



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

Rapport d'évaluation basé sur les données de l'année 2025 à l'intention de H+ Vos hôpitaux

Auteurs: Silvia Thomann, Cécile JeanRichard, Niklaus S. Bernet;
Haute école spécialisée bernoise, Département Santé

Version et Date: V1.0, 29.06.2026

Table des matières

1	Contexte	3
2	Procédure	4
2.1	Collecte des données	4
2.2	Analyse des données	5
2.3	Indépendance de la BFH	8
3	Résultats de l'évaluation de l'amélioration de la qualité des traitements	9
3.1	Données utilisées	9
3.2	Moyens financiers provenant des rabais retenus	9
3.3	Concept en cours d'élaboration / Concept existant	9
3.4	Atteinte des objectifs	11
3.4.1	Degré d'atteinte des objectifs	11
3.5	Raisons de la non-atteinte des objectifs	11
3.6	Vérification de l'exhaustivité des données	12
4	Conclusion relatives à l'amélioration de la qualité des traitements	13
5	Recommandations	14
5.1	Perspectives	16
6	Table des tableaux	17
7	Annexe	18
7.1	Atteinte des objectifs par objectifs standardisés	18

1 Contexte

«La LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie] prévoit que les avantages visés à l'art. 56, al. 3, let. b LAMal ne doivent plus être répercutés intégralement, mais "en majeure partie" par les fournisseurs de prestations aux débiteurs de la rémunération, et que les avantages non répercutés doivent être utilisés pour une "amélioration vérifiable de la qualité du traitement" des patients.»¹ (1, p. 3).

À cet effet, H+ a négocié avec les assureurs / communautés d'achat une convention à laquelle les fournisseurs de prestations / hôpitaux peuvent adhérer (Convention relative à la répercussion non intégrale des avantages conformément à l'art. 56, al. 3bis LAMal [Convention relative à la répercussion partielle des rabais]). La convention relative à la répercussion partielle des rabais «règle la répercussion non intégrale des avantages [...] sur les médicaments dans le domaine de la fourniture de prestations ambulatoires en vue de l'amélioration vérifiable de la qualité du traitement»¹ (1, p. 4).

La convention relative à la répercussion partielle des rabais «oblige les fournisseurs de prestations à utiliser les avantages qui n'ont pas été répercutés intégralement en vertu de l'art. 76b al. 2 let. b OAMal conformément à la présente convention et aux dispositions de l'OAMal applicables en la matière, dans le but d'améliorer la qualité des traitements.»¹ (1, p. 6).

H+ est responsable «d'une évaluation conformément aux prescriptions de l'art. 76c, al. 3 OAMal visant à démontrer l'amélioration globale de la qualité des traitements obtenue grâce à la convention» (1, p. 7). Afin de remplir cette obligation, H+ a mandaté la Haute école spécialisée bernoise (BFH) pour réaliser une évaluation indépendante permettant de démontrer l'amélioration globale de la qualité des traitements obtenue grâce à la convention relative à la répercussion partielle des rabais, conformément à l'art. 76c OAMal, et pour établir un rapport d'évaluation à l'attention du mandant (H+) ainsi que des assureurs / communautés d'achat, en vue de sa transmission à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). En 2022, la BFH a réalisé une première évaluation à caractère pilote sur la base des données 2021 et a résumé les résultats ainsi que les recommandations pour les évaluations futures dans le rapport d'évaluation 2022. Par la suite, la BFH a été chargée de l'évaluation des données 2022 (rapport d'évaluation 2023), l'évaluation des données 2023 (Rapport d'évaluation sur la base des données 2023 à l'attention de H+), l'évaluation des données 2024 (Rapport d'évaluation sur la base des données 2024 à l'attention de H+), ainsi que de la présente évaluation des données 2025, dont les résultats sont consignés dans le présent rapport (Rapport d'évaluation sur la base des données 2025 à l'attention de H+).

¹ Convention concernant la répercussion non intégrale des avantages en vertu de l'art. 56, al. 3 bis, LAMal entre H+ les Hôpitaux de Suisse et les communautés d'achat/Assureurs (représentés par la Communauté d'achat HSK SA, CSS Assurance-maladie SA, tarifsuisse SA). Valable dès le 01.01.2025. https://cug.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Heilmittel/Weitergabe_von_Verguenstigungen/convention_concernant_la_repercussion_non_integrale_des_avantages_en_vertu_de_l_art_56_al_3bis_LAMal_entre_H__tarifsuisse_HSK_et_la_CSS.pdf

2 Procédure

Pour la présente évaluation indépendante, des données standardisées des fournisseurs de prestations concernant les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) mises en œuvre, les objectifs y afférents, les valeurs atteintes ainsi que les moyens financiers utilisés provenant des rabais retenus étaient disponibles pour la première fois. Cela a permis d'intégrer pour la première fois l'ensemble des données de tous les fournisseurs de prestations dans l'évaluation.

Cette standardisation a été rendue possible par la convention relative à la répercussion partielle des rabais, entrée en vigueur le 01.01.2025, qui restreint la finalité de l'utilisation des avantages.

La convention relative à la répercussion partielle des rabais stipule : «Les mesures possibles à financer par les rabais retenus sont énumérées dans la liste finale de l'annexe 6, qui s'appuie sur les mesures d'amélioration de la qualité reconnues dans le contrat qualité selon l'art. 58a LAMal de l'association» (, p. 7). L'annexe 6 est mise à jour annuellement à la fin du mois de décembre.

2.1 Collecte des données

La collecte des données relevait de la compétence de H+ Vos hôpitaux. L'association a élaboré, pour chaque MAQ reconnue jusqu'à fin 2025 dans le cadre de la convention de qualité selon l'art. 58a LAMal², une requête de données standardisée portant sur des indicateurs clés centraux de la mise en œuvre des MAQ. La BFH a été impliquée ponctuellement à titre consultatif dans ces développements

Dans le cadre de la collecte de données, les fournisseurs de prestations ont indiqué :

- (déjà lors du formulaire d'adhésion en novembre 2024) quelles MAQ ils mettaient en œuvre en 2025 dans le cadre de la convention relative à la répercussion partielle des rabais, ainsi que si un concept correspondant était encore en cours d'élaboration ou déjà existant,
- l'ampleur des moyens financiers utilisés et la part de ceux-ci imputable aux avantages retenus dans le cadre de la convention relative à la répercussion partielle des rabais,
- les valeurs cibles qu'ils s'étaient fixées et les valeurs qu'ils ont effectivement atteintes,
- s'ils poursuivaient la MAQ au cours de l'année suivante (2026) et, le cas échéant, quelles valeurs cibles ils se fixaient pour cette année,
- quelles MAQ supplémentaires seraient mises en œuvre l'année suivante (y compris l'indication des valeurs cibles correspondantes).

Pour chaque MAQ, plusieurs objectifs pouvaient être définis. Les différents objectifs présentaient des types de variables distincts : (binaire, nominal, ordinal, numérique, date, texte libre). Outre les objectifs standardisés, il était également possible de définir des objectifs spécifiques (tous sous forme de texte libre). Il existait également la possibilité de formuler des remarques lorsqu'une valeur cible ne pouvait pas être atteinte. Le tableau 1 ci-après illustre les cinq objectifs standardisés différents inclus dans la MAQ *enquête auprès des collaborateurs*.

Tableau 1 Exemple d'objectifs standardisés MAQ *enquête auprès des collaborateurs*

MAQ: <i>enquête auprès des collaborateurs</i>	
Objectif / valeur mesurée	Options de réponse
Réalisation de l'enquête auprès des collaborateurs	Oui / non
Satisfaction des collaborateurs	Valeur cible
Communication des résultats adaptée aux groupes cibles	Oui / non / partiellement
Plan de mesures établi sur la base des résultats jusqu'au	Date
Part des mesures mises en œuvre	%

² <https://cug.hplus.ch/fr/qualite/mesures-damelioration-de-la-qualite>

Le système a été programmé de manière à ce que la transmission des données par les fournisseurs de prestations ne soit possible que si toutes les informations obligatoires avaient été renseignées.

Les données étaient considérées comme complètes lorsque les fournisseurs de prestations déclaraient que le rabais avait été intégralement répercuté aux assureurs ou lorsque les informations minimales suivantes concernant les MAQ (mesures d'amélioration de la qualité) mises en œuvre dans le cadre de la convention de répercussion partielle des rabais étaient disponibles :

- Existence d'un concept relatif aux MAQ ou concept encore en cours d'élaboration
- Montant des moyens financiers provenant des rabais retenus, en CHF, par MAQ.
- Si le concept relatif aux MAQ était encore en cours d'élaboration : indication de la date à laquelle le concept serait finalisé.
- Si les MAQ étaient déjà en cours de mise en œuvre:
 - o au moins une valeur atteinte devait être indiquée
 - o lorsque des valeurs cibles existaient, l'indication d'au moins une valeur atteinte pour l'objectif correspondant était également obligatoire.
- Si les MAQ étaient poursuivies l'année suivante : indication d'au moins une valeur cible pour l'année suivante

Comme il s'agissait de la première collecte de données au moyen de cette procédure standardisée, les fournisseurs de prestations ont, pour cette année transitoire, saisi rétrospectivement les valeurs cibles fixées avant d'enregistrer les valeurs effectivement atteintes. Cette saisie rétrospective ne sera plus effectuée pour les données de l'année 2026. Les données utilisées reposaient sur des déclarations fournies par les fournisseurs de prestations eux-mêmes.

2.2 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une approche quantitative descriptive. Ont été incluses dans l'analyse les données relatives à toutes les MAQ pour lesquelles les fournisseurs de prestations ont indiqué que la mesure avait été mise en œuvre dans le cadre de la convention de répercussion partielle des rabais et pour lesquelles la valeur de la rubrique « Part des rabais retenus en CHF » était supérieure à 0 CHF. Dans un premier temps, une évaluation a été réalisée, tous fournisseurs de prestations confondus, afin de déterminer la proportion des MAQ classées comme « concept en cours d'élaboration » ou « concept existant », tant pour chaque MAQ que pour l'ensemble des MAQ. Dans un second temps, pour toutes les MAQ déclarées comme disposant d'un « concept existant », une comparaison entre les valeurs cibles et les valeurs atteintes a été effectuée pour l'ensemble des fournisseurs de prestations. Cette comparaison a été réalisée à la fois au niveau de chaque objectif individuel et de manière globale pour l'ensemble des objectifs. Par ailleurs, la somme des moyens financiers issus des rabais retenus et investis dans les MAQ (rubrique « Part des rabais retenus en CHF ») a été calculée pour chaque MAQ ainsi que pour l'ensemble des MAQ.

Pour la comparaison entre les valeurs cibles et les valeurs atteintes, seuls les objectifs standardisés relevant des types de variables binaire, nominal, ordinal, numérique et date ont été pris en compte. Toutes les données non structurées, c'est-à-dire les variables de type texte libre (nombre total d'objectifs concernés : 2), ainsi que les objectifs définis individuellement par les fournisseurs de prestations, n'ont pas été prises en considération dans l'évaluation. Dans un premier temps, les données ont été préparées de manière à établir une hiérarchie entre les différentes options de réponse. Le tableau 2 ci-après présente les types de variables, les options de réponse standardisées du système de collecte des données ainsi que leur recodage en vue de l'établissement de cette hiérarchie.

Tableau 2 Vue d'ensemble des types de variables, des options de réponse standardisées et de leur recodage

Type de variable	Options de réponse	Recodage
Binaire	1=Oui; 2=Non 1=Diminution; 2=Pas de diminution <i>Cas particulier (les valeurs cibles comportent trois options de réponse, alors que les valeurs atteintes n'en comportent que deux):</i> 1=Oui; 2=Non; (3=Inconnu)	Oui 1 = 2, non 2 = 0 Diminution 1 = 2, Pas de diminution 2 = 0 <i>Cas particulier :</i> Oui 1 = 2, Non 2 = 0, Inconnu 3 = 0
Nominal	1=Nombre; 2=Live 1=En cours de mise en oeuvre jusqu'au; 2=Déjà disponible	Aucun
Ordinal	1=Oui; 2=Non; 3=Partiellement 1=Oui; 2=Non; 3=En cours de mise en oeuvre 1=Oui; 2=Non; 3=En formation	Oui 1 = 2, Non 2 = 0, Partiellement 3 = 1 Oui 1 = 2, Non 2 = 0, En cours de mise en oeuvre 3 = 1 Oui 1 = 2, Non 2 = 0, En formation 3 = 1
Numérique	Nombre / Pourcentage	Aucun
Date	Date en JJ.MM.AAAA	Aucun

Sur la base de cette hiérarchie, un quotient d'atteinte de l'objectif a ensuite été calculé pour chaque objectif (valeur atteinte / valeur cible). Pour les objectifs exprimés sous forme de date, la différence en jours a été calculée (date atteinte – date cible). Les objectifs codés de manière inverse (reverse), pour lesquels des valeurs plus faibles correspondent à une meilleure performance, n'ont pas été recodés. Au lieu d'un recodage, le calcul du quotient d'atteinte a été inversé (c'est-à-dire valeur cible / valeur atteinte, ou date cible – date atteinte). Lorsque la valeur cible était égale à 0 (notamment en raison du recodage de la réponse « Non » = 0), il a été défini que si la valeur atteinte était également égale à 0, le résultat était fixé à 1 et que si la valeur atteinte était supérieure à 0, le résultat de la comparaison était fixé à 1,1, afin de garantir une interprétation uniforme des résultats. Pour l'interprétation des valeurs, les seuils (*cut-offs*) présentés dans le tableau 3 ci-dessous ont été utilisés. Ceux-ci permettent, d'une part, de déterminer si l'objectif a été atteint de manière générale et, d'autre part, de préciser le degré d'atteinte de l'objectif. Selon H+, la logique de collecte des données doit être interprétée de telle sorte que, pour les variables de type ordinal, l'option de réponse « Partiellement » est considérée comme correspondant à un objectif atteint. Pour les variables de type numérique et date, l'objectif est considéré comme atteint lorsque la valeur effective (nombre, pourcentage ou date) est égale ou supérieure à la valeur cible fixée.

Tableau 3 Vue d'ensemble des seuils d'interprétation des données selon le type de variable

Type de variable	Objectif atteint / non atteint	Degré d'atteinte de l'objectif
Binaire	> 0 → objectif atteint = 0 → objectif non atteint	> 1 → objectif dépassé = 1 → objectif atteint = 0 → objectif non atteint
Nominal	≥ 1 → objectif atteint < 1 → objectif non atteint	> 1 → objectif dépassé = 1 → objectif atteint < 1 → objectif non atteint
Ordinal	> 0 → objectif atteint = 0 → objectif non atteint	> 1 → objectif dépassé = 1 → objectif atteint = 0.5 → objectif partiellement atteint = 0 → objectif non atteint
Numérique	≥ 1 → objectif atteint < 1 → objectif non atteint	> 1 → objectif dépassé = 1 → objectif atteint > 0.5 & < 1 → Objectif modérément non atteint ≤ 0.5 → Objectif fortement non atteint
Numérique neutre (aucune pondération possible)*	Valeur renseignée → objectif atteint Aucune valeur renseignée → objectif non atteint	Valeur renseignée → objectif atteint Aucune valeur renseignée → objectif non atteint
Date	Différence de dates en jours ≤ 0 → objectif atteint Différence de dates en jours > 0 → objectif non atteint	< 0 → objectif dépassé = 0 → objectif atteint ≥ 1 & < 91 → objectif modérément non atteint ≥ 91 → objectif fortement non atteint
*Exemple : structures de la prise de décision éthique (nombre de mesures identifiées pour promouvoir davantage les discussions de cas éthique).		

Pour l'interprétation des résultats, une analyse a été réalisée pour chaque objectif de chaque MAQ, tous fournisseurs de prestations confondus, ainsi qu'une analyse globale portant sur l'ensemble des objectifs de toutes les MAQ et de tous les fournisseurs de prestations. Les justifications (texte libre) en cas de non-atteinte des valeurs cibles ont fait l'objet d'un examen sommaire pour l'ensemble des objectifs, de toutes les MAQ et de tous les fournisseurs de prestations, afin d'identifier les motifs les plus fréquemment invoqués. Aucune analyse systématique de ces justifications n'a toutefois été réalisée. De même, les informations relatives à la rubrique « Correction prévue d'ici au » en cas de non-atteinte des valeurs cibles n'ont pas été analysées. En complément de l'analyse descriptive, l'exhaustivité des données transmises par chaque fournisseur de prestations a été vérifiée au regard des exi-

gences minimales définies dans la collecte de données. Il était également initialement prévu d'examiner, pour chaque objectif, les valeurs particulièrement atypiques. Toutefois, l'analyse a montré qu'il était difficile de définir de manière pertinente de telles valeurs, compte tenu de l'hétérogénéité des profils des fournisseurs de prestations, qui se traduit par une grande variabilité des valeurs plausibles. Par exemple, une très grande variation du nombre de mises en œuvre de la méthode d'*apprentissage interactif dans la Room of Horror* peut être tout à fait plausible lorsque les données proviennent, dans un cas, d'un petit hôpital et, dans l'autre, d'un hôpital universitaire.

2.3 Indépendance de la BFH

La BFH a été mandatée par H+ pour réaliser l'évaluation indépendante. À cette fin, elle a reçu les données originales transmises par les fournisseurs de prestations et a procédé à l'évaluation des MAQ de manière indépendante de H+. La collaboration entre la BFH et H+ dans le cadre de cette évaluation s'est limitée à des aspects structurels et organisationnels, lesquels sont présentés dans le présent rapport. Des échanges ont notamment eu lieu afin de clarifier la structure des données et la logique de saisie appliquée dans le système de H+. Dans ce contexte, la BFH a également obtenu un accès au système de collecte des données afin de pouvoir y saisir des données à titre de fournisseur de prestations fictif et ainsi mieux comprendre le fonctionnement du système. Par ailleurs, des échanges ont eu lieu entre la BFH et H+ concernant la démarche d'analyse des données, notamment afin de clarifier les attentes, les exigences et les principes d'interprétation. L'analyse des données et, par conséquent, l'évaluation ont été réalisées sans l'intervention de H+ ni des fournisseurs de prestations. En outre, la BFH n'a entretenu aucun contact avec les fournisseurs de prestations au sujet des MAQ évaluées.

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

3.1 Données utilisées

Au total, les données de 59 fournisseurs de prestations ont été prises en compte dans l'évaluation. Ces 59 fournisseurs de prestations mettent en œuvre au total 374 MAQ dans le cadre de la convention de répercuSSION partielle des rabais. Au sein de ces 374 MAQ, 693 objectifs ont été recensés pour lesquels une comparaison entre la valeur cible et la valeur atteinte a pu être réalisée.

3.2 Moyens financiers provenant des rabais retenus

Selon les indications saisies dans l'outil de collecte des données, un montant total de 70 324 373,52 CHF provenant des rabais retenus a été investi dans la mise en œuvre des MAQ, tous fournisseurs de prestations et toutes MAQ confondus. Des contrôles ponctuels ont toutefois montré que, dans certains cas, le montant des fonds issus des rabais retenus était supérieur au montant total des ressources financières déclarées comme investies dans la MAQ concernée. En outre, il a été constaté que, pour certains fournisseurs de prestations, le montant des fonds issus des rabais retenus était identique pour plusieurs MAQ. Il n'est pas possible de déterminer si les fonds provenant des rabais ont été répartis proportionnellement entre les différentes MAQ ou si le montant total des rabais retenus a été saisi pour chacune d'entre elles. H+ a donc procédé à une vérification du montant total des rabais retenus sur la base des calculs soumis par les fournisseurs de prestations. Selon ces calculs, près de 47 millions de CHF de rabais ont été retenus au total en 2025. Compte tenu des indices laissant supposer que les montants déclarés pourraient ne pas être corrects, aucune présentation détaillée des fonds issus des rabais retenus n'est effectuée dans le présent rapport.

3.3 Concept en cours d'élaboration / Concept existant

Parmi les 374 MAQ, il a été indiqué pour 84 % d'entre elles (n = 341) qu'un concept existait déjà. L'enquête auprès des patients est la MAQ qui a le plus souvent été déclarée comme mise en œuvre dans le cadre de la convention de répercuSSION partielle des rabais (36 fournisseurs de prestations sur 59). C'est également pour cette MAQ qu'un concept existant a été le plus fréquemment indiqué (31 fournisseurs de prestations). Parallèlement, cette MAQ est aussi celle pour laquelle, en chiffres absolus, le plus grand nombre de concepts étaient encore en cours d'élaboration (5 fournisseurs de prestations). Étant donné que certaines MAQ n'ont été déclarées comme mises en œuvre dans le cadre de la convention de répercuSSION partielle des rabais que par un nombre limité de fournisseurs de prestations, des réponses individuelles peuvent fortement influencer la proportion de concepts existants ou en cours d'élaboration pour une MAQ donnée. Dès lors, une interprétation pertinente de la répartition proportionnelle n'est pas possible. Le tableau 4 présente, pour chaque MAQ, le nombre de fournisseurs de prestations (en valeur absolue et en pourcentage) ayant indiqué que le concept était soit encore en cours d'élaboration, soit déjà existant. Il indique également le nombre total de fournisseurs de prestations ayant déclaré mettre en œuvre la MAQ concernée dans le cadre de la convention de répercuSSION partielle des rabais.

Tableau 4 Nombre et proportion de fournisseurs de prestations disposant d'un concept existant ou d'un concept en cours d'élaboration, par MAQ

MAQ	Concept en cours d'élaboration n (%)	Concept existant n (%)	Total des fournisseurs de prestation n
Champ d'action culture de la qualité			
Analyse systématique des erreurs sur la base du protocole de Londres	0 (0.0)	7 (100.0)	7
Apprentissage interactif dans la Room of Horrors	1 (4.8)	20 (95.2)	21
Cercle de qualité	2 (6.2)	30 (93.8)	32
Enquêtes auprès des collaborateurs	3 (10.0)	27 (90.0)	30
Peer reviews interprofessionnels	1 (14.3)	6 (85.7)	7
Promotion de la culture "Speak up"	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Revue mortalité - morbidité	0 (0.0)	24 (100.0)	24
Simulation clinique relative à la sécurité des patients	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Travail en équipe interprofessionnelle avec TeamSTEPPS	0 (0.0)	2 (100.0)	2
Champ d'action sécurité des patients			
Antimicrobial Stewardship Program (ASP)	1 (10.0)	9 (90.0)	10
Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les IAS	1 (6.2)	15 (93.8)	16
Gestion de la malnutrition	2 (13.3)	13 (86.7)	15
Intraoperative Adverse Events selon ClassIntra	1 (25.0)	3 (75.0)	4
Liste de contrôle « sécurité chirurgicale »	1 (4.3)	22 (95.7)	23
Medication Review	0 (0.0)	7 (100.0)	7
Mesures limitatives de liberté	3 (30.0)	7 (70.0)	10
Mobilisation précoce des patient.e.s hospitalisé.e.s	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Module CAUTI Intervention (Catheter-associated urinary tract infections)	0 (0.0)	5 (100.0)	5
Module « Surgical Site Infections (SSI) » de Swissnoso	1 (12.5)	7 (87.5)	8
Patient Blood Management	1 (16.7)	5 (83.3)	6
Prévention de l'état confusionnel aigu	0 (0.0)	22 (100.0)	22
Prévention des chutes	1 (3.2)	30 (96.8)	31
Prévention des escarres FHV	2 (6.7)	28 (93.3)	30
Prévention du suicide après une tentative au moyen de l'Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	-	-	0
Prévention systématique du suicide	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Programme Sepsis	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Promotion de l'autogestion en cas de cancer	-	-	0
Transfert structuré des patients	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Supervision en psychiatrie	-	-	0

Champ d'action système centré sur le patient			
Case Management	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Discussion de cas au sein de l'équipe réfléchissante – reflecting team	-	-	0
Enquêtes auprès des patients	5 (13.9)	31 (86.1)	36
Hôpitaux favorables à l'entraide	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Implication active des proches en psychiatrie	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)	-	-	0
Service de gestion des doléances et de remise en lien	0 (0.0)	1 (100.0)	1
Structures de la prise de décision éthique	0 (0.0)	4 (100.0)	4
Champ d'action prise de décision fondée sur des données probantes			
Discussion structurées de cas	3 (27.3)	8 (72.7)	11
Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)	1 (33.3)	2 (66.7)	3

3.4 Atteinte des objectifs

La comparaison entre la valeur cible et la valeur atteinte des 693 objectifs évalués a montré que 92,1 % de l'ensemble des valeurs cibles ont été atteintes (tableau 5). Le tableau 7 en annexe présente les résultats détaillés pour chaque objectif.

Tableau 5 Atteinte des objectifs pour l'ensemble des objectifs évaluables de toutes les MAQ et de tous les fournisseurs de prestations

	Atteints n (%)	Non atteints n (%)	Total des objectifs évalués n
Objectifs	638 (92.1)	55 (7.9)	693

3.4.1 Degré d'atteinte des objectifs

Le tableau 6 présente le degré d'atteinte des objectifs. Dans la majorité des cas, les objectifs ont été atteints (554 ; 79,9 %). Au total, 82 objectifs (11,8 %) ont été dépassés, tandis que 43 objectifs (6,2 %) ont été modérément non atteints ou seulement partiellement atteints. Enfin, 14 objectifs (2,0 %) ont été fortement non atteints ou n'ont pas été atteints. Lors de l'interprétation de ces résultats, il convient de tenir compte du fait que, pour les types de variables binaires et nominales, une atteinte partielle n'était pas possible. Pour des raisons méthodologiques, cette catégorie est donc, par définition, moins représentée dans les résultats (voir les explications au chapitre 2.2).

Tableau 6 Degré d'atteinte des objectifs pour l'ensemble des objectifs évaluables, toutes MAQ et tous fournisseurs de prestations confondus

	dépassés n (%)	atteints n (%)	Partiellement atteint / modérément non atteint n (%)	Non atteint / fortement non atteint n (%)	Total des objectifs évalués n
Objectifs	82 (11.8)	554 (79.9)	43 (6.2)	14 (2.0)	693

3.5 Raisons de la non-atteinte des objectifs

L'examen sommaire des commentaires fournis en cas de non-atteinte des objectifs, tous objectifs confondus, a montré que des facteurs liés aux ressources humaines, à l'organisation et à la technique figuraient parmi les motifs les plus fréquemment invoqués pour expliquer la non-atteinte des objectifs fixés. Ont notamment été mentionnés des absences pour cause de maladie, des changements de

personnel ainsi qu'une sous-estimation des ressources temporelles nécessaires à l'élaboration des concepts ou à leur mise en œuvre. Il a également été indiqué que les modalités de mise en œuvre avaient été adaptées. Ces adaptations ont conduit à une diminution du nombre de réalisations ou d'interventions, tout en permettant simultanément une portée plus large du contenu pour chaque mesure mise en œuvre. Par ailleurs, des limitations liées à l'extraction des données ont été signalées, entraînant l'absence de certaines données ou leur disponibilité dans un format ne correspondant pas aux besoins. Il a été précisé à ce sujet que des adaptations des capacités techniques étaient envisagées. Dans de rares cas, il a été mentionné que l'objectif n'avait pas été correctement saisi ou que la valeur atteinte avait été enregistrée à la place de la valeur cible.

3.6 Vérification de l'exhaustivité des données

Des données complètes conformes aux critères définis pour la collecte des données relatives à l'évaluation 2025 ont été reçues de l'ensemble des fournisseurs de prestations, à l'exception des cinq situations décrites ci-après. Aucune vérification systématique de l'exhaustivité des objectifs fixés pour 2026 n'a été réalisée lorsque la poursuite d'une MAQ était prévue l'année suivante. Toutefois, en raison de la configuration du système, la saisie des données ne pouvait être finalisée que si les valeurs cibles correspondantes avaient été enregistrées.

Pour cinq MAQ appartenant à cinq fournisseurs de prestations différents, il a été déclaré que des fonds issus des rabais retenus avaient été utilisés alors qu'un concept existait déjà. Toutefois, aucune valeur atteinte n'était disponible pour ces MAQ. Dans les cinq cas, il a été indiqué que la MAQ serait poursuivie l'année suivante et au moins une valeur cible pour 2026 avait été saisie. Selon les informations fournies par H+, ces cinq situations étaient dues à un problème technique survenu lors de l'extraction des données de la base de données. Ce problème a eu pour conséquence que les valeurs atteintes, bien que présentes dans la base de données, n'apparaissaient pas dans l'extrait de données transmis. Le problème technique a déjà été corrigé en vue de la prochaine collecte de données. Par ailleurs, pour chacun des cinq fournisseurs de prestations concernés, les autres MAQ financées au moyen de fonds issus des rabais et pour lesquelles un concept existait déjà comportaient au moins une valeur atteinte par MAQ.

4 Conclusion relatives à l'amélioration de la qualité des traitements

Sur la base des données disponibles, il peut être supposé qu'une amélioration de la qualité des traitements a eu lieu. Plus de 90 % des objectifs définis par les fournisseurs de prestations eux-mêmes ont pu être atteints. Dans le cadre de l'évaluation, aucune vérification du contenu, de la base scientifique ou de l'efficacité des différentes MAQ n'a toutefois été réalisée. De même, il n'a pas été examiné si d'autres objectifs standardisés, ou des objectifs différents, permettraient de représenter de manière plus nuancée l'amélioration de la qualité des traitements. Pour chaque MAQ, H+ a mis en œuvre une procédure de reconnaissance standardisée en deux étapes, impliquant des experts spécialisés ainsi que les partenaires à la convention de qualité. Toutes les MAQ font partie de la convention de qualité conclue dans le domaine hospitalier en vertu de l'art. 58a LAMal. Il peut dès lors être considéré que les MAQ pouvant être mises en œuvre dans le cadre de la convention de répercussion partielle des rabais reposent sur des bases solides et sont susceptibles d'apporter une contribution réelle à l'amélioration de la qualité des traitements. La majorité des objectifs standardisés portent sur des indicateurs de structure et, dans une moindre mesure, sur des indicateurs de processus. Bien qu'une mesure des indicateurs de résultats (*outcome indicators*) soit souhaitable, les objectifs standardisés paraissent réalistes et peuvent être mesurés de manière fiable. Les objectifs définis semblent par ailleurs peu exposés à l'influence de facteurs que les fournisseurs de prestations ne peuvent maîtriser que partiellement (par exemple la composition de la patientèle). Il peut ainsi être supposé que la mise en œuvre des MAQ conformément aux exigences définies a un effet positif démontrable sur les résultats et, par conséquent, sur la qualité des traitements telle qu'elle est perçue par les clients et les patients. La question de savoir dans quelle mesure la mise en œuvre correcte des MAQ en pratique peut être représentée de manière suffisamment complète au moyen des critères standardisés définis n'a toutefois pas fait l'objet de la présente évaluation.

5 Recommandations

Dans le cadre de la présente évaluation, des données standardisées ont pu être analysées pour la première fois à l'échelle de l'ensemble des fournisseurs de prestations. Cette avancée a été rendue possible grâce à la refonte complète, tant sur le fond que sur le plan technique, du dispositif de collecte des données. Cette révision a permis de mettre en œuvre les recommandations formulées lors des évaluations des années précédentes concernant la base de données et d'améliorer ainsi sensiblement la qualité des données disponibles. Elle a notamment rendu possibles des analyses statistiques portant sur l'ensemble des données de tous les fournisseurs de prestations. Par ailleurs, la nouvelle convention relative à la répercussion partielle des rabais a permis de préciser quelles MAQ peuvent être mises en œuvre dans ce cadre. Enfin, conformément aux recommandations formulées précédemment, le calendrier de l'évaluation a également été adapté.

Dans le cadre de cette première analyse des données standardisées, plusieurs pistes d'amélioration de la collecte des données et de l'évaluation ont pu être identifiées. Les recommandations suivantes en découlent :

1. Collecte des données: Il est recommandé de revoir à la fois la communication et les mécanismes du système concernant la saisie des moyens financiers engagés. Les données disponibles laissent penser que cette saisie n'a pas toujours été effectuée correctement par l'ensemble des fournisseurs de prestations. Il serait souhaitable de contacter les fournisseurs de prestations dont les données présentaient des anomalies afin de vérifier la clarté des instructions et, le cas échéant, de les améliorer. Il est recommandé de revoir la communication ainsi que les mécanismes du système relatifs à la collecte des données concernant les moyens financiers engagés. Les données disponibles indiquent que la saisie de ces informations n'a pas pu être effectuée correctement par l'ensemble des fournisseurs de prestations. Il serait souhaitable de prendre contact avec les fournisseurs de prestations dont les données présentaient des anomalies afin de vérifier la compréhension des consignes et, le cas échéant, de les améliorer. Concernant les mécanismes du système, il pourrait être prévu qu'un message d'avertissement s'affiche automatiquement lorsque le montant des fonds issus des rabais retenus dépasse le montant total déclaré. Il conviendrait également d'examiner la possibilité d'exiger, dans un premier temps, la saisie du montant total des fonds provenant des rabais, puis de vérifier automatiquement si la somme des montants déclarés pour chaque mesure d'amélioration de la qualité (MAQ) correspond bien à ce montant total.
2. Collecte des données : Afin de renforcer la plausibilité des données, il conviendrait d'examiner la possibilité de définir, pour chaque objectif, une plage de valeurs plausibles. Toutefois, en raison de la grande hétérogénéité des fournisseurs de prestations, l'établissement de plages de référence fiables paraît difficilement réalisable et leur application de manière restrictive semble peu pertinente. Il serait en revanche opportun d'évaluer si le système de saisie des données pourrait générer automatiquement un avertissement lorsqu'une valeur saisie dépasse ou est inférieure à la plage de référence prédéfinie.
3. Collecte des données : Il est recommandé de veiller à ce que la collecte des données reste, dans la mesure du possible, identique d'une année à l'autre. Les données issues des différentes années d'évaluation devraient également pouvoir être mises en relation au niveau des fournisseurs de prestations et des mesures d'amélioration de la qualité (MAQ), afin de permettre, à terme, des analyses longitudinales portant sur plusieurs années, notamment concernant l'évolution des MAQ ainsi que la définition et l'atteinte des objectifs.
4. Évaluation: Il est recommandé que la prochaine évaluation analyse également dans quelle mesure les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) ont été mises en œuvre conformément aux exigences sur la base des déclarations des fournisseurs de prestations. Il conviendrait en outre d'examiner de manière sommaire les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer les écarts par rapport aux prescriptions et les adaptations nécessaires lors de la mise en œuvre.
5. Évaluation: Il est recommandé d'examiner, dans les prochaines évaluations, dans quelle mesure la mise en œuvre plus routinière des mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) entraîne une évolution du rapport entre le nombre de fournisseurs de prestations, le nombre de MAQ mises en œuvre et le nombre d'objectifs pouvant faire l'objet d'une évaluation.

Par ailleurs, il convient d'examiner comment les exigences relatives à l'exhaustivité des données pourraient ou devraient évoluer au fil du temps d'un point de vue conceptuel. Pour certaines mesures d'amélioration de la qualité (MAQ), il pourrait être attendu que les fournisseurs de prestations atteignent un nombre plus élevé d'objectifs lorsque la mesure est mise en œuvre sur plusieurs années. Actuellement, il est admis qu'un seul objectif soit renseigné par MAQ. Il y a lieu de déterminer dans quelle mesure le fait de ne traiter qu'un seul objectif parmi plusieurs permet de refléter de manière suffisamment complète la mise en œuvre de la MAQ, laquelle constitue vraisemblablement, d'un point de vue conceptuel, une condition préalable à son efficacité. Comme indiqué précédemment, la BFH n'a pas procédé à une analyse du contenu des différentes MAQ. Du point de vue de l'évaluation, on pourrait toutefois s'attendre à ce que le nombre d'objectifs pris en compte dans le cadre de la mise en œuvre d'une MAQ augmente progressivement avec le temps. Il est donc recommandé de préciser combien d'objectifs par MAQ devraient être saisis au minimum en fonction de l'année de mise en œuvre de la mesure.

5.1 Perspectives

Les fournisseurs de prestations ont dû, pour la première fois dans le cadre de la présente évaluation, saisir de manière standardisée les données relatives aux mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) mises en œuvre. On peut supposer que cette première collecte standardisée a permis de mieux clarifier les exigences en matière de reporting concernant l'amélioration de la qualité des traitements dans le cadre de la convention relative à la répercussion partielle des rabais. Il est dès lors attendu que la qualité comme la quantité des données disponibles s'améliorent encore lors de la prochaine évaluation. Les fournisseurs de prestations disposent désormais d'une vision plus précise des informations qui doivent être fournies et de la manière dont elles doivent être documentées, ce qui leur permet de mettre en place les mesures nécessaires pour répondre à ces exigences. L'examen sommaire des commentaires facultatifs accompagnant les données saisies indique d'ailleurs que de telles mesures sont déjà prévues ou en cours de mise en œuvre. Il est également attendu qu'un plus grand nombre d'objectifs puissent être analysés lors de la prochaine évaluation, puisque les objectifs fixés pour l'année 2026 devaient déjà être déclarés dans le cadre du reporting relatif à l'année 2025. Selon H+, leur transfert automatique vers la collecte de données 2026 est d'ores et déjà implémenté dans le système de saisie. La portée et la pertinence des résultats devraient ainsi continuer à s'améliorer.

6 Table des tableaux

Tableau 1 Exemple d'objectifs standardisés MAQ <i>enquête auprès des collaborateurs</i>	4
Tableau 2 Vue d'ensemble des types de variables, des options de réponse standardisées et de leur recodage	6
Tableau 3 Vue d'ensemble des seuils d'interprétation des données selon le type de variable	7
Tableau 4 Nombre et proportion de fournisseurs de prestations disposant d'un concept existant ou d'un concept en cours d'élaboration, par MAQ	10
Tableau 5 Atteinte des objectifs pour l'ensemble des objectifs évaluable de toutes les MAQ et de tous les fournisseurs de prestations	11
Tableau 6 Degré d'atteinte des objectifs pour l'ensemble des objectifs évaluable, toutes MAQ et tous fournisseurs de prestations confondus	11
Tableau 7 Atteinte des objectifs par objectif et par MAQ pour l'ensemble des fournisseurs de prestations	19

7 Annexe

7.1 Atteinte des objectifs par objectifs standardisés

Le tableau 7 ci-après présente l'atteinte des objectifs pour chaque objectif standardisé pour lequel au moins un fournisseur de prestations a renseigné une valeur cible et une valeur atteinte. La colonne « Total » indique également le nombre de fournisseurs de prestations ayant déclaré à la fois une valeur cible et une valeur atteinte pour l'objectif concerné.

Tableau 7 Atteinte des objectifs par objectif et par MAQ pour l'ensemble des fournisseurs de prestations

MAQ	Objectif	Type de variable	atteint n (%)	Non atteint n (%)	Total fournisseurs de prestations n
Champ d'action culture de la qualité					
Analyse systématique des erreurs sur la base du protocole de Londres	Proportion de réalisation du protocole de Londres dans les cas obligatoires	Pourcentage	5 (100.0)	0 (0.0)	5
	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	3 (75.0)	1 (25.0)	4
Apprentissage interactif dans la Room of Horrors	Nombre de mises en œuvre	Numérique	19 (95.0)	1 (5.0)	20
	Part des collaborateurs participants par rapport au groupe cible	Pourcentage	10 (100.0)	0 (0.0)	10
Cercle de qualité	Respecter le rythme des cercles de qualité planifiés	Ordinal	24 (100.0)	0 (0.0)	24
	Nombre de cercles de qualité planifiés	Numérique	20 (95.2)	1 (4.8)	21
	Communication des résultats tenant compte des groupes cibles	Ordinal	16 (100.0)	0 (0.0)	16
	Plan de mesures sur la base des résultats élaboré jusqu'au	Date	9 (90.0)	1 (10.0)	10
	Part des mesures mises en œuvre	Pourcentage	8 (88.9)	1 (11.1)	9
Enquêtes auprès des collaborateurs	Réalisation d'une enquête auprès des collaborateurs	Binaire	25 (96.2)	1 (3.8)	26
	Satisfaction des collaborateurs	Numérique	7 (87.5)	1 (12.5)	8
	Communication des résultats tenant compte des groupes cibles	Ordinal	18 (100.0)	0 (0.0)	18
	Plan de mesures sur la base des résultats élaboré jusqu'au	Date	10 (100.0)	0 (0.0)	10
	Part des mesures mises en œuvre	Pourcentage	6 (60.0)	4 (40.0)	10
Peer reviews inter-professionnels	Réalisation d'un Peer review	Binaire	6 (100.0)	0 (0.0)	6
	Mise en œuvre des recommandations du dernier rapport de Peer Review	Date	1 (50.0)	1 (50.0)	2
	Part des recommandations mises en œuvre	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Promotion de la culture « Speak Up »	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Prochaine enquête	Date	-	-	0
	Mesures découlant de l'enquête	Binaire	-	-	0
	Part des mesures mises en œuvre par rapport au nombre total de mesures	Pourcentage	-	-	0

	Communication effectuée auprès des groupes cibles	Binaire	-	-	0
Revue mortalité – morbidité (RMM)	Respecter le rythme des RMM prévues	Binaire	21 (100.0)	0 (0.0)	21
	Nombre de RMM	Numérique	14 (82.4)	3 (17.6)	17
	Communication des résultats tenant compte des groupes cibles	Ordinal	13 (92.9)	1 (7.1)	14
	Plan de mesures sur la base des résultats élaboré jusqu'au	Date	7 (100.0)	0 (0.0)	7
	Part des mesures mises en œuvre	Pourcentage	3 (60.0)	2 (40.0)	5
Simulation clinique relative à la sécurité des patients	Part de la participation du personnel clinique prévu	Pourcentage	-	-	0
	Part des unités/services prévus participant au programme	Pourcentage	-	-	0
	Rapport entre les faiblesses systémiques identifiées et les mesures d'amélioration mises en œuvre	Pourcentage	-	-	0
	Part des séances avec débriefing structuré terminées	Pourcentage	-	-	0
	Part des participants ayant un sentiment de sécurité accru / résilience	Pourcentage	-	-	0
	Part des participants qui perçoivent une amélioration de leurs compétences	Pourcentage	-	-	0
	Nombre de risques latents identifiés et levés	Numérique	-	-	0
	Part de facilitateurs avec une formation de base en simulation	Pourcentage	-	-	0
	Part des séances planifiées versus réalisées	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Part des facilitateurs (internes ou externes) qui suivent un perfectionnement régulier (au minimum annuel)	Pourcentage	-	-	0
	Nombre des bonnes pratiques, qui ont pu être transférées à d'autres domaines	Numérique	-	-	0
	Existence d'un groupe d'intérêt interprofessionnel actif	Binaire	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Part des autodéclarations dans le domaine avec simulation	Pourcentage	-	-	0
	Part des quasi-accidents dans les zones simulées	Pourcentage	-	-	0
	Nombre de participants individuels par an	Numérique	-	-	0
	Part des scénarios reposant sur des événements réels	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Travail en équipe interprofessionnelle avec TeamSTEPPS	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Pourcentage	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Rapport coaches / professionnels	Numérique	2 (100.0)	0 (0.0)	2

Champ d'action sécurité des patients					
Liste de contrôle « Sécurité chirurgi- cale »	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Pourcentage	9 (90.0)	1 (10.0)	10
	Proportion d'opérations appliquant complètement la liste de contrôle	Pourcentage	12 (63.2)	7 (36.8)	19
Prévention des es- carres FHV	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Pourcentage	15 (93.8)	1 (6.2)	16
	Proportion de patients dépistés en regard du groupe cible	Pourcentage	13 (86.7)	2 (13.3)	15
	Proportion de patients dont le score de Braden est calculé	Pourcentage	13 (100.0)	0 (0.0)	13
	Proportion de patients à risque bénéficiant d'actions de prévention	Pourcentage	13 (100.0)	0 (0.0)	13
	Feedbacks au groupe cible sur les indicateurs (par ex. nombre et niveau d'escarres)	Nominal	11 (84.6)	2 (15.4)	13
	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Numérique	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Numérique	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Prévention de l'état confusionnel aigu	Proportion de patients dépistés au sein du groupe cible	Pourcentage	16 (84.2)	3 (15.8)	19
	Proportion de patients à risque bénéficiant d'actions de prévention	Pourcentage	7 (87.5)	1 (12.5)	8
	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	10 (100.0)	0 (0.0)	10
Mesures limitatives de liberté (MLL)	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Pourcentage	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Documentation numérique et évaluation systématique	Ordinal	5 (83.3)	1 (16.7)	6
	Feedbacks aux collaborateurs sur le nombre de MLL	Numérique	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Intraoperative Ad- verse Events selon ClassIntra	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	0 (0.0)	1 (100.0)	1
	Proportion d'interventions chirurgicales pour lesquelles est utilisée Clas- sIntra® en lien avec les spécialités définies	Pourcentage	1 (50.0)	1 (50.0)	2
Gestion de la mal- nutrition	Proportion de patients dépistés au moyen du screening NRS au sein du groupe cible	Pourcentage	4 (80.0)	1 (20.0)	5
	Commission Nutrition Option	Nominal	9 (100.0)	0 (0.0)	9
	Commission Nutrition Date*	Date	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Module CAUTI Inter- vention (Catheter- associated urinary tract infections)	Taux d'infections	Numérique	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Taux d'utilisation des sondes vésicales (V1)	Pourcentage	4 (100.0)	0 (0.0)	4
	Taux d'utilisation des sondes vésicales (V2)	Numérique	3 (75.0)	1 (25.0)	4

Patient Blood Management	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Taux de transfusion par rapport au groupe cible (%)	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Feedbacks réguliers pour la discussion sur le monitoring - option	Nominal	4 (100.0)	0 (0.0)	4
	Feedbacks réguliers pour la discussion sur le monitoring – nombre*	Numérique	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Exigences structurales minimales en matière de prévention et de lutte contre les IAS	Degré de respect des exigences (autoévaluation)	Pourcentage	12 (80.0)	3 (20.0)	15
Module « Surgical Site Infections » (SSI) de swissnoso	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	6 (100.0)	0 (0.0)	6
	Nombre d'opérations saisies dans l'application CCM-SSI (Clean Care Monitoring)	Numérique	4 (100.0)	0 (0.0)	4
Prévention des chutes	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	17 (89.5)	2 (10.5)	19
	Proportion de patients dont le risque est évalué en rapport avec le groupe cible	Pourcentage	16 (94.1)	1 (5.9)	17
	Proportion de protocoles de chute évalués	Pourcentage	19 (95.0)	1 (5.0)	20
Medication Review	Évaluations structurées	Numérique	5 (71.4)	2 (28.6)	7
	Plan d'action sur la base des évaluations structurées élaboré jusqu'au	Date	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Part des mesures mises en œuvre	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Programme Sepsis	Part des domaines cibles dans lesquels le concept cadre est introduit	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Système de relevé des données introduit	Nominal	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Nombre d'audits internes sur les indicateurs clés de performance définis	Nominal	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Part des collaborateurs formés en regard du groupe cible	Numérique	-	-	0
	Taux de sepsis codés / identifiés	Pourcentage	-	-	0
	Taux de mortalité après un sepsis durant le séjour à l'hôpital	Pourcentage	-	-	0
	Taux de mortalité après la sortie de l'hôpital	Pourcentage	-	-	0
	Part des domaines cibles dans lesquels le concept cadre est introduit	Pourcentage	-	-	0
Mobilisation précoce des patient.e.s hospitalisé.e.s	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Part des patients dont la mobilité est évaluée au cours de 24h. par rapport au groupe cible	Pourcentage	-	-	0

	Part des patients avec programme de mobilisation documenté par rapport au groupe cible	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Antimicrobial Stewardship Programm (ASP)	Équipe Antimicrobial Stewardship interinstitutionnelle et interdisciplinaire pour le développement d'un ASP et pour le pilotage de la mise en œuvre	Nominal	8 (100.0)	0 (0.0)	8
	Feedbacks sur le monitoring de l'utilisation des antibiotiques	Date	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Feedbacks internes au groupe cible sur le monitoring des résistances	Nominal	4 (100.0)	0 (0.0)	4
	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible*	Numérique	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Réalisation d'un contrôle de la prescription	Nominal	3 (100.0)	0 (0.0)	3
	Équipe Antimicrobial Stewardship interinstitutionnelle et interdisciplinaire pour le développement d'un ASP et pour le pilotage de la mise en œuvre	Numérique	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Feedbacks sur le monitoring de l'utilisation des antibiotiques	Pourcentage	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Feedbacks internes au groupe cible sur le monitoring des résistances	Numérique	2 (100.0)	0 (0.0)	2
Promotion de l'autogestion en cas de cancer	Proportion de patients en regard du groupe cible défini qui ont eu un entretien éducatif	Pourcentage	-	-	0
	Proportion de patients en regard du groupe cible défini avec évaluation du patient documentée des symptômes lors des traitements et des consultations	Pourcentage	-	-	0
	Proportion de patients en regard du groupe cible défini qui disposent des identifiants pour consulter leur dossier sur internet	Pourcentage	-	-	0
	Évaluation annuelle par un comité du Symptom Navi Programm (SNP)	Date	-	-	0
	Part des adaptations décidées sur la base de l'évaluation annuelle	Pourcentage	-	-	0
Transfert structuré des patients	Part des domaines dans lesquels du matériel de soutien (par ex. listes de contrôle, posters) sont à disposition en regard des domaines cibles	Pourcentage	-	-	0
	Existence d'un groupe interprofessionnel de projet ou de pilotage	Binaire	-	-	0
	Part des transmissions effectuées avec un instrument structuré (p. ex. SBAR, I-PASS) en regard du groupe cible	Date	-	-	0
	Part du personnel formé en regard du groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Part des unités incluses dans l'implémentation	Pourcentage	-	-	0
	Réduction des erreurs de communication (par ex. mesurées au moyen des déclarations CIRS ou des rapports d'erreurs)	Pourcentage	-	-	0
	Part des collaborateurs qui se sentent plus sûrs lors des transmissions (à déterminer à l'aide de questionnaires, tels que Team STEPPS, échelle d'Edmondson)	Pourcentage	-	-	0

	Prévention des événements indésirables en lien avec les transmissions (au moyen par ex. de rapports de surveillance sentinelle / d'analyse des risques)	Pourcentage	-	-	0
	Part des domaines dans lesquels du matériel de soutien (par ex. listes de contrôle, posters) sont à disposition en regard des domaines cibles	Binaire	-	-	0
Prévention du suicide après une tentative au moyen de l'Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	Proportion de patientes et patients au sein du groupe à risque pour lesquels l'ASSIP a été mené	Pourcentage	-	-	0
Supervision en psychiatrie	Part du personnel traitant ayant accès à de la supervision	Pourcentage	-	-	0
	Nombre de supervisions réalisées	Numérique	-	-	0
	Part de superviseurs dotés de compétences et de qualifications professionnelles correspondant aux exigences en regard de l'ensemble des superviseurs	Pourcentage	-	-	0
	Taux de participants à la supervision (part des collaborateurs avec indication qui ont participé à au moins une supervision durant l'année calendaire)	Pourcentage	-	-	0
Prévention systématique du suicide	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Proportion de patients dont la suicidalité est diagnostiquée au sein du groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Proportion de (tentatives de) suicide(s) évaluées	Pourcentage	-	-	0
Champ d'action système centré sur le patient					
Enquêtes auprès des patients	Enquête auprès des patients planifiée	Binaire	28 (100.0)	0 (0.0)	28
	Satisfaction des patients à atteindre dans la prochaine enquête	Numérique	20 (95.2)	1 (4.8)	21
	Communication des résultats tenant compte des groupes cibles	Ordinal	19 (100.0)	0 (0.0)	19
	Élaborer le plan de mesures sur la base des résultats jusqu'au	Date	9 (81.8)	2 (18.2)	11
	Part des mesures mises en œuvre	Pourcentage	9 (81.8)	2 (18.2)	11
Discussion de cas au sein de l'équipe réfléchissante (reflecting team)	Part des patients avec entretiens réflexifs par rapport au groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Part des collaborateurs formés par rapport au groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Part des cas pour lesquels au moins trois disciplines spécialisées différentes étaient concernées	Pourcentage	-	-	0
	Part des cas pour lesquels la planification de l'intervention est coordonnée entre les disciplines	Pourcentage	-	-	0

	Recueil de feedbacks par les collaborateurs concernés	Binaire	-	-	0
	Possibilité offerte aux patients d'apporter un feedback anonyme	Ordinal	-	-	0
	Part des mesures d'amélioration discutées et présentées par rapport au nombre total de mesures d'amélioration identifiées	Pourcentage	-	-	0
Implication active des proches en psychiatrie	Prochaine actualisation des informations destinées aux proches	Date	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Proportion de coordonnées des proches documentées et mises à jour	Pourcentage	-	-	0
Hôpitaux favorables à l'entraide	Entretien d'autoévaluation	Date	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Le plan de mesure découlant de l'autoévaluation est établi	Date	-	-	0
Structures de la prise de décision éthique	Part des collaborateurs formés en regard du groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Le groupe d'accompagnement respecte le rythme des séances tel que défini	Binaire	2 (100.0)	0 (0.0)	2
	Nombre de discussions de cas réalisées	Numérique	1 (50.0)	1 (50.0)	2
	Nombre de mesures identifiées pour promouvoir davantage les discussions de cas éthiques	Numérique	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Part des mesures mises en œuvre pour promouvoir davantage les discussions de cas éthiques	Pourcentage	-	-	0
	Actualisation des directives en matière d'éthique	Date	1 (100.0)	0 (0.0)	1
Service de gestion des doléances et de remise en lien	La personne responsable est formée en conséquence	Ordinal	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Fréquence des réactions	Numérique	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Part des plaintes traitées par rapport au nombre total de plaintes enregistrées	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Part des mesures mises en œuvre en lien avec le nombre total des mesures possibles identifiées	Pourcentage	-	-	0
Case Management	Période entre la date de sortie médicalement possible et la date effective (Layover)	Numérique	-	-	0
	Nombre de réadmissions non planifiées	Numérique	-	-	0
	Nombre de gestionnaires de cas par rapport au nombre total de cas	Numérique	-	-	0
	Part de patients du groupe cible suivis par un gestionnaire de cas	Pourcentage	-	-	0
Patient Reported Outcome Measures (PROMS)	Part des collaborateurs formés en regard du groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Accessibilité garantie des données pour les professionnels (par ex. dans le système d'information hospitalier)	Binaire	-	-	0
	Taux de saisie des PROMs – initial	Pourcentage	-	-	0

	Taux de saisie des PROMs – Follow-up	Pourcentage	-	-	0
	Part des questionnaires complètement remplis	Pourcentage	-	-	0
	Part des PROMs intégrées au processus de décision	Pourcentage	-	-	0
	Réduction des réhospitalisations non planifiées	Pourcentage	-	-	0
	Réduction des complications	Pourcentage	-	-	0
	Il en découle des mesures d'amélioration générale des processus dans la filière de traitement	Binaire	-	-	0
	Part des mesures d'amélioration générale des processus dans la filière de traitement découlant des PROMs qui sont mises en œuvre	Pourcentage	-	-	0
Champ d'action prise de décision fondée sur des données probantes					
Discussion structurée de cas	Discussions de cas	Numérique	6 (100.0)	0 (0.0)	6
	La communication au groupe cible est effectuée	Ordinal	7 (100.0)	0 (0.0)	7
Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)	Part des collaborateurs formés en regard du groupe cible	Pourcentage	-	-	0
	Accessibilité garantie des données pour les professionnels (par ex. dans le système d'information hospitalier)	Binaire	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Taux de saisie des PROMs – initial	Pourcentage	1 (100.0)	0 (0.0)	1
	Taux de saisie des PROMs – Follow-up	Pourcentage	-	-	0
	Part des questionnaires complètement remplis	Pourcentage	-	-	0
	Part des PROMs intégrées au processus de décision	Pourcentage	-	-	0
	Réduction des réhospitalisations non planifiées	Pourcentage	-	-	0
	Réduction des complications	Pourcentage	-	-	0
	Il en découle des mesures d'amélioration générale des processus dans la filière de traitement	Binaire	-	-	0
	Part des mesures d'amélioration générale des processus dans la filière de traitement découlant des PROMS qui sont mises en œuvre	Pourcentage	-	-	0
* = Cet objectif ne pouvait être renseigné que par les fournisseurs de prestations ayant sélectionné l'option « nombre » ou « en cours de mise en place jusqu'au » pour l'objectif précédent					

