2025 à juin 2025.

<b>Étapes clé Phase 1</b>	<b>Introduc-tion</b>	<b>Date</b>
Constitution du groupe d'experts et demande aux hôpitaux et cliniques de participer à l'évaluation volontaire	ANQ	Octobre 2024
Élaboration et sélection des PSI et des taux de mortalité appropriés au sein du groupe d'experts et dans un échange avec l'OFSP	ANQ	No-vembre/Dé-cembre 2024
Décision du comité de l'ANQ de déposer une nouvelle demande	ANQ	Janvier 2025
Nouvelle proposition de sélection des PSI et des taux de mortalité avec argumentaire à l'attention des partenaires contractuels	ANQ	Mars 2025
<b>Étapes clé Phase 2</b>	<b>Introduc-tion</b>	<b>Date</b>
Analyse et mise à disposition des résultats de l'année de données 2023 pour tous les hôpitaux et cliniques participants	MH/INMED	Février 2025
Évaluation et mise à disposition des résultats de l'année de données 2024 pour tous les hôpitaux et cliniques participants (avec les résultats des réadmissions des données propres à l'hôpital 2024)	MH/INMED	Fin mai 2025
Délai de prise de position sur la demande par les partenaires contrac-tuels de l'ANQ	ANQ	Juin 2025

Tableau 1 : Agenda

### 3.4. Financement

Les coûts pour la mise en application de la phase pilote se composent des dépenses pour l'évaluation, l'élaboration de la documentation et l'accompagnement du groupe d'experts par le Dr Dr Havranek ainsi que des dépenses d'INMED pour la mise à disposition des résultats dans toute la Suisse via Qlize! pour tous les hôpitaux et cliniques participants. D'autres coûts sont liés à la communication et aux tra- ductions.

Le projet est financé par l'ANQ. Les expertes et experts reçoivent des honoraires de séance conformément au règlement des frais de l'ANQ. Pour les hôpitaux et les cliniques, la participation aux deux éva- luations pilotes est gratuite.



### 3.5. Protection des données et accords contractuels

Une collaboration est déjà établie et réglée par contrat avec le Dr Dr Havranek et la société INMED. En ce qui concerne les exigences en matière de protection et de sécurité des données, des accords ont été conclus avec les deux partenaires pour le traitement des données de commande.

## 4. Annexe

---

<b>Patient Safety Indicators (de l'AHRQ)</b>
PSI 2 : Death rate in low-mortality diagnosis related DRG-Groups
PSI 3 : Pressure ulcer rate
PSI 4 : Death rate among surgical inpatients with serious treatable complications
PSI 5 : Retained surgical item or unretrieved device fragment count
PSI 6 : Iatrogenic pneumothorax rate
PSI 7 : Central venous catheter-related blood stream infection rate
PSI 8 : In hospital fall with hip fracture rate
PSI 9 : Postoperative hemorrhage or hematoma rate
PSI 10 : Postoperative acute kidney injury requiring dialysis rate
PSI 11 : Postoperative respiratory failure rate
PSI 12 : Perioperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
PSI 13 : Postoperative sepsis rate
PSI 14 : Postoperative wound dehiscence rate
PSI 15 : Abdominopelvic accidental puncture or laceration rate
PSI 17 : Birth trauma rate-injury to neonate
PSI 18 : Obstetric trauma rate-vaginal delivery with instrument
PSI 19 : Obstetric trauma rate-vaginal delivery without instrument

Tableau 2 : Patient Safety Indicators de l'AHRQ

<b>Taux de mortalité sélectionnés (issus des CH-IQI)</b>
A.1.1.M DP infarctus (âge > 19 ans), mortalité
A.2.1.M DP insuffisance cardiaque (âge > 19 ans), mortalité
B.1.1.M DP toutes formes d'accident vasculaire cérébral (âge > 19 ans), mortalité
D.1.1.M DP pneumonie, mortalité
D.2.1.M BPCO sans tumeur (âge > 19 ans), mortalité
D.4.1.M Total des résections majeures de poumons ou de bronches ; mortalité
E.4.1.M Total des résections colorectales, mortalité
I.3.1. M Fracture du col du fémur (âge > 19 ans), mortalité
J.2.1.M DP septicémie, mortalité

Tableau 3 : Taux de mortalité sélectionnés parmi les CH-IQI