

Annexe 2: Champs d'action avec les exigences minimales, la mesure de la qualité et la mise en œuvre des objectifs du Conseil fédéral pour le développement de la qualité

Sommaire

1	Indicateurs de qualité	2
1.1	Critères de sélection pour les contrôles externes	2
1.1.1	Soins somatiques aigus	2
1.1.2	Psychiatrie	2
1.1.3	Réadaptation.....	3
1.2	Justification de l'ordre de priorité des activités qualité et du choix des mesures d'amélioration de la qualité	3
2	Exigences minimales et mesures d'amélioration de la qualité	4
2.1	Gouvernance.....	4
2.2	Exigences minimales que doivent respecter les champs d'action.....	5

Tableaux

Tableau 1: Indicateurs de qualité Soins somatiques aigus.....	2
Tableau 2: Indicateurs de qualité Psychiatrie.....	2
Tableau 3: Indicateurs de qualité Réadaptation	3
Tableau 4: Gouvernance avec les objectifs et les exigences minimales	4
Tableau 5: Champs d'action avec les objectifs, les exigences minimales et les MAQ.....	5

Introduction

L'Annexe 2 à la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal décrit la mesure de la qualité, les indicateurs de qualité ainsi que les exigences minimales que doivent respecter les champs d'action.

1 Indicateurs de qualité

1.1 Critères de sélection pour les contrôles externes

En plus du principe du choix aléatoire, sont également appliqués les indicateurs (IQ) découlant de la mesure de la qualité (ci-dessous) en tant que critères de sélection pour les contrôles externes. L'objectif consiste à contrôler au moins une fois tous les hôpitaux et les cliniques sur une période de 8 ans. Pour qu'un hôpital ou une clinique soit sélectionné sur la base des indicateurs de qualité, deux critères au moins selon le ch. 1.1. de l'Annexe 2 doivent être remplis. Une fois contrôlés, les hôpitaux et les cliniques ne le sont plus pendant deux ans. La procédure de contrôle externe est expliquée plus en détail au ch. 3 de l'Annexe 1.

1.1.1 Soins somatiques aigus

Tableau 1: Indicateurs de qualité Soins somatiques aigus

Mesure	Critère de sélection
ANQ Évaluation de la qualité de la saisie dans le cadre de la mesure des infections du site chirurgical	Les cinq institutions ayant les scores les plus bas entrent en ligne de compte.
ANQ Satisfaction des patients	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%). Le choix des questions ou des dimensions de la satisfaction est déterminé en fonction du questionnaire utilisé au niveau national.
ANQ Satisfaction des patients: parents	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%) pour les deux mesures les plus récentes de l'indicateur «ANQ Satisfaction des patients: parents». Peuvent être pris en considération une seule question ou le résultat général.
ANQ Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant l'hospitalisation	Les résultats de la mesure sont plus élevés (signification statistique <0.05) que la valeur de référence (moyenne du taux de réadmissions ajusté au risque de tous les hôpitaux et cliniques) lors des deux mesures les plus récentes de l'indicateur «ANQ Réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant l'hospitalisation».

1.1.2 Psychiatrie

Tableau 2: Indicateurs de qualité Psychiatrie

Mesure	Critère de sélection
ANQ Satisfaction des patients	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%) pour les deux mesures les plus récentes. Le choix des questions ou des dimensions de la satisfaction est déterminé en fonction du questionnaire utilisé au niveau national.
ANQ Satisfaction des patients enfants et adolescents/parents	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%) pour les deux mesures les plus récentes de l'indicateur «ANQ Satisfaction des patients enfants et adolescents/parents». Peuvent être pris en

	considération une seule question ou le résultat d'un ou de plusieurs des sept domaines thématiques.
ANQ Importance des symptômes selon la personne responsable du cas	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%) pour l'indicateur «ANQ Importance des symptômes selon la personne responsable du cas HoNOS» resp. «ANQ Importance des symptômes selon la personne responsable du cas HoNOSCA».

1.1.3 Réadaptation

Tableau 3: Indicateurs de qualité Réadaptation

Mesure	Critère de sélection
ANQ Satisfaction des patients	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%). Le choix des questions ou des dimensions de la satisfaction est déterminé en fonction du questionnaire utilisé au niveau national.
ANQ Mesure par domaine de spécialisation	Les résultats de la mesure présentent un écart négatif significatif par rapport à la moyenne du collectif (limite 95%) hors satisfaction des patients et atteinte des objectifs.

1.2 Justification de l'ordre de priorité des activités qualité et du choix des mesures d'amélioration de la qualité

Les hôpitaux et les cliniques utilisent la mesure nationale de la qualité et les indicateurs de qualité (IQ) qui en découlent (par exemple plan de mesure de l'ANQ, CH-IQI ou contrôles externes de la QUALAB) ou des données internes à l'institution afin de justifier de manière transparente les priorités de leurs activités qualité et le choix des mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) (voir ch. 2.3 Annexe 1).

2 Exigences minimales et mesures d'amélioration de la qualité

Les champs d'action de la présente convention correspondent à ceux des objectifs du Conseil fédéral pour le développement de la qualité. L'implémentation et la mise en œuvre de mesures de développement de la qualité dans le cadre des champs d'action doit permettre de renforcer et de perfectionner la qualité des prestations à tous les niveaux d'un hôpital ou d'une clinique.

Le thème de la gouvernance (en particulier le SGQ) et les champs d'action seront introduits progressivement. Les années d'introduction après l'entrée en vigueur de la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Pour chaque année d'introduction, il faut au moins que soit disponible le plan de mise en œuvre des exigences minimales.

2.1 Gouvernance

Tableau 4: Gouvernance avec objectifs et exigences minimales

Gouvernance Mise en œuvre	Description / objectifs / exigences minimales
<u>Gouvernance</u> 1 ^{re} année (l'année de l'entrée en vigueur de la convention de qualité en vertu de l'art. 58a LAMal)	<u>Description</u> Mesures de développement de la qualité (système de gestion de la qualité (SGQ), concepts de qualité et mesures d'amélioration de la qualité (MAQ)) en tant que conditions de la mise en œuvre du développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, dans tous les domaines de soins et les champs d'action. <u>Objectifs</u> Les structures du développement de la qualité, en particulier le SGQ, la représentation des champs d'action dans le concept de qualité interne ainsi que les MAQ sont appliqués dans l'hôpital ou la clinique. <u>Exigences minimales</u> <ul style="list-style-type: none">• Les champs d'action figurent et sont décrits dans le concept de qualité interne;• Le concept de qualité interne est intégré au SGQ;• La MAQ obligatoire dans le champ d'action Culture de la qualité est intégrée au concept de qualité interne au moyen du cycle PDCA;• Les MAQ validées supplémentaires sont intégrées au concept de qualité interne au moyen du cycle PDCA.

2.2 Exigences minimales que doivent respecter les champs d'action

Tableau 5: Champs d'action avec objectifs, exigences minimales et MAQ

Champ d'action (Année d'introduction)	Description / objectifs / exigences minimales	MAQ requises
<u>Culture de la qualité</u> (1 ^{re} année)	<p><u>Description</u> Mise en œuvre de mesures d'encouragement de la culture de l'apprentissage et de la communication interdisciplinaire et interprofessionnelle (resp. la culture juste), qui renforce la prise de conscience de la qualité et de la sécurité des collaboratrices et des collaborateurs à tous les niveaux de l'institution.</p> <p><u>Objectifs</u> Une culture vivante de l'apprentissage et de la communication à tous les niveaux de l'institution.</p> <p><u>Exigences minimales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le concept de qualité interne règle le développement continu de la qualité dans le champ d'action Culture de la qualité; • Le concept de qualité interne est intégré au SGQ interne; • La MAQ obligatoire est intégrée au concept de qualité interne au moyen d'un cycle PDCA; • Une MAQ validée supplémentaire au moins est intégrée au concept de qualité interne au moyen d'un cycle PDCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • CIRIS, obligatoire • 1 MAQ validée supplémentaire
<u>Sécurité des patients</u> (2 ^e année)	<p><u>Description</u> Mesures engagées à titre préventif, pendant ou après la survenue d'évènements. Les mesures peuvent s'appliquer aux domaines de la prévention des infections et de l'hygiène hospitalière (sauf en psychiatrie), de la sécurité de la médication, de la qualité de la prise en charge et de la prévention (y compris la prévention du suicide pour la psychiatrie) et de la gestion des interfaces (liste non exhaustive).</p> <p><u>Objectifs</u> Garantie constante et perfectionnement de la sécurité des patients grâce à la réduction des risques de dommages évitables, des erreurs et de leurs effets si elles surviennent tout de même.</p> <p><u>Exigences minimales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le concept de qualité interne règle le développement continu de la qualité dans le champ d'action Sécurité des patients; • Le concept de qualité interne est intégré au SGQ interne; • Trois MAQ validées supplémentaires au moins sont intégrées au concept de qualité interne au moyen d'un cycle PDCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 MAQ validées
<u>Prise de décision fondée sur des données probantes</u> (3 ^e année)	<p><u>Description</u> Mesures encourageant la prise de décision fondée sur des données probantes pour la fourniture de prestations de santé.</p> <p><u>Objectifs</u> Optimiser les prestations de santé (diagnostic, pose de l'indication, traitement, etc.) afin de réduire les soins superflus, insuffisants ou inadéquats</p> <p><u>Exigences minimales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le concept de qualité interne règle le développement continu de la qualité dans le champ d'action Prise de décision fondée sur des données probantes; • Le concept de qualité interne est intégré au SGQ interne; • Une MAQ validée supplémentaire au moins est intégrée au concept de qualité interne au moyen d'un cycle PDCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 MAQ validée

<p><u>Système centré sur le patient</u> (3^e année)</p>	<p><u>Description</u> Mesures visant le renforcement de la position des patients; intégration de leurs préférences, de leurs besoins et valeurs dans la prise de décision clinique.</p> <p><u>Objectifs</u> Système davantage centré sur le patient et les interactions entre lui (y c. ses proches) et le personnel de la santé.</p> <p><u>Exigences minimales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le concept de qualité interne régit le développement continu de la qualité dans le champ d'action Système centré sur le patient; • Le concept de qualité interne est intégré au SGQ interne; • Une MAQ validée supplémentaire au moins est intégrée au concept de qualité interne au moyen d'un cycle PDCA 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 MAQ validée
---	--	---