



Évaluation indépendante Amélioration de la qualité des trai- tements conformément aux art. 76b et 76c OAMal

Rapport d'évaluation basé sur les données de l'année 2024 à
l'intention de H+

Auteurs: Silvia Thomann, Leonie Roos, Niklaus Bernet;
Haute école spécialisée bernoise, département Santé

Version et date: V1.0, 14.5.2025

Tables des matières

	Rapport d'évaluation basé sur les données de l'année 2024 à l'intention de H+	1
	Tables des matières	2
1	Contexte	3
2	Méthode	4
	2.1 Collecte de données	4
	2.2 Grille d'évaluation	4
	2.3 Analyse des données	9
	2.3.1 Présélection	10
	2.3.2 Sélection aléatoire	11
	2.4 Indépendance de la BFH	11
3	Résultats de l'évaluation de l'amélioration de la qualité des traitements	13
	3.1 Aperçu des mesures d'amélioration de la qualité	13
	3.1.1 Répartition en pourcentage des champs d'action	13
	3.1.2 Programmes nationaux	13
	3.1.3 MAQ reconnues dans le cadre de la CQ58a	14
	3.1.4 Moyens financiers engagés (part des rabais retenus)	14
	3.2 Part des objectifs atteints par l'ensemble des fournisseurs de prestations (amélioration globale de la qualité des traitements)	14
	3.3 Résultats de l'évaluation	15
	3.3.1 Écart de performance/pertinence	16
	3.3.2 Objectifs	16
	3.3.3 Mesure d'amélioration de la qualité	17
	3.3.4 Concept de mesure	17
	3.3.5 Concept d'évaluation	18
	3.4 Conclusion de l'évaluation indépendante sur l'amélioration de la qualité des traitements	18
4	Recommandations	19
	4.1 Exigences en matière d'exactitude des données rétrospectives	19
	4.2 Collecte des données auprès des fournisseurs de prestations	19
	4.3 Perspective	19
5	Liste des tableaux	21
6	Bibliographie	22

1 Contexte

«La LAMal prévoit que les avantages visés à l’art. 56, al. 3, let. b LAMal ne devront plus être répercutés intégralement par les fournisseurs de prestations aux débiteurs de la rémunération, mais en «majeure partie» et que les avantages non répercutés devront être utilisés de manière vérifiable «pour améliorer la qualité du traitement» des patients.» (1, P. 3). À cet effet, H+ a négocié avec les assureurs/communautés d’achat une convention à laquelle les fournisseurs de prestations/hôpitaux peuvent adhérer. La *convention relative à la répercussion non intégrale des avantages en vertu de l’art. 56, al. 3^{bis}, LAMal*, «règle la répercussion non intégrale des avantages [...] sur les produits thérapeutiques (médicaments et dispositifs médicaux) dans le domaine de la fourniture de prestations ambulatoires en vue de l’amélioration vérifiable de la qualité du traitement.» (1, p. 4). La convention «oblige les fournisseurs de prestations à utiliser les avantages qui n’ont pas été répercutés intégralement en vertu de l’art. 76b, al. 2, let. b OAMal, conformément à la présente convention et aux dispositions de l’OAMal applicables en la matière, dans le but d’améliorer la qualité des traitements.» (1, p. 6). H+ a la responsabilité de procéder à «une évaluation conformément aux prescriptions de l’art. 76c, al. 3 OAMal visant à apporter la preuve de l’amélioration globale de la qualité des traitements obtenue grâce à la convention» (1, p. 8). Afin de respecter cette obligation, H+ a chargé la Haute école spécialisée bernoise (BFH) de réaliser une évaluation indépendante visant à prouver l’amélioration globale de la qualité des traitements obtenue grâce à la convention, conformément à l’art. 76c OAMal, et de rédiger un rapport d’évaluation à l’intention du mandant (H+) et des assureurs pour qu’ils le transmettent à l’Office fédéral de la santé publique (OFSP). En 2022, la BFH a procédé à une première évaluation pilote sur la base des données de 2021 et résumé les conclusions ainsi que les recommandations en vue des futures évaluations dans le rapport d’évaluation 2022. La BFH a ensuite été chargée de l’évaluation des données de 2022 (rapport d’évaluation 2023), de l’évaluation des données 2023 (rapport d’évaluation sur la base des données de l’année 2023 à l’intention de H+) et de l’évaluation actuelle des données 2024, dont les conclusions sont consignées dans le présent rapport (rapport d’évaluation sur la base des données de l’année 2024 à l’intention de H+).

La présente évaluation indépendante se fonde sur les données déclarées par les fournisseurs de prestations concernant les objectifs qu’ils se sont fixés, les mesures d’amélioration de la qualité (MAQ) mises en œuvre, le concept de mesure et d’évaluation, la réalisation des objectifs ainsi que les moyens financiers engagés à cet effet.

2 Méthode

2.1 Collecte de données

Il a incombé à H+ de procéder à la collecte des données. Dans le cadre d'une procédure de consultation avec la BFH, H+ a élaboré une première grille de collecte de données pour une transmission uniforme des données par les fournisseurs de prestations en 2022, qui a été intégrée dans le *rapport des fournisseurs de prestations*. Étant donné que les informations fournies par les fournisseurs de prestations reposent sur une auto-déclaration et qu'un contrôle externe des informations déclarées ou de la mise en œuvre effective des mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) ne faisait pas partie de l'évaluation, il a été convenu avec H+ que, outre la vérification des résultats, les processus de suivi pertinents seraient également contrôlés dans le cadre de l'évaluation. Par processus de suivi, on entend ici toutes les étapes qui doivent être planifiées/définies afin de créer les conditions permettant de prouver l'amélioration de la qualité des traitements.

Comme indiqué dans les rapports d'évaluation précédents, les informations fournies par les fournisseurs de prestations en 2021, 2022 et 2023 se sont révélées incomplètes. Les données disponibles n'ont permis qu'une évaluation partielle de l'amélioration de la qualité des traitements. H+ a par conséquent mis en œuvre, en consultation avec la BFH, certaines recommandations issues des précédents rapports d'évaluation afin d'améliorer la base de données. Les adaptations pour la collecte des données en 2022 et 2023 figurent dans les rapports d'évaluation correspondants. Aucune modification n'a été apportée à la collecte de données pour 2024. Les fournisseurs de prestations ont toutefois reçu un retour individuel sur l'évaluation de leurs MAQ sur la base des informations fournies en 2023. L'objectif de ce feedback était de leur donner des indications concrètes sur les lacunes ou le manque de clarté de leurs déclarations pour 2023, afin qu'ils puissent en tirer des enseignements pour la fourniture des données en 2024. De plus amples informations sur la collecte des données au moyen du *rapport des fournisseurs de prestations* figurent dans le *Rapport d'évaluation basé sur les données de l'année 2023 à l'intention de H+*.

H+ a été chargée de l'envoi du *rapport des fournisseurs de prestations* aux fournisseurs pour la collecte des données ainsi que du respect des délais de collecte. Ces derniers avaient jusqu'à fin mars 2025 pour renvoyer le *rapport des fournisseurs de prestations* dûment rempli à H+. H+ a transmis les rapports reçus des fournisseurs de prestations à la BFH pour l'évaluation indépendante, sans modification ni commentaire. Pour son évaluation, la BFH a de ce fait disposé des rapports renseignés par chaque fournisseur de prestations.

2.2 Grille d'évaluation

En vertu de l'art. 76c OAMal, l'évaluation de l'amélioration de la qualité doit être effectuée selon des méthodes scientifiques conformes aux normes ou directives reconnues. Afin de répondre à cette exigence, la BFH a élaboré, lors de la première évaluation en 2022, une grille d'évaluation standardisée basée sur la littérature et les recommandations d'organisations nationales et internationales pertinentes dans le domaine de la santé. Des recommandations concrètes de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2), de l'Organisation mondiale de la santé pour la région Europe (OMS Europe, 3), de l'Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG, 4, 5), du National Quality Forum (NQF, 6), de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI, 7, 8), du National Health Service (NHS, 9) ont été synthétisées et résumées pour l'élaboration de la grille d'évaluation ainsi que pour la formulation d'un objectif suivant l'acronyme «SMART» (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini) et la méthode d'évaluation correspondante «SMART-GEM» (SMART-Goal Evaluation Method) (10). Les thèmes identifiés comme prioritaires et à aborder lors de la phase de planification et de mise en œuvre des MAQ afin de remplir les conditions nécessaires pour prouver l'amélioration de la qualité des traitements étaient les suivants: écart de performance/pertinence, objectifs, mesures d'amélioration de la qualité, concept de mesure (y compris méthode/instrument, base de données, fréquence et calculs) et concept d'évaluation. Ces thèmes ont été représentés sous forme de critères d'évaluation dans la grille d'évaluation. Celle-ci a en outre été complétée avec le domaine/critère «Résultat/mise en œuvre» (voir tableau 1).

La grille prévoyait d'évaluer les différents critères selon le barème suivant: 0 = *majoritairement non satisfait*, 1 = *partiellement satisfait*, 2 = *majoritairement satisfait*. Afin de vérifier la clarté du contenu et l'applicabilité des critères d'évaluation, deux MAQ ont été évaluées indépendamment l'une de l'autre par tous les membres du projet, puis comparées entre elles. Les divergences d'appréciation et les questions de compréhension ont été discutées ensemble. Les conclusions de ces discussions ont été utilisées pour affiner la description des différents critères et élaborer des exemples schématiques à titre indicatif. La version finale a ensuite été validée par un expert externe à l'équipe de projet.

Pour l'année 2023, il a été ajouté que si des MAQ déjà reconnues dans le cadre de la CQ58a sont mises en œuvre, il n'est pas nécessaire de fournir des informations sur l'écart de performance/la pertinence et sur les mesures d'amélioration de la qualité. Cette décision a été motivée par le fait que ces MAQ ont été examinées par les partenaires de la convention de qualité nationale et jugées efficaces pour améliorer la qualité. Selon leur estimation, il est par conséquent été possible de partir du principe que la mise en œuvre de ces mesures conduira à une amélioration de la qualité des traitements (pertinence avérée). De plus, ces MAQ remplissent en soi les critères énoncés à l'annexe 4 de la convention. Il a également été précisé qu'une valeur initiale et une valeur cible doivent être indiquées et que, pour les projets pluriannuels, des étapes intermédiaires, y compris des valeurs intermédiaires, doivent être définies. La valeur cible ou les valeurs intermédiaires sont prises en compte conformément au concept d'évaluation. En ce qui concerne le concept de mesure, il a été convenu que des indications réduites peuvent être fournies lorsque des données officielles (p. ex. données de l'ANQ ou de l'OFS) sont utilisées pour vérifier les résultats (réalisation des objectifs). Pour les MAQ réalisées dans le cadre de programmes nationaux, il a en outre été défini que, pour l'année 2023, les fournisseurs de prestations devaient uniquement fournir des informations sur le nom du programme, le montant engagé, les objectifs (y compris la valeur initiale), la réalisation de l'objectif (y compris la valeur cible), le champ d'action selon la Confédération et le statut (en cours [amélioration continue]/en cours de mise en œuvre). Cette décision a été motivée par l'hypothèse de H+ selon laquelle les programmes nationaux ont été élaborés sur la base de critères scientifiques. Cette hypothèse est en principe soutenue par la BFH, mais il n'appartenait pas à cette dernière de la vérifier (voir également le chapitre 2.4). Pour les MAQ dans le cadre des programmes nationaux, l'évaluation réalisée par la BFH se limite à une comparaison entre les valeurs initiales, les valeurs cibles et les valeurs atteintes. Aucune modification n'a été apportée à la grille de collecte des données ni à la grille d'évaluation pour l'évaluation des données de 2024.

Tableau 1: Vue d'ensemble et description des critères de la grille d'évaluation, accompagnés d'exemples schématiques à titre d'illustration

Critère	Description	Exemple
Écart de performance / pertinence [2]	<p>La situation initiale/problématique qui a incité les fournisseurs de prestations à formuler des objectifs et des mesures d'amélioration de la qualité dans ce domaine est décrite. La description du problème de qualité/de la possibilité d'amélioration est fondée sur des données ou des preuves (issues de la littérature). Si possible, une valeur initiale est indiquée.</p> <p>Il n'est pas nécessaire de fournir des informations sur l'écart de performance/la pertinence si une MAQ déjà reconnue dans le cadre de la CQ58a est mise en œuvre.</p>	<p>Le taux de chute dans notre hôpital se maintient à un niveau supérieur à la moyenne nationale (6,1 %). Nous prenons par conséquent des mesures dans le domaine de la prévention des chutes.</p>
Objectifs [2-6]	<p>Les objectifs formulés par les fournisseurs de prestations sur la base de la problématique posée sont indiqués. Les objectifs sont définis de manière précise et spécifique (qui? quoi? où?) afin de pouvoir prouver l'amélioration de la qualité des traitements. Cela comprend notamment des informations sur la population cible et le résultat souhaité (réalisation des objectifs). Une valeur cible est définie. Des étapes intermédiaires, y compris des valeurs intermédiaires, sont définies pour les projets pluriannuels.</p>	<p>Grâce à la formation de l'ensemble du personnel (au moins 80 %) en contact avec les patients, nous améliorons la prévention des chutes chez tous les patients hospitalisés et réduisons ainsi le taux de chute de notre clinique conformément à la moyenne nationale (4,6 %). Le personnel en contact avec les patients comprend les groupes suivants: xx, yy, zz.</p>
Mesure d'amélioration de la qualité [1]	<p>Les MAQ planifiées et mises en œuvre pour atteindre les objectifs sont décrites. Des informations sont fournies sur le ou les critères satisfaits conformément à l'annexe 4 de la convention (au moins l'un des critères suivants doit être mentionné):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Application de directives et de normes scientifiquement reconnues 2. Déclaration de qualité fondée sur des indicateurs validés 3. Évaluation par une organisation indépendante 4. Orientation patient (Patient Reported Outcome Measures) 5. Benchmarking 6. Examen par les pairs 7. Cycle PDCA 8. Informations sur la qualité des résultats 9. Activités selon la convention de qualité nationale (LAMal, art. 58a) <p>Les références sont indiquées pour les mesures d'amélioration de la qualité relatives aux critères 1 et 2 et l'organisation indépendante est mentionnée pour le critère 3.</p> <p>Il n'est pas nécessaire de fournir des informations sur la MAQ si une MAQ déjà reconnue dans le cadre de la CQ58a est mise en œuvre.</p>	<p>Afin d'atteindre cet objectif, nous avons analysé nos taux de chute, conçu une formation pour le personnel en contact avec les patients et informé la direction sur la mise en œuvre. Le cycle PDCA (critère n° 7) a été appliqué lors de la planification de la mesure. Notre formation est basée sur la norme interne de prévention des chutes, qui suit les recommandations de l'HRQ (références) et du NICE (référence) (critère n° 1). Le résultat est mesuré de manière analogue à l'indicateur de qualité national défini par l'ANQ «chutes à l'hôpital» (référence) (critère n° 2). Les données obtenues fournissent des informations sur un aspect de la qualité des résultats (critère n° 8) et peuvent être utilisées simultanément pour le benchmarking interne et externe (critère n° 5).</p>

Concept de mesure [2-4, 10]

Le concept de mesure définit la manière dont la réalisation des objectifs/la mise en œuvre des mesures d'amélioration de la qualité est évaluée et les moyens permettant de garantir que la mise en œuvre se déroule conformément à la planification.

Il n'est pas nécessaire de fournir des informations sur le concept de mesure lorsque les données proviennent d'une source officielle (OFS, ANQ). La façon dont ces données sont utilisées doit cependant être indiquée.

Ces informations comprennent les éléments suivants:

Méthode/instrument: les méthodes et/ou les instruments utilisés pour mesurer la réalisation des objectifs/la mise en œuvre sont indiqués. Si des questionnaires/échelles ou des instruments sont utilisés, des informations sur leur validité et leur fiabilité doivent être fournies dans la mesure du possible.

- Mise en œuvre de la formation: les supérieurs hiérarchiques directs dressent une liste de l'ensemble du personnel en contact direct avec les patients et indiquent leur statut en matière de participation à la formation sur la prévention des chutes.
- Taux de chute au niveau de l'établissement: exportation des chutes enregistrées dans le système d'information hospitalier.

Base de données: la base de données utilisée pour vérifier la réalisation des objectifs/la mise en œuvre est indiquée. Les considérations et les mesures visant à garantir la qualité des données sont décrites.

- Mise en œuvre de la formation: liste de l'ensemble du personnel en contact direct avec les patients et leur statut en matière de participation à la formation sur la prévention des chutes.
- Taux de chute au niveau de l'établissement: exportation du taux de chute enregistré dans le système d'information hospitalier. Afin de garantir la fiabilité des données, les collaborateurs sont sensibilisés à la saisie correcte des données pendant les formations. Les responsables de service rappellent au moins une fois par mois l'importance de la saisie des données dans un rapport et mettent en place d'autres moyens.

Fréquence: la fréquence à laquelle la réalisation des objectifs/la mise en œuvre est vérifiée et les dates de début et de fin du projet sont indiquées.

- Le projet a débuté le 1^{er} janvier 2023 par des travaux préparatoires (analyse des données, conception des formations). La mise en œuvre effective (formation des collaborateurs) a débuté le 1^{er} mars 2023 et fera l'objet d'une évaluation intermédiaire en décembre 2023, qui déterminera si elle sera poursuivie ou non.
- Mise en œuvre de la formation: une vérification trimestrielle est effectuée afin d'assurer que tous les collaborateurs ont suivi la formation ou y sont inscrits, en particulier les nouveaux collaborateurs.
- Taux de chute au niveau de l'établissement: exportation mensuelle des taux de chute enregistrés dans le système d'information hospitalier.

Calculs: la méthode appliquée pour analyser et corrélérer (par exemple avec la valeur initiale) les données collectées est indiquée.

- Mise en œuvre de la formation: les données sont communiquées sous forme de chiffres absolus et relatifs chaque trimestre à la direction du projet, qui les vérifie par rapport à l'objectif fixé (80 %).

		<ul style="list-style-type: none"> • Taux de chute au niveau de l'établissement: le taux de chute est indiqué sous forme de prévalence, les chutes multiples n'étant prises en compte qu'une seule fois, car les chiffres comparatifs nationaux sont également calculés sous cette forme (nombre de patients ayant fait une chute / nombre de patients * 100). Le taux de chute est comparé chaque mois au taux de chute des périodes de mesure précédentes ainsi qu'à la valeur nationale de référence.
<p>Concept d'évaluation [3, 7, 8]</p>	<p>Le concept indique les critères appliqués et à quels moments il est vérifié si l'objectif/le résultat souhaité a été atteint ou si la mise en œuvre s'est déroulée conformément à la planification. Cela comprend (le cas échéant pour chaque moment de mesure) des critères concrets de réalisation des objectifs et la procédure d'évaluation.</p> <p>À partir de l'année 2023, cela pourra également être couvert sous forme de valeur cible dans la rubrique «Objectifs».</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de la formation: chaque trimestre, au moins 80 % de l'ensemble du personnel permanent en contact avec les patients ont suivi la formation sur la prévention des chutes ou y sont inscrits. Au 1^{er} décembre 2023, 80 % de l'ensemble du personnel permanent en contact avec les patients ont suivi une formation attestée. • Taux de chute au niveau de l'établissement: au 1^{er} décembre 2023, le taux de chute au niveau de l'établissement se situe dans l'intervalle de confiance national de 95 %.
<p>Résultat/mise en œuvre [3]</p>	<p>Si le projet est terminé: les valeurs relevées sont indiquées, y compris une comparaison entre les critères planifiés et les critères cibles.</p> <p>Si le projet est encore en cours de mise en œuvre: des informations sur le respect du calendrier sont fournies (dates de début et de fin) ainsi que, le cas échéant, des informations sur les valeurs mesurées à chaque moment défini et la comparaison avec les critères cibles pour chaque moment (si définis).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de la formation: au 1^{er} décembre 2023, 70 % du personnel permanent en contact avec les patients ont suivi une formation et 22 % sont inscrits à une formation. • Taux de chute au niveau de l'établissement: entre le 1^{er} mars 2023 et le 30 novembre 2023, le taux de chute a varié entre 6,2 et 4,7 %, restant légalement supérieur à la moyenne nationale.

2.3 Analyse des données

L'analyse des données a permis de vérifier si la situation initiale/la problématique (écart de performance), les objectifs, le concept de mesure et le concept d'évaluation (valeur cible) étaient cohérents et définis de manière à pouvoir constater et prouver une amélioration de la qualité des traitements par rapport à la qualité initiale (y compris la comparaison des valeurs initiales, cibles et réelles). À cet effet, chaque MAQ à évaluer a été examinée individuellement par un membre du projet à l'aide d'une grille d'évaluation, puis commentée pour chaque critère d'évaluation et dans son ensemble. Les appréciations ont été validées et complétées par un autre membre du projet. Cela a permis de replacer l'amélioration (auto-déclarée) de la qualité des traitements dans le contexte des processus en amont et d'obtenir ainsi des indications sur la fiabilité de la preuve de l'amélioration de la qualité des traitements. Le critère d'évaluation «résultat/mise en œuvre» a permis de démontrer la réalisation (auto-déclarée) des objectifs et l'amélioration de la qualité des traitements qui en découle.

Seules les informations contenues dans la grille de collecte de données ont été prises en compte pour l'évaluation. Les références aux documents externes n'ont pas pu être prises en compte en raison des contraintes temporelles et financières. Pour les mêmes raisons, il n'a pas été possible de demander des précisions aux fournisseurs de prestations en cas d'ambiguïté. Toutefois, la base de données étant en partie incomplète et/ou incohérente entre les différentes lignes, certaines informations ont dû être interprétées. Si l'interprétation a donné lieu à des appréciations divergentes dans l'évaluation, celles-ci ont été discutées par les deux personnes impliquées dans l'évaluation et un consensus a été trouvé. Par conséquent, les appréciations doivent être considérées en fonction des interprétations faites et ne présentent donc pas un caractère sommatif définitif, car elles auraient pu être différentes selon l'interprétation. L'interprétation des résultats doit tenir compte de cet élément.

Sur la base de cette appréciation, le pourcentage d'objectifs atteints a été calculé (chapitre 3.2) et l'évaluation par critère a été présentée (chapitre 3.3). L'appréciation de l'amélioration vérifiable de la qualité des soins a en outre été réalisée en tenant compte de l'évaluation globale (tous les critères, réalisation des objectifs dans le contexte des processus en amont). À cet effet, chaque MAQ a finalement été classée dans l'une des quatre catégories (A-D) (chapitre 3.2). Ces catégories ont été définies comme suit:

- A: les informations fournies permettent de supposer une amélioration/un maintien vérifiable de la qualité des traitements (objectifs spécifiques, y compris les informations sur leur réalisation, informations majoritairement plausibles et claires sur le concept de mesure).
- B: d'après les informations fournies, il se peut qu'il y ait eu une amélioration/un maintien vérifiable de la qualité des traitements (informations majoritairement disponibles, interprétation nécessaire, parfois peu spécifiques).
- C: les informations fournies ne permettent pas de déterminer s'il y a eu une amélioration vérifiable de la qualité des traitements. Les objectifs sont (trop) vagues/non spécifiques et/ou la description porte plutôt sur la mise en œuvre de la MAQ que sur l'amélioration vérifiable de la qualité des traitements.
- D: la MAQ est probablement encore en cours de mise en œuvre, raison pour laquelle aucun résultat n'est disponible.

En complément, une synthèse a été réalisée pour toutes les MAQ afin de déterminer les champs d'action auxquels elles ont été attribuées conformément aux objectifs quadriennaux du Conseil fédéral (chapitre 3.1.1), le nombre (%) de programmes nationaux auxquels elles ont été attribuées (chapitre 3.1.2), combien (%) ont été attribuées à une MAQ déjà reconnue dans le cadre de la CQ58a (chapitre 3.1.3) et le montant des moyens financiers engagés (chapitre 3.1.4). Toutes les informations reposent sur des autodéclarations et n'ont pas été vérifiées.

Depuis la dernière période d'évaluation, le nombre de fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention a de nouveau augmenté. Pour la période d'évaluation de cette année, il était donc prévisible que le nombre total de MAQ mises en œuvre continuerait également d'augmenter. Le budget et le calendrier sont toutefois restés identiques. Il a donc été convenu que, comme l'année précédente, toutes les MAQ déclarées comme étant encore en cours de mise en œuvre par les fournisseurs de prestations dans la grille de collecte de données (p. ex. les MAQ mises en œuvre sur plusieurs années civiles) ne seraient pas prises en compte dans l'évaluation. Il convient de noter que, dans le cas des

MAQ encore en cours de mise en œuvre, l'amélioration démontrée ne peut/ne doit pas encore être effective et que, par conséquent, les valeurs requises pour l'évaluation de la réalisation des objectifs ne sont pas encore disponibles. Au total, 225 MAQ ont été déclarées comme étant encore en cours de mise en œuvre.

Étant donné que, malgré cette exclusion, le nombre de MAQ était toujours nettement supérieur à celui qui pouvait être évalué dans le cadre des contraintes temporelles et financières, il a fallu sélectionner les MAQ à évaluer. Comme l'année précédente, la procédure de sélection s'est déroulée en deux étapes. À cette fin, toutes les MAQ déclarées ont d'abord été répertoriées et numérotées dans un tableau Excel. Une présélection a ensuite été effectuée par la BFH sur la base de critères définis, suivie d'une sélection aléatoire des MAQ à évaluer (voir ci-dessous).

2.3.1 Présélection

Une présélection a été effectuée selon les étapes suivantes avant de procéder à une sélection aléatoire des MAQ à évaluer. La liste correspond à l'ordre de priorité défini a priori par H+ et la BFH en cas de déclaration d'un nombre de MAQ supérieur à celui pouvant être évalué dans le cadre du budget. Les quatre étapes sont classées en deux catégories: les étapes 1 et 2 excluent les mesures qui, selon la FAQ de H+ ou le rapport de l'OFSP, ne peuvent pas être mises en œuvre en tant que MAQ au sens de la convention. Les étapes 3 et 4 excluent de l'évaluation les MAQ qui sont mises en œuvre dans le cadre de programmes nationaux ou qui sont déjà reconnues comme MAQ dans le cadre de la CQ58a. H+ justifie cette sélection par le fait que les fournisseurs de prestations participant à des programmes nationaux sont soumis à des directives très claires quant à la mise en œuvre et au contrôle des mesures. On peut donc partir du principe qu'une approche fondée sur des données probantes sera mise en œuvre. En ce qui concerne les MAQ déjà reconnues dans le cadre de la CQ58a, H+ justifie sa décision en indiquant qu'elles ont été examinées par les partenaires de la convention de qualité nationale et jugées efficaces pour améliorer la qualité. Selon H+, on peut donc partir du principe que la mise en œuvre de ces mesures conduira à une amélioration de la qualité des traitements. L'objectif de la présélection était donc de garantir que les MAQ qui ne reposent pas sur des prescriptions/recommandations vérifiées au niveau national soient évaluées en priorité. La procédure concrète est décrite ci-après:

Exclusion des mesures qui ne constituent pas des MAQ au sens de la convention.

1. Les MAQ qui ont été déclarées par les fournisseurs de prestations, mais qui ne sont pas autorisées selon la FAQ de H+, sont exclues.
 - a. Acquisition d'un nouvel appareil
 - b. Adhésion à une organisation / association
 - c. Recrutement d'une personne
 - d. Participation à des mesures ANQ
 2. Les MAQ qui ont été déclarées par les fournisseurs de prestations, mais qui ne sont pas autorisées selon le rapport de l'OFSP, sont exclues.
 - a. Révision annuelle du codage
 - b. Réduction du gaspillage alimentaire, augmentation de la productivité dans les cuisines et sensibilisation aux questions environnementales
 - c. Numérisation et automatisation de l'envoi des copies de factures
 - d. Création d'un service privé avec certification Swiss Leading Hospitals (SLH)
 - e. Mise en service d'un deuxième appareil d'imagerie par résonance magnétique
 - f. Les remarques générales de l'OFSP ont également été prises en compte
 1. La mesure ne doit pas être déjà prise en charge par un autre organisme.
 2. La mesure doit améliorer une prestation LAMal remboursée par l'AOS.
 3. La mesure vise à améliorer la qualité du traitement.). Toutefois, une appréciation différenciée à cet égard aurait dépassé le cadre de l'évaluation, d'autant plus que l'appréciation du contenu ne fait pas partie de l'évaluation.
- ➔ Les étapes 1 et 2 ont conduit à l'exclusion de 11 MAQ qui ne peuvent donc pas être considérées comme des MAQ au sens de la convention.

Exclusion des MAQ mises en œuvre dans le cadre de programmes nationaux ou déjà reconnues dans le cadre de la CQ58a.

3. Les MAQ déclarées dans le cadre de programmes nationaux sont exclues.
 - ➔ Exclusion de 48 MAQ supplémentaires de l'évaluation
4. Les MAQ reconnues dans le cadre de la CQ58a sont exclues.
 - ➔ Exclusion de 272 MAQ supplémentaires de l'évaluation

Pour les étapes 1 et 2, les intitulés des MAQ ont été vérifiés et exclus. Lorsqu'une exclusion était présumée sur la base de l'intitulé, les autres informations ont été contrôlées. En cas d'incertitude (p. ex. en raison de descriptions superficielles), les MAQ ont été conservées. Pour les étapes 3 et 4, les informations déclarées par les établissements ont été prises en compte, sans être vérifiées par la BFH.

Après la présélection, il restait 41 fournisseurs de prestations et 175 MAQ. Toutefois, compte tenu des ressources disponibles et des délais impartis, seules 65 MAQ peuvent être évaluées. Une sélection aléatoire a donc été effectuée ensuite parmi les fournisseurs de prestations et les MAQ restants.

2.3.2 Sélection aléatoire

Lors de la sélection aléatoire, il a été tenu compte du fait qu'au moins une MAQ de tous les fournisseurs de prestations encore inclus après la présélection devait être prise en considération dans l'évaluation. Pour neuf fournisseurs de prestations, il ne restait qu'une seule MAQ, qui a donc pu être incluse dans l'évaluation. Pour les 32 autres fournisseurs de prestations et les 166 MAQ restants, une MAQ a été sélectionnée de façon aléatoire pour chaque fournisseur de prestations dans un premier temps. La sélection a été effectuée à l'aide de la fonction Excel =INDEX (*plage de cellules début: plage de cellules fin*; PLAGÉ ALÉATOIRE (1; nombre maximal de MAQ)), la plage aléatoire possible se référant aux numéros des MAQ de chaque fournisseur de prestations. Un numéro a ainsi été généré pour chaque fournisseur de prestations, qui se réfère aux numéros de «sa» MAQ. Cette procédure a permis d'inclure 32 MAQ supplémentaires. Pour les 24 MAQ restantes, qui devaient être sélectionnées de façon aléatoire, la fonction Excel =INDEX (*plage de cellules début: plage de cellules fin*; PLAGÉ ALÉATOIRE (1; nombre maximal de MAQ)) a de nouveau été utilisée. La plage aléatoire comprenait l'ensemble des 166 MAQ. Le tirage au sort des 24 dernières MAQ s'est donc déroulé indépendamment de l'appartenance des MAQ à un fournisseur de prestations. Étant donné que cette méthode peut entraîner des doubles emplois avec la sélection aléatoire par fournisseur de prestations et, en raison de la fonction choisie, également des valeurs en double, 75 numéros aléatoires ont été générés. Comme cette fonction génère de nouveaux chiffres à chaque modification dans Excel, les chiffres générés le 3.4.2025 à 10h27 ont été copiés dans une nouvelle colonne. Ensuite, les 24 MAQ ont été marquées dans l'ordre, correspondant aux 24 premiers numéros définis au hasard, à l'exclusion des valeurs doubles et des doubles emplois avec le tirage par fournisseur de prestations. Après le tirage au sort de 31 numéros, les 24 MAQ restantes ont été sélectionnées, atteignant ainsi l'objectif maximal de 65 MAQ à évaluer.

L'évaluation a révélé qu'une erreur de transmission s'était produite au niveau d'une MAQ. En effet, elle avait été enregistrée dans Excel comme une MAQ non reconnue, alors qu'il s'agissait d'une MAQ reconnue. La MAQ a donc été exclue a posteriori et la MAQ suivante issue de la sélection aléatoire a été incluse.

2.4 Indépendance de la BFH

H+ a mandaté la BFH pour réaliser cette évaluation indépendante. La BFH a reçu de H+ les rapports inchangés des fournisseurs de prestations et a procédé à l'évaluation des MAQ indépendamment de H+. La collaboration entre la BFH et H+ dans le cadre de l'évaluation se limite à des questions structurelles et organisationnelles, qui sont présentées en conséquence dans le présent rapport. La procédure d'évaluation a par conséquent été élaborée par la BFH en concertation avec H+ (clarification des attentes/exigences) et la BFH a formulé des recommandations concernant la collecte de données par H+ en conséquence. En raison des contraintes temporelles et financières, il a également fallu procéder à une sélection des MAQ à évaluer. La procédure de sélection a été élaborée en concertation avec H+. H+ a supervisé la présélection. Les arguments avancés par H+ sont compréhensibles pour la BFH. Il n'appartenait toutefois pas à la BFH d'examiner cette question en détail. Un examen superficiel des documents existants a révélé qu'il y a (trop) peu d'informations disponibles/publiques concernant le contrôle des MAQ au sens d'une amélioration vérifiable de la qualité des traitements, tant pour les programmes nationaux que pour les MAQ déjà reconnues dans le cadre de la CQ58a. Une

appréciation de la part de la BFH n'est de ce fait pas possible. L'évaluation des MAQ a été réalisée sans consultation de H+ ni des fournisseurs de prestations. De même, la BFH n'est en relation avec aucun des fournisseurs de prestations concernés par l'évaluation des MAQ.

3 Résultats de l'évaluation de l'amélioration de la qualité des traitements

Au total, 66 fournisseurs de prestations ont déclaré 731 MAQ. Sur ces 731 MAQ, 65 MAQ (sélectionnées de manière aléatoire) de 41 fournisseurs de prestations ont été évaluées. Cela correspond à 8,9 % de toutes les MAQ déclarées. Les paragraphes suivants présentent la description de la synthèse du contenu des MAQ, la part des objectifs évalués et atteints pour l'ensemble des fournisseurs de prestations (amélioration de la qualité des traitements) et les conclusions tirées à l'aide de la grille d'évaluation. L'évaluation indépendante visant à démontrer l'amélioration globale de la qualité des traitements obtenue grâce à la convention est résumée dans une conclusion.

3.1 Aperçu des mesures d'amélioration de la qualité

Sur les 731 MAQ déclarées, 225 ont été exclues car elles étaient encore en cours de mise en œuvre, et 332 autres ont été exclues lors de la présélection. Sur les 174 MAQ restantes, 65 MAQ ont été sélectionnées (de manière aléatoire) pour l'évaluation (65/174, soit 37,3 %).

3.1.1 Répartition en pourcentage des champs d'action

Les champs d'action les plus fréquemment cités sont la sécurité des patients (61,4 %) et la culture de la qualité (33,8 %) (tableau 2). De nombreuses MAQ ont été associées à plusieurs champs d'action (mentions multiples). Les pourcentages d'attribution des MAQ aux champs d'action pour toutes les MAQ, pour les MAQ décrites comme mises en œuvre et pour celles incluses dans l'évaluation sont largement comparables. Seul le champ d'action Gouvernance était plus fortement représenté dans le groupe des MAQ évaluées.

Tableau 2: Répartition en pourcentage des MAQ dans les champs d'action selon les objectifs quadriennaux du Conseil fédéral

Champ d'action (mentions multiples possibles)	n (%) total de MAQ	n (%) MAQ mises en œuvre	n (%) MAQ évaluées
Total de MAQ	731 (100 %)	506 (100 %)	65 (100 %)
Sécurité des patients	449 (61,4 %)	279 (55,1 %)	45 (69,2 %)
Culture (de la qualité)	247 (33,8 %)	188 (37,2 %)	16 (24,6 %)
Système centré sur le patient	182 (24,9 %)	105 (20,8 %)	17 (26,2 %)
Prise de décision fondée sur des données probantes	84 (11,5 %)	35 (6,9 %)	5 (7,7 %)
Gouvernance	83 (11,4 %)	37 (7,3 %)	13 (20 %)
Pas d'indication	4 (0,5 %)	2 (0,4 %)	1 (1,5 %)

3.1.2 Programmes nationaux

Sur les 731 MAQ au total, 74 (10,1 %) ont été déclarées comme relevant de programmes nationaux (tableau 3). Les MAQ ont été réparties entre 31 programmes nationaux différents (sur la base de dénominations similaires). Étant donné que les dénominations très différentes des MAQ, il a été renoncé à en dresser la liste.

Tableau 3: Part des MAQ dans le cadre de programmes nationaux

	n (%) total de MAQ	n (%) MAQ mises en œuvre	n (%) MAQ évaluées
Total de MAQ	731 (100 %)	506 (100 %)	65 (100 %)
Programmes nationaux (oui)	74 (10,1 %)	49 (9,7 %)	Pas d'indication

3.1.3 MAQ reconnues dans le cadre de la CQ58a

Sur les 731 MAQ au total, 329 ont été déclarées comme déjà reconnues dans le cadre de la CQ58a (tableau 4). Étant donné que les dénominations très différentes des MAQ, il a été renoncé à en dresser la liste.

Tableau 4: Part de MAQ reconnues dans le cadre de la CQ58a

	n (%) total de MAQ	n (%) MAQ mises en œuvre	n (%) MAQ évaluées
Total de MAQ	731 (100 %)	506 (100 %)	65 (100 %)
MAQ reconnues dans le cadre de la CQ58a	329 (45 %)	273 (54 %)	Pas d'indication

3.1.4 Moyens financiers engagés (part des rabais retenus)

Selon les informations (exploitables) communiquées par les fournisseurs de prestations, les moyens financiers engagés pour les MAQ se sont élevés à CHF 93 213 780.03 au total. Les moyens financiers engagés par MAQ ont varié entre CHF 0.00 et CHF 4 285 182.00 avec une médiane de CHF 31 985. Pour 46 MAQ, les informations relatives aux moyens financiers engagés faisaient défaut ou se limitaient, par exemple, à la mention des heures ou des équivalents plein temps. Pour certaines MAQ, il était également difficile de déterminer si les montants indiqués correspondaient à plusieurs montants partiels à additionner ou si l'un des montants correspondait au total et l'autre à une partie du premier. En l'absence d'indication, les montants ont été additionnés. Il existait aussi une certaine incertitude quant à la présence éventuelle de fautes de frappe. En outre, certaines MAQ semblaient être enregistrées de manière identique chez plusieurs fournisseurs de prestations (groupes hospitaliers), y compris les informations sur les moyens financiers engagés. Il était donc difficile de déterminer si le montant se référait aux MAQ du fournisseur de prestations concerné ou aux coûts de mise en œuvre pour plusieurs fournisseurs de prestations. Les informations ont été reprises telles quelles des auto-déclarations, sans anticipation de corrections. Selon le *rapport des fournisseurs de prestations*, ces données correspondent au montant des moyens financiers (part des rabais retenus) par MAQ. Il n'est toutefois pas possible de déterminer si seule la part des rabais retenus ou l'ensemble des coûts liés aux MAQ ont été indiqués.

Les moyens financiers engagés pour les 65 MAQ évaluées se sont élevés à CHF 7 397 325.71 au total, avec une fourchette comprise entre CHF 500.00 et CHF 832 000.00 par MAQ (médiane: CHF 46 167.00). Pour trois MAQ, les informations relatives aux moyens financiers faisaient défaut ou, dans un cas, seuls les équivalents plein temps utilisés étaient indiqués.

3.2 Part des objectifs atteints par l'ensemble des fournisseurs de prestations (amélioration globale de la qualité des traitements)

Les données montrent clairement que, dans la plupart des cas, les valeurs initiales et cibles concrètes ainsi que les informations sur les valeurs effectivement atteintes font défaut. Seules sept (10,8 %) des MAQ évaluées présentent des valeurs numériques complètes dans la plupart des cas. Souvent, les critères de réalisation des objectifs ne sont décrits que de manière implicite. Ces informations implicites, qui reposent en partie sur une interprétation, ont été prises en compte en tant que «valeur». Ainsi, une valeur initiale (implicite) a pu être identifiée pour 17 (26,2 %) des 65 MAQ évaluées et une

valeur cible/un critère cible (implicite) pour 38 (58,5 %). Des informations (implicites) sur les valeurs/critères atteints étaient disponibles pour 30 MAQ (46,2 %) (tableau 5). Soit les informations sur les valeurs atteintes ne correspondaient pas toujours aux objectifs fixés, soit plusieurs objectifs étaient décrits, mais la valeur atteinte n'était rapportée que pour un seul objectif.

Tableau 5: Part des MAQ évaluées avec indication des valeurs initiales et cibles ainsi que des valeurs atteintes

Nombre (%) de MAQ avec indications (implicites) sur les valeurs initiales	Nombre (%) de MAQ avec indications (implicites) sur les valeurs cibles	Nombre (%) de MAQ avec indications (implicites) sur les valeurs atteintes
17 (26,2 %)	38 (58,5 %)	30 (46,2 %)

Les informations données par les fournisseurs de prestations sur la réalisation des objectifs reposaient sur des données qu'ils avaient eux-mêmes déclarées. Sur les 65 MAQ évaluées, des informations indiquant la réalisation des objectifs fixés ont été fournies pour 19 (29,2 %) d'entre elles. Pour six MAQ (9,2 %), des informations générales ou en partie non spécifiques ont été fournies sur la mise en œuvre du projet ou sur la réalisation d'objectifs partiels. Il manquait par conséquent des informations concrètes en rapport avec l'objectif global. Pour les 40 MAQ restantes (61,5 %), il n'a pas été possible de procéder à une évaluation, soit parce qu'il manquait des informations pertinentes, soit parce que les informations n'étaient pas cohérentes avec l'objectif, soit parce que l'objectif n'était pas spécifique et ne permettait pas de déterminer le résultat réellement visé.

Si l'on tient également compte de l'appréciation des processus en amont, l'évaluation aboutit à la conclusion suivante en ce qui concerne l'amélioration vérifiable de la qualité des traitements (A-D, tableau 6):

- Une amélioration/maintien vérifiable de la qualité des traitements semble avoir été atteint pour 23 (35,4 %) des MAQ (A&B).
- Pour 39 (60 %) des MAQ, aucune évaluation ne peut être effectuée, car les informations fournies sont trop générales, incomplètes ou contradictoires. Dans certains cas, la mise en œuvre des MAQ a été davantage décrite que la vérification de l'amélioration de la qualité des traitements (C). En outre, certaines MAQ ont été rapportées au niveau du groupe hospitalier. Par conséquent, il était parfois impossible d'évaluer, pour chaque fournisseur de prestations, si les objectifs fixés pour le site concerné avaient été atteints.
- 3 (4,6 %) des MAQ ont probablement été déclarées par erreur comme mises en œuvre, bien que les résultats ne soient pas encore disponibles (D).

Tableau 6: Évaluation de l'amélioration vérifiable de la qualité des traitements pour toutes les MAQ évaluées.

A (amélioration vérifiable)	B (amélioration vérifiable possible)	C (non évaluable)	D (encore en cours de mise en œuvre)
15 (23,1 %)	8 (12,3 %)	39 (60 %)	3 (4,6 %)

De manière générale, les données se sont souvent révélées incomplètes, nécessitant une interprétation des informations. Les objectifs souvent non spécifiques ont constitué une difficulté majeure pour l'évaluation. Si l'objectif n'est pas clair et spécifique, il est difficile d'évaluer les autres informations. Lorsqu'un objectif clair était défini, les informations sur les processus en amont visant à garantir une base de données suffisante étaient parfois incomplètes. Il manquait des informations concrètes sur le résultat de certaines MAQ. Des explications plus détaillées sont fournies au chapitre 3.3.

3.3 Résultats de l'évaluation

La base de données semble s'être en partie améliorée par rapport à l'année précédente. Il est encore souvent nécessaire d'interpréter les informations fournies, car celles-ci sont parfois trop peu

spécifiques ou incohérentes. De même, la mise en œuvre et les mesures sont souvent décrites de manière très détaillée, mais les explications sur la manière dont l'amélioration est prouvée ou dont la réalisation des objectifs est vérifiée sont incomplètes. Cela pourrait également être lié au fait que les objectifs restent souvent assez vagues (mise en œuvre de mesures au lieu d'une définition concrète de l'objectif visé par une mesure en termes d'amélioration de la qualité des traitements [amélioration/performance/effet souhaité]). Il existe toujours une tendance à une interprétation plutôt hétérogène de ce que signifie «prouver l'amélioration de la qualité des traitements».

Les résultats sont présentés ci-après de manière détaillée pour chaque critère d'évaluation et illustrés par des exemples issus des rapports des fournisseurs de prestations.

3.3.1 Écart de performance/pertinence

Pour près des deux tiers des MAQ, l'écart de performance/pertinence a pu être vérifié (tableau 7). On constate une légère amélioration par rapport à l'année précédente (près de la moitié). Pour le tiers restant, les difficultés étaient similaires à celles des années précédentes. Ainsi, si la pertinence générale d'un thème a parfois été expliquée, il manquait des précisions supplémentaires sur la situation concrète chez le fournisseur de prestations et/ou sur l'importance du thème pour l'amélioration de la qualité. Comme indiqué au chapitre 3.2, les informations sur la valeur initiale faisaient souvent défaut. Comme les années précédentes, l'évaluation de ce critère a été en partie compliquée par des informations contradictoires. La plupart du temps, les informations sur les autres critères comprenaient également des indications sur la pertinence. Cependant, celles-ci englobaient d'autres domaines que ceux décrits dans la situation initiale.

Tableau 7: Évaluation du critère «écart de performance» pour toutes les MAQ évaluées

Écart de performance/pertinence	Majoritairement satisfait	Partiellement satisfait	Majoritairement non satisfait	Non évaluable
n (%)	41 (63,1 %)	16 (24,6 %)	8 (12,3 %)	0 (0,0 %)

Afin que la sélection des MAQ soit ciblée et fondée sur les potentiels existants d'amélioration de la qualité, favorisant ainsi une amélioration vérifiable de la qualité des traitements, elle doit être basée soit sur des données, soit sur des preuves. Cela signifie que les décisions sont prises soit sur la base de données probantes (p. ex. de nouvelles recommandations) qui sont également référencées en conséquence, soit sur la base des performances réelles de l'hôpital pour démontrer pourquoi une amélioration est souhaitable. La seconde option impliquerait de décrire la situation actuelle à l'hôpital en indiquant une valeur initiale.

Par exemple, l'une des MAQ faisait état du risque élevé d'infections nosocomiales dans les établissements de santé et de leurs conséquences. Toutefois, il manque des informations plus précises sur la nature exacte de l'écart de performance du fournisseur de prestations (sur la base de données ou en référence à de nouvelles preuves).

3.3.2 Objectifs

Près de la moitié des objectifs ont été jugés précis et spécifiques en majorité, ce qui signifie qu'il est possible de démontrer une amélioration de la qualité des traitements (tableau 8). Les résultats se sont légèrement améliorés par rapport à l'année précédente (26,2 % l'année précédente). Pour les autres objectifs, un objectif était mentionné dans la plupart des cas, mais celui-ci restait plutôt vague. Souvent, la mise en œuvre de mesures est décrite comme un objectif en soi plutôt que comme un moyen d'améliorer de manière vérifiable la qualité des traitements.

Tableau 8: Évaluation du critère «objectifs» pour toutes les MAQ évaluées

Objectifs	Majoritairement satisfait	Partiellement satisfait	Majoritairement non satisfait	Non évaluable
n (%)	30 (46,2 %)	26 (40 %)	9 (13,8 %)	0 (0,0 %)

Par exemple, une MAQ comportait la description suivante: «Grâce à des visites quotidiennes dans les services, en particulier lors des premiers isolements, les patients peuvent être informés directement et obtenir des réponses simples à leurs questions. La forme d'isolement (panneaux sur les portes) et le matériel mis à disposition sont vérifiés. Notre présence quotidienne dans les services permet également au personnel de service de poser directement des questions et d'exprimer ses doutes.» L'objectif indiqué consiste principalement en la description de la mesure. L'objectif réellement visé en matière d'amélioration de la qualité des traitements n'est pas précisé (mise en œuvre correcte de l'isolement? Responsabilisation du personnel? Satisfaction des patients? Prévention de la transmission d'infections?).

3.3.3 Mesure d'amélioration de la qualité

Pour environ deux cinquièmes des MAQ, la mesure a été décrite et les critères contractuels auxquels elle se réfère ont été mentionnés (tableau 9). La part des MAQ jugées comme ayant majoritairement satisfait ce critère a augmenté par rapport à l'année précédente, au profit de la part jugée majoritairement non conforme (année précédente: près d'un tiers).

Cette évaluation n'avait pas pour objet de déterminer si les critères indiqués correspondaient à la MAQ mise en œuvre et si les sources référencées constituaient une base scientifique appropriée pour la mesure.

Tableau 9: Évaluation du critère «mesure d'amélioration de la qualité» pour toutes les MAQ évaluées

Mesure d'amélioration de la qualité	Majoritairement satisfait	Partiellement satisfait	Majoritairement non satisfait	Non évaluable
n (%)	27 (41,5 %)	31 (47,7 %)	7 (10,8 %)	0 (0,0 %)

3.3.4 Concept de mesure

Un concept de mesure clair a été décrit dans près de deux cinquièmes de toutes les MAQ (tableau 10). Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à l'année précédente (32,3 %). Comme les années précédentes, les informations sur la méthode/l'instrument, la base de données, la fréquence et les calculs étaient incomplètes ou absentes dans les autres MAQ. Pour 9 MAQ (13,8 %), les informations n'ont pas pu être évaluées en raison du manque de clarté des objectifs. Ce critère a révélé que la description portait souvent davantage sur la mise en œuvre de la MAQ que sur la mesure de la preuve/de la réalisation des objectifs. En principe, un concept de mesure approprié et des objectifs spécifiques sont essentiels pour pouvoir garantir la preuve de l'amélioration. La plupart des considérations sur la qualité des données et les moyens de la garantir font défaut. Dans la mesure où des informations sont disponibles, les calculs indiquent généralement comment les données sont exploitées. La façon dont les valeurs obtenues sont rapportées à la valeur initiale, par exemple, est peu décrite.

Tableau 10: Évaluation du critère «concept de mesure» pour toutes les MAQ évaluées

Concept de mesure	Majoritairement satisfait	Partiellement satisfait	Majoritairement non satisfait	Non évaluable
n (%)	25 (38,5 %)	21 (32,3 %)	10 (15,4 %)	9 (13,8 %)

Un fournisseur de prestations s'était par exemple fixé l'objectif suivant: «Réaction rapide et sûre dans les cas de réanimation/d'urgence». Le concept de mesure explique que des formations sont proposées et que des listes indiquent les collaborateurs qui ont été formés. Concernant le temps de réaction, qui est également abordé dans les résultats, il manque toutefois des informations sur la manière dont il est mesuré.

3.3.5 Concept d'évaluation

Des informations concrètes et claires sur les critères de réalisation des objectifs et sur la manière (ou le moment) dont ceux-ci sont évalués ont été fournies pour environ un sixième des MAQ (tableau 11). Cette valeur est comparable à l'année précédente. La part de MAQ jugées partiellement satisfaites, soit parce que les critères cibles n'étaient décrits que de manière implicite ou en termes de contenu, soit parce que l'accent était davantage mis sur la mise en œuvre généraliste des MAQ, a considérablement augmenté par rapport à l'année précédente. Concernant les MAQ pour lesquelles ce critère n'était majoritairement pas satisfait, aucune information n'était disponible sur les valeurs cibles, les critères ou autres éléments similaires. Pour quatre MAQ, aucune évaluation n'a pu être effectuée en raison d'objectifs trop vagues.

Tableau 11: Évaluation du critère «concept d'évaluation» pour toutes les MAQ évaluées

Concept d'évaluation	Majoritairement satisfait	Partiellement satisfait	Majoritairement non satisfait	Non évaluable
n (%)	11 (16,9 %)	27 (41,5 %)	23 (35,3 %)	4 (6,2 %)

Par exemple, l'objectif décrit pour une MAQ est le suivant: «Contrôle sans faille de la température dans toutes les zones de stockage des médicaments et dans les blocs opératoires». Le résultat indiqué est le suivant: «Appliqué en continu». Les critères permettant d'identifier un contrôle sans faille restent flous.

3.4 Conclusion de l'évaluation indépendante sur l'amélioration de la qualité des traitements

Par rapport à l'année précédente, le nombre de fournisseurs de prestations ayant utilisé des avantages pour améliorer de manière vérifiable la qualité des traitements conformément à la convention a augmenté d'un facteur 1,7. Le nombre de MAQ réalisées et déclarées a de ce fait également augmenté d'un facteur 1,8. En conséquence, la fréquence relative des MAQ faisant l'objet de la présente évaluation a encore diminué, passant de 15,8 % l'année précédente à 8,9 %.

Sur les 65 MAQ évaluées, l'évaluation a conclu, sur la base des informations contenues dans la grille de collecte des données, que 15 MAQ (23,1 %) ont permis d'améliorer/de maintenir la qualité des traitements et que 8 MAQ (12,3 %) ont peut-être permis d'améliorer/de maintenir la qualité des traitements. Pour ces dernières, une certaine interprétation était nécessaire et/ou certaines informations manquaient. Pour 39 MAQ (60 %), les objectifs et/ou les informations complémentaires étaient trop vagues ou incomplets pour permettre de se prononcer sur l'amélioration/le maintien de la qualité des traitements. D'après les informations fournies, trois autres MAQ (4,6 %) semblaient encore en cours de mise en œuvre, raison pour laquelle le résultat n'était pas encore disponible. Soit ces MAQ ont été indiquées par erreur comme «en cours (amélioration continue)», soit le projet a pris du retard, de sorte que les résultats de l'évaluation finale n'étaient pas encore disponibles.

Dans l'ensemble, la base de données fournie s'est légèrement améliorée par rapport à l'année précédente. Cela s'est traduit par une augmentation de la part des MAQ jugées majoritairement conformes pour tous les critères d'évaluation, et par une diminution de la part de celles jugées majoritairement non conformes. Concernant le contenu de la base de données, il semble toujours difficile de déterminer ce qui constitue une amélioration vérifiable de la qualité des traitements. Comme les années précédentes, les descriptions ont souvent mis l'accent sur la mise en œuvre de mesures. La mise en œuvre des mesures a également été décrite de manière très détaillée. En revanche, la description de la manière dont l'amélioration vérifiable est planifiée et présentée est restée incomplète. Bien que la grille de collecte des données exige explicitement l'indication des valeurs initiales et cibles, celles-ci sont largement absentes. Cela laisse supposer que les MAQ sont planifiées/mises en œuvre de manière peu ciblée. Toutefois, des MAQ ciblées avec des objectifs spécifiques sont indispensables pour pouvoir apporter la preuve de l'amélioration de la qualité des traitements. Pour certains fournisseurs de prestations, le feedback personnalisé sur l'évaluation de l'une de leurs MAQ de l'année dernière semble avoir permis d'améliorer la base de données. Pour d'autres, la qualité des données est toutefois restée largement inchangée.

4 Recommandations

Une évaluation fondée sur des critères scientifiques ne sera possible que si les MAQ sont également conçues, planifiées et mises en œuvre selon des critères scientifiques (création d'une base de données). Il convient par conséquent de clarifier le degré de scientificité attendu également pour les fournisseurs de prestations. Au niveau international, il existe divers instruments qui indiquent les aspects à prendre en compte lors de la planification, de la mise en œuvre et de l'établissement de rapports sur les MAQ afin de garantir une évaluation pertinente. Il convient d'examiner s'il est recommandé aux fournisseurs de prestations de choisir parmi une sélection d'instruments (ou une forme simplifiée) pour planifier leurs MAQ (p. ex. Guideline SQUIRE, lignes directrices pour la rédaction de rapports: <https://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471> ou l'aide complète de Better Evaluation <https://www.betterevaluation.org/frameworks-guides/rainbow-framework>). Ces instruments ont en commun le fait que la réalisation d'une évaluation nécessite également des indicateurs concrets mesurés de manière appropriée (indicateurs de résultat ou de processus, éventuellement indicateurs structurels et indicateurs de mise en œuvre). Dans ce contexte, la question se pose de savoir si, au sens de la convention, une amélioration vérifiable nécessite la communication d'une valeur numérique ou si la simple mise en œuvre de mesures peut suffire. En principe, les recommandations des rapports précédents qui n'ont pas encore été mises en œuvre restent valables. Sur la base des conclusions de l'évaluation de cette année, il est possible de compléter les recommandations relatives aux exigences en matière d'exactitude des données rétrospectives et de la collecte des données auprès des groupes de fournisseurs de prestations. Ces éléments ainsi qu'une perspective sont décrits ci-après.

4.1 Exigences en matière d'exactitude des données rétrospectives

Il est recommandé que les fournisseurs de prestations soient en mesure d'indiquer la date précise à laquelle l'évaluation (intermédiaire) a eu lieu lorsqu'ils fournissent des données rétrospectives, comme c'est le cas dans la présente évaluation. Il est souvent indiqué que l'évaluation a lieu «chaque année». Une date précise permettrait au moins d'avoir une idée plus concrète.

4.2 Collecte des données auprès des fournisseurs de prestations

Lors de l'évaluation de cette année, il est apparu que certains fournisseurs de prestations n'avaient pas déclaré leurs résultats au niveau individuel, mais au niveau du groupe de fournisseurs de prestations (groupe hospitalier). Par conséquent, il n'était pas possible d'évaluer pour certaines MAQ si une amélioration vérifiable de la qualité des traitements avait été obtenue chez le fournisseur de prestations. L'unité à évaluer doit être clairement définie et utilisée de manière cohérente. Actuellement, certains groupes de fournisseurs de prestations soumettent un rapport commun, tandis que d'autres soumettent un rapport par fournisseur de prestations. Dans le premier cas, les rapports peuvent être évalués pour l'ensemble du groupe de fournisseurs de prestations. Dans le second, le résultat ne peut pas être évalué s'il n'est pas ventilé par fournisseur de prestations. Il est recommandé d'uniformiser et de vérifier la communication des résultats au niveau requis. En principe, il est compréhensible que tous les fournisseurs de prestations d'un groupe mettent en œuvre la ou les mêmes MAQ. Si une évaluation au niveau des fournisseurs de prestations est requise, il convient de communiquer les résultats au niveau du fournisseur de prestations concerné. Cela signifie que pour les groupes de fournisseurs de prestations, il convient d'indiquer la valeur initiale, la valeur cible et la valeur atteinte pour chaque fournisseur de prestations.

La nouvelle convention, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2025, clarifie ce point en stipulant clairement à l'article 6.1, chiffre 7, que la collecte des données s'effectuera désormais de manière uniforme au niveau du numéro d'identification de l'entreprise (UID). La mise en œuvre technique correspondante via info-hopitaux.ch, qui, pour des raisons liées au système, ne permettra plus qu'une saisie au niveau UID dans la collecte électronique des données, est en cours de développement et de réalisation.

4.3 Perspective

Compte tenu de la nouvelle convention, diverses lacunes dans la procédure actuelle de collecte des données et certaines difficultés liées à l'évaluation devraient être corrigées. Cette convention introduit un nouveau système de collecte des données. Il est à prévoir que la saisie électronique permettra de

mieux contrôler l'exhaustivité des informations et, par conséquent, d'améliorer encore la qualité des données.

L'annexe 6 de la nouvelle convention définit en outre clairement les MAQ reconnues sur le plan technique et contractuel qui peuvent être mises en œuvre par les fournisseurs de prestations. Cette restriction conduira à une harmonisation et à une standardisation des MAQ au niveau national.

En outre, on peut supposer que l'examen technique effectué dans le cadre du processus de reconnaissance permet de garantir qu'il existe un lien entre la MAQ considérée et l'amélioration visée en matière de qualité des traitements.

La nouvelle collecte électronique des données permet en outre de définir pour chaque MAQ des directives claires concernant les valeurs initiales, cibles et atteintes à communiquer. Afin de soutenir davantage une évaluation fondée sur des critères scientifiques, il est particulièrement recommandé d'exiger, dès le processus de reconnaissance, des indicateurs de résultats et/ou de mise en œuvre obligatoires et clairement définis. Cela permettrait de garantir que les fournisseurs de prestations prévoient dès le début la mesure des indicateurs prédéfinis dans le cadre de la mise en œuvre des MAQ, qu'ils procèdent ensuite à la collecte des données de manière efficace et qu'ils puissent ainsi rendre compte de l'amélioration de la qualité des traitements sur la base de données concrètes.

5 Liste des tableaux

Tableau 1: Vue d'ensemble et description des critères de la grille d'évaluation, accompagnés d'exemples schématiques à titre d'illustration	6
Tableau 2: Répartition en pourcentage des MAQ dans les champs d'action selon les objectifs quadriennaux du Conseil fédéral	13
Tableau 3: Part des MAQ dans le cadre de programmes nationaux.....	14
Tableau 4: Part de MAQ reconnues dans le cadre de la CQ58a	14
Tableau 5: Part des MAQ évaluées avec indication des valeurs initiales et cibles ainsi que des valeurs atteintes	15
Tableau 6: Évaluation de l'amélioration vérifiable de la qualité des traitements pour toutes les MAQ évaluées.	15
Tableau 7: Évaluation du critère «écart de performance» pour toutes les MAQ évaluées	16
Tableau 8: Évaluation du critère «objectifs» pour toutes les MAQ évaluées.....	16
Tableau 9: Évaluation du critère «mesure d'amélioration de la qualité» pour toutes les MAQ évaluées	17
Tableau 10: Évaluation du critère «concept de mesure» pour toutes les MAQ évaluées.....	17
Tableau 11: Évaluation du critère «concept d'évaluation» pour toutes les MAQ évaluées	18

6 Bibliographie

1. H+: Les Hôpitaux de Suisse Convention concernant la répercussion non intégrale des avantages en vertu de l'art. 56, al. 3^{bis} LAMal. 2021.
2. Académie Suisse des Sciences Médicales, ASSM. Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux. Recommandation de l'ASSM. Bulletin des médecins suisses. 2009;90(26-27):1044-54.
3. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 53, éditeur. Copenhagen European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
4. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Methodische Grundlagen. <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen/>. Consulté le 31.03.2022.
5. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren. <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>. Consulté le 31.03.2022.
6. National Quality Forum (NQF). Measure Evaluation Criteria https://www.qualityforum.org/measuring_performance/submitting_standards/measure_evaluation_criteria.aspx. Consulté le 31.03.2022.
7. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Science of Improvement: Tips for Setting Aims. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementTipsforSettingAims.aspx>. Consulté le 31.03.2022.
8. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Science of Improvement: Setting Aims. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementSettingAims.aspx>. Consulté le 31.03.2022.
9. National Health Service (NHS) England and National Health Service (NHS) Improvement. Quality, Service Improvement and Redesign Tools: Project management: an overview. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-project-management-an-overview.pdf>. Consulté le 31.03.2022.
10. Bowman J, Mogensen L, Marsland E, Lannin N. The development, content validity and inter-rater reliability of the SMART-Goal Evaluation Method: A standardised method for evaluating clinical goals. Australian occupational therapy journal. 2015;62(6):420-7. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12218>.