

Catalogue de questions fréquentes (FAQ) sur le thème

Indicateurs de qualité médicaux

Le présent catalogue de questions fréquentes (FAQ) est un recueil de réponses aux questions fréquemment posées sur le thème des indicateurs de qualité médicaux. Le catalogue FAQ est actualisé en permanence et complété si nécessaire.

Indicateurs de qualité médicaux – Appréciation	1
Évaluation des données	3
Indicateurs de qualité médicaux – Utilisation dans la pratique	4
Informations supplémentaires	5

Indicateurs de qualité médicaux – Appréciation

<p>1. Pourquoi existe-t-il une collecte et une publication nationales d'indicateurs de qualité médicaux (IQM)?</p>	<p>L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est légalement tenu de publier des indicateurs de qualité médicaux (IQM) (LAMal, art. 59a):</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations.» – Les fournisseurs de prestations tels que les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS) sont invités à fournir des informations sur les «indicateurs de qualité médicaux». «Ces données sont publiées.» <p>Du point de vue de la Confédération, la publication poursuit les objectifs principaux suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les EMS doivent utiliser les IQM sélectionnés comme instruments de comparaison de la qualité des prestations de soins LAMal fournies dans les domaines mesurés. – Les IQM doivent susciter la discussion entre les professionnel·les des EMS ainsi que la prise de mesures de développement de la qualité. – Les IQM doivent permettre une transparence vis-à-vis des assureurs, des résident·es et des proches au sujet du travail dans les EMS. – Les IQM doivent permettre un suivi de la qualité.
<p>2. Quels indicateurs sont collectés?</p>	<p>Six IQM sont collectés en lien avec les quatre domaines de mesure suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Polymédication – Malnutrition – Douleur (2 indicateurs) – Mesures limitant la liberté de mouvement (2 indicateurs) <p>→ Fiches informatives sur les IQM</p>

<p>3. Pourquoi ces six indicateurs sont-ils collectés?</p>	<p>Des IQM appropriés ont été élaborés et évalués entre 2009 et 2018 par un groupe de travail interdisciplinaire (OFSP, OFS, CDS, CURAVIVA, senesuisse et d'autres spécialistes) dans le cadre d'un projet pilote. Six d'entre eux ont été sélectionnés pour l'évaluation nationale par l'OFSP.</p> <p>Les IQM peuvent être influencés positivement par l'équipe de soins et, selon l'indicateur en collaboration interprofessionnelle, par les médecins traitants, les physiothérapeutes etc. via des mesures appropriées en faveur des personnes tributaires de soins.</p>
<p>4. Comment CURAVIVA et senesuisse ont-elles été impliquées dans l'élaboration des IQM?</p>	<p>Le projet pilote de définition d'IQM appropriés (2009 – 2018) a été mené sous la direction de CURAVIVA et avec la participation de senesuisse.</p>
<p>5. Comment les IQM sont-ils publiés?</p>	<p>Les IQM ont été publiés pour la première fois par l'OFSP en mai 2022 sur la base des données 2019/2020. La qualité des données présentait des défauts et il n'a donc pas été possible de procéder à un ajustement au risque. Les données ont ainsi été regroupées au niveau cantonal et ont servi à des fins d'illustration.</p> <p>En février 2024, l'OFSP a publié pour la première fois les IQM au niveau des EMS (chiffres de l'année 2021). En octobre 2024 les données 2022 étaient publiées. À l'avenir, une publication annuelle sera effectuée par l'OFSP.</p>
<p>6. Est-il prévu de collecter et de publier d'autres indicateurs? Et pourquoi?</p>	<p>Trois autres IQM sont en cours d'examen: escarres, revue de la médication, projet de soins anticipée.</p> <p>L'ajout de trois nouveaux IQM a pour objectif d'élargir en permanence la discussion entre professionnel·les sur les mesures de développement de la qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le nouveau IQM «revue de la médication» vise par exemple à responsabiliser le corps médical, qui assume la responsabilité principale en matière de prescription de médicaments, et à compléter judicieusement l'IQM existant «polymédication». – Le nouveau IQM «projet de soins anticipé» vise à prendre encore davantage en compte les besoins individuels des résident·es.

Évaluation des données

<p>7. Pourquoi y a-t-il des différences entre les données IQM publiées par l'OFSP et les propres données des EMS?</p>	<p>Dans les données propres aux EMS, les pourcentages sont basés sur le nombre de résidents pour lesquels les IQM indiquent actuellement une valeur.</p> <p>Les données publiées par l'OFSP sont ajustées au risque un procédé statistique qui permet de comparer les résultats de différents établissements avec un casemix de résident·es différent, notamment en ce qui concerne la dépendance aux soins et les limitations cognitives. Cette méthode modifie les pourcentages afin de les rendre comparables. Les pourcentages ajustés au risque ne reflètent donc plus le nombre exact de résident·es pour lequel·les·l'IQM indique une valeur au moment de la mesure.</p>
<p>8. Pourquoi les indicateurs de qualité sont-ils calculés avec un ajustement au risque?</p>	<p>L'ajustement au risque vise à contrôler les facteurs/variables qui influencent la valeur de l'indicateur sans pour autant être liés à la qualité des prestations fournies.</p> <p>Certains caractéristiques au niveau de l'établissement ou du service qui ne sont pas pris en compte par l'ajustement au risque sont p. ex:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spécialisations (p. ex. soins de transition, structure de nuit, service dédié à la démence avec personnel spécialement formé, etc.) – Infrastructure – Caractéristiques des bâtiments <p>Facteurs qui sont pris en compte par l'ajustement au risque:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degré de soins – Capacités cognitives (mesurées à l'aide de la Cognitive Performance Scale CPS) – Instabilité émotionnelle et dépression (mesurées à l'aide de la Depression Rating Scale DRS) – Âge – Sexe <p>L'ajustement au risque doit permettre de mieux comparer la qualité entre les EMS dans les domaines mesurés.</p>
<p>9. Que signifie l'effet aléatoire «structure d'EMS» dans le cadre de l'évaluation des données?</p>	<p>L'appartenance d'un/une résident·e à un EMS précis a une influence sur la valeur des indicateurs. Cette influence est prise en compte dans le modèle d'ajustement au risque par la modélisation de l'effet aléatoire de l'appartenance des résident·es à un établissement, mesurée par le numéro REE (Registre des établissements et des entreprises).</p>

Indicateurs de qualité médicaux – Utilisation dans la pratique

<p>10. Comment utiliser les IQM dans la pratique des EMS?</p>	<p>Les IQM représentent une part de la qualité des soins et permettent de tirer des conclusions, au niveau de l'EMS et dans l'échange entre pairs, sur les thèmes qui fonctionnent bien et sur les défis à relever.</p> <p>Cette analyse fait partie d'un système d'apprentissage dans lequel les IQM constituent une base pour des mesures de développement de la qualité au profit des résident-es.</p>
<p>11. Quelles sont les limites des IQM?</p>	<p>Les IQM représentent un aspect important de la qualité des soins (qualité des résultats dans les domaines mesurés) mais ne sont en aucun cas en mesure de refléter la qualité globale des prestations des EMS (soins et accompagnement).</p> <p>Par exemple, la qualité de vie des résident-es tels que la satisfaction dans les domaines du logement, de la sécurité, de l'alimentation et de l'hydratation ou de l'organisation de la vie ne sont pas pris en compte par les IQM.</p>
<p>12. Comment les EMS utilisent-ils leurs propres valeurs d'indicateurs?</p>	<p>Les IQM fournissent de précieuses indications sur la qualité des soins dans les différents EMS et sur un éventuel potentiel de développement. Les EMS peuvent contrôler les valeurs de chaque MQI dans le cadre d'une comparaison cantonale et d'un échange entre pairs avec d'autres institutions, et mettre en place des mesures. Ces comparaisons requièrent toujours une appréciation minutieuse dans le contexte global d'un EMS.</p> <p>La question suivante pourrait être judicieuse: «Pouvons-nous dire, pour chaque situation de douleur, ce qui a conduit à cette évaluation élevée et quelles seraient les autres options thérapeutiques?».</p>
<p>13. Quelles conclusions peut-on tirer de valeurs d'indicateurs plus ou moins élevées?</p>	<p>Les chiffres publiés montrent tout d'abord simplement que les valeurs d'un EMS peuvent être supérieures ou inférieures à celles d'un autre EMS ou à la moyenne du canton concerné.</p> <p>Mais la signification concrète de ces valeurs doit être déterminée dans le cadre d'une analyse approfondie, en tenant compte de tous les aspects.</p> <p>Celles-ci peuvent par exemple inclure les décisions autodéterminées des résident-es, les mesures déjà prises, les traitements en cours et les succès obtenus depuis l'enquête. Il est également possible d'examiner dans quelle mesure l'infrastructure, la composition du personnel ou la collaboration interprofessionnelle avec les médecins contribuent à la situation des IQM.</p>
<p>14. Quel est le but de la comparaison entre les EMS ou avec la moyenne cantonale?</p>	<p>Une comparaison minutieuse doit permettre de développer la qualité. En comparant dans sa propre région, il est possible de se comparer avec des pairs ayant des conditions générales similaires.</p> <p>→ cf. réponse 12</p>

<p>15. Pourquoi n'est-il pas possible d'établir des classements/hiérankisations?</p>	<ul style="list-style-type: none"> – L'ajustement au risque permet certes une comparaison adéquate par indicateur mais ne peut tenir compte que de certains facteurs et jamais de tous. Par exemple, les aspects suivants pourraient avoir une influence sur les valeurs des indicateurs: un EMS est spécialisé (p. ex. service dédié à la démence avec personnel spécialement formé) ou soigne et accompagne un nombre particulièrement élevé de résident-es en situation palliative. → Ces facteurs d'influence spécifiques ne sont pas ajustés au risque. Cela signifie que les résultats doivent être interprétés avec le plus grand soin. – En fonction de la situation, certains indicateurs sont plus difficiles à influencer, comme le nombre de médicaments des résident-es pris en charge par un médecin externe. – Les pourcentages indiqués ne permettent pas de voir à partir de quand il existe une différence significative entre les EMS. Or, seule une différence significative indique la présence potentielle d'un problème. – Les données traitées dans les rapports publiés à ce jour datent de 2021 et 2022. Aujourd'hui, les EMS sont peut-être organisés différemment, par exemple en ce qui concerne le mélange des résident-es. – L'évolution des données doit être suivie sur plusieurs années pour qu'il soit possible d'apprécier les données des différents EMS et de tirer des conclusions quant à leur qualité. – Le cas échéant, la collecte des données présente encore des défauts qui faussent les résultats. Dans le cadre du programme national de mise en application «Qualité des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux (NIP-Q-UPGRADE)», les professionnel·les des EMS- reçoivent des outils concrets qui leur permettront à l'avenir de collecter des données d'une qualité encore meilleure et de les utiliser pour développer la qualité des soins.
<p>16. Des valeurs nettement inférieures ou supérieures à la moyenne d'un canton indiquent-elles une qualité «moins bonne» ou «meilleure»?</p>	<p>Si une institution se situe nettement au-dessus de la moyenne cantonale pour un indicateur, il convient d'analyser ses propres données, de rechercher des explications et de prendre d'éventuelles mesures.</p>

Informations supplémentaires

- [Magazine ARTISET, édition 03, 2024](#)
- [Fiches informatives sur les six indicateurs de qualité médicaux](#)
- [FAQ sur les IQM de BESA QSys](#)
- [Programme national de mise en application \(NIP-Q-UPGRADE\)](#)