



HéviVA

*Des liens. Des lieux. La vie!*

*Colloque*

**COLLECTE DES  
INDICATEURS DE QUALITÉ  
MÉDICAUX**

---

Colloque CURAVIVA Suisse du 3 avril 2019  
Lausanne

## TABLE DES MATIERES

CONTEXTE.....	3
Le projet IQM.....	5
Malnutrition .....	6
Mesures limitant la liberté de mouvement .....	7
Evaluation de la douleur .....	8
Polymédication.....	9
Evaluation et utilisation des données .....	10
Références.....	11

### Prologue

Ce document est une synthèse des notes personnelles prises par son auteur durant le colloque « Collecte des indicateurs de qualité médicaux » organisé par CURAVIVA Suisse à l'hôtel Alpha Palmiers le 3 avril 2019. Le contenu de ce document n'engage que son auteur et en aucun cas les personnes et institutions citées.

#### Intervenantes du colloque :

- **Sandrine Pihet**, professeure à la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR). Responsable du projet qui associe depuis 2014 les associations cantonales vaudoise (HéviVA) et fribourgeoise (AFIPA) dans une démarche d'amélioration de la qualité par la récolte d'indicateurs RH et médicaux et du benchmarking.
- **Lauriane Favez**, doctorante assistante à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Bâle, dans l'équipe de la professeure Franziska Zuniga, qui a développé et testé les IQM.

### Impressum

**Editeur** : HéviVA, Renens

**Auteur** : Camille-Angelo Aglione ([camille-angelo.aglione@heviva.ch](mailto:camille-angelo.aglione@heviva.ch))

**Edition** : Avril 2019 (1<sup>ère</sup> édition)

**Distribution** : Document publique

## CONTEXTE

L'évolution démographique et ses effets sur les coûts de la santé ont mené à des réflexions dans lesquels l'objectif commun "santé et bien-être de la personne âgée" doit rester au centre. Les indicateurs de qualité doivent donc intégrer à la fois les aspects de performance et d'efficacité bien sûr mais aussi la qualité du fonctionnement, dont...

- ...l'efficacité clinique : la question d'arriver à obtenir les meilleurs résultats sur le plan fonctionnel et éviter autant que possible une dégradation de l'état de santé du patient ;
- ...la sécurité : limiter les effets indésirables liés à la prise en charge ;
- ...la centration de la prise en charge sur la personne : qui comprend la participation active de la personne soignée et les efforts visant à faire de la prise en charge une expérience positive pour le patient ;
- ...la coordination et l'intégration des soins : on pense notamment à l'intégration des aspects sociaux mais aussi les enjeux de communication et de continuité de l'information.

Ces aspects doivent être prise en parallèle aux aspects d'accès aux soins (finance et temps d'attente) et les coûts/dépenses concernés.

L'ensemble de ces aspects sont influencés par une série de facteurs clés, on pense notamment au personnel, à la qualité de l'environnement de travail, mais aussi à l'environnement de résidence et aux technologies de soutien.

Cette représentation est tirée d'une synthèse de huit modèles utilisés dans huit pays européens.

Pourquoi parle-t-on alors aujourd'hui d'indicateurs de qualité dans les EMS en Suisse? En fait c'est une obligation légale, située à l'article 59a de la LAMal:

### Art. 59a<sup>4</sup> Données des fournisseurs de prestations

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les indications suivantes doivent notamment être communiquées:

- a) le genre d'activité exercée, l'infrastructure et l'équipement, ainsi que la forme juridique;
- b) l'effectif et la structure du personnel, le nombre de places de formation et leur structure;
- c) le nombre de patients et la structure de leur effectif, sous une forme anonyme;
- d) le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies;
- e) les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- f) les indicateurs de qualité médicaux.

<sup>2</sup> Les personnes physiques et morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les données doivent être fournies gratuitement.

<sup>3</sup> Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique. Celui-ci met à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant des prix, de l'Office fédéral de la justice, des cantons, des assureurs et des organes figurant à l'art. 84a les données par fournisseur de prestations énumérées à l'al. 1 aux fins de l'application de la présente loi. Ces données sont publiées.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement, la transmission et la publication des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Une partie des informations sont déjà fournies via à la SOMED (a à e). La lettre f. concerne les indicateurs médicaux. C'est de ça que résulte ce projet. Cet article de loi précise que ces données doivent être mises à disposition gratuitement, selon une collecte organisée par l'OFS et en vue d'une publication par l'OFSP.

Si nous revenons au cadre d'ensemble précédent, on voit que les indicateurs de qualité qui vont nous occuper sont liés à cet aspect spécifique de la qualité et ne couvrent donc pas l'ensemble des aspects de la qualité. Ils ont été choisis de par leur intérêt pour évaluer et suivre les facteurs clé qui peuvent être liés sur le plan structurel et sur la base des connaissances actuelles disponibles.

Les indicateurs de qualité ont finalement trois buts:

1. **Soutenir les EMS dans leur processus d'amélioration continue.** Il s'agit d'avoir des outils pour évaluer dans quel domaine la prise en charge nous semble optimale et dans lesquels un potentiel d'amélioration peut être souhaité.
2. **Favoriser la transparence, par rapport au résident, au patient, au financeur, aux proches.** Ceci en vue d'avoir des informations pour mener un choix par exemple. Cette transparence a également pour but de renforcer le processus d'amélioration continue.
3. **Evaluation au niveau national** avec possibilité de comparer différentes structures ou différents pays.

Les données sont recueillies dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents. Pas de récolte supplémentaire donc. Avec RAI et BESA c'est une nouvelle version de l'instrument qui sera introduit tandis que pour PLAISIR/PLEX c'est un module supplémentaire qui sera développé.

Les données sont collectées et transmises à l'OFS, normalement directement par le fournisseur de l'instrument. La collecte a déjà commencé en janvier 2019 et la publication aura lieu à partir de 2020 au plus tôt, sous une forme à définir.

Trouver des bons indicateurs de qualité ce n'est pas si simple. Le premier critère c'est clairement d'être basé sur des définitions reconnues. Un autre aspect c'est la description d'événements qui sont clairement identifiables par les utilisateurs. Il est en effet important que l'évaluateur puisse se déterminer avec le minimum de doutes. A cela s'ajoute le fait que les utilisateurs puissent faire un lien avec la pratique clinique quotidienne/habituelle. L'aspect quantifiable de son côté permet d'avoir un suivi au fil du temps ou une comparaison entre différentes structures, même si parfois les chiffres utilisés se basent sur des informations plus qualitatives. Les indicateurs ont cependant besoin d'être faisables. Il faut avoir les ressources (temps, formation, moyens techniques, éthique, ...) nécessaires pour les récolter. Il faut que ces aspects soient généralisables, entre les cantons, entre les structures (autant que faire se peut). Nous avons aussi besoin d'indicateurs qui sont modifiables. Le but étant d'améliorer la qualité par des mesures, il est nécessaire de pouvoir changer les choses. Il faut que ces indicateurs soient fiables et valides. Fiables cela se réfère à l'indépendance de la personne qui évalue (la non-dépendance). Valides cela veut dire que l'indicateur doit traduire un aspect important de la prise en charge et avoir un lien avec la qualité de vie de la personne prise en charge. Finalement un aspect important c'est la capacité à différencier. Il est important que l'indicateur puisse différencier entre les temps et les structures.

Tout ceci pour illustrer que le processus qui a été mis en place pour choisir ces indicateurs de qualité est complexe.

## LE PROJET IQM

Le processus n'a pas été simple et il a fallu associer de nombreuses personnes pour parvenir à l'objectif. Le projet lui-même était mené par CURAVIVA Suisse mais l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) faisaient partie du COPIL.

Les études ont commencées en 2009 avec la préparation des centres de compétences et une première définition des thèmes possibles par le comité de pilotage. Cette première étape a duré jusqu'en 2013, date à laquelle les travaux préparatoires en vue de l'adaptation des instruments ont débutés. En 2015 l'adaptation des instruments a commencé et les études pilotes ont été lancées. Ces études se sont achevées en 2018.

Tout ce processus a abouti à la sélection de quatre thèmes principaux :

1. Malnutrition (perte de poids);
2. Mesures limitant la liberté de mouvement (barrières de lit ou dispositif similaire ET sièges ne permettant pas de se lever de manière autonome ou fixations tronc);
3. Gestion de la douleur (douleur auto-évaluée et hétéro-évaluée);
4. Polymédication.

Les études pilotes ont été menées en deux phases :

1. Evaluation de l'intelligibilité des questions ;
2. Evaluation de la fiabilité des données et leur utilité.

303 personnes, provenant de 127 EMS ont testé le module d'évaluation et ont en plus répondu à un sondage en ligne, leur demandant notamment leur compréhension des indicateurs mais en les soumettant également à un test (sous forme de vignettes à évaluer).

L'évaluation de la malnutrition sous l'angle de la perte de poids a ainsi été évaluée correctement par environ 90% des répondants. Par ailleurs, la majorité des répondants ont indiqué avoir bien compris la question (même si cela a pu générer chez 33% des répondant, quelques discussions au sein de l'équipe quant à la manière correcte de répondre). Cet indicateur a été évalué comme intéressant pour l'amélioration de la qualité par comparaison avec d'autres institutions (par 63%).

*Réaction de la salle : « Je pense que le terme de malnutrition est restrictif, il faudrait parler de perte de poids. »*

Réponse des intervenantes : « Vous avez raison quant à la correspondance partielle entre les deux. En effet c'est un proxy. »

Concernant la fiabilité des indicateurs (réponses correctes aux vignettes), elle est à plus de 50% pour l'ensemble des indicateurs, sauf l'évaluation hétéronormée de la douleur, en particulier chez les utilisateurs de PLAISIR/PLEX.

## MALNUTRITION

La malnutrition se définit comme un manque de protéines et de nutriments spécifique, la perte de poids est un symptôme. Le nom de l'indicateur est en effet un choix et peut en effet être revu.

Il y a un risque accru de malnutrition chez les personnes âgées, en particulier à l'entrée en EMS. C'est dû au fait que l'entrée en EMS s'effectue à un moment où la santé est mise à mal. Il y a chez les personnes âgées des modifications physiques qui entraînent des risques de malnutrition. La perte de poids a une prévalence de 5 à 35% dans les EMS (cela dépend de la manière dont elle est évaluée). Pour les conséquences de la malnutrition nous allons en dire quelques mots mais vous les connaissez par votre pratique quotidienne (augmentation des taux de complications, augmentation des risques d'hospitalisation, diminution de la mobilité fonctionnelle, etc.).

La perte de poids est mesurée de la même manière pour tous les instruments : "Pourcentage de résident avec 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". Les résidents avec une espérance de vie de moins de 6 mois et les évaluations d'entrée sont exclues de cette évaluation.

*Sur quoi se base-t-on pour estimer l'espérance de vie?*

On va y revenir, cela doit découler de l'évaluation interdisciplinaire et cela restera un indicateur approximatif. L'espérance de vie est un facteur d'exclusion et doit donc être utilisée si elle invalide une variation du poids. On peut plutôt parler de pronostic soignant.

La notion des six mois est sans doute à mettre en lien avec la norme en développement au niveau national pour le remboursement LAMal des soins palliatifs (également de six mois).

Les sondages ont également mis en lumière la difficulté de répondre à la question et la nécessité d'un calcul automatique (entrer les poids et les tailles et faire en sorte que cela se fasse automatiquement).

*Pourquoi les démences avancées n'ont-elles pas été incluses ?*

On essaie d'être économes dans le nombre de questions posées. Dans tous les cas on sait que les indicateurs ne seront pas le parfait reflet de la réalité.

## Possibilités d'intervention

**Résidents** : La première mesure c'est le dépistage. Identifier les causes de perte de poids, fixer des objectifs et des mesures d'intervention.

**Personnel** : Proposer une formation continue, notamment pour les personnes ayant des problèmes de vision ou de démence.

**Organisation** : Accès à des traitements dentaires. Instruction de prise en charge. Cuisine adaptée aux personnes âgées.

## MESURES LIMITANT LA LIBERTÉ DE MOUVEMENT

Ces mesures sont encore, en moyenne, d'utilisation fréquente en EMS. La majorité sont des barrières du lit. Les taux sont beaucoup plus bas concernant la fixation du tronc et le siège ne permettant pas de se mobiliser de manière autonome.

Les conséquences négatives d'une surutilisation ou une utilisation inappropriée de ces mesures sont nombreuses quant à la qualité de vie du patient. Cela va de la diminution de la qualité de vie en passant par la perte d'appétit, la diminution des fonctions cognitives et les risques associés de chutes, de blessures voire de décès. Cette longue liste montre combien ces dispositifs, lorsqu'ils sont utilisés de manière inappropriée peuvent poser problème.

Les indicateurs retenus sont:

1. Le pourcentage de résident ayant soit une fixation du tronc OU l'utilisation quotidienne d'un siège ne permettant pas de se lever de manière autonome.
2. L'utilisation quotidienne des barrières de lit (sur l'ensemble des côtés du lit).

Critère d'exclusion : mesures utilisées avec l'accord du patient.

Les réponses libres qui ont été formulées pendant le sondage révèlent qu'il était difficile de distinguer la fixation du tronc et les sièges ne permettant pas de se lever de manière autonome. En fait, ces deux informations étant réunis dans le même indicateur, cela ne pose pas de problème. Une autre critique concernait les options de réponse, jugées trop nombreuses (jour, nuit, jour et nuit, etc.). Enfin, une critique concernait l'accord du résident, en particulier parce que les documents permettant de répondre à cette question n'étaient pas toujours disponibles.

Concrètement on a besoin de savoir si la mesure est utilisée quotidiennement ou non et si les résidents sont capables de discernement ou dont le contexte n'a pas encore été clarifié.

Dans chaque cas ces indicateurs ont été choisis parce qu'ils sont susceptibles, lorsque vous remarquez par exemple qu'il y a une utilisation plus importante en comparaison à d'autres institutions ou comparativement à d'autres années, d'appeler des mesures d'intervention (guide d'utilisation, renforcement de la collaboration interprofessionnelle, adaptation de l'environnement, etc.). Une mesure est également la discussion avec le résident du risque acceptable.

*Vous avez parlé des personnes avec capacité de discernement. Nous travaillons avec des personnes qui n'ont pas leur capacité de discernement mais les mesures sont signées par le représentant légal. On considère cela comme un accord ou pas ?*

Même si vous avez l'accord d'un répondant légal qui répond de la mesure, on ne peut pas considérer sous l'angle de l'indicateur que c'est l'accord du résident.

## EVALUATION DE LA DOULEUR

Les résidents ont souvent plusieurs diagnostics qui peuvent être associés à des douleurs. La douleur a évidemment des conséquences négatives sur la qualité de vie et c'est pourquoi il est important d'identifier les résidents avec des douleurs (ce qui peut être difficile avec des résidents ayant des troubles cognitifs).

Deux indicateurs de qualité ont été associés à cette thématique :

1. **Auto-évaluation** : Pourcentage de résident ayant fait part au cours des 7 derniers jours et façon quotidienne de douleurs. Critère d'exclusion : ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas répondre
2. **Evaluation par des tiers** : même question. Pas de critère d'exclusion.

Au niveau du sondage, la difficulté à mesurer la douleur chez les résidents est ressortie, en particulier pour les résidents souffrant de troubles cognitifs.

La question est posée de manière orale au résident. C'est de cette façon-là qu'il faut poser la question pour l'indicateur de qualité. Il n'est pas possible d'utiliser une échelle numérique ou visuelle et transposer dans l'indicateur. Evidemment ces types d'évaluation doivent continuer à être utilisées pour la pratique.



## POLYMÉDICATION

En Suisse entre 21% et 40% des résident en EMS prennent 9 médicaments et plus, 11% en prend plus de quinze. La polymédication est reconnue pour ses conséquence et sa contribution à des risques tels les réactions indésirables aux médicaments.

L'indicateur qui a été retenu c'est le pourcentage de résident qui prennent 9 substances actives ou plus au cours des sept derniers jours.

Le sondage a démontré que le résultat était correct pour l'indicateur de qualité mais le comptage était très souvent faux. L'automatisation permet d'améliorer les résultats.

Concernant le comptage, il s'agit des substances actives et non les médicaments. Les médicaments de réserve doivent être comptés. Le nombre de substance est limitée à 2 par médicaments.

## EVALUATION ET UTILISATION DES DONNÉES

Une fois les données collectées, elles ont été évaluées pour mesurer leur qualité et leur adéquation. L'ajustement des risques a été fait pour faciliter cette comparabilité entre deux établissements. Parce que les différences peuvent être liées à des spécificités des établissements (taille, résidents, missions, etc.). L'ajustement des risques visent à prendre en compte des facteurs connus qui influencent ces différences et les ajuster. Si les indicateurs ne sont pas capables de faire des différences entre EMS ils n'ont pas d'intérêt. Les tests mathématiques permettent de confirmer le critère distinctif de chaque indicateur.

Une fois les résultats obtenus pour votre EMS et que vous pouvez les situer par rapport à l'ensemble des EMS, c'est quelque chose qui ne vous informe pas sur la qualité globale de votre EMS, nous en sommes conscients. Néanmoins ce sont des outils qui vous apportent des informations sur certains thèmes spécifiques et pour autant que vous teniez compte des limites de chaque indicateur. L'utilisation dans la gestion interne de la qualité peut permettre de clarifier les objectifs. Bien sûr en amont il est important de comprendre comment le personnel arrive à mobiliser les indicateurs par rapport à la compréhension de la qualité de manière générale. Il faut également s'interroger sur l'utilisation des données : soit dans le but de comparer différents aspects, soit dans le but de se comparer par rapport à d'autres EMS, par exemple au sein d'un groupe d'EMS, soit pour se comparer dans le temps.

L'utilité des différents indicateurs a été évalué par deux tiers des répondants comme tout à fait bon pour faire du benchmarking. L'utilité pour le monitoring interne emporte plus de suffrages. Cela peut servir à surveiller si un certain nombre d'objectifs pourront être atteints.

Les enjeux pour intégrer ces indicateurs c'est d'avoir des mesures le plus uniforme possible. C'est important de planifier et réaliser dans de bonnes conditions la collecte des données. Et puis de pouvoir analyser qui effectue cela et qui reçoit les résultats. Ensuite c'est l'étape liée à l'amélioration de la qualité, en termes de mesures.

## RÉFÉRENCES

Diapositives de cette présentation :

[https://www.curaviva.ch/files/OJW0GL5/collecte\\_des\\_indicateurs\\_de\\_qualite\\_medicaux\\_presentation\\_curaviva\\_suisse.pdf](https://www.curaviva.ch/files/OJW0GL5/collecte_des_indicateurs_de_qualite_medicaux_presentation_curaviva_suisse.pdf)

Fiches techniques sur les IQM avec description et suggestions d'intervention :

<https://www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Dossiers-thematiques/Indicateurs-de-qualite-medicaux/oGarWL4u/PQBbv/>



---

## HéviA

Association vaudoise  
d'institutions  
médico-psycho-sociales

Rue du Caudray 6  
1020 Renens

[www.heviva.ch](http://www.heviva.ch)