

Fiche d'information relative aux indicateurs de qualité pour les soins stationnaires de longue durée – vue d'ensemble

En vertu de l'article 59a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMaI, les établissements médico-sociaux (EMS) sont tenus de fournir aux autorités fédérales compétentes les données nécessaires à la surveillance des indicateurs de qualité médicaux.

En vertu de l'article 8a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS les données nécessaires pour le calcul des indicateurs de qualité sont collectées par les EMS dans le cadre des évaluations habituelles des résident-es à l'aide des instruments d'évaluation. L'instrument utilisé pour l'évaluation des soins requis doit permettre de saisir les données relatives aux indicateurs de qualité médicaux.

Les informations sont collectées par l'Office fédéral de la statistique et mises à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique. Ces indicateurs de qualité médicaux seront publiés et disponibles publiquement. De plus, les EMS peuvent aussi utiliser les données collectées par le biais des instruments d'évaluation afin de contrôler et d'optimiser la qualité au sein de leur établissement. Cette fiche d'information soutient l'utilisation interne, c'est-à-dire au sein de l'EMS, des indicateurs de qualité.

Qu'est-ce qui est mesuré ?

Six indicateurs de qualité portant sur quatre thèmes différents sont utilisés : les mesures limitant la liberté de mouvement (2 indicateurs de qualité), la malnutrition, la polymédication et la douleur (deux indicateurs de qualité). Les six indicateurs sont définis comme suit :

Mesures limitant la liberté de mouvement :

- Pourcentage de résident-es avec fixation quotidienne du tronc (en position assise ou couchée) ou siège ne permettant pas de se lever de façon indépendante au cours des sept derniers jours.
- Pourcentage de résident-es avec utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résident-es de quitter leur lit de manière autonome au cours des sept derniers jours.

Malnutrition :

- Pourcentage des résident-es qui ont une perte de poids de 5% ou plus au cours des 30 derniers jours ou de 10% ou plus au cours des 180 derniers jours.

Polymédication :

- Le pourcentage de résident-es ayant pris neuf principes actifs ou plus au cours des derniers sept jours.

Douleurs :

- Auto-évaluation : pourcentage de résident-es ayant fait part de douleurs quotidiennes modérées ou fortes ou de douleurs très fortes non quotidiennes au cours des sept derniers jours.
- Evaluation par des tiers : pourcentage de résident-es chez qui des douleurs quotidiennes modérées ou fortes ou de douleurs très fortes non quotidiennes ont été observées au cours des sept derniers jours.

Que sont des critères d'exclusion ?

Des critères d'exclusion sont utilisés pour plusieurs indicateurs, ce qui signifie que les résident-es qui remplissent certains critères prédéfinis ne sont pas inclus dans les calculs. Cela s'applique par exemple à la malnutrition : les résident-es dont l'espérance de vie est inférieure à six mois sont exclus. En fin de vie, une perte de poids est attendue et ne donne pas d'indications sur la qualité des soins prodigués par l'EMS.

De même, les résident-es n'ayant eu qu'une évaluation à leur entrée en EMS sont également exclus. L'indicateur de qualité mesure la perte de poids au cours des 30 ou 180 derniers jours, et si les résident-es n'ont été évalué-es qu'à leur entrée dans l'établissement, une perte de poids indique un problème qui n'est pas lié à l'EMS. En effet, l'établissement n'a pas d'influence sur ce qui s'est passé avant l'entrée des résident-es en EMS et les résident-es dont l'évaluation a eu lieu uniquement à leur entrée sont donc exclus du calcul.

Les critères d'exclusion limitent donc le nombre de résident-es concernés à ceux pour lesquels l'indicateur représente réellement un marqueur de qualité. Cela réduit le nombre total de résident-es pris en compte dans le calcul des indicateurs. Les critères d'exclusion concrets pour chaque indicateur peuvent être trouvés dans les fiches d'informations spécifiques correspondantes.

Qu'est-ce qu'un ajustement des risques ?

Plusieurs facteurs peuvent influencer les différences mesurées entre les EMS par les indicateurs de qualité. Les EMS diffèrent par exemple au niveau de l'organisation (par ex. en ce qui concerne la taille ou les spécialités) et par les résident-es présents (par ex. intensité des soins ou statuts cognitifs différents). Une partie des différences observées entre EMS lors de la mesure des indicateurs de qualité sont liées aux caractéristiques spécifiques de l'établissement et des résident-es. De plus, certaines différences sont dues au hasard. Ainsi, la totalité des différences observées entre EMS n'est pas due à une réelle différence de qualité. Pour résoudre ce problème, un ajustement des risques est effectué : les facteurs

connus pour influencer les différences de qualité sont pris en compte lors des calculs. On peut ainsi mieux comparer les résultats des calculs des indicateurs car les différences observées entre EMS sont dues à une différence réelle dans la qualité des soins prodigués.

Un ajustement des risques en fonction du degré de soins requis et des déficiences cognitives (mesurées au moyen de la Cognitive Performance Scale CPS) est réalisé pour les six indicateurs de qualité. Des critères supplémentaires sont encore utilisés pour certains indicateurs de qualité. Vous trouverez des remarques y relatives dans les fiches d'informations correspondantes.

Comment les indicateurs de qualité peuvent être utilisés par les EMS ?

Les indicateurs de qualité aident les EMS à vérifier le niveau de leur propre qualité par rapport aux thèmes mesurés. Il est important de garder à l'esprit qu'un indicateur de qualité n'est pas une mesure directe de la qualité des soins prodigués mais plutôt un outil pour soutenir le développement de la qualité. De plus, les indicateurs nationaux de qualité n'abordent que les thèmes spécifiques mesurés et ne permettent pas d'évaluer la qualité générale des soins offerts en EMS. Il est donc important d'analyser comment les valeurs des indicateurs ont été produites et comment elles peuvent être analysées.

L'utilisation interne d'indicateurs de qualité doit donc être intégrée dans le concept de développement de la qualité de l'EMS. La collecte des données à elle seule n'a pas d'influence sur la qualité des soins prodigués si les données ne sont pas évaluées et mises en contexte et si des mesures d'amélioration ne sont pas initiées.

Une utilisation ciblée des indicateurs de qualité peut être envisagée en sept étapes :

1. clarifier les objectifs
2. clarifier les concepts
3. définir un plan de mesure
4. assurer des mesures uniformes
5. planifier et effectuer la collecte de données
6. analyser et interpréter les données
7. décider et mettre en place des mesures : en assurer la durabilité

1. Clarifier les objectifs

Comment les indicateurs nationaux de qualité sont-ils intégrés dans les objectifs de l'EMS ? Est-ce que le personnel comprend pourquoi ces indicateurs sont surveillés par l'EMS ?

2. Clarifier les concepts

Est-ce que le personnel comprend comment ces indicateurs sont intégrés dans la mesure de la qualité générale de l'EMS ? Est-ce que le personnel comprend ce qui peut être déduit ou non des résultats ?

3. Définir un plan de mesure

Les EMS ont l'obligation de fournir gratuitement les données nécessaires à la mesure des indicateurs de qualité à l'Office fédéral de la statistique. Les EMS ont cependant la liberté de décider comment ils souhaitent utiliser ces données à l'interne et s'ils souhaitent les mesurer régulièrement. Si l'EMS souhaite mettre en place un contrôle interne, il convient de décider si, par exemple, un benchmarking sera utilisé,

si tout ou seulement une partie des indicateurs de qualité doivent être contrôlés, et à quel niveau le contrôle interne est nécessaire (à l'échelle de l'EMS, de l'unité, etc.).

Il existe deux types de comparaisons qui permettent à l'EMS d'évaluer ses propres résultats :

- Comparaison interne : L'EMS compare ses valeurs au fil du temps à l'aide de mesures régulières (par ex. trimestrielles). Le but est de contrôler des problèmes potentiels, de savoir si les objectifs sont atteints et si des améliorations ont lieu, ou au contraire si les résultats se détériorent avec le temps et que de nouvelles mesures d'amélioration sont nécessaires.
- Benchmarking (analyse comparative) : l'EMS se compare à d'autres EMS à un moment précis. Un benchmarking peut avoir lieu, par exemple, chaque année ou chaque deux ans dans le but de se comparer avec d'autres EMS sur les thèmes mesurés et ainsi de suivre l'évolution de ses propres performances et les points à améliorer. L'analyse comparative peut aussi aider à identifier les EMS qui ont de bons résultats et favoriser les échanges avec ces établissements. Les instruments d'évaluation offrent la possibilité d'effectuer une telle analyse comparative. Le benchmarking permet également d'identifier des processus et activités qui fonctionnent bien et permet de donner de nouvelles idées aux EMS pour développer et maintenir leur qualité.

Les données peuvent être évaluées au niveau de l'unité ou au niveau de l'établissement. En effet, les différences mesurées peuvent être aussi grandes entre unités du même établissement qu'entre établissements. Pour le contrôle de la qualité interne, cela vaut la peine de calculer les indicateurs de qualité au niveau de l'unité et d'en rendre compte aux équipes. Ainsi, le personnel soignant reçoit un retour au sujet des résident-es avec lesquels il est directement en contact.

A noter que les unités trop petites ne fournissent pas de données utiles : par exemple, quand une unité n'a que dix places, une valeur de 20% pour un indicateur de qualité serait déjà atteinte si deux résident-es sont concernés et chaque résident supplémentaire affecté fera augmenter la valeur de 10%. Ainsi, il est recommandé de faire une évaluation interne uniquement pour les unités comptant au minimum 20 places ou d'interpréter les résultats des unités plus petites avec prudence.

4. Assurer des mesures uniformes

Pour que les données soient comparables, il est important que le personnel faisant l'évaluation comprenne et pose les questions de la même façon. Les instructions des instruments d'évaluation ainsi que les fiches d'informations de CURAVIVA fournissent ces informations. Une mesure uniforme des indicateurs de qualité peut être favorisée par la formation du personnel et par des retours appropriés au personnel faisant les évaluations dans des situations concrètes.

Pour le calcul des indicateurs de qualité, les définitions finales des indicateurs de qualité de l'Office fédéral de la santé publique peuvent être utilisées. Pour le contrôle interne, il est recommandé pour des raisons de faisabilité d'utiliser uniquement les critères d'exclusion et de ne pas effectuer d'ajustement des risques. Dans le cadre d'une évaluation interne, il est en effet relativement facile de clarifier dans quelles proportions un changement dans le casemix pourrait expliquer les variations dans les résultats des indicateurs.

5. Planifier et effectuer la collecte de données

Il s'agit ici de déterminer, par exemple, quelles sont les possibilités offertes par l'instrument d'évaluation en termes de collecte et d'extraction de données, qui aura la charge de la collecte des données, et à quel intervalle, etc.

6. Analyser et interpréter les données

Il convient ensuite de décider qui analysera les données et contrôlera éventuellement les calculs des indicateurs. Comment les calculs seront-ils faits (par ex. dans l'instrument, dans Excel), quelle forme prendront les résultats (recommandé sous forme de graphique plutôt qu'uniquement sous forme de tableaux ou de chiffres) et quel logiciel sera utilisé ? A qui seront communiquées les données (par ex. direction, responsable qualité, infirmière « experte », personnel soignant et d'accompagnement) et sous quelle forme (par ex. e- mail, intranet, affiche) ? Qu'est-ce qui est pris en compte pour l'interprétation ? Quelles valeurs sont recherchées (par ex. valeurs absolues ou valeur supérieure ou inférieure à la moyenne cantonale/nationale) ?

L'interprétation des valeurs dépend aussi de la façon dont les données ont été générées. Si, par exemple, l'évaluation interne des indicateurs de qualité a lieu tous les trois mois, le rythme de collecte des données doit être pris en compte. En effet, avec les instruments RAI-NH et BESA, les résident-es sont évalués tous les neuf mois au minimum. Si l'évaluation interne des indicateurs a lieu plus souvent, alors l'évaluation des résident-es sont susceptible d'apparaître plusieurs fois dans la mesure de l'indicateur de qualité, alors même que le problème peut avoir été résolu entre temps ?

7. Décider et mettre en place des mesures : en assurer la durabilité

Toutes les étapes précédentes ont pour but d'aider l'EMS à décider quelles sont les mesures d'amélioration nécessaires et de les planifier.

Chaque thème mesuré par les indicateurs de qualité est influencé par une multitude de facteurs. Leurs interactions à différents niveaux conduisent à l'expression d'un bon niveau de qualité des soins. Ainsi, le processus d'amélioration de la qualité doit prendre en compte les niveaux suivants :

- Établissement : structures et processus
- Personnel
- Résident-es

Suivant le problème identifié, des mesures d'amélioration peuvent être appliquées sur les trois niveaux.

Différents concepts peuvent soutenir l'amélioration de la qualité. Une méthode fréquemment utilisée est le cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act). Cette méthode suppose que le développement de la qualité est un processus continu dans lequel le cycle PDCA est constamment appliqué, avec l'identification du problème et la planification des mesures d'amélioration (Plan), la mise en œuvre des mesures (Do), la vérification des mesures (Check) et leur intégration dans le système général de gestion de la qualité de l'EMS (Act). La mise en place d'un système de suivi interne des indicateurs de qualité permet de vérifier régulièrement l'existence de problèmes dans l'un des thèmes mesurés. L'application régulière du cycle PCDA permet aussi d'améliorer la qualité de façon durable.

Afin d'identifier les problèmes concrets présents au sein de l'EMS, ainsi que les mesures possibles pour y remédier, il est recommandé aux unités de non seulement rapporter les valeurs des indicateurs de qualité mais également de rapporter quels sont les résident-es qui sont affectés par ces indicateurs. Cela aide l'unité à évaluer pourquoi les résident-es apparaissent dans la mesure.

Cela permet d'une part d'identifier des potentielles erreurs de mesure et d'autre part d'effectuer une analyse approfondie des résident-es concerné-es pour identifier la cause du problème (par ex. qu'est-ce qui a conduit à l'application d'une mesure restreignant la liberté de mouvement ?) ou d'élaborer des solutions possibles (par ex. mettre en place des revues de la médication avec le médecin responsable pour contrôler la polymédication, mettre en place des études de cas avec l'équipe interprofessionnelle ou intégrer à l'équipe un expert externe pour aider au traitement de la douleur dans les cas difficiles). Pour chaque

situation, une Root Cause Analysis peut être effectuée pour aider à analyser les problèmes de manière systématique. L'approche systémique permet non seulement de résoudre des situations individuelles problématiques mais aussi d'examiner les structures et les processus de l'EMS qui pourraient favoriser le développement de problèmes.

Que faire des données reportées publiquement

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publiera vraisemblablement chaque année les données au niveau des établissements médico-sociaux à partir de 2024. Les EMS peuvent cependant déjà se préparer à leur publication en intégrant les indicateurs nationaux de qualité dans leur système interne de gestion de la qualité. En effet, une meilleure compréhension des données propres à chaque EMS permettra de commenter au mieux les résultats reportés publiquement. Les mesures d'amélioration introduites contribueront à améliorer la qualité des soins et auront donc également un impact positif sur les valeurs publiées.

Ressources supplémentaires

Pour plus d'informations sur la mesure des indicateurs de qualité, veuillez-vous référer aux sites suivants :

- Office fédéral de santé publiques (OFSP) [Office fédéral de la santé publique OFSP \(admin.ch\)](#) > Chiffres et statistiques > Établissements médicaux-sociaux (EMS) > Indicateurs de qualité médicaux
- CURAVIVA www.curaviva.ch > information spécialisée > fiche d'information relative aux indicateurs de qualité.

Éditeur

CURAVIVA, Association de branche d'ARTISET,
Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien, Berne

Autrice

Prof. Dr Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Renseignements/Informations

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2^e éd., janvier 2024