



Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie (Stratégie qualité)

Garantie et encouragement de la qualité des prestations
dans l'assurance obligatoire des soins



Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Éditeur: OFSP

Date de publication : mars 2022

Informations complémentaires

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Division Tarifs et bases

Case postale

CH-3003 Berne

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch

Cette publication est disponible en format PDF en français,
en allemand et en italien sous

www.bag.admin.ch/strategie-qualite-assurance-maladie.

Mise en page : moxi ltd., Biel/Bienne

La Stratégie qualité en bref

Les nouvelles dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) visant à renforcer la qualité et l'économicité sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2021. L'art. 58 LAMal charge le Conseil fédéral de fixer tous les quatre ans les objectifs à atteindre en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (développement de la qualité).

De nouveaux instruments ont été créés pour concrétiser et réaliser les objectifs du Conseil fédéral, notamment la Commission fédérale pour la qualité (CFQ), qui orientera son travail et ses objectifs annuels sur les objectifs quadriennaux de développement de la qualité (art. 58b et art. 58c LAMal). Les nouvelles conventions de qualité prévues entre les fédérations de fournisseurs de prestations et les assureurs devront également être adaptés aux objectifs quadriennaux (art. 58a LAMal et art. 77 al. 1 OAMal). La nouvelle Stratégie qualité du Conseil fédéral servira de cadre aux objectifs quadriennaux qu'il lui appartient de fixer.

La Stratégie qualité actualise la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité, datant de 2009. Conformément à la nouvelle base légale, l'accent est mis sur la qualité des prestations. Elle s'appuie également sur la stratégie globale Santé2030 émise par le Conseil fédéral le 6 décembre 2019 et complète les stratégies nationales existantes du Conseil fédéral. Elle a été élaborée sur la base d'un large consensus, avec le concours des acteurs du système de santé.

Partant de la vision de «traitements et de soins sûrs, efficaces et intégrés, considérant le patient sur un pied d'égalité», la Stratégie qualité poursuit le but d'améliorer en permanence les prestations dans l'AOS. À partir de là quatre objectifs principaux sont définis: efficacité, sécurité, système centré sur le patient et intégration.

Pour déployer les objectifs principaux sont fixées des priorités thématiques, dites champs d'action. Les champs d'actions sont divisés en deux catégories et constituent le centre de la stratégie. Les champs d'actions orientés système Culture, Gouvernance, Décisions basée sur les données, concernent le développement de la qualité au niveaux macro, meso et micro. Les champs d'action orientés prestations Système centré sur le patient et Sécurité des patients formulent des attentes sur la qualité des prestations à la charge de l'AOS fournies par les fournisseurs de prestations. Pour la première période 2022–2024 dix objectifs ont été définis.

Table des matières

La Stratégie qualité en bref	3
1 Introduction	5
1.1 Contexte	5
1.2 Processus d'élaboration	6
2 État de la qualité en Suisse	7
3 Contexte	9
3.1 Structures et activités sur le plan international	10
3.2 Intégration de la Stratégie qualité au niveau national	11
4 Bases légales et champ d'application	14
5 Politique	21
5.1 Qualité des prestations	22
5.2 Développement de la qualité	24
5.3 Vision pour la qualité des prestations	26
5.4 Objectifs principaux	27
6 Champs d'action	28
CHAMPS D'ACTION ORIENTÉS SYSTÈME	
6.1 Culture	31
6.2 Gouvernance	34
6.3 Prise de décision fondée sur des données probantes	36
CHAMPS D'ACTION ORIENTÉS PRESTATIONS	
6.4 Système centré sur le patient	38
6.5 Sécurité des patients	40
7 Mise en œuvre de la stratégie	42
8 Notes de fin	44

1 Introduction

1.1 Contexte

Le rapport «To err is human»¹, publié fin 1999, a suscité au niveau international une prise de conscience des enjeux de sécurité des patients, conduisant la Confédération à mettre en place une task force, qui a conduit en 2003 à la création de la Fondation Sécurité des patients Suisse (SPS). Se fondant sur la motion 04.3624 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) «L'assurance-qualité et la sécurité des patients dans le domaine de la santé» et sur les recommandations de la Commission de contrôle de gestion du Conseil des États (CdG-E) du 13 novembre 2007, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a élaboré en 2008 une stratégie en matière de qualité avec le concours d'experts. En 2009, le Conseil fédéral a adopté cette stratégie², qui a été complétée par un concept de mise en œuvre dans un rapport du 25 mai 2011³. Le Conseil fédéral y chargeait le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de préparer des bases légales pour la création d'un Centre national pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Jusqu'à l'entrée en vigueur des bases légales, un premier programme national de sécurité des patients a été élaboré et défini, dans le concept de mise en œuvre du rapport, comme priorité parmi les mesures immédiates.

Lors du traitement de la motion 04.3624 de la CSSS-N, le Conseil fédéral et le Parlement ont jugé que la large délégation de compétences du Conseil fédéral aux partenaires tarifaires s'était révélée peu efficace pour mettre en place des mesures de garantie de la qualité. Le Conseil fédéral a adopté en conséquence son message du 4 décembre 2015 concernant une révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) en vue de renforcer la qualité et l'économicité.⁴

Le 21 juin 2019, les Chambres fédérales adoptaient cette modification de la LAMal.⁵ La principale nouvelle disposition, l'art. 58, charge le Conseil fédéral de fixer tous les quatre ans les objectifs à atteindre en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (développement de la qualité). La présente stratégie sert de base et de cadre pour fixer ces objectifs. Elle constitue une mise à jour de celle datant de 2009, mais n'englobe plus autant de thèmes touchant la qualité du système suisse de santé. Quelques-unes des options d'action décrites alors dans les champs d'action Formation, Recherche et Implication des patients et de la population n'y figurent plus. Elles influent naturellement aussi sur la qualité des prestations, mais elles sont déjà couvertes par diverses autres stratégies et bases légales. Pour la mise en œuvre, l'accent est toujours mis sur le bénéfice du développement de la qualité pour les personnes assurées et pour la communauté des assurés de l'AOS.

Par ailleurs, le Conseil fédéral a adopté, le 6 décembre 2019, une nouvelle stratégie globale de politique de la santé, la *stratégie Santé2030*, qui s'appuie sur les travaux de *Santé2020* et définit de nouvelles priorités pour cette politique. L'une d'elles consiste à garantir la qualité des soins. Sur la base de la stratégie Santé2020, la Confédération a lancé diverses stratégies et programmes nationaux qui suivent l'orientation donnée par ces priorités et visent à en soutenir la mise en œuvre. La présente Stratégie qualité vient compléter les stratégies nationales existantes du Conseil fédéral en fonction de l'orientation donnée par la stratégie Santé2030. De nombreuses activités axées sur la qualité sont déjà mises en œuvre par les acteurs du système de santé. La Stratégie qualité et les objectifs quadriennaux les complètent et visent à les renforcer.

1.2 Processus d'élaboration

La présente stratégie se fonde sur les conclusions du rapport « Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse »⁶ (ci-après : rapport national), rédigé sur mandat de l'OFSP et publié en novembre 2019, et du rapport de l'OCDE « System governance towards improved patient safety »⁷ publié récemment. Outre des experts suisses et étrangers, les acteurs pertinents – principalement cantons, assureurs, fournisseurs de prestations, associations professionnelles et organisations de patients et de consommateurs – ont été consultés à diverses reprises. En parallèle, l'Organisation suisse des patients a étudié, sur mandat de l'OFSP, les attentes des patients en matière de qualité des prestations. L'un des principaux résultats du rapport « Quality through patients' eyes »⁸ porte sur la manière de gérer le fait que patients et professionnels ne disposent pas du même degré d'information.

Les intérêts et les attentes des divers acteurs quant aux objectifs du développement de la qualité diffèrent de l'un à l'autre. Les ressources qu'ils mettent au service de ce développement, mais aussi leur degré d'implication dans la stratégie et dans les résultats visés, diffèrent considérablement. Plusieurs points communs sont toutefois ressortis de la consultation :

- Le triple objectif (*Triple Aim*)⁹ :
 - Santé de la population (santé publique)
 - Qualité du traitement et des soins prodigués à chaque patient (médecine individuelle)
 - Utilisation responsable des ressources (durabilité).
- La nécessité de développer l'implication des patients (dans leurs décisions de santé, dans le traitement et les soins qui leur sont donnés, dans la fourniture des prestations, dans les projets, etc.).
- La nécessité de développer les *Patient Reported Experience Measures (PREMs)* et les *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* afin de contrôler et d'améliorer l'ajustement des prestations aux préférences, aux besoins et aux valeurs des patients.
- Les éléments qui caractérisent la qualité des prestations : sécurité, bénéfice pour les patients, système centré sur le patient, réactivité, efficacité, égalité des chances et intégration.
- L'importance de développer des indicateurs exploitables, c'est-à-dire pouvant déboucher sur des mesures d'amélioration.

Avant son adoption par le Conseil fédéral, la présente Stratégie qualité a été mise en consultation par l'OFSP, de juin à août 2021, auprès des organisations et acteurs intéressés. Elle a également été soumise pour avis à la Commission fédérale pour la qualité (CFQ).

2

État de la qualité en Suisse

L'état de la situation en matière de qualité est fondé sur le rapport national « Améliorer la qualité et la sécurité du système de santé suisse »¹⁰ et les consultations réalisées auprès des principaux acteurs.

Parmi les études comparatives internationales sur la qualité des soins, certaines montrent une performance plus élevée en Suisse que dans des pays similaires, et d'autres aboutissent à la conclusion inverse.¹¹ Souvent, la Suisse ne dispose pas, au niveau national, des données nécessaires à la comparaison. C'est ainsi qu'au niveau international, selon diverses études, 10 % des patients hospitalisés subissent un événement indésirable, alors qu'en Suisse, l'unique étude réalisée à ce sujet, et portant sur un seul établissement de fourniture de prestations, fait état de 12,3 % de patients touchés par un tel événement. En comparaison des autres pays européens, les indicateurs nationaux sont très rares.¹² Dans le domaine hospitalier, c'est le secteur somatique qui offre la plus grande étendue de données. Dans le domaine ambulatoire, c'est sur la santé psychique qu'il y en a le moins. L'impression générale qui se dégage est que le niveau de qualité des prestations en Suisse n'est ni meilleur ni pire que celui des pays comparables, même si le système est plus coûteux.¹³

De nombreuses initiatives qualité ont été lancées par des professionnels, par des établissements, par des régions et par des organismes spécialisés dans la qualité. Beaucoup de ces initiatives sont toutefois de faible envergure et, souvent, leur pérennisation n'est pas démontrée.¹⁴ Les programmes nationaux progress! offrent l'exemple d'une initiative dont le potentiel est considérable, même si, jusqu'à présent, leur portée est restée relativement modeste.¹⁵ Bien que presque tous les fournisseurs de prestations institutionnels disposent d'une démarche qualité, rares sont ceux qui ont fait de cette démarche une véritable priorité stratégique à long terme.¹⁶

Le rapport national met en évidence un manque d'investissement dans les conditions-cadre nécessaires pour la qualité.¹⁷ L'une de ces conditions est la place accordée aux patients. Selon les entretiens menés par l'Organisation suisse des patients,¹⁸ ces derniers désirent être pris au sérieux et se voir considérés plutôt comme « sujets » que comme « objets » de traitements et de soins. À leurs yeux, le manque de collaboration professionnelle et la fragmentation des processus de soins dus à la spécialisation sont problématiques et il convient d'y remédier. Il importe en outre de mettre en place une culture de l'amélioration de la qualité, d'assurer l'implication des collaborateurs de première ligne dans des initiatives d'amélioration, de soutenir toutes les personnes impliquées dans un incident indésirable et de garantir la communication des événements indésirables aux personnes concernées. Les acteurs consultés relèvent aussi la nécessité de développer l'interprofessionnalité et la formation à tous les niveaux.

Tant le rapport national que le rapport de l'OCDE sur la gouvernance¹⁹ soulignent qu'une gouvernance et un leadership plus solides sont nécessaires pour développer des aptitudes permettant d'améliorer la qualité et la sécurité à tous les niveaux du système et pour donner à ces questions la même priorité que dans les autres pays. Le rapport classe la Suisse en dernière position des pays de l'OCDE en matière de structures et de fonctions de gouvernance nationale pour la sécurité des patients.

3

Contexte

3.1 Structures et activités sur le plan international

Le début du 21^e siècle est marqué, au niveau international, par un fort développement en matière de qualité et de sécurité dans le domaine de la santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS s'est engagée très tôt pour la sécurité des patients, dès 2002, avec sa résolution WHA55.18²⁰. Elle a défini la qualité des soins et les dimensions de celle-ci²¹. Elle a promu en 2016, par sa résolution WHA69.11²², un programme de développement durable (WHA72.12). L'OMS a également développé une initiative globale pour soutenir les États membres dans la mise en place de politiques et de stratégies pour la qualité.²³ Un des axes d'amélioration a été le développement, en 2016, d'un cadre d'action pour des soins centrés sur le patient et intégrés.²⁴ Enfin, avec l'OCDE et la Banque mondiale, elle a proposé en 2019 une série d'actions pour la qualité des soins.²⁵

En 2015, les ministères de la Santé du Royaume-Uni et d'Allemagne ont convenu de mettre en place une série de sommets ministériels mondiaux sur le thème de la sécurité des patients, afin de créer une plateforme d'échange entre experts et ministres, et de développer la coopération entre les pays. En 2019, par sa résolution WHA72.6²⁶, l'OMS a invité instamment les États membres à considérer la sécurité des patients comme une priorité dans leurs politiques de santé. Cette résolution a débouché sur un projet de plan d'action mondial pour la sécurité des patients²⁷, qui instituait aussi une *Journée mondiale de la sécurité des patients*.

Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE)

L'OCDE dispose d'un cadre pour la qualité des soins de santé, développé en 2006.²⁸ C'est sur lui que se fondent ses indicateurs de qualité.²⁹ L'OCDE a développé des partenariats avec d'autres organisations internationales, l'OMS en particulier.

À l'occasion de leur rencontre de 2017 à Paris, les ministres de la Santé des États membres ont émis une recommandation sur la gouvernance des données de santé³⁰ et lancé le projet PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys) en vue de générer des indicateurs relatifs à l'expérience des patients et aux résultats de santé rapportés par ces derniers.³¹

Organes européens

La sécurité des patients a fait l'objet de plusieurs recommandations adressées aux États par des organes européens : en 2005, la Commission européenne promulguait la déclaration de Luxembourg³². En 2006, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe émettait une recommandation incluant également la prévention des événements indésirables en santé³³. En 2009, le Conseil de l'Union Européenne publiait une série de recommandations étendue à la prévention des infections associées aux soins.³⁴

Le projet *Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE)* a consisté, de 2005 à 2007, à élaborer des indicateurs et des outils ainsi qu'un vocabulaire commun.³⁵ Le réseau européen EUNetPas³⁶ a permis, de 2008 à 2010, de formuler diverses recommandations à l'adresse des États membres de l'UE et d'élaborer des outils de mise en œuvre.

D'autres recommandations sont également publiées par la *Direction européenne de la qualité du médicament & soins de santé* du Conseil de l'Europe, qui coordonne des programmes en matière

de santé publique en Europe et élabore des normes de référence, principalement dans le domaine des médicaments.³⁷ La Suisse est impliquée, entre autres, dans le développement d'indicateurs de qualité relatifs à l'approvisionnement en médicaments.

3.2 Intégration de la Stratégie qualité au niveau national

La Stratégie qualité a pour base légale l'art. 58 LAMal. Elle se focalise par conséquent sur la qualité des prestations dans le domaine de l'AOS. Mais elle n'est pas la seule à influencer sur cette qualité ; différentes autres stratégies y contribuent aussi, et pas uniquement dans le domaine de la politique de santé (cf. infra, Stratégies nationales en matière de santé), de même que diverses bases légales et dispositions du droit de la santé (cf. chap. 4).

Stratégie 2020–2030 du Conseil fédéral en matière de politique de la santé : Santé2030

Le Conseil fédéral a remplacé, en décembre 2019, sa *stratégie Santé2020* par la *stratégie Santé2030*³⁸, qui vise, en tant que stratégie générale, à améliorer la qualité de vie et des soins. Elle offre ainsi un cadre d'orientation à la Stratégie qualité. Des prestations médicales de grande qualité contribuent de façon déterminante tant à la qualité des soins qu'à la qualité de vie des patients. Dans la vision de Santé2030, le Conseil fédéral souligne que chacun en Suisse doit bénéficier d'un système sanitaire de grande qualité, quel que soit son statut socio-économique ; il y a défini comme champ d'action principal la garantie et l'augmentation de la qualité des soins dans l'ensemble du système de santé.

La stratégie Santé2030 met l'accent, en particulier, sur une augmentation de la qualité qui aille de pair avec une maîtrise des coûts. Elle vise à améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations par des incitations ciblées. Elle préconise en outre que les systèmes d'indemnisation s'appuient autant que possible sur la réussite des traitements et non sur le nombre d'étapes d'examen et de traitement effectuées.³⁹ Elle prône également une amélioration constante et ciblée de la qualité des traitements médicaux.

Plusieurs de ces activités sont en rapport étroit avec la Stratégie qualité, qui vise une bonne coordination ainsi que l'implication du savoir-faire technique et des connaissances professionnelles relatives à la qualité dans les stratégies nationales en matière de santé présentées ci-dessous. Celles-ci portent sur des thèmes spécifiques et contribuent elles aussi à améliorer la qualité des prestations.

Stratégies nationales en matière de santé

La *stratégie Cybersanté Suisse 2.0*⁴⁰ d'eHealth Suisse, le centre de compétences et de coordination de la Confédération et des cantons, est le résultat de plusieurs interventions parlementaires.⁴¹ Élaborée conjointement par la Confédération et les cantons,⁴² elle succède à la stratégie Cybersanté de 2007 et dure jusqu'à 2022. Elle a pour instrument d'action la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient (LDEP). Cybersanté Suisse 2.0 entend accélérer la coordination de la numérisation concernant le dossier électronique du patient (DEP) et en favoriser la diffusion. Le DEP vise à améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des processus thérapeutiques, à augmenter la sécurité des patients, à accroître l'efficacité du système de santé ainsi qu'à encourager le développement des compétences des patients en matière de santé (art. 1, al. 3, LDEP). La Stratégie qualité vise des objectifs comparables.

*La Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (stratégie NOSO)*⁴³ a été élaborée par l'OFSP sur la base de la révision de la loi du 28 septembre 2012 sur les épidémies (LEp), en étroite collaboration avec les cantons, H+, Curaviva et des experts de Swissnoso, ainsi qu'avec des sociétés de discipline médicale et d'autres acteurs importants. Adoptée par le Conseil fédéral en mars 2016 et mise en œuvre par la Confédération et les cantons dans le cadre de leurs compétences respectives, elle a pour base légale l'art. 5, al. 1, let. b, LEp. La stratégie NOSO vise à réduire le nombre d'infections associées aux soins (IAS) et à empêcher la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS). Étant donné qu'elle se focalise notamment sur les patients des hôpitaux et les résidents des EMS, la stratégie NOSO présente des recoupements avec la Stratégie qualité.

La Stratégie Antibiorésistance Suisse (StAR) a été approuvée par le Conseil fédéral le 18 novembre 2015. Elle se fonde sur l'art. 5, al. 1, let. b, LEp et l'art. 187d de la loi du 29 avril 1998 sur l'agriculture (LAg) et a pour objectifs de garantir l'efficacité des antibiotiques à long terme et de diminuer les résistances aux antibiotiques.⁴⁴ Il y a des recoupements entre la Stratégie Antibiorésistance Suisse et la Stratégie qualité entre autre dans le domaine de la sécurité des patients.

La Stratégie nationale de vaccination (SNV) a été lancée par le Conseil fédéral dans le cadre de Santé2020. Mise en œuvre conjointement par la Confédération, les cantons et d'autres acteurs, elle s'appuie sur les art. 4 et 5 LEp et a pour objectif de protéger de façon optimale la population suisse des maladies évitables par la vaccination. La SNV et son plan d'action servent à instaurer des conditions-cadre pour la mise en œuvre des recommandations vaccinales du Plan de vaccination suisse. Il y a des recoupements entre la Stratégie nationale de vaccination et la Stratégie qualité dans le domaine de la sécurité des patients.

La Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024 (stratégie NMT) est issue d'un mandat du Conseil fédéral et du dialogue Politique nationale de la santé, qui est la plateforme commune de la Confédération et des cantons pour les questions de politique sanitaire. Le Conseil fédéral a fait de la stratégie MNT l'une des priorités de son programme Santé2030. Mise en œuvre par l'OFSP en collaboration avec les cantons (Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé) et la fondation Promotion Santé Suisse, cette stratégie vise à améliorer les compétences sanitaires de la population et à favoriser des conditions de vie et de travail propices à un mode de vie sain. Elle est complétée par la Stratégie nationale Addictions et par les activités dans le domaine de la santé psychique. Il n'existe pas de recoupements concrets entre elle et la Stratégie qualité ; néanmoins, la prévention reste un thème important en lien avec la qualité. Les mesures préventives prises pour les personnes présentant un risque élevé de tomber malades ou déjà malades peuvent ainsi améliorer considérablement la qualité du traitement et des soins du patient.

La Stratégie nationale Addictions 2017–2024 a été lancée par le Conseil fédéral dans le cadre de la stratégie Santé2020 ; il l'a approuvée à la mi-novembre 2015. Le plan de mesures développé l'année suivante sert depuis 2017 de base à sa mise en œuvre. La Stratégie nationale Addictions, comme la stratégie MNT, poursuit le développement des approches qui ont fait leurs preuves dans les programmes de prévention menés jusqu'alors dans les domaines de l'alcool, du tabac ainsi que de l'alimentation et de l'activité physique, et constitue un large cadre d'orientation pour toutes les activités menées à ces sujets – également en tant qu'élément de la stratégie Santé2030. Elle a pour objectifs de prévenir l'émergence des addictions, de fournir aux personnes dépendantes l'aide et les traitements dont elles ont besoin, de réduire les dommages sanitaires et sociaux, et de diminuer les conséquences négatives pour la société. Il n'y a pas de recoupements entre elle et la Stratégie qualité ; mais il existe des points de contact en ce sens que la Stratégie nationale Addictions s'occupe en partie de thèmes ayant trait à la qualité (p. ex. garantie de la qualité dans l'aide aux personnes dépendantes, développement d'indicateurs de qualité).

Les activités menées par l'OFSP sur la base de la *stratégie Égalité des chances* en matière de santé ont pour objectif de favoriser l'égalité des chances en matière de santé et d'accès aux soins pour tous les groupes de population. C'est surtout entre les personnes qui ne sont pas issues du même contexte socio-économique que les chances en matière de santé ne sont pas égales. La stratégie Égalité des chances en matière de santé prend en considération toutes les personnes socialement défavorisées. Il importe que les personnes les plus défavorisées aient un meilleur accès au système de santé. Par cette stratégie, l'OFSP contribue notamment au renforcement de la qualité et de l'économicité. Son instrument d'action se fonde principalement sur l'art. 2, al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst.). Il existe des points de contact entre la stratégie Égalité des chances en matière de santé et la Stratégie qualité surtout dans les domaines dans lesquels les personnes concernées recourent aux prestations de l'AOS.

Le *projet Soins coordonnés*⁴⁵ de l'OFSP a été lancé le 26 janvier 2015 lors de la Conférence Santé2020, mais il constitue aussi un élément essentiel de la stratégie Santé2030. Son objectif est d'améliorer la coordination entre les établissements de fourniture de prestations. S'agissant du système de rémunération, il entend mettre l'accent sur le succès du traitement et non sur le nombre de mesures d'examen et de traitement effectuées. Il vise ainsi à éviter autant que possible les soins superflus, insuffisants ou inadéquats, et à améliorer la qualité des soins surtout pour les groupes de patients qui doivent recourir à de nombreuses prestations différentes et coûteuses. Une des mesures à cet égard a été adoptée dans le contexte de la modification de la LAMal (2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts). Il existe différents points de contact entre le projet Soins coordonnés et la Stratégie qualité pour tout ce qui a trait au recours aux prestations de l'AOS. Tous deux visent, chacun à sa manière, à améliorer la qualité et à réduire les coûts de la santé.

Délimitation et interactions

La *délimitation* entre les stratégies résulte pour l'essentiel du contenu de leur champ d'application respectif. Ainsi, l'action de la Stratégie qualité s'arrête là où le champ d'application matériel de la qualité des prestations dépasse le cadre de l'AOS. Il y a des interactions souhaitables lorsque ces stratégies produisent une plus-value dans leur propre champ d'application et d'activité, parce que leurs résultats peuvent soit être appliqués directement, soit être développés et influencer aussi directement de la sorte sur la qualité des prestations dans l'AOS.

La Stratégie qualité s'intègre non seulement dans les stratégies nationales en matière de santé évoquées ci-dessus, mais également dans diverses bases légales, qui contribuent elles aussi à améliorer la qualité des prestations. C'est pourquoi la qualité se fonde aussi sur l'interaction entre diverses bases légales (cf. chap. 4).

4

Bases légales et champ d'application

Base légale de la Stratégie qualité

En Suisse, la Confédération et les cantons se partagent les tâches et les compétences dans le domaine de la santé. La garantie des soins de santé en général est du ressort des cantons. La Confédération n'est compétente pour la réglementation d'un domaine thématique que si la Constitution lui confère cette compétence, comme c'est le cas pour l'assurance-maladie (art. 117 Cst.). L'art. 117a Cst. engage la Confédération et les cantons à veiller, dans les limites de leurs compétences respectives, à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Les nouvelles dispositions de la LAMal visant le renforcement de la qualité et de l'économicité ont pour objectif d'aboutir à une amélioration systématique et structurée de la qualité des prestations. La principale de ces dispositions, l'art. 58 LAMal, charge le Conseil fédéral de fixer tous les quatre ans les objectifs à atteindre en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (développement de la qualité). **Une stratégie est indispensable en tant que base et cadre pour fixer ces objectifs.** Elle est délibérément formulée en termes généraux, car sa mise en œuvre s'entend comme un mouvement *bottom-up*.

Mandat légal : développement de la qualité dans le cadre de l'AOS

Il importe de renforcer le développement de la qualité sur les plans structurel, organisationnel et financier, ce qui est garanti, au niveau légal, au moyen des instruments et mesures suivants :

- Le Conseil fédéral, à qui il appartient, en sa qualité d'organe de direction stratégique, de fixer tous les quatre ans les objectifs en matière de développement de la qualité (art. 58 LAMal) et d'en contrôler la réalisation.
- La Commission fédérale pour la qualité (CFQ), que le Conseil fédéral a instituée afin de réaliser ses objectifs (art. 58b LAMal) et qui remplit une fonction de coordination, de systématisation et de mise en réseau.
- Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs, qui sont tenues de conclure des conventions relatives au développement de la qualité (conventions de qualité, art. 58a LAMal) valables pour l'ensemble du territoire suisse. Ces conventions ont pour but et pour objet de définir des mesures de développement de la qualité uniformes et contraignantes. Les conventions de qualité doivent être adaptées aux objectifs quadriennaux du Conseil fédéral et aux recommandations de la CFQ (art. 77 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; OAMal). Elles ne constituent donc pas un concept statique, mais s'adaptent de façon dynamique à ces objectifs et recommandations, dans l'esprit d'un processus d'amélioration continue.

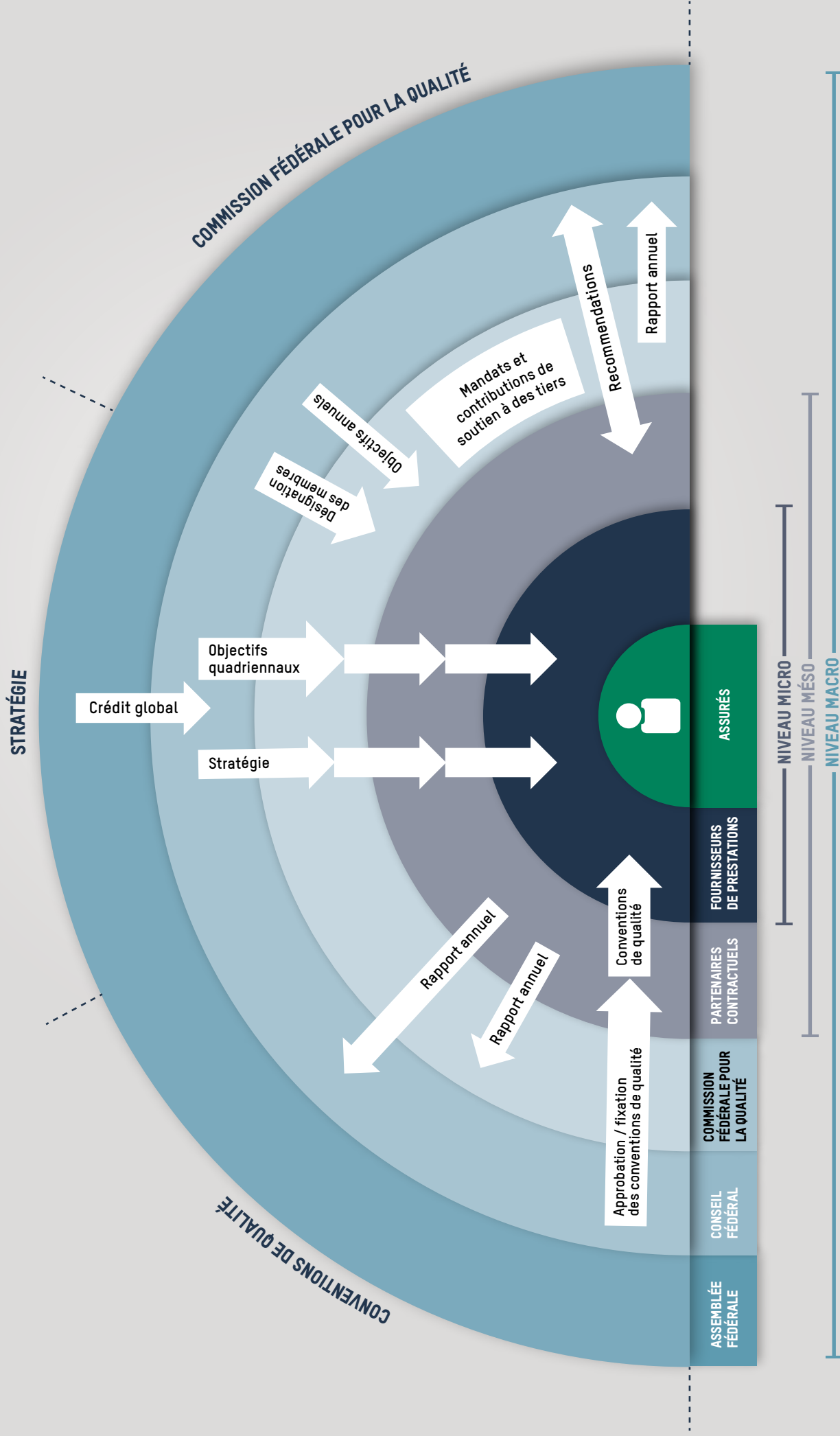
Champ d'application au sens strict

Le champ d'application territorial de la Stratégie qualité couvre l'ensemble du territoire suisse. Sous l'angle matériel, il s'étend à toutes les prestations qui sont fournies à la charge de l'AOS. Du point de vue subjectif, la mise en œuvre de la stratégie sera toujours focalisée sur les assurés. Les différentes catégories de fournisseurs de prestations de l'AOS ne sont pas toutes aussi étroitement concernées par la Stratégie qualité et les objectifs quadriennaux ; cela dépend de leur taille et de la forme de leur organisation. Il va de soi que les prescriptions stratégiques ne doivent être appliquées que si elles prennent en compte le domaine de prestations spécifique.

Mise en œuvre du développement de la qualité dans le système de l'AOS

Dans le système de l'AOS, le développement de la qualité est mis en œuvre à trois niveaux: au niveau macro (institutionnalisation d'un feed-back et d'un apprentissage continu au niveau national), au niveau méso (conventions de qualité conclues par les partenaires) et au niveau micro (système de gestion de la qualité des institutions et éthique professionnelle des fournisseurs de prestations). Les paragraphes qui suivent présentent, pour chacun de ces niveaux, les tâches et les compétences incombant aux différents acteurs.

Les bases légales



Au **NIVEAU MACRO**, les tâches et les compétences se partagent entre l'Assemblée fédérale, le Conseil fédéral, l'OFSP, la CFQ et les cantons.

- L'*Assemblée fédérale* fixe le cadre légal et met les ressources à disposition. Elle a la responsabilité d'approuver le crédit global pour quatre ans (art. 58g LAMal), de le répartir en fonction des affectations, d'établir le budget annuel en tenant compte du frein aux dépenses et d'accorder les crédits nécessaires pour la part de la Confédération.
- Le *Conseil fédéral* assure la responsabilité stratégique du développement de la qualité. Il veille à l'organisation des conditions-cadre. Ses principales tâches consistent ici à définir les objectifs et à en contrôler le degré de réalisation. En outre, il a la compétence d'instituer la CFQ et d'en nommer les membres (art. 58b, al. 1, LAMal). Il approuve les conventions de qualité (art. 58a, al. 4, LAMal). Si les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs ne peuvent s'entendre sur une convention de qualité, le Conseil fédéral fixe les règles à titre subsidiaire (art. 58a, al. 5, LAMal).
- La *CFQ* contribue de façon déterminante à la réalisation des objectifs du Conseil fédéral. Cette commission d'experts extraparlamentaire est composée de quinze membres en tout, représentant les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs, les assurés, les organisations de patients et les spécialistes. Sa fonction est d'assurer la coordination entre les différents acteurs tenus de contribuer à la réalisation des objectifs de développement de la qualité. Elle formule des recommandations et contrôle si les acteurs les suivent. Elle charge des tiers de développer des indicateurs de qualité et de réaliser des études, des examens et des programmes nationaux de développement de la qualité. Elle peut aussi soutenir des projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité. À cette fin, elle peut accorder des indemnités et des aides financières jusqu'à concurrence du montant maximal accordé par l'Assemblée fédérale sous forme de crédit global.
- L'*OFSP* soutient le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale en préparant des décisions. En outre, il calcule et encaisse les parts de financement des cantons et des assureurs pour les coûts de la CFQ ainsi que pour les autres tâches d'administration concernant les contributions financières et les transferts de paiements pour les prestations de tiers.
- Les *cantons* jouent eux aussi un rôle important dans le développement de la qualité avec leurs compétences et leurs tâches d'octroi des autorisations de pratiquer la profession et des autorisations d'exploitation, qui relèvent de la police sanitaire, ainsi qu'en matière de surveillance, d'accès aux soins (planification hospitalière par exemple) et d'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires.

Au **NIVEAU MÉSO**, les tâches et les compétences se répartissent principalement entre les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs.

- Les *fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs* s'engagent, par la conclusion de conventions de qualité (art. 58a LAMal), à définir des mesures uniformes et contraignantes d'amélioration de la qualité et à en contrôler le respect.

Au **NIVEAU MICRO**, les tâches et les compétences sont assumées avant tout par les fournisseurs de prestations.

- Les *fournisseurs de prestations* sont responsables de garantir la qualité des prestations fournies. Dans le même temps, les nouvelles dispositions relatives au développement de la qualité leur imposent une plus grande responsabilité. Ils sont tenus de respecter les règles de développement de la qualité fixées dans les conventions de qualité (art. 58a, al. 6, LAMal).

Financement de la mise en œuvre

Le législateur a posé, comme condition au remboursement des prestations de l'AOS, que celles-ci présentent la qualité requise, ce qui inclut aussi le développement de la qualité. Ce dernier est donc déjà compris dans les prestations remboursées par l'AOS. Il n'est pas prévu que les mesures d'amélioration de la qualité soient financées, en plus, aux niveaux méso et micro. Les ressources nécessaires au travail de la CFQ sont désormais mises à disposition pour assurer le succès de la mise en œuvre des objectifs du Conseil fédéral en matière de développement de la qualité. Au niveau macro, le financement des coûts de la CFQ pour son fonctionnement, pour l'accomplissement de ses tâches et pour les subventions qu'elle octroie est assuré à raison d'un tiers chacun par la Confédération, par les cantons et par les assureurs (art. 58f, al. 1, LAMal). L'Assemblée fédérale est responsable de l'approbation du crédit global pour quatre ans (art. 58g LAMal). Les tiers mandatés par la CFQ pour développer et perfectionner des indicateurs de qualité, mener des études systématiques ou réaliser des programmes nationaux de développement de la qualité sont rémunérés par des indemnités (art. 58c et art. 58d LAMal). Sur demande, la CFQ peut soutenir des projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité au moyen d'aides financières (art. 58e LAMal). Selon toute probabilité, le développement de la qualité produira à moyen et à long terme un effet positif sur les coûts.

Relation avec d'autres dispositions du droit de l'assurance-maladie en lien avec la qualité

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les cantons sont responsables de l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire à pratiquer à la charge de l'AOS conformément aux art. 35 ss LAMal, ainsi que de la surveillance de leur activité.⁴⁶ L'admission des hôpitaux, des maisons de naissance et des EMS passe depuis longtemps déjà par des mandats de prestations cantonaux dans le cadre de la planification (art. 39 LAMal). Les conditions d'admission, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire, comprennent des exigences en matière de qualité qui constituent aussi une base indispensable au développement de la qualité (p. ex. ressources nécessaires et processus). Les conventions de qualité peuvent préciser davantage les prescriptions (concernant par exemple le système de gestion de la qualité, SMQ). Les cantons sont tenus de vérifier le respect des exigences en matière de qualité. Avec les exigences de qualité auxquelles ils doivent satisfaire pour être admis, les fournisseurs de prestations disposent des conditions requises pour respecter les conventions de qualité. À l'inverse, le respect des règles de développement de la qualité est l'une des conditions à remplir pour pratiquer à la charge de l'AOS. Les cantons doivent garantir, dans le cadre de leur fonction de surveillance, que les fournisseurs de prestations admis remplissent ces conditions sur toute la durée de leur activité. L'admission régie par le droit des assurances sociales renforce ainsi la qualité et l'économicité.

Tout comme le développement de la qualité, la prescription de l'art. 32 LAMal selon laquelle les prestations prises en charge par l'AOS doivent être efficaces, adéquates et économiques (critères EAE) et la désignation de ces prestations prévue à l'art. 33 LAMal contribuent aussi à la garantie de l'accès de la population à des soins de santé efficaces, appropriés et d'un haut niveau de qualité pour un coût aussi modéré que possible.⁴⁷ Les critères EAE doivent être pris en compte à deux niveaux: lors de l'évaluation du cas concret (ou de son traitement), mais aussi au sens d'une règle générale applicable lors de la désignation des prestations à prendre en charge.⁴⁸ Ces critères et leur application sont concrétisés et opérationnalisés par les commissions extraparlimentaires compétentes. L'opérationnalisation se fonde pour cela, notamment, sur la méthode de l'évaluation des technologies de la santé (*Health Technology Assessment, HTA*), appliquée à l'échelle internationale.⁴⁹ Les tâches correspondantes de la CFQ se rapportent en revanche aux prestations individuelles concrètes destinées aux assurés. Pour la désignation des prestations, des conditions de prise en charge comprenant des exigences en matière de qualification des fournisseurs de prestations et de pose de l'indication peuvent aussi être définies (art. 58h LAMal). La CFQ peut conseiller le Conseil fédéral à cette fin

également. Les tâches de la commission se heurtent donc à leurs limites dès lors qu'elles risquent d'empiéter sur celles des autres commissions extraparlimentaires visées par la LAMal. Là où il y a point de contact entre leurs domaines de compétences respectifs, il importe que les commissions cultivent les échanges et la collaboration.

Divers projets ont été lancés afin de réduire la fourniture de soins superflus, insuffisants ou inadéquats et générer ainsi des prestations centrées sur le patient. Le rapport du groupe d'experts relatif aux mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'AOS relevait qu'en complément du programme HTA, il importait aussi d'analyser de façon plus structurée et de réduire les cas de soins superflus, insuffisants ou inadéquats. Plusieurs des mesures proposées par ce rapport visent le même objectif (p. ex. mise en place de comités médicaux, promotion de directives thérapeutiques et promotion du second avis médical). Un projet global relatif à l'adéquation considère et traite ces mesures dans une optique intégrative: le programme de promotion de l'adéquation lancé en 2020 par l'OFSP, qui vient compléter le développement de la qualité et présente des recoupements avec la Stratégie qualité.

Principales dispositions du droit de la santé, aux niveaux fédéral et cantonal

Outre l'admission selon le droit de l'assurance-maladie, les cantons sont compétents pour l'octroi des autorisations qui relèvent de la police sanitaire et pour l'exercice de la surveillance dans ce domaine. Ils autorisent et surveillent l'activité des fournisseurs de prestations. La loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd), celle du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan) ou celle du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie (LPsy), en particulier, comprennent des prescriptions relatives à la formation de base et à la formation postgrade, au respect des obligations professionnelles ainsi qu'aux compétences personnelles et professionnelles requises (p. ex. diplôme, fiabilité, connaissances linguistiques, formation continue tout au long de la vie) des professionnels qui travaillent sous leur propre responsabilité. Ces conditions d'octroi de l'autorisation de pratiquer la profession contribuent à l'échelle nationale à maintenir élevé le niveau de qualité du système de santé. Depuis une vingtaine d'années, les formations de base et postgrade aux professions de la santé sont soumises à une procédure d'accréditation.⁵⁰ Depuis 2022, les travaux afférents sont effectués par le nouveau secrétariat pour l'accréditation et la qualité de la formation. Pour le domaine hospitalier, les conditions d'octroi de l'autorisation d'exploitation sont régies par le droit cantonal. L'admission à pratiquer à la charge de l'AOS nécessite l'autorisation préalable de pratiquer la profession ou l'autorisation d'exploitation.

S'agissant de la promotion de la sécurité de la médication, la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (LPTh) joue également un rôle important. Elle vise notamment à mettre à la disposition des professionnels de la santé et des patients une offre diversifiée de médicaments de qualité, sûrs et efficaces, tout en diminuant les coûts.

L'exigence de la transparence dans le traitement et la publication des données implique le respect de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD). Il importe également de respecter la loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (LRH). Les bases légales existantes prévalent sur la stratégie.

5 Politique

5.1 Qualité des prestations

La présente stratégie définit la qualité en s'inspirant de la définition élaborée par l'*Institute of Medicine (IOM)*⁵¹ à propos des services de santé, et l'applique ici à la qualité des prestations de santé :

La qualité des prestations est la mesure dans laquelle celles-ci augmentent la probabilité d'obtenir des résultats de santé souhaités par les personnes et populations auxquelles elles sont destinées, et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles.

Plusieurs éléments importants ressortent de cette définition :

La qualité des prestations exprime la mesure dans laquelle les prestations fournies augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités.

La définition porte sur toutes les prestations qui permettent de développer la santé, de la maintenir, de la rétablir et de prévenir sa dégradation.

L'expression « augmentent la probabilité » rappelle que les prestations fournies, même si leur qualité est élevée, ne sont pas associées à une garantie de résultat.

La formule « des résultats de santé souhaités » est l'expression de l'objectif des patients, des groupes de population et du personnel de la santé.

La précision « par les personnes et populations auxquelles elles sont destinées » rappelle qu'il ne s'agit pas seulement d'offrir des prestations aux patients (individus), mais de promouvoir et de maintenir la santé de toute la communauté des assurés de l'AOS.

La dernière proposition, « sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles », indique que produire des résultats souhaités par les patients est un objectif important, mais non suffisant. Le patient n'est pas toujours en mesure d'évaluer tous les aspects de la qualité des prestations, par exemple de juger si celles-ci sont fondées sur des données probantes, ou la qualité de l'indication. Ces aspects sont évalués par les spécialistes.

Après avoir défini la qualité des prestations, il convient de décrire les caractéristiques de cette qualité. Sept dimensions⁵², à comprendre aussi comme des objectifs généraux, sont retenues à cette fin.

- 1 **SÛRES** : évitant de nuire au patient par les prestations qui lui viennent en aide.
- 2 **EFFICACES** : basées sur des connaissances scientifiques et fournies à tous ceux qui peuvent en bénéficier, mais non à ceux à qui elles ont peu de probabilité d'apporter un bénéfice.
- 3 **CENTRÉES SUR LE PATIENT** : dispensées aux personnes à qui elles sont destinées, dans le respect de ces personnes et dans l'attention à leurs préférences, à leurs besoins et à leurs valeurs.
- 4 **RÉACTIVES** : prodiguant les soins au moment où ils sont requis et efficaces, et réduisant les temps d'attente évitables.
- 5 **EFFICIENTES** : évitant les gaspillages et les pratiques abusives.
- 6 **ÉQUITABLES** : prodiguant des soins qui ne varient pas en fonction de caractéristiques personnelles telles que genre, ethnicité, situation géographique ou appartenance socio-économique.
- 7 **INTÉGRÉES** : dispensant des soins coordonnés entre les différents niveaux et prestataires de soins et mettant à disposition toute la gamme des services de santé pour l'ensemble du parcours de vie, en s'assurant que la coordination entre les fournisseurs de prestations soit optimale, comme si les prestations étaient fournies par une seule entité.

Le degré de réalisation des objectifs en matière de développement de la qualité ainsi que les exigences en matière de qualité des prestations seront évalués en fonction de ces dimensions. Celles-ci ont été fixées notamment sur la base des notions liées aux indicateurs de qualité utilisés dans le droit de l'assurance-maladie, indicateurs dont l'analyse permet de déterminer dans quelle mesure les prestations médicales sont efficaces, efficientes, appropriées, sûres, centrées sur les besoins du patient, non discriminatoires et fournies à temps (cf. art. 30, let. g, OAMal). La présente stratégie reprend toutes les notions exprimées par ces sept objectifs, à l'exception de celle d'adéquation (« appropriées »), afin de se rapprocher le plus possible de la définition initiale de l'IOM, dans laquelle « efficace » signifie à la fois « efficace » et « approprié ». La dimension de l'intégration proposée récemment par l'OMS y a été ajoutée afin de tenir compte de l'évolution actuelle de la politique de la santé au plan international.

5.2 Développement de la qualité

Il importe d'améliorer en permanence, à l'échelle suisse, la qualité des prestations fournies dans le cadre de l'AOS et de la conformer aussi aux normes médicales internationales et aux bonnes pratiques (*best practices*). Les bonnes pratiques sont des méthodes, pratiques ou procédures exemplaires qui ont fait leurs preuves et qui se fondent sur les connaissances scientifiques les plus récentes. Les normes sont élaborées et développées par des sociétés de discipline médicales, et leur validité est en principe nationale, voire internationale. Sur la base des dernières connaissances scientifiques, elles fixent des règles claires et vérifiables concernant la fourniture concrète des prestations. Aujourd'hui déjà, la fourniture des prestations en Suisse suit ce type de recommandations reconnues au plan national ou international, telles que des lignes directrices, ou les directives de traitement concrètes, adaptées aux réalités locales, qui en sont dérivées. Celles-ci ne constituent pas en soi des règles de droit impératif, mais un contrat ou l'adhésion à une association peuvent leur conférer un caractère contraignant. Les lignes directrices et autres directives médicales fournissent aujourd'hui déjà aux différents groupements professionnels des recommandations essentielles en matière de traitement. Un renvoi à ces normes dans les conventions de qualité leur permettra de déployer des effets encore plus marqués.

Les domaines de prestations ne connaissent pas encore tous la même quantité de normes, et celles-ci ne présentent pas toutes la même qualité. Afin d'élever le niveau de qualité des prestations, il importe donc d'examiner, d'adapter et finalement d'adopter en tant que normes les meilleures pratiques dans les domaines thématiques où une optimisation s'impose.

Le développement de la qualité désigne la garantie systématique et l'amélioration continue du niveau de qualité au moyen des ressources investies. Son objectif est de satisfaire, voire de dépasser, les exigences en matière de qualité des prestations, de réduire les risques et de mettre en œuvre les améliorations de façon durable. En mettant l'accent sur le développement de la qualité, la LAMal souligne que la qualité ne s'installe pas automatiquement, mais qu'elle doit être maintenue et développée au cours d'un processus continu. Dans un processus d'apprentissage et d'amélioration, il importe de créer au fur et à mesure des standards qui, à leur tour, serviront de base à un nouveau processus d'amélioration. La répétition constante de ce processus permet d'élever le niveau de qualité.

« Penser objectifs de qualité, agir selon ses compétences »

La Stratégie qualité a pour but et pour objet de maintenir systématiquement la qualité des prestations fournies et de l'améliorer constamment. Certes, le respect constant des bases légales en vigueur (*compliance*) offre déjà la garantie que tous les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'AOS satisfont aux exigences minimales fixées en matière de qualité; cependant, pour le développement de la qualité, cela ne suffit pas. Pour atteindre les objectifs définis par le Conseil fédéral dans ce domaine, il importe de penser non selon les domaines de compétences, mais dans les dimensions de la qualité, qui ne s'arrêtent pas aux limites de ces domaines. Si tous les acteurs de la fourniture des prestations maintiennent systématiquement la qualité dans chacune de ces dimensions et l'améliorent constamment, l'effet déployé s'étendra au-delà du champ d'application de la LAMal. Il s'agit en particulier de décisions et de mesures mises en œuvre par des réglementations et des instruments extérieurs à la LAMal dans les domaines suivants: recherche, numérisation, formation de base, formation postgrade et formation continue.

L'environnement

EXIGENCES

Droit national

Droit cantonal

Formation /
formation continue

Normes
professionnelles

FACTEURS D'INFLUENCE

Stratégies nationales

Digitalisation

Recherche scientifique

Zürcherische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Le Conseil fédéral

Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie (Stratégie qualité)

Garantie et encouragement de la qualité des prestations dans l'assurance obligatoire des soins

5.3 Vision pour la qualité des prestations

La Stratégie qualité vise à fixer des priorités parmi les mesures d'amélioration à prendre et à les articuler en un ensemble cohérent, coordonné et durable. Son but ultime est l'amélioration permanente des prestations dans l'AOS.

Les acteurs concernés ainsi que des experts suisses et étrangers ont été associés au développement des priorités stratégiques. Une enquête en ligne et les échanges en la matière avec les parties prenantes ont permis d'identifier les quatre dimensions prioritaires pour la qualité des prestations : sécurité, efficacité, système centré sur le patient et intégration. La vision qui en découle pour le développement de la qualité est la suivante :

Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie (Stratégie qualité)

La vision

« Le traitement et les soins sont sûrs, efficaces et intégrés, et le patient est considéré sur un pied d'égalité. »

Vision de stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie

Il importe évidemment de ne pas négliger les dimensions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires (réactivité, efficacité et égalité des chances). L'on part du principe que, si la prestation est sûre, efficace, intégrée et centrée sur le patient, elle satisfait aussi à ces trois autres dimensions. Il s'agit d'assurer de façon systématique et d'améliorer en permanence la qualité des prestations, en veillant à leur coordination, à leur efficacité et à leur sécurité, en respectant les préférences, besoins et valeurs de la personne à qui ces prestations sont destinées, quels que soient son statut socio-économique et son profil.

5.4 Objectifs principaux

Les dimensions jugées prioritaires pour la qualité ainsi que la vision formulée sur cette base ont permis de dégager des objectifs principaux. Ceux-ci expriment les attentes de la société en matière de qualité des prestations du système suisse de santé.

La Stratégie qualité vise à atteindre les objectifs principaux ou à produire les résultats suivants :



EFFICACITÉ : un niveau élevé de qualité des prestations, qui se mesure à sa capacité de répondre aux préférences, aux besoins et aux valeurs de la personne à qui celles-ci s'adressent, ainsi qu'à leur conformité aux connaissances scientifiques les plus récentes.



SÉCURITÉ : un niveau d'atteintes évitables subies par les patients tendant vers zéro et une gestion adéquate du risque.



SYSTÈME CENTRÉ SUR LE PATIENT : un traitement et des soins centrés sur le patient, qui l'impliquent dans leur conception et dans un processus de décision partagée, tout en prenant en compte son vécu.



INTÉGRATION : des prestations provenant de sources multiples (professions, disciplines médicales et institutions diverses), qui sont aussi bien coordonnées que si elles provenaient d'une seule source.

Ces quatre objectifs principaux décrivent les résultats visés et se réfèrent directement aux dimensions définies comme prioritaires. Ils constituent de solides prédicteurs de la qualité des prestations, comme le suggèrent les auteurs du « Quadruple Aim »⁵³.

6

Champs d'action

Pour concrétiser les objectifs principaux, la Stratégie qualité définit des priorités thématiques, dites champs d'action, lesquels en constituent, avec leurs orientations principales, l'élément clé. Les champs d'action reprennent les recommandations du rapport national. Étant donné que le cadre général a changé avec l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal, une partie d'entre eux se concentre sur l'amélioration du système de qualité dans son ensemble. L'autre partie se réfère aux prestations destinées au patient lui-même.

Ils se répartissent comme suit :

CHAMPS D'ACTION ORIENTÉS SYSTÈME :

culture, gouvernance, prise de décision fondée sur des données et mise en œuvre concernent le système dans son ensemble. Elles servent de base aux champs d'action orientés prestations et visent à garantir qu'à tous les niveaux du système, la gestion de la qualité soit systématique.

CHAMPS D'ACTION ORIENTÉS PRESTATIONS :

système centré sur le patient et sécurité des patients visent directement la fourniture des prestations et agissent principalement sur la qualité de celles-ci.

Les champs d'action orientés système sont décrits ci-après en premier, car ils posent les bases des champs d'action orientés prestations. Ils forment les conditions-cadre du développement de la qualité. Les champs d'action orientés prestations présentés ensuite comprennent ce qui doit changer pour le développement concret de la qualité des prestations en faveur des personnes auxquelles celles-ci sont destinées. Il est à noter que, dans maints domaines, les améliorations recherchées dépendent d'une mise en œuvre opérée dans plusieurs champs d'action.

Le Conseil fédéral définit, sur la base de la Stratégie qualité, ses objectifs quadriennaux en vue d'une amélioration constante de la qualité des prestations. Les objectifs annuels de la CFQ balisent les étapes concrètes de leur mise en œuvre.

Les 5 champs d'action

VISION

Le traitement et les soins sont sûrs, efficaces et intégrés, et le patient est considéré sur un pied d'égalité.

5 CHAMPS D'ACTION

CHAMPS D'ACTION ORIENTÉS SYSTÈME

CULTURE

GOUVERNANCE

PRISE DE DÉCISION FONDÉE SUR
DES DONNÉES PROBANTES

CHAMPS D'ACTION ORIENTÉS PRESTATIONS

SYSTÈME CENTRÉ SUR LE PATIENT

SÉCURITÉ DES PATIENTS

4 OBJECTIFS PRINCIPAUX

EFFICACE
Niveau élevé
de qualité
des prestations



SÉCURITÉ
Pas d'atteintes
évitables subies par
les patients



**SYSTÈME CENTRÉ
SUR LE PATIENT**
Traitement et soins
centrés sur le patient



INTÉGRATION
Coordination et
intégration optimale
des prestations





Définition

La *European Society for Quality in Health Care* a proposé la définition suivante de la culture de la sécurité des soins⁵⁴ : ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les atteintes subies par les patients.

La Stratégie qualité élargit ce concept en s'inspirant de cette définition. En l'occurrence, la culture souhaitée concerne la qualité des prestations pour les individus, les groupes de population et les patients. Elle désigne l'ensemble des comportements individuels et organisationnels, fondé sur des attitudes et des valeurs partagées, qui cherchent continûment, de façon ambitieuse, à améliorer la qualité des prestations, à réduire les atteintes subies par les patients et à centrer les prestations sur eux.

Lien avec l'objectif principal

La culture impacte toutes les dimensions de la qualité des prestations. Lorsque les professionnels pensent savoir mieux que le patient ce qui est bon pour lui, ce comportement à fondement culturel freine le développement de prestations centrées sur le patient. Il en va de même pour l'efficacité, la sécurité, l'intégration du traitement et des soins, etc. C'est ainsi que le champ d'action relatif à la culture contribue à la réalisation de la vision et de tous les objectifs principaux décrits dans la présente stratégie. La culture agit comme un fertilisant.

Les principaux traits culturels que la stratégie nationale souhaite promouvoir sont les suivants :

1. La conception des prestations et du système de santé donne la priorité aux besoins des groupes de population, des individus, des patients et de leurs proches.
2. Il s'agit de promouvoir l'empathie, l'intégration du traitement et des soins ainsi que la prévention.
3. Les autorités et les fournisseurs de prestations, à tous les niveaux, fonctionnent comme des organisations apprenantes, mesurant et évaluant en permanence leur performance, ajustant leurs pratiques en conséquence et promouvant la culture positive de l'erreur (just culture).
4. Les efforts déployés visent la participation et l'implication des patients, afin de favoriser le concours actif de ces derniers à la conception des prestations.
5. Le climat de travail est ouvert et participatif, et favorise l'intégrité, l'implication des collaborateurs ainsi que la joie au travail.

Situation actuelle

En Suisse, les citoyens et les professionnels tiennent le système de santé en haute estime. La prise de conscience des lacunes de ce système est plus modeste que dans les pays comparables.⁵⁵ La nécessité d'améliorer en permanence et de remettre en question certains thèmes de manière approfondie est peu enracinée pour l'instant dans la culture.

Il ressort du rapport concluant la série d'entretiens menés avec des patients pour préparer la présente stratégie⁵⁶ que le déséquilibre des forces entre les professionnels et les patients est parfois considérable et que les premiers sont souvent peu intéressés par la situation personnelle des seconds, ce qui reflète une culture encore peu centrée sur le patient.

Les résultats d'enquêtes sur la culture de la sécurité (*safety culture*)⁵⁷ montrent que cette culture est sensiblement moins développée que dans les pays anglo-saxons ou les pays nordiques.

Besoin d'intervention

Un effort national s'impose pour évaluer la culture de la qualité et de la sécurité des prestations et pour promouvoir une évolution vers une culture d'amélioration permanente, valorisant la transparence, laissant au patient un rôle de décideur et cherchant à apprendre des erreurs plutôt qu'à les sanctionner.⁵⁸ Cet effort passe par une évaluation de la culture à grande échelle, par une sensibilisation des responsables, par un renforcement des attentes déclarées d'individus et de groupes de population, ainsi que par des mesures très concrètes en matière de communication ouverte des erreurs et des événements indésirables aux patients et à leurs proches.

Principales orientations pour la mise en œuvre

Les mesures en vue d'atteindre les objectifs de ce champ d'action suivront les orientations ci-après.

La Stratégie qualité vise aussi un environnement de travail qui soit apprécié par les professionnels de la santé et qui encourage un traitement et des soins respectueux. Il importe de renforcer à cette fin le leadership pour la qualité des prestations de tous les acteurs à tous les niveaux du système.

La promotion de cette culture inclut aussi l'évaluation de celle-ci, notamment par la mise en place d'une panoplie d'instruments validés et par l'incitation à leur utilisation. Il vaut également la peine d'élaborer et d'appliquer, en se fondant sur les recherches et l'expérience internationales, un train de mesures visant à renforcer cette culture.

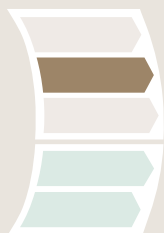
Il importe de promouvoir la culture juste (*just culture*) en tant que partie intégrante de la culture de la sécurité. Cette démarche peut passer par la rédaction d'une recommandation de pratique relative à cette culture positive, incluant la réponse non punitive à l'erreur, l'analyse des incidents et des événements indésirables, le soutien aux professionnels impliqués dans un incident et la communication au patient d'un événement indésirable.

Le cadre légal peut également favoriser la qualité des prestations. Une étude de faisabilité pourra éclairer l'opportunité de mettre sur pied un cadre légal national dans le domaine de la sécurité des patients et d'instituer un dispositif permettant d'indemniser les victimes d'événements indésirables en l'absence de preuve de culpabilité de la part d'un professionnel (*no-fault compensation*). Ainsi, les déclarations d'incidents auraient un statut protégé au regard de la justice, et il pourrait être exigé de tous les fournisseurs de prestations qu'ils disposent d'un système de notification et de gestion des incidents. Dans ce contexte, la motion 18.4210, adoptée par les Chambres, charge le Conseil fédéral de créer une base légale protégeant la confidentialité des systèmes de rapport et d'apprentissage utilisés dans les hôpitaux, tels que les Critical Incident Reporting System (CIRS), les évaluations par les pairs, les cercles de qualité, les audits cliniques et les revues de mortalité et de morbidité. La loi garantira ainsi que les événements documentés à des fins d'apprentissage ne puissent pas être utilisés par les tribunaux.

Adopté par le Conseil des États, le postulat 20.3463 charge le Conseil fédéral de déterminer comment introduire la *just culture* comme principe général dans le droit suisse s'appliquant à l'aviation, à la santé et à d'autres domaines relevant de la haute sécurité. Les travaux qui s'y rapportent ont été pris en main par l'Office fédéral de la justice et l'OFSP y participe.

6 Champs d'action

La communication avec le public et avec les professionnels est un autre moyen d'asseoir la culture. Il convient de mettre en place un programme permanent de sensibilisation à cette thématique.



Définition

Les tâches et les responsabilités vouées à la garantie systématique et à l'amélioration continue de la qualité des prestations sont englobées dans le terme de « gouvernance clinique » (*clinical governance*)^{59 60 61}. La modification de la LAMal définit clairement les rôles en matière de développement de la qualité. Font partie de la gouvernance les processus et le leadership nécessaires aux niveaux macro, méso et micro pour satisfaire, voire dépasser, les exigences en matière de qualité, réduire les risques et mettre en œuvre les améliorations.

Lien avec l'objectif principal

Le champ d'action Gouvernance comprend les approches servant à concrétiser la vision de la Stratégie qualité de concert avec les acteurs. Il soutient tous les objectifs généraux formulés dans cette stratégie et présente des liens transversaux avec les objectifs et les mesures des autres champs d'action. Afin d'apprécier la nécessité d'une intervention et de mettre en œuvre des interventions ciblées, la gouvernance poursuit désormais une approche qui intègre tous les niveaux de l'AOS et qui couvre tous les domaines de fourniture de prestations et tous les aspects de la qualité. L'institutionnalisation d'un feed-back et d'un apprentissage continu au niveau macro ainsi que les mesures prises au niveau méso renforcent l'efficacité de la gestion de la qualité au-delà du niveau opérationnel (micro).

Situation actuelle

Selon le rapport de l'OCDE⁶², la Suisse, avec son système de santé décentralisé et très fragmenté, fait partie des pays où les fonctions de gouvernance mises en œuvre sont moins nombreuses et moins harmonisées entre elles que dans les pays comparables. De ce fait, la gouvernance est elle-même très morcelée et présente un degré élevé de délégation aux acteurs à tous les niveaux. Le rapport national⁶³ fait état de désaccords sur les rôles et les responsabilités, ainsi que de réserves à l'égard d'un pilotage et d'une réglementation trop centralisés. Les fournisseurs de prestations et les assureurs, ainsi que leurs fédérations, assurent à ce jour la qualité sous leur propre responsabilité. Cet état de fait et le manque de transparence a empêché jusqu'ici une meilleure coordination nationale. Le même rapport relève aussi que les organisations de patients sont sous-représentées. Le statut de ces organisations n'est pas régi par la loi à l'échelle fédérale et aucun droit de plainte ou de dénonciation ne leur est accordé.⁶⁴

Besoin d'intervention

Si l'on veut obtenir un degré élevé de qualité des prestations, il faut surtout s'attaquer aux points faibles du système, ce que confirme aussi le rapport de l'OCDE. L'institutionnalisation du processus de développement de la qualité, à tous les niveaux, doit être au cœur même de la gouvernance. Les acteurs doivent connaître et incarner le nouveau rôle que la loi leur assigne dans le développement de la qualité. Aux niveaux macro et méso, une boucle de contrôle s'impose pour évaluer les mesures (conventions de qualité des fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs, et activités de la CFQ) sous l'angle des objectifs quadriennaux définis par le Conseil fédéral et pour garantir que les ressources disponibles seront investies à bon escient. À partir d'une conception commune des priorités exposées dans la vision et dans les objectifs généraux de la Stratégie qualité, les acteurs, à tous les niveaux, doivent faire du développement de la qualité, dans leur propre sphère de compétence, une véritable priorité stratégique, et continuer de développer la transparence, un sys-

tème approprié de la qualité et de gestion des risques pour la sécurité des patients, ainsi qu'un climat de travail empreint de franchise et de confiance. Il est nécessaire, en particulier, que les institutions s'impliquent davantage.

Principales orientations pour la mise en œuvre

Les mesures en vue d'atteindre les objectifs de ce champ d'action suivront les orientations ci-après.

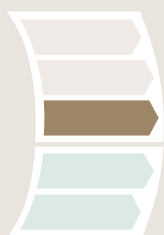
À moyen terme, les fournisseurs de prestations devront avoir leur propre vision et leur propre stratégie, harmonisées avec la Stratégie qualité, en vue d'une amélioration systématique et continue de la qualité des prestations, et élevant le développement de la qualité au rang de priorité stratégique.

Les responsables des organisations de fournisseurs de prestations et des organisations professionnelles devront être formés aux meilleures pratiques en matière de développement de la qualité. Cette formation doit notamment aborder les principes fondamentaux de la création d'une infrastructure dédiée à la qualité, ainsi que le rôle des dirigeants dans le soutien et la direction de l'amélioration de la qualité, de même que les responsabilités qui vont de pair. Il faudra ensuite mettre l'accent sur la mise en application de ce savoir dans les établissements.

Il importe de mettre en place, à tous les niveaux, une gestion efficace de la qualité, couvrant tous les domaines essentiels et axée sur des soins centrés sur le patient. Comme les fournisseurs de prestations varient considérablement entre eux en termes de taille et de mission, de mandat de prestations, d'exigences cantonales et autres conditions, il est essentiel que les autorités définissent une série d'options appropriées de gestion de la qualité et qu'elles jouent un rôle de soutien pour leur mise en œuvre.

Les connaissances et les compétences liées à l'amélioration de la qualité doivent être considérées comme des exigences professionnelles de base. Il faut élaborer des recommandations pour leur introduction dans la formation de base et la formation postgrade de toutes les filières professionnelles et les appliquer de façon standardisée.

6.3 PRISE DE DÉCISION FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES



Définition

Les prestations de santé et les mesures d'amélioration de leur qualité ont pour matière première le savoir. Celui-ci se fonde en particulier sur les données collectées. La prise de décision fondée sur des données probantes est un processus consistant à identifier, extraire, analyser et interpréter les meilleures données et les plus récentes (tant au regard de la qualité que de la quantité) afin de prendre les bonnes décisions touchant les prestations de santé et leur amélioration, et de servir de base au processus de décision partagée.

Lien avec l'objectif principal

Ce champ d'action soutient tous les objectifs principaux définis dans la Stratégie qualité. Le processus de décision partagée, par exemple, implique l'accès aux données cliniques. La réduction des atteintes évitables subies par les patients passe par l'identification et la quantification de ces atteintes et des défaillances systémiques qui y contribuent, ainsi que par des données sur l'efficacité des mesures de prévention pour la population. La quête d'une haute valeur des prestations et la conformité de celles-ci aux connaissances scientifiques impliquent une boucle d'amélioration reposant sur des données. Il en va de même de la coordination des prestations et de la culture des professionnels. Aucun de ces objectifs ne peut être atteint sans collecte, traitement, analyse et utilisation de données, le tout facilité par la numérisation. Au niveau clinique et à celui des fournisseurs de prestations, ce champ d'action permettra de surveiller le respect des engagements inscrits dans les conventions de qualité. Au niveau national, il fournira la matière pour apprécier le degré de réalisation des objectifs définis.

Situation actuelle

La revue du système de santé suisse faite en 2011 par l'OCDE⁶⁵ constate que le manque de données sur l'équité et la qualité des soins en Suisse rend difficile l'évaluation du retour sur l'investissement considérable fait dans le système de santé. Le rapport de 2013 du Conseil scientifique relatif à la qualité⁶⁶ attire l'attention de la Confédération sur le manque d'un ensemble national d'indicateurs de qualité des prestations, en particulier dans les soins de longue durée et les soins ambulatoires. Le rapport national reprend ces constats et montre que ces lacunes subsistent.

Besoin d'intervention

Une mobilisation de tous les acteurs à tous les niveaux du système s'impose dans ce domaine. Elle nécessite, d'abord, une conscience accrue de la nécessité de la mesure, de la mise en application et de l'évaluation. Elle implique, ensuite, un ensemble d'indicateurs couvrant tous les secteurs de la santé, en vue d'un système national de monitoring de la qualité. Enfin, elle prend en compte les besoins des individus, des groupes de population et des patients et s'accompagne de règles sur la protection et la sécurité des données, ainsi que sur la définition de l'usage prévu des données avant leur collecte. Par ailleurs, il importe de prêter une attention particulière à la sélection des données à recueillir. Il convient de prendre en considération à cet égard les registres, les indicateurs et les exemples de bonnes pratiques existants.

Principales orientations pour la mise en œuvre

Les mesures en vue d'atteindre les objectifs de ce champ d'action suivront les orientations ci-après.

Afin de permettre un monitoring national de la qualité des prestations et d'en assurer la transparence, il convient d'élaborer un concept de mesure servant de ligne directrice, puis un ensemble complet d'indicateurs de qualité des prestations, avec une harmonisation des indicateurs existants à l'échelon national et le développement de nouveaux indicateurs. La publication des résultats, après une phase d'essai des indicateurs, doit devenir une pratique standard favorisant la transparence. Il faut mettre en place un tableau de bord national de la qualité des prestations et donner, au niveau national, une priorité aux travaux de recherche qui contribuent au développement d'instruments permettant d'obtenir des données sur la perspective du patient.

Il importe de développer l'utilisation des Patient Reported Outcome Measures (mesures des résultats perçus par les patients, PROMs) afin de comprendre quelle valeur le patient attache aux prestations qui lui sont prodiguées et quel impact il perçoit sur sa santé. Il faut renforcer aussi le recours aux Patient Reported Experience Measures (mesures des expériences rapportées par les patients, PREMs) pour mieux comprendre l'impact des processus de fourniture des prestations sur le ressenti des patients.

Le principe général à promouvoir est l'apprentissage collectif à partir des données. Pour cela, il convient d'encourager et de faciliter le recours à l'analyse comparative (benchmarking). Afin de mettre en œuvre l'apprentissage à partir des données et d'assurer le transfert de connaissances, il faut promouvoir très largement sur le plan national la boucle d'amélioration continue PDCA (Plan, Do, Check, Act), qui assure que toute initiative d'amélioration est évaluée par l'analyse des données et aboutit, sur la base du besoin d'action identifié, aux mesures d'amélioration nécessaires.

Les systèmes de collecte de données doivent prévoir avant tout la restitution des résultats issus de ces données aux équipes et aux professionnels auprès de qui elles sont collectées. Il convient d'élaborer un plan d'action à cet effet.



Définition

L'Académie américaine des sciences médicales définit les soins centrés sur le patient comme des « soins qui respectent les préférences, besoins et valeurs de chaque patient, et s'assurent que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques ». ⁶⁷

Dans le contexte de la Stratégie qualité, un système est réputé centré sur le patient s'il répond à cette définition. Ce système veille à la coordination des prestations en fonction des besoins de chaque patient, tout en prenant en considération son environnement.

Lien avec l'objectif principal

Centrer le traitement et les soins sur le patient, en l'associant à la planification et à la prise de décision, et en prenant en compte son vécu, est l'un des objectifs principaux déclarés de la Stratégie qualité. Cette intention implique aussi que le dossier du patient lui soit remis rapidement. Un autre objectif principal consiste à atteindre un niveau de coordination et d'harmonisation des prestations qui amène les bénéficiaires à percevoir celles-ci comme concertées sur le plan pluriprofessionnel et aussi bien coordonnées en fonction de leurs besoins que si elles provenaient d'un seul prestataire.

Situation actuelle

La synthèse des entretiens menés avec des patients pour préparer la présente stratégie révèle qu'il est extrêmement déplaisant pour eux de se sentir attribués à des catégories médicales préconçues, et surtout de se sentir considérés comme objets plutôt que comme sujets. ⁶⁸ La Fédération suisse des patients estime que le statut des patients, en Suisse, laisse à désirer par rapport aux pays voisins, la défense de leurs intérêts restant très fragmentée. ⁶⁹ Les droits des patients sont réglementés en maints endroits sous différentes formes, il est difficile de s'y retrouver, ⁷⁰ et il n'existe pas, au niveau fédéral, de dispositions régissant ces droits dans la pratique médicale quotidienne. ⁷¹ Selon le rapport national, ⁷² il existe en Suisse un potentiel considérable pour développer l'implication des patients dans le traitement et les soins qui leur sont prodigués, dans des projets d'amélioration et dans la gestion des établissements de fourniture de prestations. Ce potentiel appelle aussi à associer des patients à la conception de projets de recherche et au coaching d'autres patients.

La fragmentation du système de santé suisse est préjudiciable à sa capacité de répondre aux attentes des patients. Les soins de santé primaire ainsi que les traitements et les soins spécialisés sont souvent prodigués par des fournisseurs de prestations différents. Lors des entretiens menés avec des patients pour préparer la présente stratégie, ceux-ci se montraient critiques à l'égard de cette fragmentation, ⁷³ relevant qu'après le rendez-vous, les spécialistes n'étaient plus disponibles et que la coordination entre spécialistes laissait à désirer.

Besoin d'intervention

Pour centrer les prestations sur le patient et développer le caractère intégré du traitement et des soins, il est nécessaire de renforcer la concertation entre fournisseurs de prestations et de procéder à un changement substantiel de culture et d'organisation. Cela implique un leadership fort, ainsi que la mise en place d'une formation et d'un soutien, tant pour les bénéficiaires que pour les fournisseurs de prestations. Cela implique aussi de donner à la personne une information complète, claire, personnalisée et coordonnée, afin que la décision soit partagée. C'est une nouvelle place qu'il convient de donner aux patients et à leurs associations, afin de développer leur implication, tant dans le traitement et les soins qu'ils reçoivent que dans les initiatives qualité.

Principales orientations pour la mise en œuvre

Les mesures en vue d'atteindre les objectifs de ce champ d'action suivront les orientations ci-après.

Il faut élaborer des modalités concrètes pour mettre en œuvre le concept de système centré sur le patient. Il s'agit des mécanismes de décision partagée, de l'éducation thérapeutique⁷⁴ et de la responsabilisation des patients. Il faudra s'assurer de l'application de ces modalités, et aussi recommander leur intégration dans la formation des professionnels. Il convient en outre d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour l'implication des patients et des aidants dans la gouvernance des établissements de fourniture de prestations, dans les projets d'amélioration, dans le coaching d'autres patients ainsi que dans le traitement et les soins qu'ils reçoivent. Il faut aussi évaluer leur intégration dans la pratique quotidienne. Il importe par ailleurs de poursuivre les travaux en cours, comme la participation de la Suisse à l'initiative de l'OCDE *Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*.

Renforcer les associations de patients doit être une priorité, car le partenariat avec elles est nécessaire pour mettre en œuvre la plupart des éléments de la présente stratégie. Par exemple, les organisations de patients manquent de moyens financiers pour préparer et diffuser des informations médicales, juridiques, administratives, sociales, scolaires et professionnelles à l'intention des patients.⁷⁵ Il importe d'encourager le développement et l'application d'aides à la décision.

Priorité doit être donnée à l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables (personnes âgées fragiles, personnes handicapées, réfugiés, personnes ayant des problèmes de santé mentale, autres personnes susceptibles d'être désavantagées dans le système de santé).

Le développement de méthodes d'amélioration de la coordination et de concepts d'intégration des traitements et des soins doit constituer une priorité stratégique à long terme, surtout pour les patients souffrant de plusieurs affections (multimorbidité). Il convient ici de faire le lien avec les résultats et les produits des activités d'autres stratégies et programmes nationaux en matière de santé.

Il faut aussi mesurer la qualité de l'indication par rapport aux prestations et aux fournisseurs de prestations, et en déduire des améliorations. L'efficacité d'une prestation est fondamentale au regard de son utilité pour le patient (art. 33 LAMal). Elle va aussi de pair avec les efforts visant à ce que les prestations bénéficient aux personnes pour qui la probabilité que celles-ci soient utiles est élevée. Kraft et al.⁷⁶ définissent la qualité de l'indication par le caractère approprié et la nécessité des interventions médicales. Une intervention est appropriée lorsque son efficacité pour le patient est supérieure au risque encouru. Elle est nécessaire lorsqu'elle doit en tous les cas être recommandée et proposée au patient pour des raisons scientifiques et d'éthique sociale. Outre la qualité de l'indication, la qualité des prestations fournies et celle des résultats obtenus sont essentielles.



Définition

Selon l'OMS⁷⁷, la sécurité des patients est « un cadre d'activités organisées qui agissent sur la culture, les processus, les procédures, les comportements, les technologies ainsi que les environnements dans le domaine des soins de santé et qui, de manière cohérente et durable, réduisent les risques et la survenue d'atteintes évitables, rendent les erreurs moins probables et réduisent leur impact lorsqu'elles se produisent ». La présente stratégie retient cette définition.

Toujours selon l'OMS, l'atteinte implique une altération de la structure ou de la fonction du corps et tout effet délétère qui en découle, y compris la maladie, les blessures, la souffrance, l'invalidité et la mort, et elle peut être de nature physique, sociale ou psychologique. La discipline de la sécurité des patients vise à éviter les atteintes associées aux soins, c'est-à-dire générées par les prestations fournies ou omises plutôt que par la pathologie du patient.

Lien avec l'objectif principal

L'objectif recherché est de faire tendre vers zéro le niveau d'atteintes évitables subies par les patients. Il n'est pas acceptable que ceux-ci subissent des atteintes évitables à leur santé. Même si, à cet égard, le niveau zéro n'existe pour l'instant nulle part, faut résolument tendre vers ce niveau, en s'inspirant des principes des organisations à haute fiabilité, plus développés dans les secteurs de l'aviation et du nucléaire, par exemple.

Situation actuelle

Le rapport national⁷⁸ rappelle également que la sécurité des patients reste un sujet de préoccupation important. Une étude menée dans un hôpital suisse révèle ainsi qu'au cours de leur séjour, 12,3 % des patients subissent une atteinte conduisant à au moins un jour d'hospitalisation supplémentaire.⁷⁹ Parmi les adultes hospitalisés, 4 % développent une escarre et 3,8 % chutent.⁸⁰ À l'échelle nationale, 5,9 % des patients contractent une infection à l'hôpital. Un quart des Suisses de plus de 65 ans prennent une médication potentiellement inappropriée.⁸¹ Selon une revue des études internationales, dans un hôpital de soins aigus somatiques, les types d'événements indésirables les plus fréquents sont les complications chirurgicales, les événements médicamenteux et les infections associées aux soins.⁸² Cette revue montre également qu'au niveau international, un patient sur dix subit un événement indésirable d'une gravité provoquant au moins une journée d'hospitalisation supplémentaire.

Selon le rapport national, des initiatives institutionnelles et cantonales ainsi que les programmes pilotes nationaux progress! ont démontré des potentiels d'amélioration de la sécurité des patients, par la mise en œuvre systématique de bonnes pratiques recommandées par la littérature scientifique. Ces initiatives et ces programmes pilotes ont toutefois souvent rencontré des difficultés pour rendre systématique l'application des nouvelles pratiques, les déployer dans l'ensemble du système et les pérenniser.

Besoin d'intervention

Les études citées ci-dessus montrent que beaucoup de progrès restent à faire pour la sécurité des patients, en Suisse comme dans les pays qui l'entourent. C'est pourquoi il faut instaurer un processus

de notification et d'analyse des événements indésirables, débouchant sur des mesures d'amélioration dont la mise en œuvre et l'impact feront l'objet d'une évaluation. Il importe d'appliquer un système clinique de gestion des risques approprié. Il importe aussi de poursuivre l'identification de bonnes pratiques dont l'efficacité est prouvée. Il faut assurer une application systématique de ces bonnes pratiques, les déployer dans l'ensemble du système et les pérenniser par des programmes nationaux et locaux rigoureux de développement de la qualité.

Principales orientations pour la mise en œuvre

Les mesures en vue d'atteindre les objectifs de ce champ d'action suivront les orientations ci-après.

Les domaines pour lesquels les préoccupations en matière de sécurité des patients sont généralement et prioritairement les infections associées aux soins, les événements indésirables médicamenteux, les complications chirurgicales, les escarres, les chutes et le déclin. Il importe de mettre en œuvre les recommandations dans les domaines de la santé mentale⁸³ et des soins de longue durée.⁸⁴ En outre, il convient de poursuivre et de promouvoir les initiatives en cours, telles que les programmes pilotes nationaux progress! et la mise en œuvre de la stratégie NOSO.⁸⁵

L'amélioration de la sécurité des prestations s'est beaucoup concentrée sur le domaine somatique aigu. Elle doit néanmoins être étendue, avec les ajustements requis, à d'autres domaines.

Il faut qu'un état de la situation soit établi au moyen d'une étude nationale sur la survenue des événements indésirables (adverse events), et suivi d'un programme de communication à large échelle. Cela contribuera à créer le sentiment d'urgence nécessaire pour amener le changement. Les résultats de cette étude fourniront l'orientation des futurs programmes nationaux de développement de la qualité. Ces programmes doivent notamment porter sur la sécurité de la médication et sur le travail en équipe.

Il importe de mettre en œuvre en Suisse les recommandations du plan d'action de l'OMS pour la sécurité des patients.⁸⁶

7

Mise en œuvre de la stratégie

Plan de mise en œuvre

La mise en œuvre de la Stratégie qualité se fait, conformément à l’approbation des crédits globaux, par périodes de quatre ans. À titre exceptionnel, le Conseil fédéral fixe pour trois ans seulement (2022–2024) ses premiers objectifs quadriennaux de développement de la qualité, ceux-ci ne pouvant pas être adoptés avant l’approbation de la présente stratégie. Afin d’institutionnaliser le plus rapidement possible le développement de la qualité à tous les niveaux du système, le Conseil fédéral se concentre sur les champs d’action orientés système. Grâce à l’amélioration constante des données disponibles, les objectifs axés sur les résultats gagneront en importance dans les champs d’action orientés prestations. Il s’agira, en fonction des résultats obtenus et de l’état d’avancement du développement de la qualité, de viser des champs thématiques ou des groupes de patients spécifiques.

Mise en œuvre opérationnelle

Les objectifs principaux et les champs d’action définis dans la présente stratégie seront classés par priorité et concrétisés dans les objectifs quadriennaux du Conseil fédéral, que la CFQ opérationnalisera dans ses objectifs annuels. Cette cascade vise à garantir que les acteurs, et en particulier la CFQ, puissent investir de façon ciblée les ressources mises à leur disposition pour développer la qualité des prestations. De par sa nature même, la stratégie est formulée en termes généraux et laisse donc aux différents acteurs une grande marge de manœuvre. Le développement de la qualité s’entend comme un mouvement bottom-up. Le Conseil fédéral donne une orientation, la mise en œuvre étant du ressort des acteurs.

Tous les acteurs doivent veiller, dans leur domaine de compétence, à la mise en œuvre opérationnelle des mesures et à la réalisation des objectifs. La combinaison entre institutionnalisation du développement de la qualité au niveau national et mise en œuvre de la systématique de ce développement au niveau des fournisseurs de prestations produit un système de régulation garantissant le caractère obligatoire du développement de la qualité aux niveaux macro, méso et micro.

Responsabilité stratégique et coopération

Le Conseil fédéral agit en tant qu’organe stratégique. La CFQ assume la responsabilité de la coordination et de la mise en œuvre, et rend régulièrement compte au Conseil fédéral de l’état d’avancement de cette dernière.

Un monitoring d’indicateurs accompagnant la Stratégie qualité permettra d’observer de quelle manière la qualité des prestations évolue. Le rapport annuel de la CFQ portera sur les activités de la commission mais aussi, en particulier, sur l’utilisation des ressources, sur l’état des connaissances en matière de qualité des prestations en Suisse, sur l’appréciation de la nécessité de prendre des mesures, et sur les recommandations formulées à l’adresse des autorités compétentes et des fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs. Ces informations permettront au Conseil fédéral de surveiller et d’évaluer la réalisation des objectifs et l’utilisation des ressources de la CFQ, ainsi que les recommandations qu’elle aura formulées.

- 1** Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (éd.) (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC : National Academies Press.
- 2** La stratégie de la Confédération en matière de qualité pour le système de santé suisse (en allemand seulement, avec résumé en français) est disponible à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Développement de la qualité (consulté le 20 juillet 2021).
- 3** Le rapport sur la concrétisation de la stratégie de la Confédération en matière de qualité est disponible (en allemand seulement, avec résumé en français) à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Développement de la qualité (consulté le 20 juillet 2021).
- 4** FF 2016 217
- 5** FF 2019 4469
- 6** Rapport disponible à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Développement de la qualité (consulté le 20 juillet 2021).
- 7** Rapport disponible en anglais à l'adresse : www.oecd-ilibrary.org > Catalogue > Papers > Working Papers and Policy Papers > OECD Health Working Papers > System governance towards improved patient safety (consulté le 20 juillet 2021).
- 8** Rapport disponible à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Développement de la qualité (consulté le 20 juillet 2021).
- 9** Berwick D. M., Nolan T. W., Whittington J. (2008). *The Triple Aim: Care, health, and cost*. *Health Affairs*. Mai/juin ; 27(3), pp. 759–769.
- 10** Vincent Ch., Staines A. (2019). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- 11** Op. cit., p. 24 s.
- 12** Op. cit., p. 25.
- 13** Ibid.
- 14** Op. cit., p. 33.
- 15** Fondation Sécurité des patients Suisse. *Programmes pilotes nationaux pour la sécurité des patients*. Consultable à l'adresse : <https://www.securitedespatients.ch/fr/programmes-progress/> (consulté le 20 juillet 2021).
- 16** Vincent Ch., Staines A. (2019). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse*. Berne : Office fédéral de la santé publique, p. 34.
- 17** Op. cit., p. 49.
- 18** Berchtold P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). *Quality through patients' eyes*. Zurich : Organisation suisse des patients.
- 19** Aaraaen A., Saar K., Klazinga N. (2020). *System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation*. Paris : Éditions OCDE.
- 20** OMS, Assemblée mondiale de la santé, résolution WHA55.18. 18 mai 2002. Consultable à l'adresse : https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1&ua=1 (consulté le 20 juillet 2021).
- 21** OMS. Services de santé de qualité. Consultable à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> (consulté le 20 juillet 2021).
- 22** OMS, 69^e Assemblée mondiale de la santé, résolution WHA69.11, 28 mai 2016. Consultable à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R11-fr.pdf (consulté le 20 juillet 2021).
- 23** OMS. Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité. Consultable à l'adresse : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-health-services/national-quality-policy-and-strategy> (consulté le 20 juillet 2021).
- 24** OMS. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Consultable à l'adresse : <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf> (consulté le 20 juillet 2021).
- 25** OMS, OCDE et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale (2019). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative*. Consultable à l'adresse : <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf> (consulté le 20 juillet 2021).
- 26** OMS, Assemblée mondiale de la santé, Action mondiale pour la sécurité des patients, résolution WHA72.6. 28 mai 2019. Consultable à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-fr.pdf (consulté le 20 juillet 2021).
- 27** OMS (2021). *Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Third draft*. Consultable à l'adresse : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_13](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_13) (consulté le 20 juillet 2021).
- 28** Kelley E., Hurst J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. Documents de travail de l'OCDE sur la santé, no 23, Éditions OCDE, Paris Consultable à l'adresse : <https://doi.org/10.1787/440134737301> (consulté le 20 juillet 2021).
- 29** OCDE. *Health Care Quality Framework*. Consultable à l'adresse : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/health-care-quality-framework.htm>
- 30** OCDE. *Recommendation of the Council on Health Data Governance/LEGAL/0433*. Consultable à l'adresse :

<https://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendation-of-OECD-Council-on-Health-Data-Governance-Booklet.pdf> (consulté le 20 juillet 2021).

31 OCDE. Patient Reported Indicator Surveys. Consultable à l'adresse : <https://www.oecd.org/health/paris/> (consulté le 20 juillet 2021).

32 Commission Européenne, DG Santé et protection des consommateurs, Déclaration de Luxembourg sur la sécurité du patient, 5 avril 2005. Consultable à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Declaration_final_FR_2_.pdf (consulté le 20 juillet 2021).

33 Conseil de l'Europe, Conseil des Ministres, Recommandation Rec(2006)7 du Comité des Ministres aux États membres sur la la gestion de la sécurité des patients et de la prévention des événements indésirables dans les soins de santé, 24 mai 2006.

34 Journal officiel de l'Union européenne, Recommandation (2009/C 151/01) du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci. Consultable à l'adresse : [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en) (consulté le 20 juillet 2021).

35 European Hospital and Healthcare Federation. Safety Improvement for Patients in Europe. Consultable à l'adresse : https://hope.be/EU_Projects/safety-improvement/ (consulté le 20 juillet 2021).

36 European Hospital and Healthcare Federation. European Union Network for Patient Safety. Consultable à l'adresse : https://hope.be/EU_Projects/european-union-network-for-patient-safety/ (consulté le 20 juillet 2021).

37 Direction européenne de la qualité du médicament & soins de santé (EDQM). Consultable à l'adresse : <https://www.edqm.eu/fr> (consulté le 20 juillet 2021).

38 La Stratégie 2020–2030 du Conseil fédéral en matière de politique de la santé peut être consultée à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Stratégie & politique > Santé2030 (consulté le 20 juillet 2021).

39 Op. cit., p. 23.

40 Stratégie Cybersanté Suisse. Consultable à l'adresse : Stratégie Cybersanté Suisse – eHealth Suisse (<https://www.e-health-suisse.ch/fr/politique-droit/bases-strategiques/strategie-ehealth-suisse.html>) (consulté le 20 juillet 2021).

41 Le postulat de la conseillère nationale Ruth Humbel, cité plus loin, sur la « Mise en œuvre de la stratégie en matière de cybersanté » a été accepté par le Conseil national, sur proposition du Conseil fédéral, le 18 juin 2010.

42 Mise en œuvre de la « Stratégie Cybersanté Suisse ». Rapport en réponse au postulat Humbel (10.3327).

43 Cette stratégie peut être consultée à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Stratégie & politique > Stratégies nationales en matière de santé > Stratégie NOSO : infections associées aux soins (consulté le 20 juillet 2021).

44 Cette stratégie peut être consultée à l'adresse : www.star.admin.ch > StAR > Stratégie StAR (consulté le 20 juillet 2021).

45 Ce projet peut être consulté à l'adresse www.ofsp.admin.ch > Stratégie & politique > Politique nationale de la santé > Soins coordonnés (consulté le 20 juillet 2021).

46 Cf. FF 2020 5531 pour la modification du 19 juin 2020 de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations.

47 Cf. ATF 127 V 80, consid. 3c.

48 Cf. Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2^e éd., Zurich 2018, N 1 ad art. 32 al. 1 ; Thomas Gächter/Bernhard Rüttsche, Gesundheitsrecht, 4^e éd., Bâle 2018, p. 274.

49 Le terme de Health Technology Assessment (HTA) est utilisé au plan international pour l'évaluation des technologies de la santé.

50 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/akkreditierung-gesundheitsberufe.html> (consulté le 18 novembre 2021).

51 Institute of Medicine (IOM) (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.

52 OMS, OCDE et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale (2019). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Genève.

53 Sikka R, Morath J. M., Leape L. (2015). The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*. 24, pp. 608–610.

Bodenheimer T, Sinsky C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 12(6), pp. 573–576.

54 Kristensen S., Bartels P. (2010). Use of patient safety culture instruments and recommendations. *European Society for Quality in Healthcare. Office for Quality Indicators*.

55 Vincent C., Staines A. (2019). Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Berne : Office fédéral de la santé publique, p. 4.

56 Berchtold P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zurich : Organisation suisse des patients.

57 Perneger T. V., Staines A., Kundig F. (2014). Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture; *BMJ Quality & Safety*. 23, pp. 389–397.

58 Auraaen A., Saar K., Klazinga N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. Paris : OCDE.

59 Firth-Cozens J., Mowbay D. (2001). Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*, 10 (Suppl.II), pp. ii3–ii7.

- 60** Berwick M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*; 289 (15), pp. 1969–1975.
- 61** Bodenheimer Th. (1999). The movement for improved quality in Health Care. *New Engl J Med*, 340, pp. 488–492.
- 62** Aaraen A., Saar K., Klazinga N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. Paris: OCDE.
- 63** Vincent C., Staines A. (2019). Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 64** Office fédéral de la santé publique (2015). Droits des patients et participation des patients en Suisse, Condensé, Berne.
- 65** OCDE/OMS (2011). OECD reviews of health systems: Switzerland 2011 (Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse). Éditions OCDE.
- 66** Vincent C. (2013). Improving the quality and safety of healthcare in Switzerland: reflections on the Federal Strategy. First Report of the Scientific Advisory Board. Berne, Office fédéral de la santé publique.
- 67** Institute of Medicine (IOM) (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.
- 68** Berchtold P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zurich: Organisation suisse des patients.
- 69** Ziltener E. (2019). Healthcare from the point of view of patients. Short report on the Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.
- 70** Voir le rapport Droits des patients en Suisse, consultable à l'adresse: www.ofsp.admin.ch > Médecine & recherche > Droits des patients > Rapport Droits des patients en Suisse (consulté le 20 juillet 2021).
- 71** Office fédéral de la santé publique (2015). Droits des patients et participation des patients en Suisse, Condensé, Berne.
- 72** Vincent C., Staines A. (2019). Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Berne. Office fédéral de la santé publique.
- 73** Berchtold P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zurich: Organisation suisse des patients.
- 74** Selon la définition de l'OMS. Voir OMS, Bureau régional pour l'Europe (1998). Éducation Thérapeutique du Patient. Genève: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe.
- 75** Voir la conclusion du rapport du Conseil fédéral du 17 février 2021: Bases légales et cadre financier visant à garantir la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares, consultable à l'adresse: www.ofsp.admin.ch > Stratégie & politique > Mandats politiques & plans d'action > > Concept national maladies rares.
- 76** Kraft E., Hersperger M., Herren D. (2012). Diagnostic et indication: des dimensions clés de la qualité. Document de base du département DDQ: « We have little information about which treatments work best for which patients ». *Bulletin des médecins suisses*, 93:41, pp. 1485–1489.
- 77** OMS (2020). Towards Zero Patient Harm in Health Care: plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021–2030 (1^{re} version, août 2020).
- 78** Vincent C., Staines A. (2019). Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- 79** Halfon P., Staines A., Burnand B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), pp. 527–533.
- 80** Vincent C., Staines A. (2019). Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique, p. 69.
- 81** Ibid.
- 82** Schwendimann R., Blatter C., Dhaini S., Simon M., Ausserhofer D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC health services research*, 18(1), pp. 1–13.
- 83** Fondation Sécurité des patients Suisse. La sécurité des patients en psychiatrie. Consultable à l'adresse: <https://www.securitedespateurs.ch/psychiatrie/> (consulté le 20 juillet 2021).
- 84** Niederhäuser A, Füglistner M, (2016). La sécurité des patients dans les soins de longue durée. Particularités, champs d'intervention et activités existantes. Fondation Sécurité des patients Suisse. Consultable à l'adresse: https://www.securitedespateurs.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_sichere_med_pflegeheime/progress_smp_f/Rapport_se_cu_rite_des_patients_soins_de_longue_dure_e_V1.1.pdf (consulté le 20 juillet 2021).
- 85** Cf. Stratégie nationale NOSO, Exigences structurelles minimales. Consultable à l'adresse: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/8_Swissnoso_Publikationen/Swissnoso_Minimalstandards_FR_210127-def.pdf (consulté le 20 juillet 2021).
- 86** OMS (2020). Towards Zero Patient Harm in Health Care: plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021–2030 (1^{re} version, août 2020).