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

En vertu de l'article 59a de la LAMal, les établissements médico-sociaux (EMS) sont tenus de fournir aux autorités fédérales compétentes les données nécessaires à la surveillance des indicateurs de qualité médicaux. Les données nécessaires pour le calcul des indicateurs de qualité sont collectées par les EMS dans le cadre des évaluations habituelles des résidents à l'aide des instruments d'évaluation. 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 résidents 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 résidents avec utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résidents de quitter leur lit de manière autonome au cours des sept derniers jours.

Malnutrition:

- Pourcentage des résidents 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 résidents ayant pris neuf principes actifs ou plus au cours des sept derniers jours.

Douleur:

- Auto-évaluation: pourcentage de résidents 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 résidents 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 résidents qui remplissent certains critères prédéfinis ne sont pas inclus dans les calculs. Cela s'applique par exemple à la malnutrition: les résidents 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 résidents 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 le résident n'a été évalué qu'à son 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 du résident en EMS et les résidents dont l'évaluation a eu lieu uniquement à leur entrée sont donc exclus du calcul.

Les critères d'exclusion limitent donc le nombre de résidents concernés à ceux pour lesquels l'indicateur représente réellement un marqueur de qualité. Cela réduit le nombre total de résidents pris en compte dans le calcul des indicateurs. Les critères d'exclusion concrets pour chaque indicateur peuvent être trouvés dans les fiches techniques 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 résidents 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 résidents. 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 techniques 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 résidents 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 résidents 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 techniques 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 des 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 sera en charge de la collecte des données, 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 résidents sont évalués tous les six mois au minimum. Si l'évaluation interne des indicateurs a lieu plus souvent, alors l'évaluation d'un résident est 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 les 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 et c'est leurs interactions à différents niveaux qui conduisent à l'apparition d'un certain niveau de qualité des soins. Ainsi, le processus d'amélioration de la qualité doit prendre en compte les niveaux suivants:

- Etablissement: structures et processus
- Personnel
- Résidents

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 résidents qui sont affectés par ces indicateurs. Cela aide l'unité à évaluer pourquoi un résident apparaît 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 résidents concernés 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

Au moment de l'élaboration de cette fiche technique (automne 2018), la forme sous laquelle les indicateurs de qualité seront rendus publics n'est pas encore claire. 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 lorsque ceux-ci seront 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), par ex. Faits et chiffres:
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen.html>
- CURAVIVA Suisse

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53 – Case postale 1003 – 3000 Berne 14

Contact: Daniel Domeisen, Économie de la santé publique, d.domeisen@curaviva.ch

Auteure

D^r Franziska Zúñiga
Institut des sciences infirmières, Département de santé publique, Faculté de médecine,
Université de Bâle

© CURAVIVA Suisse, novembre 2018