

Indicateurs qualité nationaux de l'ANQ

Rapport qualité 2018

INDICATEURS ANQ

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est née de la fusion de la société nationale KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) avec l'Association intercantonale pour l'assurance de la qualité AIQ. L'ANQ a pour objectif de coordonner et de mettre en place des mesures de qualité des résultats à un niveau national, en particulier la réalisation uniforme de mesures de qualité au sein des hôpitaux et cliniques dans le but de documenter, de développer et d'améliorer la qualité (<http://www.anq.ch/fr/anq>).

L'HVS a adhéré en 2011 au contrat national en matière de qualité proposé par l'ANQ. En 2018, l'HVS a participé au plan de mesures dans les soins aigus, la réadaptation et la psychiatrie.

Dans le domaine de la psychiatrie, un questionnaire commun sur la satisfaction des patients a été introduit au niveau national. Jusqu'à aujourd'hui la mesure de la satisfaction des patients en psychiatrie ne faisait pas partie du plan de mesure obligatoire.

Les résultats ANQ pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation concernant la qualité de saisie des données et non les résultats eux-mêmes. En conséquence, pour ces deux domaines, on ne peut pas tirer de conclusions sur la qualité des soins.

SOMMAIRE

1. Satisfaction des patients
 - 1.1. Somatique aigu
 - 1.2. Réadaptation
 - 1.3. Psychiatrie
2. Taux de réadmissions et de réopérations potentiellement évitables
3. Prévalence des escarres, des chutes et mesures de contention
4. Registre des implants orthopédiques - SIRIS
5. Infections du site opératoire - Swissnoso
6. Indicateurs qualité en psychiatrie
7. Indicateurs qualité en réadaptation

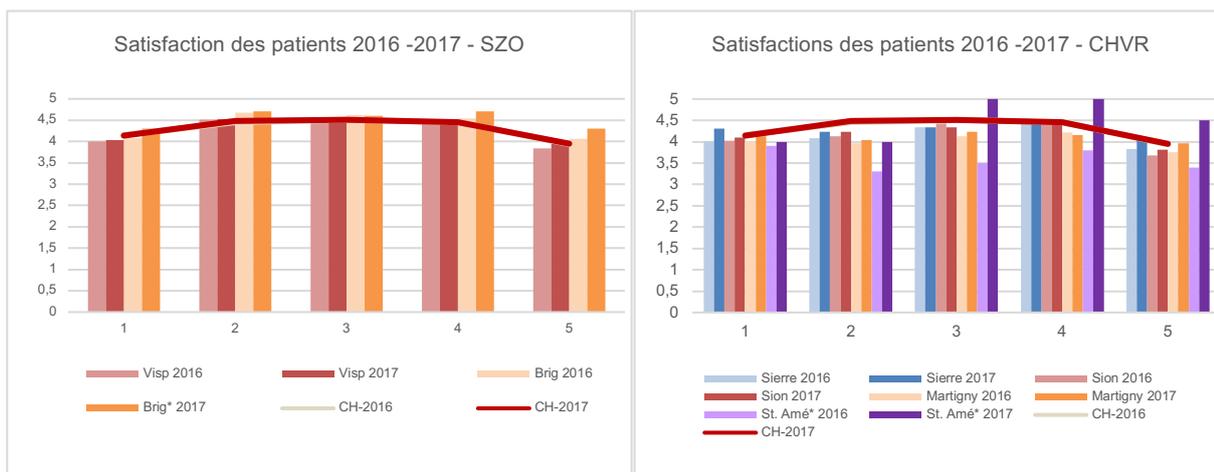
1. Satisfaction des patients

1.1 Somatique aigu

La satisfaction des patients ne reflète pas nécessairement la qualité objective des soins, mais elle constitue un outil essentiel d'évaluation et fait partie intégrante du plan de mesure national de l'ANQ. Le questionnaire de satisfaction élaboré par l'ANQ comporte, depuis l'enquête de 2016, six questions (cinq questions pour les années précédentes).

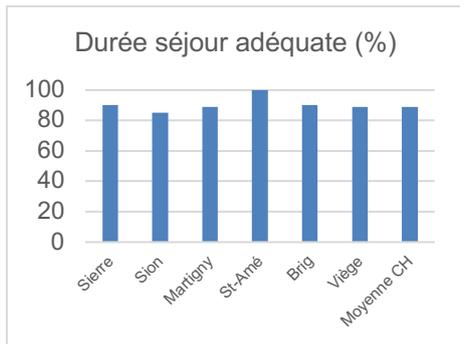
1. qualité des soins reçus à l'hôpital
2. possibilité de poser des questions aux médecins et au personnel soignant
3. clarté des réponses fournies
4. explications concernant les médicaments à prendre
5. organisation de la sortie de l'hôpital
6. durée du séjour

La satisfaction des patients a été évaluée par le biais d'un questionnaire standardisé envoyé à tous les patients de plus de 18 ans domiciliés en Suisse et sortis des différents sites de l'HVS (hôpitaux de Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et Saint-Maurice) entre le 1er et le 30 septembre 2017. En 2018 la même enquête a eu lieu au mois de septembre, mais les résultats de cette mesure ne sont pas encore disponibles.



Les résultats pour les sites de l'HVS sont compris entre 4 et 5 pour les cinq premières questions, ce qui constitue un bon résultat pour l'HVS, même s'il est légèrement inférieur à la moyenne des hôpitaux suisses. Les résultats des années 2016 et 2017 sont très proches. Sur toutes les sites on peut constater une minime amélioration de la satisfaction.

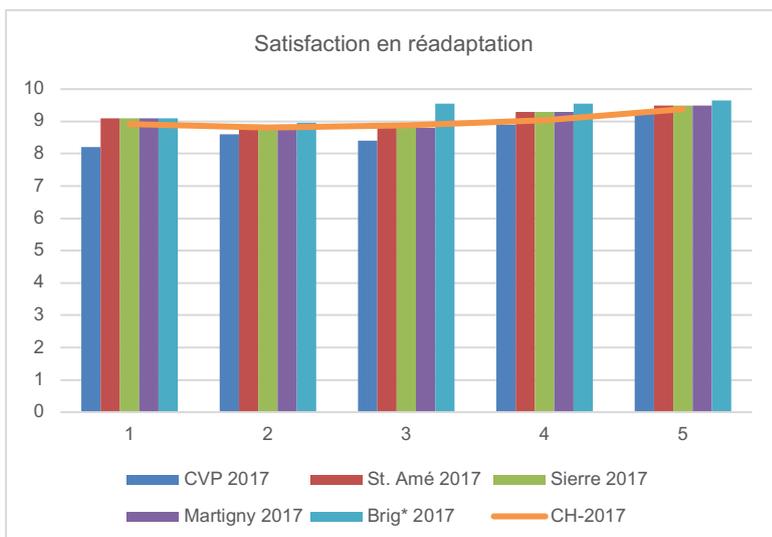
Le graphique ci-dessus montre les résultats des 5 premières questions. Pour la question 6, il n'y a que trois réponses possibles (trop courte, adéquate, trop long). Les résultats sont exprimés en % des personnes ayant répondu que la durée était adéquate.



En plus de l'enquête de satisfaction nationale, une enquête de satisfaction interne est faite dans les deux centres hospitaliers. L'enquête interne inclut plus de questions et donne plus de détails sur des pistes d'amélioration : les résultats sont présentés dans le rapport Mesures interne de la satisfaction des patients à l'adresse suivante <https://www.hopitalvs.ch/fr/lhopital-du-valais/rapports/rapport-qualite-2018.html>.

1.2 Réadaptation

Le questionnaire de l'ANQ inclut 5 questions. Il a été envoyé à tous les patients de plus de 18 ans domiciliés en Suisse et sortis d'un séjour en réadaptation entre le 1er avril et le 31 mai 2017. En 2018 la même enquête a eu lieu en mois de septembre, mais les résultats de cette mesure ne sont pas encore disponibles.



Questions :

1. Qualité des soins reçus à l'hôpital
2. Possibilité de poser des questions aux médecins et au personnel soignant
3. Clarté des réponses fournies
4. Explications concernant les médicaments à prendre
5. Organisation de la sortie de l'hôpital

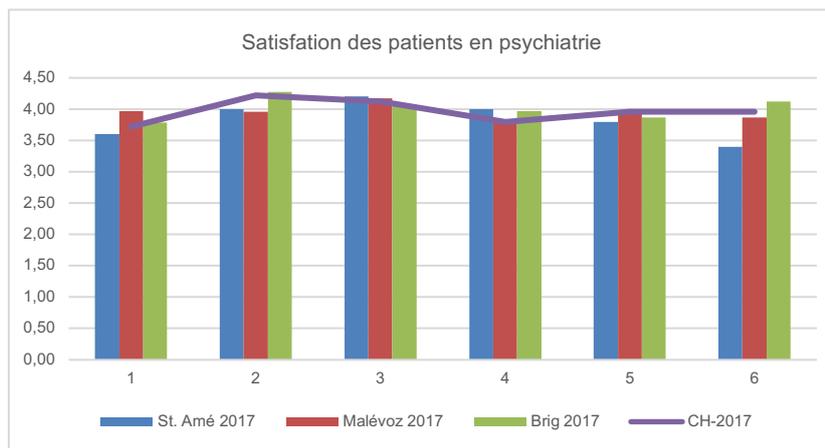
Les résultats sont très bons avec une satisfaction comprise entre 9 et 10 pour tous les sites, sauf pour celui de Montana où elle est un peu plus basse et inférieure à la moyenne suisse pour les trois premières questions.

1.3 Psychiatrie

Le questionnaire succinct développé par l'ANQ pour les patients hospitalisés en psychiatrie a été testé sous forme d'une étude pilote en 2016. Il contient six questions et utilise une échelle de réponse ordinale à cinq niveaux.

1. qualité des soins reçus à la clinique
2. possibilité de poser des questions
3. clarté des réponses fournies
4. explications concernant les médicaments à prendre
5. implication des patients dans les décisions du plan thérapeutique
6. préparation de la sortie de la clinique

Tous les patients adultes (≥ 18 ans) hospitalisés en psychiatrie et sortis entre le 1er septembre et le 30 novembre 2017 ont été inclus dans l'enquête. Les patients suivant un traitement psychiatrique suite à des mesures pénales ont été exclus de l'enquête.



Les résultats de cette enquête doivent être interprétés avec prudence, parce que le taux de réponse est bas (Brig 30.6%, St.- Amé 25% et Malévoz 23.1% ; au niveau suisse 26.5%) et que l'ajustement des résultats n'est fait que sur un nombre limité de variables.

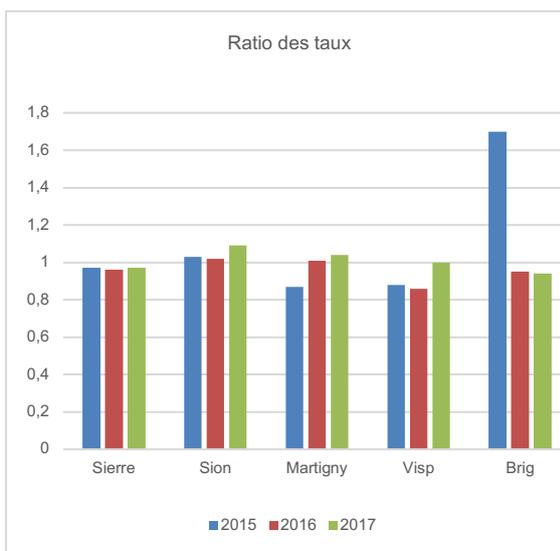
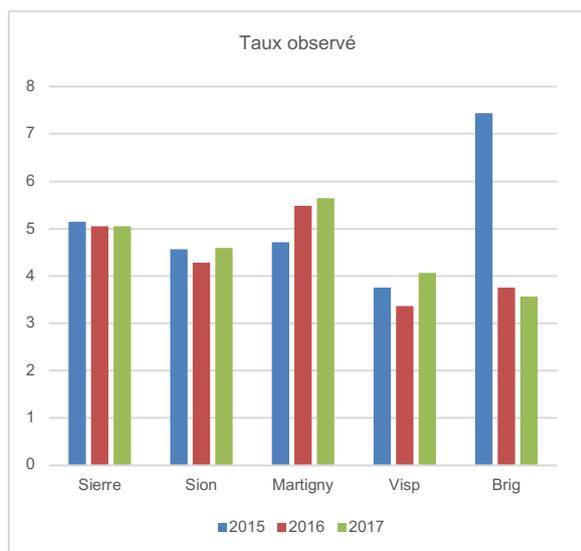
Les résultats pour les différents sites de l'HVS sont bons. Pour les questions 2, 5 et 6, la satisfaction des patients est légèrement en dessous de la moyenne suisse. Pour les questions 1, 3 et 4, les résultats sont dans la moyenne ou légèrement au-dessus de la moyenne suisse. La question 6 (planification de la sortie) montre cependant un potentiel d'amélioration plus marqué, en particulier sur le site de St. Amé. Globalement on peut dire que les résultats de l'HVS sont semblables aux résultats nationaux.

2. Taux de réadmissions et de réopérations potentiellement évitables

Les données utilisées pour déterminer ces indicateurs sont celles de la statistique médicale des hôpitaux. Le calcul des indicateurs est effectué à l'aide de la méthode SQLape. Chaque année, l'instrument SQLape est complété par les nouveaux codes ICD-10 (maladies) et CHOP (interventions), de façon à s'adapter au codage utilisé par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

2.1 Réadmissions potentiellement évitables

Est considérée comme réadmission potentiellement évitable toute réhospitalisation non prévue qui a lieu dans les 30 jours après la sortie, liée à un diagnostic déjà présent lors de l'hospitalisation précédente et non prévisible lors de celle-ci.



Pour l'année 2017, seul le taux de réadmission sur le site de Sion était significativement au-dessus de la moyenne suisse. A l'hôpital de Sion le taux de réadmission observé était à 4.59% et le taux attendu à 4.23%, la différence est donc de 0.36% (ratio à 1.09). Les résultats du site de Sion n'ont pas été analysés plus en détail, car une analyse complète des résultats serait extrêmement fastidieuse (504 dossiers à analyser) en l'absence d'une méthodologie d'analyse efficiente et cela pour un taux de réadmission très faiblement supérieur à la moyenne. Une collaboration entre l'HVS et l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) est en cours afin de mettre au point une méthode d'analyse efficiente qui pourra être utilisée si des résultats s'écartaient trop de la moyenne dans les années à venir.

Pour rappel : les résultats de Brig en 2015 étaient faux en raison d'un problème de définitions des réadmissions (par exemple un transfert prévu depuis l'orthopédie vers la gériatrie était considéré comme une réadmission).

2.2 Réopérations potentiellement évitables

Cet indicateur recense les réopérations considérées comme potentiellement évitables, c'est-à-dire répondant aux trois critères suivants :

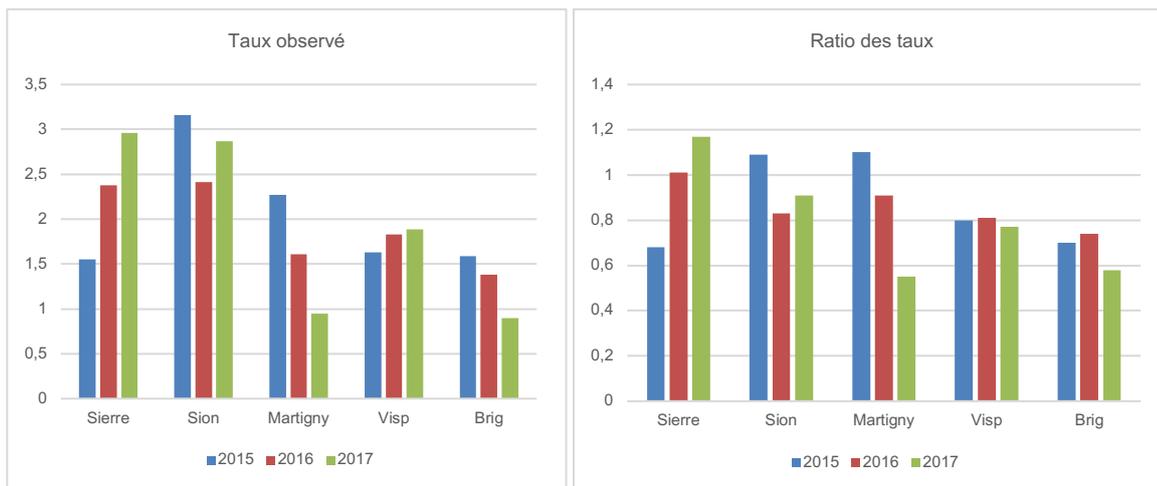
- liées au site anatomique opéré lors de l'intervention précédente;
- non prévisibles lors de l'intervention précédente;
- survenant durant la même hospitalisation que l'intervention précédente ou traduisant une complication chirurgicale.

Les interventions suivantes sont exclues :

- sans effraction de la peau ou des muqueuses (p. ex. extraction de corps étranger),
- les interventions à but diagnostique (telles que biopsie, arthroscopie sans interventions)
- les interventions en ambulatoire.

Aucune réopération externe, c'est-à-dire dans un autre hôpital, ne peut être identifiée pour le calcul du taux de réopérations potentiellement évitables, car les réopérations ne sont relevées que pour une même hospitalisation. Toutefois, si un patient est admis pour une réopération dans un autre hôpital, l'algorithme reconnaît dans celui-ci une réadmissions potentiellement évitable attribuée au premier hôpital.

L'outil SQ Lape calcule pour chaque hôpital le taux attendu, avec intervalle de confiance, en appliquant à cet hôpital les taux observés dans des populations similaires de patients quant aux diagnostics, aux types d'opérations et d'admissions (en urgence ou élective), à la présence ou non d'un séjour hospitalier préalable, aux catégories d'âge et à la répartition des sexes.



Le taux des réopérations potentiellement évitables ne sera plus évalué à partir de l'année de données OFS 2017. La direction de l'ANQ a pris cette décision en janvier 2018. Cette décision se justifie ainsi : pour des raisons de méthode, il n'est malheureusement pas possible de réaliser une publication transparente des résultats pour cet indicateur de qualité. En dépit d'un affinement régulier, l'algorithme ne peut rendre compte de façon fiable de la complexité des stratégies de soins actuelles. Pour cette raison, les conditions préalables à des comparaisons équitables à l'échelon national ne sont pas réunies.

3. Prévalence des escarres, des chutes et mesures de contention

Cet indicateur analyse la prévalence des escarres, des chutes et des mesures de contention chez les patients hospitalisés à un moment donné. Il s'agit d'une mesure nationale préconisée par l'ANQ et effectuée selon la méthode « International Prevalence measurement of Care problems, LPZ International ».

Pour effectuer cette enquête, deux infirmiers ou infirmières voient chaque patient présent et recensent, outre des données générales relatives à l'hôpital, certaines caractéristiques des patients telles que leurs données démographiques, leurs diagnostics et la présence ou non d'escarres, de chutes ou des mesures de contention durant leur séjour.

3.1 Prévalence des escarres

L'escarre est une « plaie de pression » consécutive à un manque d'apport d'oxygène à la peau provoqué par une pression excessive et prolongée.

En plus de la présence ou non d'escarres, les différents stades d'escarre sont aussi précisés :

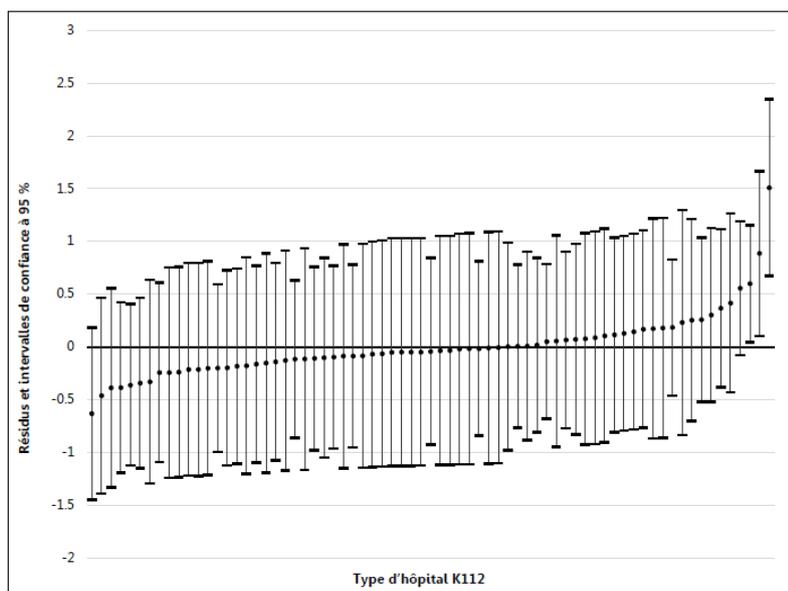
Catégorie 1 : rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt

Catégorie 2 : désépidermisation : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse (selon qu'elle contient ou non du sang)

Catégorie 3 : nécrose : plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus sous-jacents dévitalisés

Catégorie 4 : ulcère : plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

Compte tenu des variables comme la dépendance aux soins, la durée de séjour et le diagnostic (ajusté au risque), l'évaluation des résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur se présente comme suite



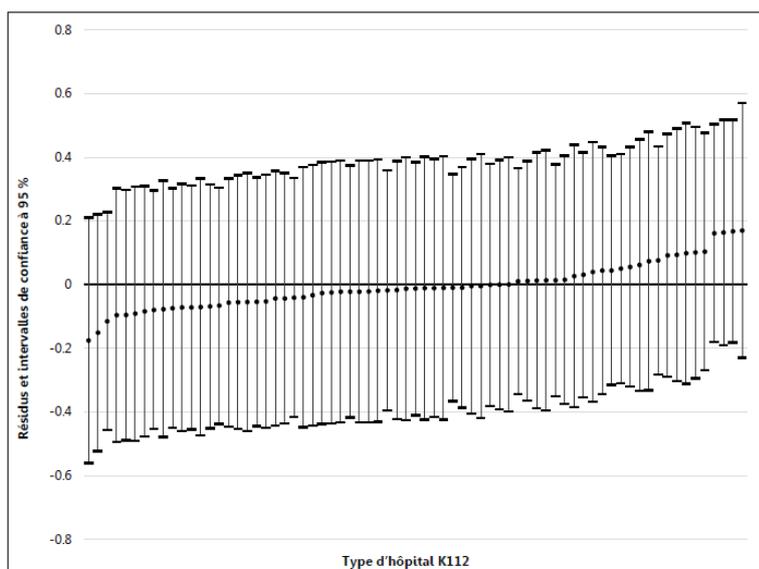
	CHCVS	CHC	SZO
2017	0.60	-0.02	-0.46

Les chiffres situés dans la zone positive indiquent un écart dans le sens clinique négatif, autrement dit une plus grande fréquence des escarres après ajustement des résultats au risque dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent un taux d'escarres plus faible que la moyenne.

3.2 Prévalence des chutes

Les chutes des patients hospitalisés, particulièrement lorsqu'ils sont âgés, peuvent avoir des conséquences graves et représentent l'un des effets indésirables les plus fréquents de l'hospitalisation.

Compte tenu des variables comme le nombre des jours depuis l'admission, une chute dans l'anamnèse, les sédatifs et/ou les médicaments influençant le comportement, la dépendance aux soins et le groupe de diagnostics CIM troubles mentaux et troubles du comportement en forme de résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital sont présentés ci-dessous



	CHCVS	CHC	SZO
2017	-0.115	-0.021	-0.065

Les chiffres situés dans la zone positive indiquent un écart dans le sens clinique négatif, autrement dit une plus grande fréquence des chutes après ajustement des résultats au risque dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent un taux de chutes plus faible que la moyenne.

Pour éviter des chutes chez les patients à risques et pour assurer la sécurité des patients ayant déjà chutés, plusieurs mesures de prévention ont été mises en place, par exemple les exercices et l'entraînement, l'accompagnement du patient pendant un déplacement, l'évaluation des moyens auxiliaires et des chaussures utilisées, l'information du patient et les adaptations de l'environnement.

4. Registre des implants orthopédiques - SIRIS

En Suisse, les données sur les prothèses de hanche et de genou sont enregistrées dans le registre des implants SIRIS depuis septembre 2012.

Le registre SIRIS fournit des informations destinées aux patientes et patients, ainsi qu'aux prestataires de soins.

Les hôpitaux et cliniques saisissent certaines données sur les implants telles que le type de prothèse et le type de fixation, ainsi que des données démographiques et cliniques telles que les caractéristiques des patient-e-s et la technique chirurgicale.

Les registres permettent une collecte de données organisée, prédéfinie et longitudinale. Au moment de leur analyse, les données reflètent une situation du passé. Le registre permet néanmoins une analyse des événements et la mise en œuvre de mesure d'améliorations qui peuvent être utiles à la situation présente ou future.

Les registres nationaux comme SIRIS se limitent à certaines caractéristiques de base, mais ils concernent un grand nombre de patient-e-s. Les résultats concernant la durée de vie des implants ne pourront être mesurés qu'après au moins dix ans d'utilisation du registre. Pour cette raison, les résultats ne peuvent pas encore être publiés dans le rapport qualité de l'HVS.

5. Infections du site opératoire - Swissnoso

Les infections nosocomiales (infections acquises lors de soins médicaux) constituent une complication classique de l'hospitalisation. Elles correspondent à un important problème de santé publique, que ce soit en termes de mortalité, de morbidité ou de coûts. Bien qu'elles ne sauraient être toutes évitées en raison des risques intrinsèques liés aux patients et aux interventions médicales qu'ils subissent, une partie d'entre elles peut être prévenue par un programme de prévention incluant une surveillance.

Les infections du site opératoire (infections de plaies chirurgicales) sont parmi les infections nosocomiales les plus fréquentes. Elles sont définies comme les infections qui surviennent :

- dans le mois suivant une intervention chirurgicale (ou dans l'année en cas d'implantation d'un corps étranger)
- à l'endroit de l'incision effectuée pour accéder aux organes opérés ou affectant les organes eux-mêmes ou les espaces qui les contiennent.

La méthode utilisée pour cette surveillance effectuée par le Service des maladies infectieuses de l'ICH s'inspire de celle développée par le programme « National Nosocomial Infection Surveillance » (NNIS) aux États-Unis et est décrite sur le site Internet de Swissnoso (www.swissnoso.ch). Depuis 2010 l'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) publie sur son site les résultats de tous les hôpitaux de Suisse qui participent aux mesures ANQ en médecine somatique aiguë. Ils sont consultables via le lien <https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/resultats-des-mesures-soins-aigus>.

Les résultats présentés dans les tableaux ci-dessous et les commentaires y relatifs concernent le rapport Swissnoso reçu en 2019 qui couvre la période 2017-2018 pour la chirurgie sans implant et la période 2016-2017 pour la chirurgie avec implant.

Résultats du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR)

Type d'intervention	Opérations (nombre)		Taux d'infection (%)		Comparaison SIR (95% CI) *
	CHVR	Tous les autres hôp	CHVR	Tous les autres hôp	
Appendicectomie global	266	5529	5,26	2,97	2,0 (1,1-3,3)
- appendicectomie ≥16 ans	219	3697	5,02	3,08	1,7 (0,8-3,0)
- appendicectomie < 16 ans	47	1832	6,38	2,73	2,9 (0,6-8,6)
Césarienne	347	6471	1,73	1,84	1,0 (0,4-2,2)
Chirurgie du côlon	136	6898	28,68	13,18	2,1 (1,5-2,9)
Opérations du rectum	11	323	27,27	17,34	1,8 (0,4-5,3)
Toute chirurgie cardiaque	181	4033	4,97	4,24	1,1 (0,5-2,0)
- pontage coronarien (PAC)	68	1925	1,47	4,16	0,3 (0,0-1,5)
- remplacement valve	55	1077	9,09	4,09	2,2 (0,7-5,2)
- autre chirurgie cardiaque	58	1031	5,17	4,56	1,1 (0,2-3,3)
Prothèse totale de hanche	59	12392	3,39	1,09	2,6 (0,3-9,4)

* SIR (Standardized Infection Ratio) = taux d'infections observées divisé par le taux d'infections attendues. Le taux d'infections attendues est calculé pour une population semblable à celle de l'hôpital observé quant à la répartition des risques parmi les patients (indice de risque NNIS prenant en compte le degré de contamination microbiologique du champ opératoire, le risque anesthésique et la durée de l'opération).

SIR > 1 ↔ taux d'infection > moyenne ; SIR = 1 ↔ taux d'infection = moyenne ; SIR < 1 ↔ taux d'infection < moyenne.

Les résultats montrant une évolution statistiquement significative vers le haut sont marqués en rouge.

Commentaires sur les résultats du CHVR pour lesquels le SIR est ≥ 1

Appendicectomie global

Population ≥ 16 ans : l'élévation du SIR est statistiquement significative. Elle a déjà été notée par le passé, raison pour laquelle le suivi des infections se fait continuellement : dès qu'une infection est détectée elle est analysée. Les analyses n'ont pas mis en évidence d'erreur de prise en charge. De nombreuses mesures d'amélioration ont été mises en œuvre pour la chirurgie du côlon et plusieurs de ces mesures s'appliquent également à l'appendicectomie (les mesures d'amélioration sont décrites ci-dessous sous la catégorie chirurgie du côlon).

Population < 16 ans : le SIR varie beaucoup d'une année à l'autre en raison des petits collectifs de patients, mais pour la période 1.1.2011 à 30.09.2018 (291 opérations), le SIR est à 1 (taux infection 3.1% au CHVR et 3.2% pour la moyenne des autres hôpitaux suisses).

Chirurgie du côlon

En raison de la persistance de l'élévation du SIR malgré des mesures d'amélioration visant à améliorer l'adhésion à l'hygiène des mains et l'adhésion aux mesures prophylactiques contre les infections de site opératoire (dépilation, antibioprofylaxie préopératoire et désinfection), plusieurs mesures d'amélioration spécifiques à la chirurgie du côlon ont été mises en œuvre au courant de l'année 2018 et au début de 2019 :

- introduction d'une technique (coloration au vert indocyanide) pour mieux délimiter les zones du côlon qui sont viables et ainsi éviter de laisser en place du tissu dévitalisé à haut risque d'infection
- décontamination digestive préopératoire par un antibiotique oral (diminution de la charge bactérienne dans le côlon)
- acquisition d'une nouvelle colonne de laparoscopie (meilleure qualité des images)
- utilisation d'agrafeuses électriques diminuant les lésions des tissus du côlon
- révision des techniques opératoires, notamment :
 - amélioration des transitions entre les phases opératoires « sales » (risque de contamination par les selles) et « propres »
 - introduction d'un système de protection de la paroi abdominale
 - introduction d'un pansement à pression négative posé sur table et laissé 7 jours
- organisation d'une formation continue pour chaque opérateur, en collaboration avec un hôpital universitaire

- collaboration étroite avec le service de chirurgie viscérale des HUG
 - colloques interdisciplinaires mensuels traitant des différents indicateurs qualité (registre Enhanced Recovery After Surgery – ERAS)
 - revues morbidité-mortalité plusieurs fois par année
- La mise en œuvre des mesures générales est également poursuivie :
- reprise des observations au bloc opératoire en suivant la méthodologie Swissnoso (module Swiss Clean Care) pour la surveillance des mesures prophylactiques contre les infections du site opératoire
 - contrôle de l'hygiène des mains selon la méthodologie Swissnoso.

Un nouveau médecin chef du service de chirurgie générale est arrivé au CHVR le 1^{er} décembre 2017 (Dr B. Guendil). Il a été l'instigateur de la majorité de ces mesures d'amélioration. Leurs effets pourront déjà être observés au courant de 2019, mais ils seront maximaux à partir de l'année 2020.

Chirurgie du rectum

Le nombre d'opération est trop faible (11) pour pouvoir tirer des conclusions. Même sur une plus longue période (01.01.2011 au 30.09.2018), le nombre reste faible puisqu'il ne s'élève qu'à 47.

Chirurgie cardiaque

Le SIR reste légèrement élevé, mais l'évolution est favorable puisque le taux d'infection du CHVR est nettement à la baisse : pour la période actuelle (01.10.2016-30.09.2017) le taux d'infection est à 4.97% et pour la période précédente (01.10.2015-30.09.2016) le taux d'infection était à 8.76%.

Prothèse totale de hanche (suivi prothèse totale de hanche et prothèse de genou en alternance, une année sur deux)

L'élévation du SIR n'est pas statistiquement significative et l'excès d'infection est faible : 2 infections observées pour 0.8 attendues.

Césarienne (suivi césarienne et hystérectomie en alternance, une année sur deux)

Le SIR est à 1, mais une plus longue période (01.01.2011 au 30.09.2018) il est à 0.7 pour 922 opérations.

Résultats du Centre Hospitalier du Haut-Valais (Spitalzentrum Oberwallis - SZO)

Type d'intervention	Opérations (nombre)		Taux d'infection (%)		Comparaison SIR (95% CI) *
	SZO	Tous les autres hôp	SZO	Tous les autres hôp	
Appendicectomie global	119	5676	5,88	3,01	2,0 (0,8-4,1)
- appendicectomie ≥16 ans	100	3816	6,00	3,12	1,9 (0,7-4,0)
- appendicectomie < 16 ans	19	1860	5,26	2,80	2,1 (0,0-11,8)
Césarienne	149	6669	1,34	1,84	0,7 (0,1-2,4)
Chirurgie du côlon	66	6968	21,21	13,40	1,7 (0,9-2,8)
Opérations du rectum	3	331	0,00	17,82	0,0
Prothèse totale de hanche	154	12297	1,30	1,10	1,5 (0,2-5,4)

* SIR (Standardized Infection Ratio) = taux d'infections observées divisé par le taux d'infections attendues. Le taux d'infections attendues est calculé pour une population semblable à celle de l'hôpital observé quant à la répartition des risques parmi les patients (indice de risque NNIS prenant en compte le degré de contamination microbiologique du champ opératoire, le risque anesthésique et la durée de l'opération).

SIR > 1 ↔ taux d'infection > moyenne ; SIR = 1 ↔ taux d'infection = moyenne ; SIR < 1 ↔ taux d'infection < moyenne.

Les résultats montrant une évolution statistiquement significative vers le haut sont marqués en rouge.

Commentaires sur les résultats du SZO pour lesquels le SIR est > 1

Aucune élévation du SIR n'est statistiquement significative.

Appendicectomies

Le SIR est à 2.0, mais sur la période 06.01.2011 à 30.09.2018 il est à 1.0 pour 620 opérations.

Chirurgie du côlon

L'élévation du SIR est en grande partie due à un taux supérieur d'infections superficielles (50% au SZO et 31.9% pour la moyenne des autres hôpitaux suisses). Ceci explique que les conséquences des infections pour les patients sont moins importantes au SZO en termes de durée médiane de séjour (11.5 jours au SZO et 17.0 jours pour la moyenne des autres hôpitaux suisses), de réinterventions dues à une infection (64.3% au SZO et 81.0% pour la moyenne des autres hôpitaux suisses) et de réhospitalisations dues à une infection (0% pour le SZO et 17.1% pour la moyenne des autres hôpitaux suisses).

En résumé, le taux d'infection plus élevé au SZO est attribuable à un taux supérieur d'infections superficielles qui ont moins de conséquences négatives pour les patients.

Prothèse totale de hanche (suivi prothèse totale de hanche et prothèse de genou en alternance, une année sur deux)

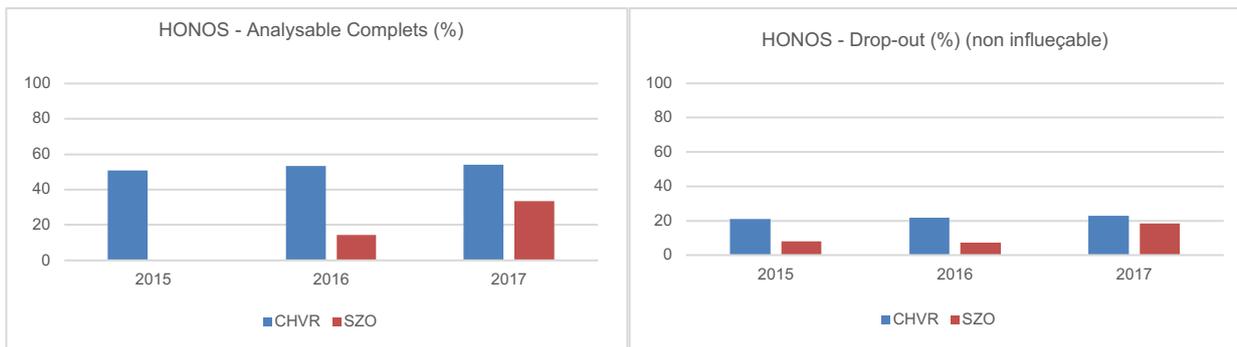
L'élévation du SIR n'est pas statistiquement significative et l'excès d'infection est très faible : 2 infections observées pour 1.3 attendues.

6. Indicateurs qualité en psychiatrie

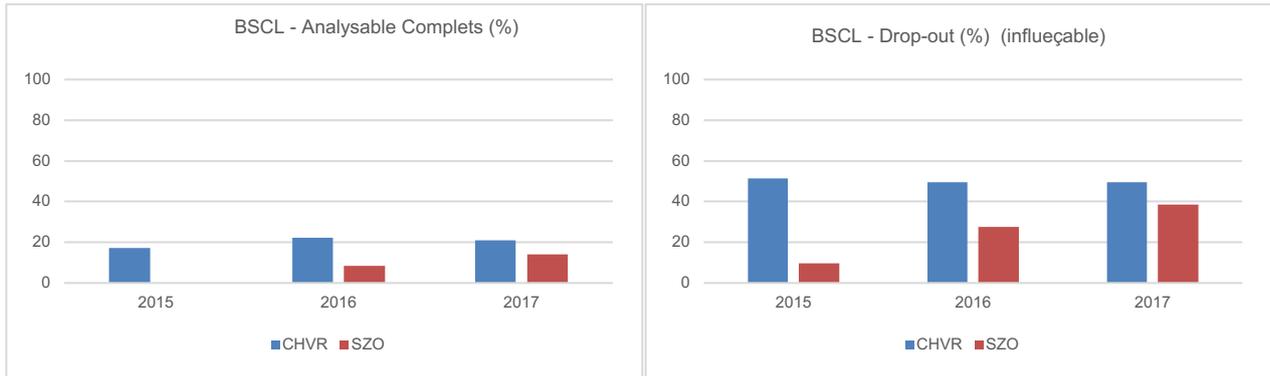
6.1 Qualité des données

Toutes les mesures ANQ en psychiatrie stationnaire sont désormais intégrées dans la routine des soins dispensés dans le département de psychiatrie. Pour chaque patient l'intensité des symptômes est relevée en début et en fin du traitement et caractérise le nombre et le degré de gravité des symptômes liés à un trouble psychique. L'évolution entre le moment de l'admission et celui de la sortie est considérée comme résultat du traitement. Cette évaluation est double : d'une part, par le patient lui-même (Brief Symptom Checklist, BSCL) et, d'autre part, par le personnel soignant (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS).

En février 2018 les données de 2017 des hôpitaux Suisse dans le domaine de la psychiatrie ont été livrées à l'institut d'évaluation. Les résultats publiés dans le présent rapport reflètent la qualité de la saisie et non la qualité de la prise en charge en soi.



En ce qui concerne la qualité des données, nous avons constaté une nette augmentation des jeux de données HONOS complets pour le SZO ainsi qu'une hausse du nombre de cas drop-out non influençables. Déjà excellente ces dernières années, la qualité des données au sein du CHVR s'est encore améliorée. Pour le SZO, il subsiste un potentiel d'optimisation dans le domaine des jeux de données complets principalement. Plusieurs mesures d'amélioration et des formations ont été mises en œuvre. Les résultats de la qualité des données pour 2018 ne sont pas encore connus.



La saisie BSCL au SZO a aussi connu une nette augmentation, tant au niveau des jeux de données complets que pour des codes drop-out non influençables. La qualité des données BSCL demeure identique à l'année précédente au CHVR.

La fréquence des mesures limitatives de liberté a en outre été documentée et diverses données sociodémographiques sur les caractéristiques des patients ont été saisies (données de base OFS et données supplémentaires psychiatrie OFS).

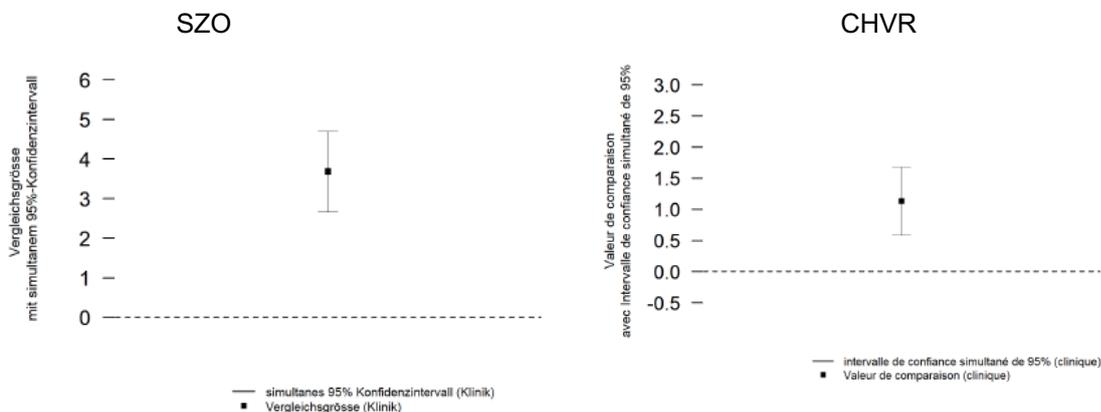
Les mesures limitatives de liberté ne sont appliquées en psychiatrie que dans des cas exceptionnels dûment justifiés, c'est-à-dire lorsque la maladie psychique du patient s'accompagne d'une grave mise en danger de soi-même ou d'autrui. Elles ne sont relevées que lorsqu'elles sont appliquées.

6.2 Importance des symptômes

L'importance des symptômes est évaluée à la fois par le personnel soignant (valeur globale HONOS) et par le/la patient-e en personne (valeur globale BSCL). Le résultat mesuré indique l'évolution de l'importance des symptômes entre l'admission et la sortie au moyen d'une valeur différentielle.

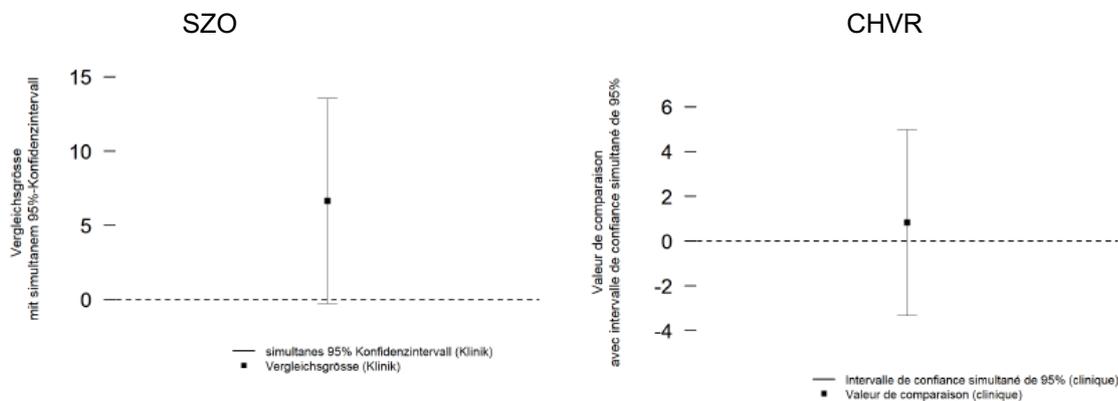
Les tableaux illustrent les résultats moyens ajustés de l'évolution de l'importance des symptômes par clinique. La ligne verticale correspond à l'intervalle de confiance de 95 %, tandis que le résultat moyen ajusté de l'échantillon global de la même catégorie de clinique est indiqué par une valeur nulle. Si le résultat de la clinique, intervalle de confiance compris, est supérieur à la valeur de référence, le résultat mesuré pour la clinique est meilleur que celui de l'échantillon global.

L'illustration suivante présente le résultat moyen ajusté de l'évolution de l'importance des symptômes selon HONOS. La valeur globale HONOS à l'admission et à la sortie est déterminée sur la base de chacune des douze questions.



Le résultat des deux cliniques est supérieur à la moyenne. La totalité de l'intervalle de confiance est supérieure à la valeur moyenne ajustée de l'échantillon global de la même catégorie de clinique.

L'illustration suivante présente le résultat moyen ajusté de l'évolution de l'importance des symptômes selon BSCL. La valeur globale BSCL à l'admission et à la sortie est déterminée sur la base de chacune des douze questions.



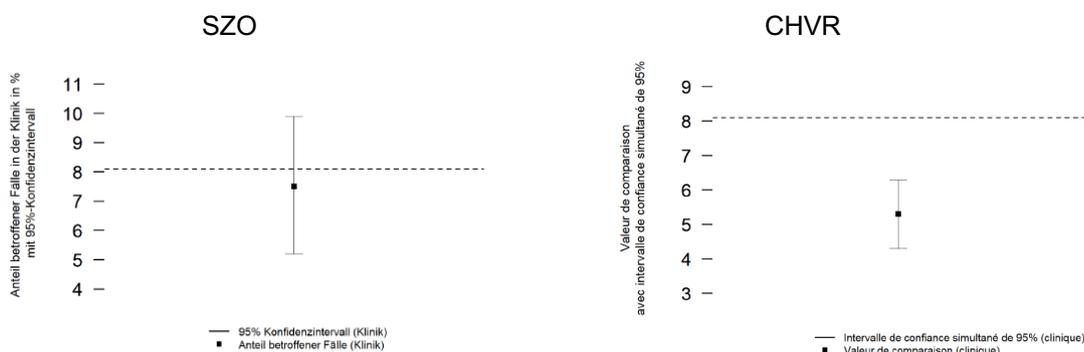
Les résultats mesurés dans les deux cliniques sont dans la moyenne ; leur intervalle de confiance coupe la valeur moyenne ajustée de l'échantillon global.

Soulignons toutefois que les résultats du SZO sont un peu plus positifs que ceux du CHVR. Il convient également de mentionner que les résultats du SZO ont été calculés sur la base de 164 cas, tandis que ceux du CHVR reposent sur 521 cas.

6.3 Mesure limitatives de liberté

La psychiatrie ne recourt aux mesures limitatives de liberté que dans des cas exceptionnels et dûment justifiés, par exemple lorsque la maladie psychique entraîne un risque accru de mise en danger de soi ou d'autrui. Elles ne sont comptabilisées que si elles sont appliquées dans les faits. La mesure correspond à la part de cas concernés. La valeur globale ne se rapporte qu'aux cliniques qui ont appliqué une mesure limitative de liberté (MLL) dans au moins un cas pendant la période sous revue.

L'illustration ci-dessous représente le résultat moyen non ajusté de la part de patient-e-s concerné-e-s par une ou plusieurs MLL (ligne verticale). La moyenne de l'échantillon global de la même catégorie de clinique constitue la valeur de référence (ligne horizontale en traitsillés).



Le résultat mesuré au SZO est dans la moyenne globale et son intervalle de confiance coupe la valeur moyenne de l'échantillon global. Le résultat du CHVR est en revanche inférieur à la valeur moyenne (intervalle de confiance inclus), ce qui signifie que les MLL ont été moins utilisées dans le CHVR que dans les autres cliniques de même catégorie.

7. Indicateurs qualité en réadaptation

Les indicateurs nationaux de l'ANQ dans le domaine de la réadaptation pour l'année 2017 concernent la qualité de la saisie et non la qualité des prestations. En 2017, la qualité de la saisie de certains indicateurs était insuffisante à l'HVS. Des mesures afin de saisir ces indicateurs de manière plus rigoureuse ont été prises pendant l'année 2018 et la qualité de saisie pour les années 2018 et 2019 permettra de constater si ces mesures ont mené à des améliorations. Même si pour l'instant ces indicateurs ne sont utilisés qu'en rapport avec leur taux de saisie, il est important d'améliorer ce dernier, car il va conditionner la rémunération des prestations du domaine de la réadaptation dans le cadre de la future tarification ST-REHA.