



# AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS EN SUISSE

Charles Vincent et Anthony Staines

Rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse,  
commandé par l'Office fédéral de la santé publique

La version anglaise fait foi

25 juin 2019

## Table des matières

Remerciements.....	3
Préface .....	4
<b>1 La qualité et la sécurité des soins dans le monde .....</b>	<b>6</b>
1.1 Interventions permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins .....	7
<b>2 L'approche suisse de la qualité des soins .....</b>	<b>9</b>
2.1 Évolution depuis 2000 .....	9
2.2 Commentaire.....	11
<b>3 Que sait-on au sujet de la qualité et de la sécurité des soins en Suisse ?.....</b>	<b>14</b>
3.1 Informations régulièrement recueillies concernant la qualité et la sécurité .....	14
3.2 Soins en milieu hospitalier.....	15
3.2.1 Chirurgie.....	15
3.2.2 Anesthésie .....	16
3.2.3 Soins aux personnes âgées dans les hôpitaux .....	16
3.2.4 Préjudices causés aux patients à l'hôpital.....	17
3.2.5 Infections associées aux soins .....	17
3.3 Soins primaires.....	18
3.4 Santé mentale .....	19
3.5 EMS .....	20
3.6 Soins à domicile.....	21
3.7 Sécurité de la médication .....	22
3.8 Commentaire.....	26
<b>4 Interventions permettant d'améliorer la qualité et la sécurité en Suisse.....</b>	<b>28</b>
4.1 Initiatives nationales en matière de qualité et de sécurité .....	28
4.2 Initiatives régionales et locales .....	29
4.2.1 Interventions visant à améliorer la sécurité du processus de médication .....	29
4.2.2 Listes de contrôle pour les procédures chirurgicales et l'anesthésie .....	30
4.2.3 Formation des équipes basée sur la simulation.....	30
4.2.4 Évaluation économique des programmes .....	31
4.3 Soutien aux patients, aux aidants et au personnel soignant après des événements préjudiciables .....	32
4.3.1 Information transparente suite à des événements préjudiciables .....	32
4.3.2 Soutien au personnel soignant après des erreurs et des événements préjudiciables .....	33
4.4 Commentaire.....	33
<b>5 Créer les conditions pour améliorer la qualité et l'innovation .....</b>	<b>35</b>
5.1 Écouter et faire participer les patients et les aidants .....	35
5.2 Culture de la sécurité et amélioration de la qualité .....	36
5.3 Enseignement et formation pour améliorer la qualité et la sécurité .....	37
5.4 Le leadership au service de l'amélioration et de l'innovation .....	38
5.5 Création d'une infrastructure dédiée à la qualité .....	39
5.6 Commentaire.....	40
<b>6 Gouvernance, réglementation et cadre juridique .....</b>	<b>44</b>
6.1 Cadre juridique et réglementaire.....	44
6.2 Droits des patients.....	46
6.3 Certification .....	46

6.4 Commentaire.....	47
<b>7 Recommandations.....</b>	<b>49</b>
7.1 Implication des patients et des aidants en qualité de partenaires .....	50
7.2 Implication et soutien des professionnels .....	52
7.3 Amélioration et utilisation d'informations concernant la qualité et la sécurité .....	54
7.4 Soutien aux patients, aux aidants et au personnel soignant après des événements préjudiciables .....	56
7.5 Enseignement, formation et recherche pour améliorer la qualité et la sécurité .....	57
7.6 Développement des conditions pour fournir des soins sûrs et de grande qualité.....	59
7.7 Programmes nationaux d'amélioration des soins aux patients .....	61
7.8 Gouvernance, leadership et réglementation pour des soins sûrs et de grande qualité.....	63
Conclusion .....	65
Références.....	66
Annexes .....	77
I Rapports succincts et recherches bibliographiques .....	77
II Processus d'élaboration du Rapport national suisse sur la sécurité et la qualité des soins.....	79
III Démarche d'amélioration : développement des aptitudes (exemple fictif) .....	80
IV Liste des tableaux et des figures .....	82
V Liste des abréviations et des acronymes .....	83

## Remerciements

De très nombreuses personnes ont participé à ce rapport, à travers des contributions, un soutien, des idées ou des analyses. Les auteurs souhaitent exprimer toute leur reconnaissance :

- à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et plus particulièrement à Pascal Strupler et Thomas Christen pour avoir commandé ce rapport, à Carlo Tschudi et Elvira Haeusler pour leur soutien et leurs encouragements, et à Therese Grolimund et Jan Loertscher pour leur aide ;
- aux personnes ayant réalisé la revue de littérature concernant les interventions pour la qualité et la sécurité Tanja Manser, Jan Schmutz et Jasmina Bogdanovic ;
- aux personnes ayant réalisé la recherche bibliographique concernant le niveau de qualité et de sécurité des soins en Suisse, Bernard Burnand et Muaamar Al-Gobari ;
- aux personnes qui nous ont transmis les rapports succincts, Pascal Briot, Johanna Bouzid, Julia Boysen, Petra Busch, Arnaud Chiolero, Pierre Chopard, Gaëlle Choupay-Dessard, Rachel Christinat, Mieke Deschodt, Petra Dörr, Olga Frank, Michele Genoni, Olivier Guillod, Annegret Hannawa, Stephan Harbarth, Sarah Heiniger, Thomas Ihde-Scholl, Christoph Küng, Markus Lampert, Tanja Manser, Jonas Marschall, Carla Meyer-Masseti, Stuart McLennan, Patrik Muff, Nithaya Nothum, Nicolas Rodondi, Wulf Rössler, Hugo Sax, Matthias Schlegel, Sven Staender, Roger Staub, Nicolas Troillet, Jean-Blaise Wasserfallen, Andreas Widmer, Erika Ziltener, Stephanie Züllig et Franziska Zúñiga ;
- aux personnes qui nous ont transmis des rapports en réponse à notre invitation, Paula Bezzola, Christoph Bosshard, Alessandro Ceschi, Christoph Cottier, Martin Hošek, Roswitha Koch, Esther Kraft, Roxane Kübler, Maja Mylaeus-Renggli, Christelle Progin et Philipp Schneider ;
- aux personnes qui nous ont fourni des renseignements pour le chapitre sur l'approche suisse de la qualité des soins, Philippe Garnerin, Pierangela Greco, Manfred Langenegger, Luca Merlini, Anne-Claire Raë, Hans-Ulrich Rothen et Sven Staender ;
- aux membres du Conseil scientifique consultatif de l'OFSP qui ont passé en revue le rapport, Brian Bjoern, Bernard Burnand, Pierre Chopard, Tanja Manser, Holger Pfaff, Rene Schwendimann et Christian von Plessen.

## Préface

La population et les professionnels de santé considèrent que le système de santé suisse offre un niveau de qualité uniformément élevé. Il pourrait donc sembler superflu d'établir un rapport sur la qualité et la sécurité de ce système. Pourtant, à moins que le système de santé suisse ne soit très différent des autres, l'expérience acquise au niveau international suggère qu'il existe sans doute d'importantes variations au niveau des résultats, des taux d'erreur significatifs et de nombreux points de vulnérabilité susceptibles de causer de la détresse, des retards et parfois même un préjudice aux patients suisses.

Au cours des 20 dernières années, le gouvernement fédéral, les instances cantonales et de nombreuses autres organisations ont mené des initiatives de grande ampleur dans le but d'améliorer et de développer les soins en Suisse. En 2016, l'OFSP a présenté au Parlement suisse une nouvelle loi proposant un programme national ambitieux destiné à améliorer la qualité et la sécurité des soins. En 2017, le Conseil consultatif scientifique a recommandé à l'OFSP de commander un rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Nous avons été chargés d'établir ce rapport. À cette fin, nous avons dans un premier temps rassemblé les données requises puis nous avons évalué la qualité et la sécurité des soins en Suisse. Sur la base de cette analyse, nous avons formulé des recommandations visant à améliorer les soins pour l'ensemble de la population suisse.

Mais un rapport n'a de valeur que s'il est reconnu et utilisé par les personnes auxquelles il est destiné. Le présent rapport est le résultat d'une collaboration entre de nombreuses personnes et organisations en Suisse. Nous avons eu la chance de pouvoir solliciter et recevoir pas moins de 28 rapports et revues de littérature, qui nous ont permis de disposer de bases solides pour établir le présent rapport. La liste complète des contributeurs et des rapports sur lesquels nous nous sommes appuyés figure à l'Annexe I. Tous les examens et les rapports succincts sont accessibles au public. Nous nous sommes également servis de la littérature internationale et de notre propre expérience en matière de recherche et d'amélioration. L'Annexe II décrit le processus d'élaboration du rapport.

Selon nous, l'approche collaborative que nous avons employée présente trois qualités certaines. Tout d'abord, nous avons pu nous appuyer sur des expertises et expériences bien plus variées que ce n'est habituellement le cas dans les rapports d'experts. Les rapports succincts représentent en effet de nombreuses disciplines cliniques et académiques différentes. Ensuite, nous pouvons être sûrs que les recommandations figurant dans ce rapport sont largement soutenues par les personnes et les organisations concernées. Enfin, ce processus a réuni toute une communauté de personnes qui souhaitent ardemment améliorer les soins en Suisse et qui, ensemble, peuvent utiliser les recommandations au profit de l'ensemble de la population suisse.

Nous sommes convaincus que ce rapport jettera les bases d'un solide programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé en Suisse. Nous espérons qu'il constituera une ressource précieuse pour toutes les personnes qui s'efforcent d'offrir les meilleurs soins possibles à la population suisse. Nous encourageons le lectorat à approfondir

ses connaissances et sa compréhension de ces questions en lisant aussi les rapports complémentaires qui présentent un intérêt particulier pour eux. Nous remercions tous nos collègues pour leur soutien indéfectible tout au long du processus de préparation du rapport. Nous nous sommes efforcés de dégager le plus large consensus possible mais restons seuls responsables de la forme finale et des conclusions du rapport.

Charles Vincent et Anthony Staines

## 1 La qualité et la sécurité des soins dans le monde

Dans beaucoup de pays, la situation sanitaire connaît une amélioration rapide. La population vit plus longtemps et de nombreuses affections jusqu'à présent mortelles peuvent désormais être traitées, de sorte que les patients peuvent survivre en conservant une bonne qualité de vie. Ces améliorations sont dues à la fois à des traitements innovants et plus efficaces, à des prestations de soins améliorées et à de meilleures conditions sociales et environnementales.

En dépit de tous ces progrès, certaines études ainsi que des rapports importants réalisés dans de nombreux pays mettent en lumière des lacunes dans les soins offerts aux citoyens. Au Royaume-Uni, le rapport Berwick s'alarme des problèmes de sécurité qui existent pour les patients dans l'ensemble du système de santé publique britannique (Berwick, 2013). Aux États-Unis, le rapport intitulé « Crossing the quality chasm » relève d'importantes différences entre les soins que les personnes devraient recevoir et les soins effectivement dispensés (Institute of Medicine, 2001 ; McGlynn et al., 2003). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Banque mondiale observent de façon unanime que ces problèmes sont systémiques et répandus dans tous les systèmes de santé, publics ou privés (OMS, 2018).

Des études conduites dans de nombreux pays révèlent que la qualité des prestations de santé est souvent inférieure au niveau attendu et que les soins peuvent causer des préjudices aux patients. À titre d'exemple, une étude australienne démontre qu'en moyenne, les patients adultes reçoivent seulement 57 % des soins recommandés, et cela pour toute une série de pathologies courantes (Runciman et al., 2012). Les soins peuvent aussi causer des préjudices. Dans de nombreux pays, des études basées sur l'examen des dossiers médicaux montrent que 8 à 12 % des patients hospitalisés subissent des préjudices sévères au point de nécessiter au moins un jour d'hospitalisation supplémentaire (Schwendimann et al., 2018). La plupart de ces « événements indésirables » sont mineurs et n'ont pas de conséquences à long terme, mais certains sont graves, voire mortels. De nombreux éléments d'information démontrent aussi l'existence de soins inutiles ou de très faible valeur (OCDE, 2017).

Nombreux sont maintenant ceux qui reconnaissent sans ambiguïté l'existence de variations importantes dans l'utilisation et les résultats des soins, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Prenant exemple sur le Dartmouth Atlas of Health Care, un projet influent mené aux États-Unis, plusieurs pays européens ont mis au point leur propre atlas national des variations observées dans la pratique médicale. L'Espagne, l'Angleterre, l'Allemagne et les Pays-Bas ont tous publié le leur (Peiro et Maynard, 2015). On constate par exemple que l'utilisation des opérations chirurgicales courantes varie fortement selon les régions. Les différences en termes de charge de morbidité, de pratiques diagnostiques et d'attitude des patients envers les interventions médicales n'expliquent pourtant que dans une faible mesure les variations régionales des taux d'intervention chirurgicale (Birkmeyer et al., 2013). En Suisse, une étude portant sur six interventions chirurgicales a mis en évidence une variation moyenne du simple au double entre les cantons. En milieu hospitalier par exemple, les arthroscopies du genou sont 3,4 fois plus fréquentes dans les établissements utilisant le plus

cette procédure que dans ceux qui y recourent le moins (Pellegrini et al., 2014). Une vaste étude européenne portant sur 46 539 interventions chirurgicales illustre les variations constatées en termes de résultats. Cette étude a démontré que les taux de mortalité varient fortement entre les pays (de 1,2 % en Islande à 21,5 % en Lettonie). La mortalité post-opératoire enregistrée en Pologne est six fois plus importante qu'au Royaume-Uni et en Suisse (Pearse et al., 2012). Des études de variations réalisées dans de nombreux pays suggèrent que les cas de surtraitement, de soins de faible valeur et de soins inappropriés sont nombreux même dans les meilleurs systèmes de santé (Peiro et Maynard, 2015).

Pour diverses raisons, les groupes vulnérables sont susceptibles de recevoir des soins de moins bonne qualité, et ce dans tous les pays (Kruk et al., 2018). On constate une qualité des soins inférieure pour de nombreux groupes d'individus, notamment les personnes à faibles revenus, les personnes les moins instruites, les adolescents, les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale et celles se trouvant en marge des systèmes de santé, comme les prisonniers. Ces groupes vulnérables ont plus de difficulté à accéder aux soins et reçoivent souvent des traitements de moindre qualité (Kim et al., 2014 ; Priester et al., 2016).

### **1.1 Interventions permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins**

Les causes des problèmes de qualité et de sécurité sont aujourd'hui bien mieux connues qu'il y a une dizaine d'années, et les constats sont similaires dans de nombreux pays. Des études portant sur la défaillance des processus, le travail en équipe, les interruptions et les distractions ont par exemple permis d'identifier de nombreuses vulnérabilités dans les systèmes de soins chirurgicaux, de médecine générale et de soins de base (Vincent et al., 2004 ; Manser et al., 2009).

Une mauvaise communication entre professionnels de santé, mais aussi entre patients et professionnels, représente un facteur important d'erreur et de préjudice. Parmi les difficultés couramment rencontrées, on constate des inexactitudes lors de l'échange d'informations, une documentation insuffisante, des instructions de sortie imprécises et des malentendus causés par des différences de langage (Hannawa, 2019). Une compréhension plus approfondie du travail en équipe émerge progressivement dans les blocs opératoires mais aussi dans les systèmes de santé en général (Neily et al., 2010 ; Russ et al., 2012). Un certain nombre d'interventions ont été mises au point afin d'améliorer la communication et le travail en équipe. Par exemple, le programme TeamSTEPPS identifie et enseigne quatre compétences clés (leadership, contrôle de la situation, soutien mutuel et communication) largement applicables dans l'ensemble du système de santé (Clancy, 2007 ; Staines et al., 2016 ; Hannawa, 2019).

Les exemples d'interventions ayant eu un impact important et avéré sont pour l'heure encore rares. Cependant, il existe quelques exceptions notables. Le nombre d'infections sanguines a pu être réduit grâce aux initiatives internationales pour l'hygiène des mains (Pittet et al., 2000 ; Pittet et al., 2005), tout comme le nombre d'infections au niveau des cathéters centraux (Pronovost et al., 2006). Le nombre de cas de complications et de décès liés à la chirurgie a également diminué, grâce à l'introduction de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS au niveau international (Haynes et al., 2009). Les taux d'événements indésirables tels



que des réactions aux médicaments ou des infections ont fortement diminué dans certains groupes de patients traités en médecine générale aux États-Unis (Wang et al., 2014), de même que le nombre d'erreurs de site d'intervention chirurgicale (Neily, 2018). Des méthodes d'amélioration de la qualité ont aussi été appliquées aux interventions chirurgicales d'urgence partout aux États-Unis. Cela a permis d'améliorer la fiabilité des processus, mais n'a cependant pas modifié de façon significative les résultats enregistrés (Peden et al., 2019).

Les améliorations de qualité et de sécurité les plus rapidement efficaces semblent être celles qui se focalisent sur un aspect clinique important ou sur un processus ou un protocole clinique spécifique (Shekelle et al., 2011). Une autre catégorie d'interventions vise l'amélioration du système sous-jacent, afin d'aider le personnel à travailler plus efficacement et d'améliorer les soins dans tous les contextes cliniques (Vincent et Amalberti, 2016). C'est ainsi que les erreurs de médication ont pu être réduites par la standardisation des listes de médicaments et des protocoles, l'inclusion de pharmaciens dans les visites aux patients et l'introduction de la prescription informatisée (Miller et al., 2011 ; Avery et al., 2012). L'amélioration des conditions de travail peut aussi réduire la fréquence des erreurs, par exemple avec une meilleure conception des interfaces ou une réduction des interruptions et distractions, qui contribuent grandement au risque d'erreur (Vincent, 2010).

Certains processus de soins, tels que la radiothérapie ou la transfusion sanguine, ont atteint d'excellents niveaux de sécurité et de fiabilité. Au fil des années, des améliorations systématiques et régulières ont en effet été apportées à travers des processus standardisés et clairs, une utilisation judicieuse des technologies et de l'automatisation mais aussi, en toile de fond, une large culture de l'amélioration de la sécurité et de la qualité (Murphy et al., 2009). Toutes les interventions, quelles qu'elles soient, nécessitent des infrastructures de base, des ressources adéquates, des structures de qualité, un leadership efficace et la capacité à intégrer des changements organisationnels, comme expliqué plus loin dans ce rapport (Vincent et Amalberti, 2016).

## 2 L'approche suisse de la qualité des soins

En Suisse comme dans beaucoup de pays, le domaine de la lutte contre les infections est l'un des premiers à avoir mené un travail systématique sur la qualité des soins. La Société suisse de l'hygiène hospitalière a été fondée en 1974 et a commencé à surveiller de façon systématique les taux d'infection au début des années 1980. Dès sa création, cette société a incorporé différentes disciplines et professions. L'association Swissnoso a quant à elle été fondée en 1994, dans le but d'élaborer des directives en matière de contrôle des infections. En 1995, Swissnoso a organisé la première étude de prévalence des infections associées aux soins (Sax et al., 2019).

L'hôpital universitaire de Bâle a pour sa part mis en place une formation à la gestion de crise dans le domaine de l'anesthésie à la fin des années 1980, et l'a plus tard élargie pour inclure une formation de l'ensemble des équipes de bloc opératoire. À la même époque, la Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen a été créée, ce qui a favorisé les premières évolutions en matière de qualité dans les hôpitaux.

La certification formelle des hôpitaux suisses a débuté en 1995, avec la certification ISO 9001 de la Klinik Bethanien à Zurich. Le Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie), créé en 1995, s'efforce quant à lui de recueillir des données complètes sur les normes et les résultats. En 1996, une nouvelle loi sur l'assurance-maladie mettant l'accent sur des normes de soins élevées est entrée en vigueur (LAMal, art. 43 al. 6). La même année, la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation a défini des paramètres de qualité et introduit un registre de données volontaire.

Le service d'anesthésiologie de l'hôpital universitaire de Bâle a été le premier à utiliser un système de déclaration des incidents, en 1995 (Staender, 2019). Ce système a été déployé à l'échelle nationale en 1997, sous l'égide de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation. En 1997, les hôpitaux universitaires de Genève ont créé un service spécialement dédié à la qualité des soins, suivis en 1998 par l'hôpital La Carità de Locarno. Le Réseau suisse pour l'évaluation des technologies de la santé (*Swiss Network for Health Technology Assessment*, SNHTA) a été fondé en 1998 dans le cadre d'un partenariat entre l'Office fédéral de la santé publique, les cantons, la Fédération des médecins suisses et plusieurs hôpitaux universitaires. La Fondation pour la promotion externe de la qualité des prestations médicales dans le secteur ambulatoire (EQUAM) a été créée en 1999, afin de promouvoir les initiatives de qualité dans les soins de base et la gestion des soins, ou « managed care » (Hosek et Bezzola, 2019).

### 2.1 Évolution depuis 2000

En 1999, le rapport de référence « To err is human » (L'erreur est humaine) publié par l'Institute of Medicine estimait que près de 100 000 décès enregistrés chaque année aux États-Unis pourraient être dus à une erreur médicale. À la même époque, l'Office fédéral des assurances sociales a publié un communiqué de presse suggérant qu'en extrapolant les données des États-Unis pour la Suisse, on pouvait supposer que 2000 à 3000 décès enregistrés chaque

année dans les hôpitaux suisses étaient potentiellement imputables à des erreurs médicales évitables. Le gouvernement suisse a alors fait de la sécurité des patients un axe prioritaire pour les soins en Suisse. Dans ce domaine, la création en 2003 de la Fondation pour la sécurité des patients, sur recommandation de la task force sécurité patients (2001), a été un jalon essentiel (Zuellig, 2019). Elle a été suivie en 2006 par une série d'initiatives incluant des enquêtes auprès des patients et du personnel et l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité (Busch, 2019). En 2006 également, la Fondation pour la sécurité des patients et la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation ont établi le réseau des systèmes locaux de déclaration des erreurs (CIRNET®). La Fondation pour la sécurité des patients identifie les problèmes courants et lance les alertes (Frank, 2019).

En 2007, la Commission du Conseil des États a vivement critiqué le gouvernement et demandé l'élaboration d'une stratégie pour la qualité des soins. La stratégie qualité de 2009 a mis en évidence le besoin d'une culture de la qualité et de la sécurité, d'une meilleure intégration des services de soins hospitaliers et ambulatoires, mais aussi d'initiatives d'information et de responsabilisation des patients. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a été fondée en 2009, dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre des indicateurs de qualité et de sécurité. Des programmes nationaux d'amélioration de la qualité et de la sécurité ont été lancés en 2012. En 2013, l'office fédéral a instauré un conseil scientifique chargé d'élaborer des recommandations dans le cadre de la stratégie nationale de qualité et de sécurité.

Le niveau de satisfaction du public envers le système de santé suisse est très bon et a augmenté ces dernières années : en 2014, plus de 80 % de la population avait une image plutôt positive ou très positive du système de santé. Cependant, la proportion de la population jugeant « très bonne » la qualité du système de santé avait considérablement diminué depuis 2010, passant de plus de 40 % à environ 23 % en 2014 (De Pietro et al., 2015). Les citoyens suisses sont aussi de plus en plus conscients des risques liés aux soins. Des études menées par la Fondation suisse pour la sécurité des patients ont montré que 11 % des Suisses ont été en mesure de déclarer une erreur médicale dans leur parcours de soins au cours des deux dernières années. Les erreurs les plus fréquemment rapportées correspondent à un manque de coordination des soins, des résultats d'examen et des dossiers médicaux manquants, des incohérences entre les informations des différents prestataires et des examens répétés inutilement (Schwappach, 2012).

En 2014, la Confédération a suggéré de créer un organisme national de coordination pour la qualité des soins. Cette proposition a été rejetée par la majorité des parties prenantes, qui craignaient un contrôle excessif du système de santé au niveau national. En 2019, au moment où nous rédigeons ce rapport, le Parlement suisse progresse vers un consensus sur l'établissement d'une commission extra-parlementaire et l'octroi d'un soutien financier à des programmes d'amélioration de la qualité des soins. Le Tableau 2.1 donne une vue d'ensemble des diverses activités en matière de qualité et de sécurité des patients menées depuis 2000.

## **2.2 Commentaire**

Ces vingt dernières années, de nombreuses démarches importantes et utiles ont été lancées mais un profond désaccord a émergé quant à la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins dans le système de santé suisse. À plusieurs reprises, la création de centres et de programmes nationaux ambitieux a été proposée mais ces projets sont restés en suspens, par manque de consensus sur la nature d'un organisme national de coordination et par crainte d'un contrôle central trop important. Peu d'initiatives ont été menées afin de comprendre ou d'améliorer l'expérience des patients et les organisations suisses de patients ne semblent avoir que peu de poids dans la stratégie nationale. Si les organisations suisses de sécurité et de qualité réalisent un très bon travail à titre individuel, il semble difficile de mettre au point des programmes nationaux coordonnés.

**Tableau 2.1 Jalons dans l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins en Suisse après 2000**

2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Office fédéral des assurances sociales publie un communiqué de presse faisant suite au rapport américain « To err is human », qui laisse supposer que 2000 à 3000 décès évitables se produisent chaque année dans les hôpitaux suisses en raison d'erreurs médicales.</li> <li>• L'office fédéral des assurances sociales fait de la sécurité des patients une priorité pour le système de santé suisse.</li> <li>• Le Département fédéral de l'intérieur crée une task force consacrée à la sécurité des patients.</li> <li>• C'est ainsi qu'est créé FoQual, le forum de la qualité pour les responsables de la qualité dans les hôpitaux francophones et italophones.</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La task force sur la sécurité des patients recommande la création d'un centre national et la mise en œuvre d'un programme national pour la sécurité des patients.</li> <li>• SanaCERT Suisse et la Fondation suisse pour la sécurité des patients en anesthésie sont créés.</li> </ul>
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Fondation suisse pour la sécurité des patients (qui deviendra plus tard Sécurité des patients Suisse) est créée.</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La commission parlementaire du Conseil national propose que le gouvernement fédéral assume la responsabilité générale de la qualité des soins.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gouvernement fédéral affirme que la qualité devrait rester sous la responsabilité des prestataires et sous la supervision des cantons.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rapport de l'OCDE sur les soins en Suisse décrit un manque de gouvernance et une coordination insuffisante des initiatives de qualité et de sécurité en Suisse.</li> <li>• Le réseau des systèmes locaux de déclaration des erreurs (CIRNET) est établi.</li> <li>• Les premiers indicateurs de qualité pour les patients hospitalisés sont définis par l'Office fédéral de la santé publique.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Commission du Conseil des États critique vivement le gouvernement et demande l'élaboration d'une stratégie pour la qualité dans le domaine de la santé.</li> <li>• Sécurité des patients Suisse organise un congrès sur la sécurité des patients.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Medical Board de Zurich (qui deviendra plus tard le Swiss Medical Board) est créé.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La stratégie en matière de qualité des soins de la Confédération suisse est publiée et approuvée par le gouvernement.</li> <li>• L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est créée.</li> </ul>

2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cantons, les assureurs-maladie et l'Association des hôpitaux signent le premier contrat de qualité, qui spécifie les dispositions nationales pour le financement et l'utilisation des indicateurs de qualité pour les patients hospitalisés.</li> <li>• Un deuxième rapport de l'OCDE sur les soins en Suisse estime que la capacité de la Suisse à évaluer la qualité des services de soins est limitée.</li> <li>• Le Swiss Medical Board, qui réunit le Medical Board de Zurich, les autorités cantonales et l'Académie suisse des sciences médicales, est créé.</li> <li>• Sécurité des patients Suisse organise un deuxième congrès sur la sécurité des patients.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gouvernement commence à financer des programmes nationaux pour la qualité et la sécurité des soins.</li> <li>• La facturation basée sur les groupes de cas liés au diagnostic (DRG) est introduite. Les indicateurs de l'ANQ évaluent l'impact du nouveau système de financement sur la qualité des soins.</li> <li>• Les indicateurs de qualité suisses pour les soins stationnaires (Swiss Inpatient Quality Indicators, CH-IQI) sont publiés pour chaque hôpital de soins aigus.</li> <li>• Deux programmes nationaux de sécurité des patients sont lancés par l'office fédéral de la santé publique et conduits par Sécurité des patients Suisse.</li> <li>• L'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) est fondée par la Fédération des médecins suisses (FMH), avec une charte qualité signée par 72 associations médicales.</li> </ul>
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un Conseil consultatif scientifique pour la qualité et la sécurité des patients est nommé à la tête de l'Office fédéral de la santé publique. Le premier rapport du Conseil consultatif scientifique est publié.</li> </ul>
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Confédération suggère la création d'un centre pour la qualité dans le domaine des soins de santé. La proposition est rejetée par la majorité des autres parties prenantes.</li> <li>• Dans le cadre du mouvement international « Choosing Wisely », la campagne « Smarter Medicine » est lancée afin de réduire le nombre de soins inutiles.</li> </ul>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un registre national de la qualité en anesthésiologie (A-QUA) est introduit.</li> </ul>
2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gouvernement accepte de financer la période de transition pour la poursuite des programmes nationaux de qualité et de sécurité pour 2018–2020.</li> <li>• Le deuxième rapport du Conseil consultatif scientifique recommande de commander un rapport sur le système de santé en Suisse.</li> </ul>
2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Office fédéral de la santé publique commande un rapport sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse.</li> </ul>
2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Parlement suisse progresse vers un consensus sur la création d'une commission extra-parlementaire et un soutien financier pour les programmes destinés à améliorer la qualité des soins.</li> </ul>

### 3 Que sait-on au sujet de la qualité et de la sécurité des soins en Suisse ?

Pour offrir des soins de qualité, il est essentiel de disposer d'informations fiables et accessibles sur les processus et les résultats obtenus dans le domaine des soins. Ces données sont nécessaires pour surveiller les standards pratiqués en matière de soins, identifier les points à améliorer et évaluer l'impact des interventions et des modifications sur le système de santé. Pour parvenir à maintenir ou à améliorer la qualité de façon systématique, il est essentiel de suivre l'évolution des performances au sein de chaque organisation ou service.

Que ce soit au niveau collectif ou individuel, il est possible d'évaluer ses propres standards de soins en les comparant avec ceux d'organisations similaires. Bien sûr, il est possible que les résultats varient en raison de l'âge ou de l'état de santé des patients et non à cause de différences de qualité des soins entre les établissements. Ces écarts peuvent être corrigés en procédant à un ajustement des risques, mais parfois, même les approches les plus élaborées ne suffisent pas pour éliminer totalement les différences. Les responsables politiques et autres acteurs sont parfois tentés d'utiliser une seule mesure, comme le taux de mortalité hospitalière, en guise d'indicateur de la performance globale d'une organisation. Cette approche comporte cependant de nombreuses faiblesses. Pour bien refléter les activités d'une unité ou d'une organisation, il est nécessaire de disposer d'un ensemble de mesures.

Dans ce chapitre du rapport, nous allons présenter une rapide vue d'ensemble des informations régulièrement recueillies en Suisse avant d'évoquer les standards de soins dans différents contextes. Pour plus de détails, nous renvoyons le lectorat à la revue de littérature (Burnand et Al-Gobari, 2019) et aux rapports complémentaires publiés sur des thèmes précis.

#### 3.1 Informations régulièrement recueillies concernant la qualité et la sécurité

Les informations sur les prestations de santé peuvent être recueillies au niveau national, cantonal ou auprès des organisations. À notre connaissance, il n'existe pas de descriptif général des informations collectées par chaque canton. En Suisse, seuls quelques indicateurs sont recueillis à l'échelle nationale. La plupart concernant les hôpitaux et les soins aigus (Burnand et Al-Gobari, 2019 ; Schneider, 2019). À travers les statistiques de sortie, l'ANQ surveille les taux de réadmissions potentiellement évitables. Elle examine également le nombre de chutes et d'escarres répertoriés dans les études de prévalence. L'ANQ recueille également des données sur la réadaptation fonctionnelle et sur les symptômes de maladie mentale (Busch, 2019).

Dans de nombreux pays, les évaluations de qualité par les patients gagnent en importance (Troillet et al., 2017). L'ANQ mène des enquêtes auprès des patients à propos de leur expérience et ce, dans de nombreux contextes de soins différents. Des mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) font leur apparition dans un certain nombre de domaines thérapeutiques, y compris les soins de base. Il existe des outils permettant de mesurer la perception des patients quant à leur état de santé, leur état fonctionnel et leur qualité de vie liée aux soins (Busch, 2019).



Swissorthopaedics (la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie) tient le registre SIRIS, un outil qui permet de mesurer la qualité de tous les implants médicaux. SIRIS fait office d'avertisseur précoce en cas de défaillance d'implants. Il permet de répertorier les complications liées aux interventions chirurgicales et facilite les comparaisons au niveau sectoriel ou hospitalier. Il fournit également une base de données pour l'analyse de la survie et des résultats à long terme (Genoni, 2019).

Les infections du site chirurgical sont contrôlées par Swissnoso au moyen d'une surveillance et d'études de prévalence ponctuelles, mais le signalement est volontaire et certains établissements n'y participent pas. Les résultats des hôpitaux participants, classés selon le type d'intervention chirurgicale et d'autres facteurs de risque, sont mis à disposition chaque année sur le site internet de l'ANQ (Sax et al., 2019). Une caractéristique intéressante de ce programme tient au fait que la qualité de la surveillance elle-même est également évaluée dans chaque hôpital et publiée sous forme de score, parallèlement aux résultats. Une évaluation récente du programme dans 147 hôpitaux suisses a révélé que malgré une méthodologie de surveillance clairement définie, il existe d'importantes variations dans la mise en œuvre de ce programme. La qualité d'examen des dossiers et la précision de la collecte de données constituent les points à améliorer en priorité (Kuster et al., 2017).

### **3.2 Soins en milieu hospitalier**

Les soins hospitaliers couvrent une très large palette de spécialités et d'activités. Nous nous concentrerons ici sur la chirurgie, l'anesthésie et les soins de médecine générale prodigués aux personnes âgées, puisqu'il s'agit de priorités majeures pour l'ensemble des hôpitaux et des cantons.

#### *3.2.1 Chirurgie*

Bien que les informations disponibles soient limitées, les résultats obtenus dans le secteur chirurgical en Suisse semblent être similaires à ceux d'autres systèmes de santé avancés. Une vaste étude des résultats portant sur des interventions chirurgicales importantes (Pearse et al., 2012) a montré qu'en Suisse, les taux de mortalité sont supérieurs à la moyenne européenne et similaires à ceux du Royaume-Uni. Des informations standardisées sur la mortalité en Suisse sont disponibles pour certains types d'interventions (comme la chirurgie colorectale). L'Association pour la qualité en chirurgie dispose d'une base de données de 1,5 millions de cas. Elle s'en sert pour établir des statistiques communes que les membres peuvent utiliser à des fins de comparaison et d'assurance qualité ([www.aqc.ch](http://www.aqc.ch)). Les données nationales accessibles au public sont très rares.

Swissnoso a récemment publié des données relatives aux infections du site chirurgical (SSI) issues de plus de 180 000 opérations sur une période de quatre ans. Entre 2011 et 2015, le cumul des taux de SSI dans les hôpitaux allait de 0,9 % pour l'arthroplastie du genou à 14,4 % pour la chirurgie du côlon. Swissnoso a également innové en lançant un suivi à long terme, et décelé d'importants taux de SSI après la sortie d'hôpital, pour certains types de chirurgie. Les cliniciens qui publient ces données signalent que, bien que la surveillance soit essentielle, les



taux de SSI ne diminueront certainement pas si des efforts structurés et obligatoires d'amélioration de la qualité ne sont pas menés (Troillet et al., 2017 ; Sax et al., 2019).

Quelques études ont été réalisées afin d'évaluer la concordance des pratiques chirurgicales avec les directives internationales (Burnand et Al-Gobari, 2019). Par exemple, une étude récente du traitement du cancer de la prostate dans le canton du Tessin a montré que les modalités de traitement semblent correspondre aux directives internationales et que les résultats obtenus en Suisse sont comparables aux conclusions des quelques études internationales disponibles. D'après cette étude, les directives fondées sur des preuves sont appliquées dans environ deux tiers des cas, mais une surveillance active est menée moins d'une fois sur deux (Ortelli et al., 2018).

### *3.2.2 Anesthésie*

L'anesthésie est considérée comme très sûre pour les patients en assez bonne santé qui subissent des interventions non urgentes. Le risque de mortalité lié à des complications et des événements indésirables lors d'une anesthésie semble être d'environ 1 cas sur 100 000 actuellement en Europe (Staender, 2019). Les anesthésistes suisses travaillent activement à élaborer des indicateurs de résultats à l'échelle européenne. En Suisse, l'anesthésie paraît très sûre et d'un niveau équivalent à celui des autres systèmes avancés, mais il est difficile d'établir avec certitude le nombre réel de complications, étant donné qu'elles ne font pas l'objet d'une surveillance systématique (Staender, 2019). Lors d'une analyse de réclamations clôturées survenues entre 1987 et 2011, le comité d'examen a évalué la qualité des soins comme inférieure à la norme dans 55 % des cas et une responsabilité a été acceptée dans 46 % de toutes les réclamations. L'incidence des réclamations, de même que la mortalité associée, sont comparables à celles enregistrées au Royaume-Uni (Staender et al., 2011). Les réclamations ne sont cependant que peu représentatives de la qualité globale des soins. Les anesthésistes suisses se fient généralement aux déclarations d'erreurs graves pour surveiller la sécurité et réagir aux éventuelles menaces en matière de sécurité.

### *3.2.3 Soins aux personnes âgées dans les hôpitaux*

Les personnes âgées présentent un risque fortement accru de maladies aiguës mais aussi d'affections chroniques telles que le diabète, l'hypertension et la démence (Rechel et al., 2013). Le vieillissement est également associé à une plus forte probabilité d'hospitalisation prolongée, de besoins accrus en soins après leur sortie de l'hôpital, de réadaptation, d'admission en EMS et de réadmission à l'hôpital (Buurman et al., 2011).

Quelques études ont évalué la qualité des soins médicaux généraux prodigués aux personnes âgées dans les hôpitaux suisses (Burnand et Al-Gobari, 2019). Par exemple, les soins dispensés à 1260 patients atteints d'un syndrome coronarien aigu ont été évalués dans quatre centres médicaux et comparés aux directives en vigueur. Il a été constaté que le taux de prescription des médicaments préventifs recommandés est très élevé (généralement plus de 90 %), mais qu'une amélioration est possible dans la prescription de bêta-bloquants (Auer et al., 2014).

Entre 2001 et 2012, le respect des directives a régulièrement augmenté et les résultats ont progressé en conséquence (Schoenenberger et al., 2016).

Une évaluation gériatrique complète permet une détection précoce et une gestion efficace des syndromes liés à cette tranche d'âge (Deschodt, 2019). Pour cela, du personnel issu de différentes disciplines médicales évalue de façon approfondie les aptitudes d'une personne âgée fragile du point de vue médical, psychologique et fonctionnel, et met au point un plan de traitement coordonné ainsi qu'un suivi à long terme. Dans certains pays, des hôpitaux ont créé des unités de soins gériatriques aigus spécialisés dans la prévention du déclin fonctionnel et des complications associées suite à une admission à l'hôpital pour un événement aigu (Baztan et al., 2009 ; Deschodt, 2019). Il n'existe cependant que peu de données concernant les dispositifs existants dans les hôpitaux suisses, les approches d'évaluation ou les résultats en termes de capacité fonctionnelle et de qualité de vie.

### *3.2.4 Préjudices causés aux patients à l'hôpital*

Une étude des soins prodigués dans un hôpital suisse a révélé que 12,3 % des patients ont subi des préjudices, dont la moitié auraient pu être évités avec un niveau de prestation approprié (Halfon et al., 2017). Plus de 60 % de ces événements n'ont pas eu de conséquences graves, mais près d'un quart d'entre eux ont causé un trouble sévère durable. Les conclusions de cette étude coïncident avec celles d'études menées dans d'autres pays au sujet des préjudices. D'une manière générale, il n'y a aucune raison de penser que les préjudices causés aux patients sont plus ou moins fréquents en Suisse que dans les autres systèmes de santé avancés (Zuellig, 2019).

En Suisse, certaines données concernant les préjudices sont déclarées aux hôpitaux, aux assureurs en responsabilité civile, aux médecins cantonaux et aux organisations de protection des patients. Cependant, la collecte de données n'est pas systématique. L'ANQ mène des études de prévalence concernant les chutes et les escarres, deux types de préjudices importants et fréquents dans les hôpitaux. Chez les adultes, le taux total d'escarres reste relativement stable depuis quelques années, et représente environ 4 %. Le taux de chutes, qui se situait à 3,8 % chez les personnes âgées en 2017, est également stable depuis plusieurs années (Zuellig, 2019).

### *3.2.5 Infections associées aux soins*

Les infections associées aux soins (IAS), ou infections nosocomiales, sont identifiées dans les études générales concernant les préjudices, mais des enquêtes ciblées permettent d'établir des données chiffrées plus précises. En 2017, Swissnoso a mené une étude de prévalence ponctuelle sur une journée dans 96 hôpitaux. La prévalence totale de patients souffrant d'au moins une IAS dans les hôpitaux suisses était de 5,9 % (contre 6 % lors de la dernière enquête européenne). Dans une autre étude, la prévalence des infections associées aux soins dans deux hôpitaux de soins tertiaires et un hôpital de soins secondaires a été établie à 5,6 %, soit un pourcentage proche de ceux rapportés dans les autres pays européens (Metsini et al., 2018). Un rapport concernant les infections nosocomiales virales au sein d'un service de maladies infectieuses et de trois services de pédiatrie générale en Finlande et en Suisse a indiqué une

fréquence de 12 %, sachant que 2 % des patients avaient contracté l'infection à l'hôpital (le plus souvent une gastro-entérite) et que 10 % des patients avaient développé l'infection dans un délai de 72 heures après leur sortie. Les infections par *clostridium difficile* sont relativement rares dans les hôpitaux suisses : à titre d'exemple, une incidence de 2,3/10 000 jours-patient a été observée dans un hôpital de soins tertiaires. Dans la majorité des cas, l'infection est transmise par un autre patient et causée par des procédures inadéquates de contrôle des infections (Kohler et al., 2013).

### 3.3 Soins primaires

À l'heure actuelle, très peu de données de routine sont recueillies concernant la qualité des soins primaires en Suisse (Burnand et Al-Gobari, 2019). Il existe des informations concernant les équipements médicaux, mais les données relatives aux résultats sont pratiquement inexistantes (Chiolo et Rodondi, 2019). La création d'un système de surveillance ambitieux a été proposée, mais la mise en pratique de ce système représenterait un défi majeur, compte tenu de la variabilité de la qualité des données et des coûts associés à la collecte et à l'analyse des informations (Ebert et al., 2017). Il serait également possible de se baser sur les demandes de remboursement adressées aux assurances pour créer des indicateurs de qualité (Blozik et al., 2018). Par exemple, il serait possible de surveiller la proportion de patients atteints de diabète qui font surveiller régulièrement leur taux de lipides.

Un certain nombre d'études ont été menées au sujet de la qualité des services de soins primaires en Suisse. On sait par exemple que les patients suivant un traitement à long terme pour une maladie coronarienne reçoivent de plus de 80 % des quatre résultats d'examen et traitements médicamenteux recommandés pour empêcher un déclin de leur état de santé (Scherz et al., 2016). Dans certains cas, les soins prodigués ne semblent pas coïncider avec les directives cliniques. Dans quatre établissements de soins primaires universitaires, seuls 20 % des patients souffrant d'hypertension, 41 % des patients souffrant de dyslipidémie et 36 % des patients atteints de diabète sucré ont reçu l'intégralité des traitements nécessaires pour les stabiliser (Weiler et al., 2014). Même si ces écarts par rapport aux directives cliniques sont souvent bien justifiés, ces chiffres suggèrent que de nombreux patients suisses ne reçoivent pas un traitement optimal.

La Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie fait état d'une bonne gestion générale du diabète, mais estime que des améliorations sont possibles dans certains domaines, comme le conseil en nutrition. Une analyse plus détaillée au niveau d'un canton indique que les examens de routine tels que le contrôle de la pression artérielle et des niveaux de lipides sont réalisés chez plus de 90 % des patients, mais que dans de nombreux cas, aucune recommandation n'est fournie concernant l'activité physique et le régime alimentaire (Peytremann-Bridevaux et al., 2013). Seuls 70 % des participants ont subi un examen ophtalmologique au cours de l'année écoulée alors que presque tous les participants savent que le diabète est susceptible d'altérer leur vue (Konstantinidis et al., 2017).

Il existe encore moins d'informations au sujet des soins préventifs, mais les données disponibles suggèrent d'importantes variations dans les soins prodigués à des patients

similaires. Par exemple, dans un échantillon aléatoire de 1002 patients âgés de 50 à 80 ans suivis dans l'ensemble des établissements de soins primaires universitaires suisses, 83 % des patients concernés ont reçu les soins recommandés pour les facteurs de risque cardiovasculaire, mais seulement 35 % ont reçu les soins recommandés pour le diagnostic précoce du cancer du côlon (Collet et al., 2011). Par ailleurs, en dépit de la couverture universelle des soins, les migrants forcés ont reçu moins de soins primaires préventifs que les patients suisses (Martin et al., 2014).

Des cercles de qualité constitués de professionnels de santé spécialisés dans les soins primaires se réunissent régulièrement en petits groupes, de façon volontaire, pour réfléchir à leurs pratiques et les améliorer (Rohrbasser et al., 2018). Dans certaines régions, ils partagent des données et des indicateurs (comme les habitudes de prescription et les coûts) et réalisent un benchmarking local ainsi qu'un examen par des pairs. En Suisse, près de 80 % des médecins de famille participent à des cercles de qualité (Chiolo et Rodondi, 2019). Il n'existe pas de stratégie d'amélioration de la qualité clairement définie et durable pour les soins primaires au niveau national, mais un certain nombre d'initiatives sont menées au niveau local et cantonal.

### **3.4 Santé mentale**

La psychiatrie et la psychothérapie constituent la deuxième discipline la plus répandue en Suisse, après la médecine générale. Néanmoins, les établissements et les professionnels ne sont pas répartis de façon homogène. Les petits cantons achètent des lits spécifiques dans des établissements hospitaliers gérés par des cantons plus importants, éloignés de la communauté. D'après les normes de soins en vigueur dans le secteur de la psychiatrie communautaire moderne, de grandes parties de la Suisse ne sont donc pas correctement approvisionnées en services psychiatriques et psychothérapeutiques locaux (Ihde-Scholl et Rössler, 2019).

Les ressources semblent être concentrées sur les soins stationnaires et sur les services fournis par les médecins et psychothérapeutes aux patients ambulatoires. En Suisse, le nombre d'internements d'urgence est élevé. Bien qu'il y ait d'importantes différences entre les régions, un patient sur cinq en moyenne est hospitalisé contre sa volonté (Schuler et al., 2018 ; Hotzy et al., 2019).

Dans l'idéal, la psychiatrie, la psychologie et la psychothérapie devraient être axées sur la prévention et la promotion du bien-être, mais l'organisation des services ne semble pas appuyer ces objectifs (Ihde-Scholl, 2019). On accorde relativement peu d'attention aux prestations extra hospitalières destinées aux personnes souffrant de problèmes chroniques de santé mentale ou aux services de gestion de crise susceptibles d'éviter une hospitalisation. Par ailleurs, les jeunes souffrant de premiers symptômes de troubles mentaux sont peu soutenus par la collectivité. La prise en charge des groupes vulnérables tels que les sans-abris et les réfugiés est également insuffisante, sauf si leurs symptômes deviennent sévères au point de nécessiter une hospitalisation.

Il semble n'y avoir que très peu de données concernant la qualité des prestations de santé mentale en Suisse. L'ANQ publie des données sur les symptômes des patients psychiatriques

au moment de leur admission et de leur sortie des services stationnaires, mais il n'y a pas d'évaluation du niveau d'efficacité des traitements. Bien qu'il soit important de connaître la charge des symptômes pour les patients, il est très difficile de déterminer la qualité des soins fournis à partir de ces seules informations.

Comme dans de nombreux pays, les soins somatiques apportés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale constituent une préoccupation majeure. Un examen de plusieurs études internationales a révélé que l'espérance de vie des personnes souffrant de problèmes mentaux sévères est en moyenne inférieure de 10 ans à celle du reste de la population (Walker et al., 2015). Ceci est en partie dû au fait que de nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé mentale se suicident. Cependant, certaines données indiquent aussi que les patients souffrant d'atteintes physiques (telles qu'un cancer ou une maladie cardiovasculaire) en plus de troubles mentaux ont de nettement moins bons résultats à long terme que ceux souffrant uniquement d'affections somatiques. Les causes de ce résultat sont complexes, mais le manque d'intégration des services de soins pourrait constituer un facteur important (Ihde-Scholl et Rössler, 2019).

### **3.5 EMS**

Le but ultime des établissements médico-sociaux consiste à maintenir une bonne qualité de vie pour les personnes qui y séjournent, tout en assurant leur sécurité. Les soins prodigués aux patients dans ces établissements sont souvent complexes en raison de multimorbidités, de polymédications, de mobilités réduites et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Il est évidemment essentiel de fournir un traitement médical efficace, mais il est tout aussi important de maintenir l'autonomie, la dignité et le bien-être général du patient (OCDE, 2013 ; Zúñiga, 2019a).

Au niveau national, il n'existe pas d'indicateur recueilli de façon systématique pour les EMS. D'après les informations disponibles, les EMS suisses ont des standards de soins comparables à celles des autres pays, mais il existe des variations importantes entre les établissements. Par exemple, le taux de prévalence des escarres varie entre 0 et 19,6 % des résidents, avec une attention très variable portée aux mesures préventives (Courvoisier et al., 2018) et une marge d'amélioration considérable dans le domaine de la lutte contre la douleur et de la polymédication dans certains EMS (Zúñiga, 2019a). En 2018, l'unité de prévention et de contrôle des infections du canton de Vaud a mené une étude de faisabilité dans huit EMS et découvert que 4,4 % des 562 résidents avaient contracté une infection (OFSP, 2019).

Peu de données sont disponibles concernant l'expérience des résidents dans les EMS. D'après une étude nationale réalisée dans 51 EMS, 71 % des résidents interrogés estiment que leur qualité de vie générale est bonne. Les résidents déclarent que leur vie privée et leur dignité sont respectées, mais ils n'ont pas l'impression d'être traités comme des individus à part entière (Sommerhalder, 2015). Seuls 33 % des résidents ont déclaré que le personnel soignant s'intéressait à leur vie, ce qui nuit à la relation de confiance et ne permet pas d'avoir des conversations intéressantes entre le personnel et les résidents. Les soignants des EMS suisses déclarent devoir rationner les soins, en particulier dans le domaine des activités sociales, du

soutien émotionnel et de la réadaptation. De nombreux résidents souffrent donc d'un manque d'attention de la part du personnel soignant, qui travaille sous pression et est soumis à des contraintes de temps (Zúñiga et al., 2015 ; Zúñiga, 2019a).

Un certain nombre de programmes nationaux ont été créés afin de traiter les problématiques de sécurité et de qualité dans les EMS. Par exemple, la Stratégie nationale en matière de démences soutient le développement de prestations de santé, la coordination des soins et la collaboration interprofessionnelle. Les organisations participantes cherchent non seulement à améliorer les connaissances et à renforcer les compétences en matière de démence, mais aussi à soutenir les proches aidants et à promouvoir de nouveaux modèles de soins et de surveillance des données. La Stratégie nationale en matière de soins palliatifs met quant à elle l'accent sur la qualité des soins en fin de vie, avec la mise en place d'une planification anticipée des soins tenant compte des valeurs et préférences des résidents (Zúñiga, 2019a).

### **3.6 Soins à domicile**

Le vieillissement de la population et le nombre croissant de personnes souffrant d'une ou plusieurs affections chroniques nécessitent la réalisation de plus en plus de soins à domicile. À l'échelle internationale, les services d'« hôpital à domicile » ont connu une croissance rapide ces dix dernières années et devraient continuer à se développer à un rythme soutenu (Gershon et al., 2013). Les patients et les aidants peuvent être amenés à utiliser des technologies médicales complexes, que seuls les médecins et le personnel infirmier pouvaient jusqu'à présent utiliser.

Le maintien de la qualité et de la sécurité des soins pour les personnes âgées fragiles résidant à domicile comporte ses propres défis : ce sont souvent les proches aidants qui assument la majeure partie de la prise en charge, dans un environnement qui n'est pas initialement conçu pour la fourniture de soins (Lang et al., 2006 ; Zúñiga, 2019b). Le personnel soignant professionnel passe peu de temps au domicile des clients pour la réalisation d'examen, la délivrance de soins et la consultation des clients et de leurs aidants. Les professionnels de santé ont donc une faible influence directe au domicile, en dehors des visites. Pourtant, une approche proactive et une réaction rapide aux premiers dysfonctionnements peuvent avoir un impact considérable sur la qualité de vie des patients et l'utilisation des services. À Genève, un modèle de soins intégré comprenant une équipe pluridisciplinaire de soins gériatriques à domicile, en contact avec les autres prestataires à domicile, a permis de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles et de passages aux urgences superflus (Di Pollina et al., 2017).

Dans le domaine des soins à domicile, les risques associés aux médicaments comptent parmi les problèmes de sécurité les plus fréquemment rencontrés par les patients. On constate notamment des écarts dans les prises de médicaments en raison d'incohérences entre les différentes sources d'information ou d'erreurs de préparation et d'administration des médicaments, avec par exemple un fractionnement incorrect des comprimés. Certaines études internationales suggèrent que de nombreux événements indésirables médicamenteux se produisent parmi les patients soignés à domicile et que plus de 40 % d'entre eux reçoivent une médication potentiellement inappropriée (Meyer-Masseti et al., 2018). Il n'existe que peu de



données pour la Suisse mais, une fois de plus, rien ne permet de penser que les résultats seraient très différents de ceux des autres pays (Zúñiga, 2019b).

Dans le cadre d'une étude menée en Suisse, un quart des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile qui ont été interrogées déclarent avoir chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Parmi les autres événements indésirables fréquents à domicile figurent les plaies, les infections et les problèmes avec les dispositifs médicaux. Il n'est pas rare que des patients prennent des traitements potentiellement inappropriés, se trompent dans leur prise de médicaments ou aient des réactions indésirables aux médicaments (Zúñiga, 2019b).

En Suisse, il n'existe pas de normes à l'échelle nationale pour les soins à domicile et les pratiques diffèrent largement selon les cantons (Zúñiga, 2019b). Par ailleurs, il existe peu de directives internationales, fondées sur des preuves, susceptibles d'être appliquées (Harrison et al., 2013 ; Czakert et al., 2018). En 2008, un ensemble d'indicateurs de qualité a été mis au point dans le contexte des soins à domicile, avec des éléments tels que les chutes, le contrôle de la médication, les ulcères cutanés et la détresse des aidants (Burla et al., 2010). Pourtant, il semble qu'aucune agence cantonale ou fédérale n'ait encore recueilli ces données ou publié un rapport concernant ces indicateurs.

### **3.7 Sécurité de la médication**

La Fondation suisse pour la sécurité des patients a dressé un panorama complet des informations disponibles sur la fourniture et la sécurité de la médication en Suisse (Fishman, 2018). Au terme d'un examen empirique, il est apparu que la sécurité de la médication est un aspect particulièrement préoccupant du système de soins. Les événements indésirables médicamenteux et les erreurs de médication sont fréquents, et la polymédication (avec tous les risques associés) est largement répandue (Dörr, et Küng, 2019). Plus de 27 % des patients connaissent une réaction indésirable à un médicament au cours de leur séjour à l'hôpital et entre 8 et 15 % de la totalité des patients subissent un événement indésirable quelconque lié à un médicament (Fishman et al., 2018). Les études internationales suggèrent qu'en Europe 3,5 % des admissions aux urgences dans les hôpitaux sont causées par des événements indésirables médicamenteux (Bouvy et al., 2015).

La polymédication, à savoir la prise de cinq médicaments ou plus, est fréquente parmi les personnes âgées et peut être considérée comme un marqueur de traitements inutiles ou inappropriés. Une étude européenne récente a révélé des taux de polymédication situés entre 26 et 40 %. La Suisse figure parmi les pays présentant le plus faible taux de prévalence globale, mais cela signifie tout de même qu'un quart des personnes âgées suisses prennent une médication potentiellement inappropriée (Midao et al., 2018). Selon une étude récente basée sur des données provenant de quatre assureurs-maladie, 22,5 % des Suisses âgés de plus de 65 ans prennent une médication potentiellement inappropriée, associée à un risque accru d'admission dans les services d'urgence hospitaliers (Reich et al., 2014). Les interactions médicamenteuses contre-indiquées ou potentiellement contre-indiquées concernent plus d'un patient sur cent dans le secteur des soins ambulatoires en Suisse (Bucher et al., 2016).

Les pharmaciens cliniciens ont recommandé la mise en place d'un dispositif de conciliation médicamenteuse systématique au moment de l'admission à l'hôpital, dans l'ensemble de la Suisse. Pourtant, cette pratique n'est couramment appliquée que dans un seul hôpital suisse (Muff et al., 2019). Des progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'introduction d'autres mesures visant à améliorer la sécurité de la médication, telles que les systèmes de prescription informatisée et les processus standardisés de médication (Ceschi, 2019). La pharmacovigilance a été renforcée, avec une utilisation plus importante des déclarations en ligne, une coopération internationale et une harmonisation des systèmes. Swissmedic a aussi créé un groupe de travail avec des associations de patients et de consommateurs, destiné à servir de plateforme pour l'échange d'informations (Dörr, et Küng, 2019).

La campagne « Smarter Medicine » lancée dans certaines régions suisses vise à encourager des activités et interventions permettant d'optimiser les traitements médicamenteux et d'éviter les tests, les opérations, les examens médicaux et les prescriptions inutiles. À titre d'exemple, un réseau hospitalier situé dans le sud de la Suisse a mis en place un système de surveillance continue des nouvelles prescriptions. Au départ, l'accent était mis sur les inhibiteurs de la pompe à protons et les benzodiazépines, et les résultats ont été très encourageants. Ce système devrait à présent être élargi pour inclure d'autres traitements (Ceschi, 2019).



**Tableau 3.1 Comparaisons internationales : conclusions significatives**

<b>Contexte clinique</b>	<b>Portée de l'étude</b>	<b>Conclusions</b>
Intervention chirurgicale importante (Pearse et al., 2013)	Étude de cohorte portant sur des interventions chirurgicales non cardiaques chez l'adulte, réalisée dans 498 hôpitaux de 28 pays européens, avec un suivi de 60 jours.	Les taux de mortalité bruts ont été très variables selon les pays (de 1,2 % à 21,5 %). La Suisse présente un taux de mortalité hospitalière assez bas, en 9 <sup>e</sup> position sur les 28 pays (mortalité ajustée).
Infections associées aux soins (Metsini et al., 2018)	Enquête sur la prévalence des infections associées aux soins dans trois grands centres médicaux suisses.	Des infections associées aux soins ont été décelées chez 5,6 % des patients, soit une proportion similaire à la moyenne européenne de 5,9 %.
Problèmes rencontrés dans les soins primaires (Macinko et al., 2015)	Enquête auprès de 20 000 patients adultes dans 11 pays afin d'évaluer différents aspects des soins primaires tels que l'accès, la coordination des soins et la communication.	Le nombre moyen de problèmes rapportés par les patients lors des soins primaires a été de 1,8 en Suisse, soit moins que la moyenne de 2,1.
Soins primaires (Riordan et al., 2018)	Enquête auprès de 532 personnes âgées vivant chez elles.	La prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées était 17 % en Suisse, 13 % aux Pays-Bas et 9 % en Irlande. Les omissions de prescription ont été évaluées à 25 % en Suisse et aux Pays-Bas, contre 14 % en Irlande.
Polymédication chez les personnes âgées (étude SHARE, Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) (Midao et al., 2018)	Données concernant la santé, le statut socio-économique ainsi que les réseaux sociaux et familiaux d'environ 140 000 personnes âgées de 50 ans ou plus, dans 27 pays européens.	En moyenne, 32,1 % des personnes âgées en Europe prennent cinq médicaments ou plus chaque jour. Le taux de polymédication se situe entre 26 et 40 %. La Suisse fait partie des pays qui présentent la plus faible prévalence (26 %).
Sécurité et perception de la qualité dans les hôpitaux suisses (Ausserhofer et al., 2013)	Enquête auprès de personnel infirmier incluant 33 659 personnes dans 488 hôpitaux de 12 pays européens. 1593 participants provenaient de 120 unités de soins réparties dans 34 hôpitaux suisses.	Un cinquième (20 %) des personnes interrogées en Suisse a déclaré que leur service offrait une qualité de soins faible à moyenne (valeur médiane internationale : 23 %), tandis que 4 % ont estimé que le niveau de sécurité dans leur service était faible, voire défaillant (valeur médiane internationale : 6 %).

<p>Soins infirmiers manquants dans les hôpitaux (Ausserhofer et al., 2014)</p>	<p>Enquête auprès de personnel infirmier incluant 33 659 personnes dans 488 hôpitaux de 12 pays européens. 1593 participants provenaient de 120 unités de soins réparties dans 34 hôpitaux suisses.</p>	<p>Les soins infirmiers manquant le plus souvent étaient : « Réconforter les patients/leur parler » (53 %), « Définir ou revoir les plans de soins » (42 %) et « Former les patients et les familles » (41 %). Les chiffres suisses sont meilleurs que la moyenne et similaires à ceux relevés aux Pays-Bas et en Suède.</p>
--	---	--

### 3.8 Commentaire

La conclusion la plus frappante de ce récapitulatif est que l'on sait encore peu de choses au sujet des standards de soins pratiqués en Suisse. Comparé aux autres pays européens, les indicateurs nationaux sont très rares et les systèmes de monitoring des standards de soins au sein des organisations et entre les régions semblent très peu nombreux. L'OCDE a déclaré il y a quelques années que l'évaluation de la qualité des soins dans l'ensemble du système n'était tout simplement pas suffisante pour surveiller les standards de soins ou pour permettre aux patients, aux assureurs et au gouvernement de prendre des décisions éclairées concernant les prestataires et les procédures thérapeutiques (OCDE, 2011). L'OCDE a formulé de sévères critiques à l'encontre du niveau de disponibilité des informations mais aussi des mécanismes d'assurance qualité, jugés fragmentés et insuffisants, notamment dans le secteur des soins ambulatoires (De Pietro et al., 2015). Un effort national général doit être entrepris pour améliorer les données sur la qualité et la sécurité des soins dans l'ensemble du système.

D'après les informations disponibles (Tableau 3.1), le niveau général de soins est sensiblement équivalent à celui des autres systèmes de santé performants, quoique bien plus coûteux. Cependant, ce bon niveau général masque probablement des variations importantes entre les différentes régions de Suisse et il existe certainement des points préoccupants en matière de soins aux patients (Encadré 3.1). Comme dans de nombreux pays, les soins apportés aux personnes âgées fragiles et à celles souffrant de problèmes de santé mentale constituent une préoccupation majeure. L'étude des préjudices causés dans un seul hôpital suggère des taux comparables à ceux des autres pays européens. Il est surprenant que, contrairement à de nombreux autres pays, la Suisse n'ait pas essayé de déterminer les niveaux de préjudices dans l'ensemble de son système de soins.

La sécurité de la médication semble être un aspect particulièrement préoccupant du système de santé suisse. Des études suggèrent qu'il existe de forts taux d'événements indésirables médicamenteux et de prescriptions inappropriées dans différents contextes, mais la collecte de données de routine est très insuffisante, en particulier pour les soins ambulatoires. Aucune stratégie nationale globale expressément dédiée à la sécurité de la médication n'a été établie en Suisse et les réglementations en matière de soins varient fortement entre les cantons.

Certains systèmes de surveillance nationaux bien conçus et efficaces ont toutefois été mis en place. Les enquêtes de Swissnoso relatives aux infections du site chirurgical, qui font partie des indicateurs nationaux de l'ANQ, constituent un parfait exemple d'une collecte de données systématique et rigoureuse concernant les principaux indicateurs de qualité et de sécurité, et témoignent d'un réel engagement auprès du public en matière de transparence et de communication (Troillet et al., 2017 ; Kuster et al., 2017). Cette approche peut servir de modèle pour l'élaboration et la publication d'un ensemble complet d'indicateurs de qualité et de sécurité pertinents, dans l'ensemble du système de soins suisse.

### **Encadré 3.1 Qualité et sécurité des soins en Suisse : quelques faits préoccupants**

Selon une étude récente basée sur des données provenant de quatre assureurs-maladie, 22,5 % des Suisses âgés de plus de 65 ans prennent une médication potentiellement inappropriée, ce qui est associé à un risque accru d'admission aux urgences dans les hôpitaux.

Entre 8 % et 15 % des patients sont victimes d'un événement indésirable médicamenteux au cours de leur séjour à l'hôpital.

Une étude menée dans un hôpital suisse suggère que 12,3 % des patients subissent un préjudice quelconque lors de leur séjour. Pour la plupart, il s'agit de préjudices mineurs mais certains sont graves voire mortels. Près de la moitié des cas de préjudice auraient pu être empêchés avec un niveau de soins approprié. Les conclusions de cette étude et d'études menées à l'échelle internationale laissent présumer qu'environ 100 000 patients hospitalisés en Suisse subissent chaque année des préjudices liés aux soins.

Les associations professionnelles recommandent la mise en place d'une conciliation médicamenteuse systématique au moment de l'admission à l'hôpital. Pour l'instant, un seul hôpital suisse pratique ce contrôle de façon systématique.

Parmi les adultes hospitalisés, le taux d'escarres est de 4 % tandis que le taux de chutes s'élève à 3,8 %.

Lors de la dernière campagne nationale relative à l'hygiène des mains, l'évaluation a révélé que le personnel hospitalier ne respecte les directives en matière d'hygiène des mains que dans 53 % des cas.

Une étude nationale conduite dans 163 EMS a déterminé que, durant leur séjour, 1,7 % des résidents ont développé des escarres, 2,0 % ont fait une chute ayant entraîné des blessures et 5,1 % ont contracté une infection urinaire lors des 30 derniers jours. Environ 10 % du personnel soignant a déclaré assister à une situation de maltraitance sur personne âgée plus d'une fois par mois, que ce soit sous forme de violence verbale ou psychologique ou de négligence de la part du personnel.

Les hôpitaux suisses sont lents à mettre en place des politiques d'annonce des erreurs. En 2011, une étude transversale réalisée dans les hôpitaux suisses a montré que 38 % des hôpitaux (78 sur 205) ne prévoyaient pas de mettre en place une politique encourageant le personnel à discuter ouvertement des erreurs avec les patients.

Lors d'une enquête menée en 2012/2013 auprès des anesthésistes suisses afin d'étudier l'impact émotionnel des erreurs médicales, seuls 10 % des anesthésistes ont estimé que leur hôpital leur apportait un soutien adéquat dans la gestion du stress lié aux erreurs médicales et peu d'entre eux avaient reçu une formation concernant la communication des erreurs aux patients.

(Ces exemples proviennent tous des rapports succincts répertoriés dans l'Annexe I.)

## 4 Interventions permettant d'améliorer la qualité et la sécurité en Suisse

En Suisse, les professionnels de santé œuvrent de différentes manières pour améliorer les soins offerts aux patients. Il nous est impossible d'aborder toutes ces activités dans un seul rapport. Nous nous attachons ici à décrire les initiatives nationales récentes et certains projets d'amélioration ayant fait l'objet de publications, afin d'illustrer le travail réalisé et de montrer les possibilités d'élargissement des innovations et des améliorations.

### 4.1 Initiatives nationales en matière de qualité et de sécurité

Depuis 2012, Sécurité des patients Suisse organise des programmes nationaux pour l'amélioration de la sécurité des patients. C'est dans ce cadre que l'initiative « La sécurité en chirurgie » (*Safe Surgery*), qui fait partie intégrante de la stratégie nationale de qualité, a été lancée. Cette initiative comprenait un programme pilote collaboratif déployé dans 10 hôpitaux et visant à mettre en place la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale publiée par l'OMS et à améliorer le climat de sécurité ainsi que le travail en équipe. Elle reposait sur quatre ateliers multi-institutionnels et des activités internes telles que l'adaptation de la liste de contrôle et la formation du personnel (Mascherek et al., 2013 ; Genoni, 2019). Ce programme a permis d'améliorer les connaissances et l'utilisation de la liste de contrôle (Mascherek et al., 2017).

Le deuxième programme (2014–2017) visait à mettre en place une procédure de conciliation médicamenteuse dans les hôpitaux de soins aigus. Cette dernière consiste à établir systématiquement une liste complète de la médication en cours pour un patient et à assurer une utilisation cohérente de cette liste par l'ensemble des prestataires de soins impliqués, ainsi que par les patients et leurs aidants. Il a été démontré que cette méthode améliore la communication au niveau des interfaces de traitement et réduit le risque d'erreurs de médication et d'événements indésirables médicamenteux (Kwan et al., 2013). Elle a été mise en place dans un certain nombre d'hôpitaux et introduite dans des documents de formation. Il n'a cependant pas été possible d'évaluer l'impact clinique.

Le troisième programme pilote national intitulé « La sécurité dans le sondage vésical » a été mené conjointement par Sécurité des patients Suisse et Swissnoso sur la période 2015–2018. Le but de ce programme consistait à réduire l'utilisation de sondes urinaires et ainsi le nombre d'infections des voies urinaires liées à la sonde, qui constituent l'une des principales sources d'infections nosocomiales. Les sept hôpitaux pilotes ont noté une forte baisse de l'utilisation des sondes, une évaluation plus fréquente de la nécessité d'y recourir et une baisse du nombre de complications non infectieuses. Les infections urinaires étaient déjà peu fréquentes et leur nombre n'a pas diminué davantage (Niederhauser et al., 2018 ; Sax, 2019). Le quatrième programme, actuellement en cours, concerne la sécurité de la médication dans les établissements médico-sociaux. En juin 2019, Sécurité patients Suisse a annoncé que le prochain programme national porterait sur la sécurité en chirurgie et s'intitulerait « Com-Check ».

Ces programmes ont sensibilisé les hôpitaux à l'amélioration de la qualité et de la sécurité, et contribué de façon significative aux objectifs cliniques définis. Il est en revanche plus difficile

de démontrer leur impact clinique. De nombreux défis ont également dû être surmontés, ce qui peut constituer une source précieuse d'enseignements pour les futures initiatives régionales ou nationales en matière de qualité et de sécurité. Par exemple, les cadres dirigeants des hôpitaux n'ont pas pleinement compris leur rôle dans les programmes ou dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients en général. Très peu de membres du personnel clinique avaient bénéficié d'une formation en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, à tel point qu'il a fallu organiser une formation de base avant le lancement du programme (Kobler et al., 2013).

## **4.2 Initiatives régionales et locales**

La plupart des activités d'amélioration ne font pas l'objet de rapports publiés, mais cela ne diminue pas pour autant leur valeur ou leur importance pour les patients et le personnel (Schneider, 2019). On peut citer l'exemple de l'alliance Peer Review CH, qui a été créée afin d'appliquer une procédure nationale uniforme d'évaluation interprofessionnelle par des pairs en matière de soins aigus (Bosshard et al., 2019 ; Association suisse des infirmières et infirmiers, 2019). Les cercles de qualité, constitués de groupes de professionnels de santé qui se concertent pour améliorer les pratiques, sont bien établis dans les soins primaires en Suisse (Rohrbasser et al., 2018 ; Chiolero et Rodondi, 2019).

En général, les travaux publiés concernent les programmes les plus aboutis et les mieux évalués. Ils fournissent des indications sur l'activité générale en matière de qualité et de sécurité. Les interventions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins peuvent se concentrer sur l'amélioration des résultats cliniques, de l'expérience des patients, de l'efficacité, de l'accès aux soins, ou encore de l'équité. Afin d'illustrer les études d'amélioration suisses, nous allons brièvement présenter les conclusions pour les trois thèmes étudiés en profondeur dans la revue de littérature connexe (Manser et al., 2019).

### *4.2.1 Interventions visant à améliorer la sécurité du processus de médication*

La sécurité de la médication est une priorité internationale depuis plusieurs années. Un certain nombre d'études ont analysé les événements indésirables médicamenteux dans le système de soins suisse (Huckels-Baumgart et Manser, 2014). La revue de littérature a permis d'identifier sept études visant à améliorer la sécurité à différentes étapes du processus de médication. La plupart d'entre elles consistaient en une intervention de portée limitée, comme la standardisation du recueil des antécédents de traitement ou des améliorations spécifiques de la conception du lieu de travail (Manser et al., 2019). Dans le contexte des soins intensifs, Pagnamenta et ses collaborateurs (2012) ont mis en place une intervention plus complexe sur 24 mois, qui a permis de réduire significativement le nombre d'erreurs de médication. Lors de cette intervention, ils ont combiné plusieurs mesures associées aux procédures et aux équipements, notamment la mise en place d'une prescription électronique de base et la standardisation de l'étiquetage des médicaments administrés en perfusion continue. Dans un article récent, Giannini et ses collègues (2019) affirment qu'une anamnèse médicamenteuse améliorée et menée par des pharmaciens a permis d'améliorer la conciliation médicamenteuse au moment de l'admission.

Le lancement d'un « Breakthrough Collaborative » (collectif de travail) par la Fédération des hôpitaux vaudois afin de réduire le nombre d'événements indésirables médicamenteux constitue un autre exemple d'intervention à la fois complexe et durable. Une série d'interventions (telles que l'identification des médicaments à haut risque et l'amélioration des procédures de contrôle) a été menée sur une période de 18 mois. Tous les hôpitaux ont surveillé les divergences entre les médicaments prescrits et ceux préparés pour l'administration, ainsi que la survenue d'événements indésirables médicamenteux. Le nombre de divergences et d'événements indésirables a diminué de moitié dans les hôpitaux qui ont continué d'appliquer ce programme pendant plus de deux ans. Le statut du projet au sein de l'organisation, le soutien apporté par les responsables impliqués et l'attention soutenue portée à la mesure des résultats sont autant de facteurs qui ont contribué à l'efficacité de ce programme (Staines et al., 2015).

#### *4.2.2 Listes de contrôle pour les procédures chirurgicales et l'anesthésie*

La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS vise à améliorer la vérification des informations essentielles pour la sécurité avant, pendant et après les procédures chirurgicales et les diagnostics interventionnels (Vats et al., 2010). Au cours de leurs observations dans des hôpitaux suisses, Cullati et ses collaborateurs ont constaté une bonne utilisation de la liste de contrôle mais une application variable de la procédure de « sign out » (Cullati et al., 2013). Dans le cadre d'un programme national, Mascherek et ses collaborateurs ont pour leur part noté une augmentation significative de la fréquence autodéclarée d'utilisation de la liste de contrôle et un meilleur niveau de connaissance et de satisfaction vis-à-vis de cette liste (Mascherek et al., 2017). Une seule étude menée en Suisse a constaté un effet sur les mesures de résultats des patients qui s'est traduit par une baisse significative du nombre de nouvelles opérations suite à des infections du site chirurgical (Lubbeke et al., 2013). Pour toutes les autres mesures de résultats, aucun changement significatif n'a été constaté.

Deux autres études ont pour leur part évalué une liste de contrôle pour l'examen préalable effectué par l'équipe d'anesthésie. L'étude menée par Tscholl et ses collaborateurs (2015) n'a pas noté d'effet sur la performance clinique, mais a constaté que l'utilisation d'une liste de contrôle améliorerait le niveau de connaissance des informations importantes en termes de sécurité et la perception du travail en équipe. Une vidéo de formation au travail en équipe a aussi permis de renforcer le niveau d'application du protocole, en mettant l'accent sur la réalisation des tâches importantes concernant la sécurité (Kandler et al., 2016).

#### *4.2.3 Formation des équipes basée sur la simulation*

La Suisse a été l'un des premiers pays européens à mettre en place des formations d'équipe basées sur la simulation. En 1994, le service d'anesthésiologie de l'hôpital universitaire de Bâle a introduit des simulateurs de patient à des fins de recherche et de formation. Plusieurs groupes de recherche de premier plan qui étudient les performances du travail en équipe sont basés en Suisse et ont fortement contribué à la documentation concernant la formation au travail d'équipe dans ce type de contexte (Seelandt et al., 2014).



La revue de littérature n'a permis d'identifier que trois études évaluant les interventions de formation au travail d'équipe, avec des objectifs d'amélioration très différents (Manser et al., 2019). Ces études ont toutes utilisé la technologie de simulation, mais aucune d'entre elles n'a évalué l'impact sur les performances réelles des équipes ou sur les résultats cliniques concrets. Au sein d'un grand hôpital, une formation a été dispensée à tous les membres des équipes obstétricales, mais seules les données autodéclarées ont été prises en compte pour évaluer l'impact de cette formation, au lieu d'indicateurs plus objectifs concernant les performances des équipes et la sécurité des patients (Haller et al., 2008). Dans leur étude, Zimmermann et ses collaborateurs ont pour leur part constaté des effets positifs de la formation sur certains aspects techniques et non techniques liés aux performances, mais ont eux aussi utilisé des auto-évaluations (Zimmerman et al., 2015). Une troisième étude, d'envergure modeste, a quant à elle noté un effet positif de la formation sur les performances techniques chirurgicales des personnes formées, pour certaines tâches spécifiques (Rosenthal, 2013). De rares publications ont évalué d'autres types de formations d'équipe, comme l'approche TeamSTEPPS couramment utilisée à l'échelle internationale (Weld et al., 2015 ; Staines et al., 2019).

#### *4.2.4 Évaluation économique des programmes*

Les interventions en matière de qualité et de sécurité sont principalement destinées à améliorer les soins aux patients et les conditions de travail du personnel. Cependant, toutes ces interventions ont un coût en termes de temps pour le personnel et nécessitent souvent des ressources supplémentaires. Au niveau local, les gestionnaires des services de soins sont parfois réticents à financer ces initiatives, même si leur efficacité a été démontrée, en raison de leurs objectifs financiers et d'autres contraintes. Les incitations financières peuvent même décourager les efforts en matière de qualité des soins, par exemple lorsque les assureurs ou les gouvernements remboursent les procédures découlant de complications qui auraient pu être évitées (Wasserfallen, 2019).

Étonnamment, les données concernant les aspects économiques des systèmes de qualité et de sécurité et leur impact sur les soins sont rares, tout particulièrement en Suisse. Il existe toutefois quelques exemples de programmes d'amélioration de la qualité qui incluent une évaluation économique. À la fin des années 1990, l'initiative « Réhabilitation améliorée après chirurgie » (*Enhanced Recovery After Surgery*, ERAS) a été lancée. Elle avait pour but d'optimiser la préparation des patients avant l'intervention, de diminuer le traumatisme lié à l'anesthésie et à l'intervention pendant l'opération et d'améliorer la récupération post-opératoire à travers un ensemble de 20 mesures concernant le processus de soins (Ljungqvist et al., 2017). L'introduction de l'initiative ERAS dans un hôpital tertiaire suisse a initialement entraîné une augmentation des coûts de l'ordre de 1200 francs par patient. Ces frais ont cependant été compensés par une économie parallèle de 1981 francs par patient, principalement due à une diminution de près de 50 % de la durée du séjour après une chirurgie abdominale, et à des économies encore plus substantielles après une chirurgie thoracique (Wasserfallen, 2019).

Si les équipes chirurgicales sont réceptives au programme ERAS, c'est parce qu'il est destiné à améliorer les soins aux patients et non parce qu'il permet de réduire les coûts. Ceci étant,



l'évaluation économique réalisée donne encore plus de poids à l'initiative ERAS et justifie son introduction dans l'ensemble du système de soins. Il n'est certes pas possible de réaliser une évaluation économique pour toutes les activités visant à apporter des améliorations. Cette évaluation est néanmoins fortement souhaitable, parallèlement à l'évaluation clinique, pour tous les programmes régionaux ou nationaux importants (Wasserfallen, 2019).

### **4.3 Soutien aux patients, aux aidants et au personnel soignant après des événements préjudiciables**

Qu'ils en soient conscients ou non, de nombreux patients font l'objet d'erreurs de traitement et certains subissent des préjudices liés aux soins. Il peut s'agir de préjudices mineurs, impliquant seulement une gêne ou un désagrément, mais parfois aussi de handicaps graves ou de décès. Presque toutes ces erreurs ont des conséquences psychologiques pour les patients et pour le personnel, pouvant aller d'un simple sentiment de préoccupation et de désarroi à un état de dépression voire de désespoir. Ces expériences ne sont pas toujours bien prises en compte, alors qu'il est indispensable de comprendre l'impact de ces préjudices pour pouvoir apporter une aide efficace et utile (Vincent, 2010).

#### *4.3.1 Information transparente suite à des événements préjudiciables*

Dans de nombreux pays, l'information transparente des patients sur les erreurs médicales est désormais considérée comme une obligation éthique, professionnelle et légale, indispensable pour rétablir la confiance entre le patient et le personnel après un incident. Bien que le processus puisse varier, il inclut généralement une reconnaissance de l'erreur ou du préjudice, une explication des événements survenus, la formulation de regrets ou d'excuses, l'offre d'un soutien pratique et psychologique et une explication des mesures prises pour gérer l'incident et empêcher qu'il se répète. Cette information transparente, lorsqu'elle est fournie de façon juste et avec respect, a semble-t-il un certain nombre de conséquences positives, notamment en contribuant au rétablissement des patients et des aidants, en redonnant aux patients confiance dans les professionnels de santé et parfois, lorsqu'un soutien financier n'est pas essentiel, en réduisant le besoin en réparations (McLennan, 2019).

Sécurité des patients Suisse a mis au point une série de documents pédagogiques et de cours de formation pour expliquer comment communiquer les erreurs aux patients. Ces conversations sont éprouvantes sur le plan psychologique et nécessitent de l'empathie, une bonne communication et une profonde compréhension du processus (Hannawa, 2017). Les principaux membres du personnel concernés doivent suivre une formation spécialisée, au sein de chaque organisation de santé, pour pouvoir soutenir les collègues et les aidants et faciliter cette démarche (Hannawa, 2019 ; McLennan, 2019).

Les hôpitaux suisses sont lents à mettre en place des politiques de divulgation des erreurs (Staender, 2019). En 2011, moins de la moitié des hôpitaux avaient mis en place une norme dans ce sens et plus d'un tiers des hôpitaux ne prévoyaient pas d'en établir une (McLennan et al., 2013). De nombreux hôpitaux renvoient très rapidement les patients et les aidants vers les

unités de gestion des plaintes et les services juridiques, ce qui rend bien plus difficile la résolution positive des incidents (McLennan, 2019).

La crainte des conséquences juridiques et les exigences formelles des compagnies d'assurance ont été citées comme les deux principales barrières à la déclaration et à la réaction aux erreurs médicales. Bien que l'on se focalise souvent à tort sur les aspects légaux, des études menées en Suisse ont mis en évidence certains obstacles juridiques potentiellement importants concernant le soutien aux victimes (McLennan et al., 2015a). Il semble que la plupart des compagnies d'assurance responsabilité civile en Suisse déconseillent la communication avec les patients ayant subi un préjudice après une erreur et empêchent toute communication en cas de dépôt d'une réclamation (McLennan, 2019). Cette position crée un obstacle important au soutien des patients et des aidants après une erreur médicale.

#### *4.3.2 Soutien au personnel soignant après des erreurs et des événements préjudiciables*

Le personnel soignant directement impliqué dans des soins ayant causé un dommage au patient peut lui aussi subir un certain nombre de conséquences (Wu, 2000). Ceux qui ont participé à des erreurs graves peuvent connaître un burn-out, des troubles du sommeil, une dépression, des flashbacks et une remise en question personnelle, ce qui peut compromettre non seulement leur santé mais aussi leur capacité à prodiguer des soins adéquats et bienveillants (McLennan et al., 2015b).

Sécurité des patients Suisse a été la première organisation à examiner systématiquement la question des « deuxièmes victimes » en Europe (Von Laue et al., 2011). Elle a dressé un panorama complet de cette question et formulé des recommandations précisant ce que les responsables, les collègues et les victimes devraient savoir et faire après un événement indésirable. Pourtant, la plupart des hôpitaux ne semblent toujours pas avoir de programme de soutien formel et n'apportent qu'une aide aléatoire, en fonction des cas. La Fédération des médecins suisses propose aussi un soutien aux médecins, à travers le réseau de soutien ReMed (McLennan, 2019).

## **4.4 Commentaire**

Les données disponibles dans les domaines sélectionnés ici montrent que les efforts mis en œuvre sont nombreux, tout comme les recherches visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins. La plupart des études et probablement aussi la plupart des mesures d'amélioration menées dans le pays n'ont cependant qu'une faible envergure, sont limitées dans leur portée et ne mesurent pas de façon fiable l'impact clinique de la plupart des interventions. La viabilité à long terme des améliorations apportées n'est que rarement étudiée.

Les programmes nationaux sont des initiatives précieuses, mais ils ont eux aussi une portée assez réduite, avec généralement moins de 10 institutions participantes et un travail d'évaluation très limité. La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, par exemple, est probablement mieux établie en Suisse aujourd'hui qu'au moment du premier programme collaboratif national. Pourtant, les effets positifs de cette liste sur le travail d'équipe, la

communication et les résultats pour le patient n'ont été que peu démontrés ou confirmés en Suisse par rapport aux observations internationales.

Les preuves de l'efficacité de la formation au travail d'équipe basée sur la simulation en Suisse sont relativement limitées. La formation au travail d'équipe est très exigeante en termes de ressources et l'évaluation de son impact n'est pas simple. Cependant, compte tenu du travail avant-gardiste mené en Suisse, nous aurions espéré disposer d'un portefeuille d'études plus substantiel sur ce type d'intervention ainsi que sur les contrôles et l'évaluation nécessaires des résultats cliniques et des performances d'équipe.

La Suisse a franchi quelques étapes importantes dans son évolution vers une approche plus juste et plus humaine des personnes touchées par des erreurs médicales. Les politiques à cet égard sont cependant très hétérogènes et leur mise en œuvre reste aléatoire. Nous aurions besoin de politiques et de directives nationales, mais aussi de soutien et de formations, compte tenu de la charge émotionnelle que représentent la communication des erreurs et l'accompagnement correspondant. Il est particulièrement préoccupant de constater que certaines compagnies d'assurance déconseillent la communication avec les patients à ce sujet. Ce point mérite de plus amples investigations.

La Suisse dispose des ressources et de l'expertise nécessaires pour lancer des programmes d'amélioration en profondeur et pour contribuer de façon significative à la recherche scientifique internationale sur la mise en œuvre et l'évaluation de telles mesures. Pour cela, il faudra cependant planifier et exécuter des études et des programmes de plus grande envergure, dotés d'une base scientifique solide et permettant une évaluation formelle de l'impact clinique et économique.

Bien que de nombreux professionnels s'engagent à titre individuel dans des cercles de qualité et autres forums, l'amélioration de la qualité et de la sécurité ne semble pas être une priorité stratégique pour les établissements de santé. Les organisations offrant des services de soins doivent beaucoup plus s'attacher à développer leur potentiel d'amélioration et à élaborer des programmes locaux afin de compléter et de soutenir les initiatives nationales.

## 5 Créer les conditions pour améliorer la qualité et l'innovation

Pour améliorer les soins, il ne suffit pas de disposer d'informations et de mener des interventions sur la qualité et la sécurité. Les organisations doivent également disposer des conditions et des compétences nécessaires (Burnett et al., 2010). L'engagement des instances dirigeantes et l'implication des médecins sont essentiels pour la réussite de tous les programmes, de même que la mise à disposition des ressources suffisantes et la gestion attentive des programmes. Il conviendra également d'encourager la culture, le comportement et les valeurs nécessaires.

L'amélioration est un défi, mais il est encore plus difficile de maintenir le changement et de ne pas se contenter de poches d'excellence, afin de garantir une mise en œuvre fiable et efficace dans l'ensemble d'une organisation. L'amélioration des soins à grande échelle nécessite de prêter attention aussi bien à la capacité d'amélioration de l'organisation qu'aux interventions réalisées. La durabilité nécessite quant à elle de prêter attention à la culture et de mettre en place une vision et une stratégie à long terme (Øvretveit et Staines, 2007). Pour améliorer la qualité, les organisations doivent aussi créer une infrastructure comprenant un système de suivi des changements, les ressources nécessaires à long terme, un programme d'enseignement et un service ou un institut chargé d'encourager l'amélioration (Staines, 2007).

Il nous est impossible d'aborder les très nombreux aspects liés aux moyens nécessaires à l'amélioration, tels qu'ils sont décrits en détail dans diverses études (Nelson et al., 2007 ; Burnett et al., 2009 ; Braithwaite et al., 2014). Nous allons plutôt nous concentrer sur les principes fondamentaux, largement acceptés, pour poser les bases essentielles de l'amélioration.

### 5.1 Écouter et faire participer les patients et les aidants

Les patients et les proches aidants peuvent jouer un rôle important pour garantir et améliorer la qualité et de la sécurité des soins. Par exemple, les patients peuvent signaler avec précision les erreurs et les préjudices, et ont souvent conscience de problèmes que les professionnels de santé ne perçoivent pas. Ils sont directement confrontés à certains aspects cruciaux sur lesquels les professionnels n'ont que peu de visibilité, comme la coordination des soins entre les différents fournisseurs ou encore la charge et l'expérience des proches de personnes souffrant de maladies chroniques.

Certaines organisations cherchent plus activement que d'autres à connaître l'expérience et à recueillir les commentaires des patients et des familles. Les plaintes et les litiges jouent un rôle important, mais ne suffisent pas à déterminer la qualité générale des soins. C'est pourquoi de nombreuses organisations de soins emploient désormais des méthodes proactives et rapides, comme des enquêtes auprès des patients, des équipes spécialisées chargées de répondre immédiatement aux plaintes et aux préoccupations exprimées, des forums réguliers pour les patients et les familles, ou encore la surveillance des médias sociaux.

Certains systèmes ont créé un patient fictif idéal qui les guide dans leur démarche d'amélioration. Esther est une femme suédoise fictive âgée de 88 ans, qui souffre d'un certain nombre de troubles chroniques mais qui réussit tout de même à vivre en autonomie avec une bonne qualité de vie. Les cliniciens et les responsables de Jönköping ont retracé le parcours d'Esther au sein du système de soins, en essayant de le percevoir à travers ses yeux puis de le structurer en fonction de ses besoins (Staines, 2007).

Il existe un potentiel considérable d'implication des patients et des aidants dans les projets d'amélioration et dans la gestion des organisations de santé. Des patients pourraient par exemple participer à la gouvernance des organisations de santé, accompagner les autres patients ou encore apprendre certaines choses aux professionnels de santé. Les patients apportent aussi la perspective d'autres secteurs professionnels, habitués à des niveaux de fiabilité plus importants que ceux offerts par les soins de santé.

## **5.2 Culture de la sécurité et amélioration de la qualité**

La culture d'une organisation est le produit des valeurs individuelles et communes, mais aussi des attitudes et comportements qui y sont développés. Ce sont tous ces éléments qui déterminent l'engagement global en matière de qualité et de sécurité. Les organisations dotées d'une culture positive de la sécurité se caractérisent par une communication fondée sur la confiance mutuelle et par une perception commune de l'importance de la sécurité. Si le personnel ne peut pas parler ouvertement des problèmes de sécurité et de qualité, il sera impossible de les résoudre. De plus en plus d'éléments corroborent le lien entre culture de la sécurité et résultats obtenus auprès des patients. Il est donc important de créer une solide culture de la sécurité pour parvenir à des améliorations (Manser, 2019).

Plusieurs instruments bien établis à l'échelle internationale concernant l'évaluation de la culture de la sécurité dans les soins ont été adaptés et validés pour le contexte suisse, puis employés dans des hôpitaux universitaires et d'autres établissements (Zimmerman et al., 2013). En 2015, la Conférence des directeurs médicaux de la Suisse latine a lancé une vaste enquête collaborative sur la culture de la sécurité, auprès de 32 000 membres du personnel de tous les hôpitaux publics dans les régions francophones et italophones de la Suisse, afin de définir des actions communes en matière d'amélioration. Il s'agit probablement du jeu de données le plus complet sur la culture de la sécurité dans les soins en Suisse (Manser, 2019). L'université de Zurich et d'autres centres travaillent sur diverses méthodes pour améliorer la culture de la sécurité, comme des « dialogues sécurité », des rondes de visite avec les cadres et d'autres approches (Manser, 2019).

L'évaluation de la culture de la sécurité reste axée sur les soins en hôpital, mais elle a récemment pris de l'importance dans le secteur des soins primaires et des soins à long terme en Suisse. Au niveau international, cette évaluation est très souvent cantonnée à une institution, parfois même à un service. Quelques réseaux bien établis commencent cependant à étudier la culture de la sécurité au sein de l'ensemble des organisations de santé. Leur expérience pourrait constituer un guide utile pour des initiatives régionales et nationales plus larges, afin de créer une culture de la sécurité, de l'apprentissage et de l'amélioration en Suisse (Manser, 2019).

Bien que la culture de la sécurité intéresse fortement les chercheurs, d'autres attributs culturels sont également importants pour améliorer la qualité et la sécurité. Des institutions telles qu'Intermountain Healthcare aux États-Unis font la promotion d'une culture dans laquelle l'évaluation et les retours d'information font partie intégrante des valeurs de l'organisation (Staines, 2007). Un tel système se caractérise par la réévaluation constante des pratiques utilisées, sur la base des données recueillies. Certains la qualifient de culture de l'apprentissage, étant donné qu'elle met l'accent sur la valeur de l'expérimentation et l'envie de développer et de partager de nouvelles connaissances (Bate et Robert, 2008).

### **5.3 Enseignement et formation pour améliorer la qualité et la sécurité**

Les organisations de santé ont pour vocation de fournir des soins aux patients, mais pour cela, il est nécessaire que leurs membres aient la capacité d'apprendre, d'évoluer et de changer. Le personnel soignant doit donc à la fois administrer des soins et s'impliquer dans l'amélioration de l'organisation et du système de santé en général. Pourtant, l'enseignement et la formation des professionnels de santé sont principalement axés sur les compétences techniques, tandis que le travail en équipe, l'amélioration et les changements organisationnels restent au second plan.

Pendant de nombreuses années, l'amélioration de la qualité a été le domaine réservé d'amateurs enthousiastes. Les organisations et les systèmes de santé ont cependant commencé à réaliser qu'apporter des améliorations durables et mesurables en matière de qualité et de sécurité requiert une approche scientifique, ainsi que certaines connaissances et compétences fondamentales. Aux États-Unis, l'Institute of Medicine a placé l'enseignement et la formation en matière d'amélioration de la qualité au cœur de sa stratégie. L'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes ont mis au point des cursus axés sur la qualité et la sécurité. L'Institute for Healthcare Improvement a créé une plateforme de formation adaptée à ses différents publics cibles (cliniciens, gestionnaires et cadres) (Choupay-Dessard et al., 2019).

De nombreux programmes de formation ont été lancés en Suisse dans les domaines de la mesure et de l'amélioration de la qualité. Par exemple, l'Académie suisse pour la qualité en médecine a créé un certificat d'études avancées (*Certificate of Advanced Studies*) dans le domaine de la qualité en médecine (Bosshard et al., 2019). Un certain nombre d'universités proposent des programmes de formation de niveau master, ainsi que des cours intensifs spécialisés. Cependant, il n'existe pas encore de cursus de base axé sur la qualité et la sécurité pour les étudiants en médecine ou pour les autres professionnels de santé. Sécurité des patients Suisse offre depuis de nombreuses années des formations sur l'analyse des incidents ainsi que sur d'autres sujets, et plusieurs associations professionnelles proposent des cours intensifs à leurs membres. La plupart de ces programmes ont été adaptés et renforcés par l'intégration de thématiques complémentaires, comme les soins axés sur les patients et le travail en équipe.

En Suisse, l'enseignement et la formation en matière de qualité et de sécurité s'adressent principalement au personnel clinique. L'expérience internationale, tout comme l'expérience en Suisse, suggère pourtant qu'une telle formation est nécessaire pour toutes les professions de santé, aussi bien dans le cadre des formations initiales que des formations continues et des

cours de perfectionnement (Choupay-Dessard et al., 2019). Le système de santé de Jönköping, leader en matière d'amélioration de la qualité depuis de nombreuses années, forme 50 % de son personnel aux méthodes d'amélioration de la qualité (Staines, 2007).

En plus des cursus proposés par les universités et les instituts de formation, les organisations doivent mettre en place des programmes de formation internes dans le cadre de leur système de gestion de la qualité. Ces programmes doivent correspondre à la vision, aux valeurs et aux priorités stratégiques de l'organisation. Ils ont pour but d'appuyer les responsables des programmes d'amélioration d'un point de vue pratique et de développer les capacités de la collectivité dans son ensemble.

#### **5.4 Le leadership au service de l'amélioration et de l'innovation**

Les hauts dirigeants exercent une influence directe sur la qualité et la sécurité dès lors qu'ils mettent sur pied des comités et des initiatives et qu'ils accordent du temps à leur personnel pour participer à des programmes d'amélioration. Les dirigeants peuvent aussi avoir une influence indirecte en discutant de la qualité et de la sécurité, en prouvant qu'ils apprécient et sont en quête de soins de grande qualité et en se montrant disposés à aborder les erreurs commises et les questions de sécurité de manière constructive. Les personnes qui occupent des postes de supervision, comme le personnel infirmier chargé d'un service, influencent-elles aussi le niveau de qualité des soins de façon significative, à travers leur gestion efficace des processus mais aussi grâce aux comportements et valeurs qu'elles cultivent chez leurs subordonnés (Fulop et Robert, 2015).

L'amélioration des organisations et des systèmes nécessite une forme de leadership différente. L'amélioration des systèmes de santé n'est pas seulement compliquée ; elle est aussi complexe dans le sens où elle ne peut pas être complètement planifiée ou anticipée. Les responsables du changement à cette échelle ne peuvent pas diriger l'amélioration en première ligne ; leur mission consiste à élaborer une stratégie et à mettre en place les conditions nécessaires à la concrétisation du changement. Ils doivent créer une vision de la qualité et de la sécurité, encourager et promouvoir une culture favorisant la discussion ouverte, constituer des équipes efficaces chargées de l'amélioration, optimiser l'utilisation des mesures et des technologies de l'information et établir un leadership à tous les niveaux du système (Ferlie et Shortell, 2001 ; Ovtretveit, 2011).

Le langage utilisé par les responsables pour communiquer leur vision et décrire les initiatives d'amélioration de la qualité peut aussi être important. Des expressions telles que « transformation », « en quête de perfection » ou « zéro défaut » peuvent rebuter le personnel en lui donnant l'impression que l'initiative est farfelue ou irréalisable (Dixon-Wood et al., 2012). Ainsi, lorsque le système de santé de Jönköping a participé à l'action collaborative « Pursuing Perfection » (en quête de perfection), menée aux États-Unis, il a été nécessaire d'ajuster le langage employé et la présentation de l'initiative (Staines et al., 2015). En Suisse aussi, il faudrait peut-être trouver un vocabulaire et un style de leadership appropriés à la culture et aux langues locales.



## 5.5 Création d'une infrastructure dédiée à la qualité

Toutes les organisations de santé suisses, ainsi que la plupart des systèmes comparables, emploient des personnes ayant des responsabilités spécifiques en matière de sécurité des patients, de qualité, de risques et de gouvernance. Toutefois, ces personnes manquent souvent de temps ou ne disposent pas des ressources nécessaires pour résoudre les problèmes qu'elles identifient et surveillent. Les efforts d'amélioration passent fréquemment au second plan dans la liste des responsabilités assumées et sont particulièrement tributaires des priorités et des contraintes à court terme. Pour que l'amélioration soit mise en œuvre de façon efficace, il est essentiel d'identifier les responsables de l'amélioration, aussi bien en première ligne que parmi les cadres de direction. Ces personnes doivent pouvoir ménager des périodes consacrées aux initiatives d'amélioration dans leur emploi du temps (Staines et al., 2015).

Encourager l'amélioration en première ligne est bénéfique en soi mais s'avère aussi fondamental pour l'efficacité des programmes à plus grande échelle. Les programmes d'amélioration performants ont certains points communs (Nelson et al., 2007) : objectifs constants au fil du temps, investissement de temps et de ressources dans l'amélioration, intégration d'informations et de technologies dans les flux de travail, mesure continue des résultats et soutien de la part de l'organisation dans son ensemble.

La disponibilité d'un système d'information fonctionnel est une composante importante dans l'infrastructure requise pour soutenir l'amélioration de la qualité. Les cliniciens contribueront d'autant mieux à recueillir des données s'il est facile pour eux de le faire et si cela s'intègre à leurs méthodes de travail. Le personnel de première ligne impliqué dans l'amélioration ne doit accéder qu'à un petit nombre de mesures pertinentes, présentées de façon parlante sous forme graphique et pouvant être contrôlées et régulièrement abordées lors de discussions en équipe. Il faut faire appel à des analystes de données pour aider le personnel à choisir les bonnes mesures, à traiter et interpréter les données et à les présenter sur un tableau de bord, mais aussi pour encadrer et former le personnel, si nécessaire (Staines et al., 2015).

Bien que les responsables espèrent apporter rapidement des changements, il est probablement nécessaire de prendre le temps de créer une infrastructure dédiée à la qualité. Dans un premier temps, peut-être pendant quelques années, il est indispensable d'investir dans l'enseignement, la formation et une infrastructure dédiée à la qualité, mais sans attendre de résultats immédiats. À ce stade, les responsables veulent susciter l'engagement et l'enthousiasme, et créer l'impression qu'une grande aventure commence. Dans un second temps, les organisations devraient constater des signes d'amélioration dans certains domaines, même s'ils s'avèrent parfois incomplets, incohérents ou difficiles à distinguer parmi d'autres changements et évolutions. À plus long terme, lorsque les outils de mesure et les conditions seront arrivés à maturité, les expériences des patients et les résultats devraient commencer à s'améliorer de façon durable (Ovretveit et Staines, 2007). À l'Annexe III, nous présentons l'histoire d'une démarche fictive d'amélioration dans un hôpital suisse, illustrant à la fois les bénéfices et les défis rencontrés.



## 5.6 Commentaire

Tous les systèmes de santé sont confrontés au défi qui consiste à développer les ressources et les conditions nécessaires au processus d'amélioration. Le Tableau 5.1 résume les conditions et les fondements de l'amélioration qui ont été observés dans divers systèmes et organisations. En Suisse, il existe peu d'informations concernant les infrastructures de qualité créées, le personnel formé ou l'implication des patients et des aidants dans les projets de surveillance et d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Un sondage auprès d'organisations suisses destiné à évaluer les connaissances et les ressources dans ce domaine constituerait une base utile pour la mise en œuvre de futurs programmes nationaux.

Bien que les informations disponibles soient limitées, nous pensons que le système de santé suisse a besoin de se pencher bien plus sérieusement sur la collecte de renseignements concernant les expériences des patients et d'impliquer davantage les patients et les aidants dans la gouvernance des établissements suisses. La Fédération suisse des patients a affirmé que les citoyens suisses ont très peu d'influence sur leur système de santé et qu'il existe très peu de mécanismes efficaces permettant aux patients de faire entendre leur voix (Ziltener, 2019). Pour les comités et les conseils d'administration, le point de vue des patients constitue souvent un guide précieux et un moyen de corriger les erreurs. Il permet de s'assurer que les préoccupations des patients et des aidants figurent au premier plan des priorités des organisations.

Il est primordial que les responsables de la santé soient formés et soutenus dans l'acquisition des bases requises pour développer les capacités et gérer les changements. De nombreux programmes intéressants sont disponibles en Suisse, mais l'enseignement et la formation doivent s'étendre à tous les groupes professionnels et commencer plus tôt dans leur cheminement professionnel. Des programmes de formation destinés aux conseils d'administration existent déjà en Suisse et pourraient être élargis et évalués à plus grande échelle.

De manière plus générale, il convient de prêter davantage attention à la mise en œuvre des interventions qui se sont avérées efficaces. La Suisse a été le chef de file mondial du développement de formations au travail d'équipe dans le domaine de la chirurgie, mais n'a guère élargi ces formations à d'autres domaines. La conciliation médicamenteuse est bien établie à l'échelle internationale et a fait l'objet d'un programme pilote national en Suisse, mais elle n'est pas appliquée de façon harmonisée. Tant à l'échelle locale que nationale, la conception des interventions requiert un bon niveau d'expertise en termes de mise en œuvre.

Grâce aux progrès réalisés ces dernières années, les mesures nécessaires pour établir et intégrer la mise en œuvre dans la pratique quotidienne sont désormais bien mieux comprises. Une coordination accrue entre les agences nationales renforcerait et faciliterait grandement les programmes régionaux et nationaux. Par exemple, la Fondation suisse pour la sécurité des patients pourrait concevoir et diriger un programme national, tandis que, en parallèle, l'ANQ introduirait et surveillerait un indicateur lié au thème du programme, et les gouvernements cantonaux assureraient la promotion et le soutien du programme. Tout un éventail

d'organisations professionnelles pourraient apporter leur appui au développement des capacités organisationnelles nécessaires pour la pérennité des interventions. Une telle démarche nécessiterait une masse critique au niveau national, une coordination entre les organisations nationales ainsi qu'un engagement politique.

**Tableau 5.1 Conditions pour une amélioration réussie dans l'ensemble du système (adapté de Baker et al., 2008)**

<b>Caractéristique</b>	<b>Éléments</b>
Culture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion ouverte à propos des problèmes de sécurité et de qualité</li> <li>• Les politiques et les pratiques de l'organisation encouragent l'apprentissage et l'innovation</li> <li>• Les politiques et les pratiques de l'organisation donnent à tous les membres la capacité de participer à l'amélioration</li> <li>• Les politiques et les pratiques de l'organisation se concentrent sur les patients et les aidants</li> <li>• La collaboration et le travail en équipe sont appréciés par les responsables</li> </ul>
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les responsables définissent des priorités claires pour l'amélioration</li> <li>• Les responsables font preuve à la fois de constance dans leurs objectifs et de flexibilité</li> <li>• Les responsables mettent à l'honneur les initiatives d'amélioration et y participent</li> <li>• Les conseils d'administration définissent des attentes en demandant des rapports sur les initiatives d'amélioration</li> <li>• Des médecins et des responsables issus de toutes les professions s'impliquent au sein d'équipes dans le cadre d'initiatives d'amélioration</li> </ul>
Stratégie et politique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs d'amélioration sont intégrés dans le plan stratégique global</li> <li>• Les incitations, les récompenses et les marques de reconnaissance sont harmonisées pour soutenir les efforts d'amélioration</li> <li>• Les politiques et les procédures opérationnelles, y compris les politiques en matière de ressources humaines, prévoient du temps, des récompenses et des marques de reconnaissance spécialement dédiés à l'amélioration.</li> <li>• Les rôles et les responsabilités en matière d'amélioration sont clairement articulés</li> </ul>
Informations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les informations cliniques et administratives nécessaires sont facilement accessibles</li> <li>• Des informations sont mises à disposition pour soutenir l'amélioration en première ligne</li> <li>• Des comités de direction et de supervision fournissent des directives</li> </ul>

Ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisation accorde du temps aux membres du personnel pour qu'ils acquièrent des compétences et participent aux efforts d'amélioration</li> <li>• Des ressources humaines et financières sont mises à disposition aux fins de l'amélioration</li> <li>• Un groupe principal d'experts en amélioration est mis à disposition pour aider les équipes</li> <li>• Le service d'amélioration de la qualité coordonne et soutient les initiatives</li> </ul>
Voies de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisation communique largement avec les parties prenantes au sujet des priorités, des initiatives, des résultats et des leçons tirées</li> <li>• La communication est diversifiée, avec notamment des bulletins d'information, des forums, des réunions et des sites intranet</li> </ul>
Enseignement et formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation aux méthodes d'amélioration, à la science de la mise en œuvre (implementation science), au travail en équipe et en groupe et à la gestion de projets et de réunions</li> </ul>

## 6 Gouvernance, réglementation et cadre juridique

À la différence d'autres pays européens, le système de santé suisse est financé à la fois par des impôts et par des primes d'assurance-maladie. La Suisse est un État fédéral divisé en 26 cantons, avec un gouvernement très décentralisé. Ce sont les cantons, et non le gouvernement fédéral, qui assument la principale responsabilité des soins de santé. Cela présente des avantages, dans la mesure où les responsables des soins peuvent répondre plus facilement, et potentiellement plus rapidement, aux besoins de la population locale. Cependant, plusieurs rapports succincts commandés pour la création du présent Rapport national ont mis en évidence le fait que ce leadership très dispersé pose également des problèmes. Les règles, réglementations, indicateurs, incitations, systèmes de financement et mécanismes d'assurance qualité varient considérablement à travers la Suisse (Guillod et Christinat, 2019).

Les prestataires de soins bénéficient d'une grande autonomie, ce qui stimule l'innovation et l'entrepreneuriat, mais peut aussi constituer une barrière à l'intégration des soins dans le parcours des patients. Dans une même région, les prestataires de soins aigus travaillent souvent indépendamment des prestataires de soins en santé mentale, des prestataires de soins de base ou encore des thérapeutes spécialisés dans la réadaptation, des prestataires de soins en EMS ou à domicile. Certains prestataires offrant des services différents se sont regroupés, mais la plupart restent des entités juridiques distinctes. Cette multiplicité de prestataires dans le domaine de la santé crée des défis en termes de continuité des soins.

### 6.1 Cadre juridique et réglementaire

À l'heure actuelle, il n'existe pas de base juridique nationale régissant directement la sécurité et la qualité des soins en Suisse. La législation répartit la compétence entre les autorités nationales et cantonales. Par exemple, le Conseil fédéral est chargé de veiller à la qualité des soins financés par l'assurance-maladie obligatoire, mais dans la pratique, cette responsabilité est largement déléguée aux partenaires tarifaires, aux associations de prestataires et aux assureurs (De Pietro et al., 2015). Les contrats établis par ces partenaires visent à garantir des normes élevées en matière de soins. Il s'avère toutefois que ces mécanismes contractuels et autres dispositifs à disposition n'ont souvent pas été suffisamment utilisés pour influencer directement la qualité et la sécurité des soins. En 2007, ce constat a conduit le Conseil des États à demander au gouvernement une stratégie plus ambitieuse concernant la qualité. Une stratégie a bien été mise au point, mais le processus d'adoption de la loi correspondante a été long et complexe. Le Parlement se dirige vers un consensus, mais pour l'heure, les partenaires tarifaires n'incluent toujours pas d'exigences strictes en matière de qualité et de sécurité dans les contrats, et les informations permettant de juger de la qualité des soins sont rares.

De nombreuses lois fédérales et cantonales contiennent des articles qui traitent indirectement de la sécurité des patients et de la qualité des soins. La législation fédérale couvre les questions concernant l'assurance-maladie et aborde certains aspects de la gouvernance de la qualité des soins en définissant les critères pour l'agrément des professionnels de santé et les exigences pour la qualité des analyses, des produits et des procédures. La mise en œuvre relève à la fois

de divers organismes publics à l'échelle nationale (Conseil fédéral) et cantonale (autorités cantonales de santé publique) et d'institutions privées (comme la Fondation suisse pour la sécurité des patients et les organisations de défense des patients). À la différence d'autres pays, la Suisse n'a pas mis en place de protection juridique pour les personnes signalant des incidents liés à la sécurité. Ce problème a été traité de diverses façons selon les pays, mais il est possible que l'absence de protection juridique ait une influence sur l'empressement à signaler les problèmes de sécurité en Suisse (Frank, 2019).

Dans de nombreux cantons, la population est assez restreinte ; il y est donc d'autant plus difficile de résoudre les problèmes cruciaux qui sont habituellement gérés à l'échelle nationale. Par exemple, de nombreux cantons et systèmes de santé s'intéressent aux mesures des résultats rapportés par les patients (PROM), mais leur mise en œuvre nécessite d'importants investissements qui sont parfois hors de portée d'un canton ou d'un système de santé à lui seul. Par ailleurs, le développement et la mise en œuvre d'indicateurs de qualité et de sécurité constituent un projet majeur qu'il est préférable d'entreprendre au niveau national (indépendamment du pays concerné). Pourtant, cette responsabilité incombe officiellement à chaque canton. Quels que soient les mérites du gouvernement cantonal, il lui est souvent difficile de gérer les problèmes qui nécessitent une masse critique de compétences et de ressources.

La sécurité des patients et la qualité des soins sont des responsabilités fondamentalement du ressort des cantons. Les autorités cantonales peuvent accorder ou révoquer les autorisations de pratiquer et jouent un rôle dans le financement, et parfois aussi dans le fonctionnement des établissements de santé. Tous les cantons exigent que les établissements disposent d'un certain niveau d'équipement afin de leur accorder une autorisation, et ils peuvent demander à ce que des systèmes d'assurance qualité soient en place. Les cantons jouent plusieurs rôles, qui peuvent parfois entrer en conflit. Ils sont à la fois mandants et prestataires de soins, mais aussi responsables de l'assurance qualité. Il est possible que cela freine leur volonté de développer des mécanismes de responsabilisation solides (De Pietro et al., 2015).

Les pratiques de gouvernance au niveau des conseils d'administration ont une influence importante sur les processus cliniques et les mesures de résultats dans les établissements de santé. Il a été démontré qu'un certain nombre de pratiques sont fortement corrélées avec de bons résultats cliniques, comme le fait d'avoir un sous-comité sur la qualité au sein du conseil d'administration, d'inscrire la qualité et la sécurité à l'ordre du jour de chaque réunion du conseil et de consacrer au moins 20 % du temps du conseil aux questions de qualité et de sécurité (Jiang et al., 2009 ; Jha et Epstein, 2010).

En Suisse, les conseils d'administration sont composés presque exclusivement de membres n'exerçant aucune fonction exécutive, dont l'expérience se situe souvent en dehors du domaine de la santé et qui ne sont généralement pas à l'aise avec les questions cliniques. Pour que les membres des conseils d'administration comprennent l'importance des bonnes pratiques de gouvernance, il est essentiel de les former tant sur les problèmes que sur les enjeux de la qualité et de la sécurité dans le contexte clinique.

## 6.2 Droits des patients

Il n'existe pas de texte fédéral spécifique qui résume les droits des patients de façon claire et complète (De Pietro et al., 2015). Dans le domaine des droits des patients, ce sont les cantons qui légifèrent dans la plupart des cas. Par conséquent, les droits et les responsabilités des patients varient fortement à travers le pays. Il existe bien une législation cantonale relative aux droits des patients, mais les lois de chaque canton varient considérablement en termes de contenu et de degré de spécificité. Les associations de patients sont parfois en mesure d'informer et de conseiller les patients au sujet de leurs droits et de leurs options. Toutefois, elles n'ont pas de pouvoir légal. Pourtant, les droits et compétences des associations de consommateurs et des organisations de promotion de l'égalité hommes-femmes sont quant eux stipulés dans la loi fédérale. Un rapport de l'OFSP a proposé que les associations de patients soient elles aussi reconnues légalement (Office fédéral de la santé publique, 2015).

Les dispositions en matière de responsabilité varient également en fonction des frontières cantonales. Il est donc difficile pour les patients et les aidants ayant subi un préjudice d'obtenir une indemnisation appropriée. Le fardeau de la preuve incombe à la personne touchée ou à son représentant légal. Les personnes touchées doivent aussi assumer elles-mêmes les coûts liés aux enquêtes, à moins qu'elles aient souscrit une assurance couvrant les frais juridiques. Si l'on ajoute à cela l'absence de toute responsabilité légale concernant la divulgation des événements préjudiciables, il apparaît clairement que les patients ayant subi un préjudice font face à des barrières considérables pour obtenir des explications ou une indemnisation (Guillod et Christinat, 2019 ; Ziltener, 2019).

## 6.3 Certification

La plupart des organisations actives dans un domaine où la sécurité est essentielle, comme l'aviation et l'énergie nucléaire, opèrent dans un environnement fortement réglementé, avec une surveillance constante des performances et des menaces pour la sécurité. Idéalement, la réglementation fait preuve de souplesse et l'organisme de réglementation agit en qualité de partenaire dans la démarche commune visant à garantir la sécurité et la qualité, mais avec la possibilité d'imposer des sanctions et d'intervenir, si nécessaire. De nombreux pays européens disposent d'un organisme central de réglementation des soins, comme la Haute Autorité de santé en France et la Care Quality Commission en Angleterre. Il ne semble pas exister d'équivalent suisse, que ce soit au niveau fédéral ou cantonal.

En Suisse, il n'y a aucun programme de certification obligatoire pour les établissements de santé. Il existe des programmes de certification volontaires, comme ceux de la Fondation SanaCERT et de la Fondation EQUAM, mais la majorité des établissements choisissent de ne pas faire de demande de certification. Les autorités sanitaires cantonales imposent ou recommandent d'obtenir un certificat seulement dans des cas exceptionnels (Mylaeus-Renggli et al., 2019 ; Hosek et Bezzola, 2019).

SanaCERT Suisse dispose de 25 standards de qualité pour les soins aigus et 16 pour les soins à long terme. Les standards servent de lignes directrices à l'établissement concerné. Les établissements qui veulent obtenir une certification doivent se conformer à certains standards



obligatoires et choisir d'adopter plusieurs autres standards de qualité. De petites équipes pluridisciplinaires vérifient que les standards sont respectés grâce à un programme d'inspections sur site et à des discussions (Mylaeus-Renggli et al., 2019). La Fondation EQUAM accorde des certifications aux cabinets de soins primaires en fonction des lignes directrices correspondant aux normes européennes. La Fondation EQUAM propose aussi la certification des cabinets spécialisés, des instituts de radiologie et des réseaux de médecins pour les soins intégrés (Hosek et Bezzola, 2019).

#### **6.4 Commentaire**

Le système de santé suisse est très complexe, difficile à comprendre pour les patients et comporte de nombreuses incohérences en termes d'approche à travers le pays. La complexité du système est particulièrement éprouvante pour la population vieillissante et pour les patients aux besoins complexes. L'Académie suisse des sciences a proposé qu'un accompagnateur soit assigné aux patients ayant des problèmes complexes afin de les aider à accéder aux soins dont ils ont besoin (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2019).

La Fédération suisse des patients souligne que dans ce réseau enchevêtré de responsabilités disparates, il n'y a pas de mécanismes clairs concernant la responsabilisation ou l'assurance qualité à l'échelle du système (Ziltener, 2019). Il est nécessaire de développer les droits des patients en utilisant des analyses comparatives et en appliquant les « meilleures pratiques » (*best practices*) des autres pays, ce qui fait actuellement l'objet de discussions (Office fédéral de la santé publique, 2015 ; Rüttsche et al., 2013).

La complexité du réseau de responsabilités de la Confédération suisse, de ses cantons et de ses communes rend difficile la mise en place d'interventions à grande échelle visant à améliorer la qualité et la sécurité dans le domaine de la santé publique. L'intégration et la coordination des soins représentent un défi pour tous les systèmes de santé qui font face à un nombre croissant de patients atteints de multiples maladies de longue durée. Une telle intégration risque d'être particulièrement difficile pour la Suisse. Le pays a besoin de programmes pour intégrer les bases de données et les protocoles pertinents entre soins hospitaliers et soins primaires, soins somatiques et soins de santé mentale, soins hospitaliers et soins à domicile.

L'Organisation mondiale de la Santé considère que la production d'un document succinct résumant la stratégie globale en matière de sécurité et de qualité constitue une étape importante pour tous les pays (OMS, 2018). De nombreux programmes et initiatives doivent être coordonnés à l'échelle nationale, car il est presque impossible de trouver l'expertise et les ressources indispensables au niveau cantonal. Ces programmes concernent par exemple la mise au point d'indicateurs de qualité et de sécurité, l'amélioration de l'enseignement et de la formation en matière de qualité, l'optimisation de la coordination et de l'intégration des bases de données cliniques, ainsi que d'autres aspects essentiels. La plupart des cantons sont clairement trop petits pour réaliser ces tâches cruciales de manière efficace et efficiente. Cela ne signifie pas qu'il faut retirer aux cantons le contrôle des soins de santé, mais il est nécessaire d'identifier les domaines dans lesquels des organismes nationaux ou internationaux sont plus à même de réussir que des organisations cantonales ou locales.

En raison de la complexité des structures juridiques, il est difficile d'identifier qui est chargé de superviser les différents aspects du système de santé. Il ne semble pas exister de système immédiatement compréhensible pour la surveillance des standards, l'inspection des organisations de santé ou pour entreprendre d'autres types d'intervention réglementaire. Tant les professionnels que les organisations bénéficient d'un degré d'autonomie qui est désormais rare dans les systèmes de santé comparables. Du point de vue des patients, le système de santé manque de transparence, dans le sens où il ne fournit pas suffisamment d'informations sur la qualité des soins (Ziltener, 2019).

Aux yeux d'un observateur étranger, le système de santé suisse semble très peu supervisé ou réglementé. La réglementation des soins n'est pas une panacée et ne représente que l'un des nombreux facteurs influençant la qualité et la sécurité. Toutefois, la plupart des pays disposent de systèmes pour repérer les organisations et les services défaillants et pour intervenir avant que des événements très préjudiciables ne se produisent. En Suisse, ces systèmes de surveillance semblent fragiles, ce qui signifie que, dans la pratique, l'application du cadre juridique lié aux responsabilités ne peut pas être assurée.

## 7 Recommandations

Le système de santé suisse dispose de nombreux atouts, mais les conclusions de notre rapport suggèrent que la qualité et la sécurité des soins peuvent être grandement améliorées. Nos recommandations fournissent un cadre global et des orientations pour la Suisse, et nous identifions plusieurs domaines d'action prioritaires. Les 28 rapports qui accompagnent le Rapport national suisse comportent des recommandations supplémentaires sur des thèmes et des sujets spécifiques. Ils doivent être considérés comme un complément au Rapport national.

Nos premières recommandations visent à renforcer l'implication des patients et des aidants en qualité de partenaires. La voix des patients et des aidants doit être entendue de façon plus forte et plus claire au sein du système de santé suisse. Nous présentons ensuite des recommandations visant à impliquer et à soutenir les professionnels, car il ne peut pas y avoir de réelle qualité pour les patients sans l'implication d'un personnel engagé. La création d'une culture juste est également essentielle, et l'aspect le plus crucial à cet égard est le soutien aux patients, aux aidants et au personnel après des erreurs ou des événements préjudiciables.

La mise à disposition d'informations transparentes et valides concernant les processus et les résultats cliniques constitue une exigence fondamentale pour des soins sûrs et de grande qualité. Cela devrait représenter une priorité majeure pour la Suisse. Au-delà de la motivation des uns et des autres pour améliorer la sécurité et la qualité, le personnel soignant doit bénéficier d'une formation adéquate aux disciplines sous-jacentes et doit pouvoir travailler dans un environnement favorable. Pour que l'amélioration soit efficace, il faut également disposer d'une infrastructure de base pour l'analyse des données et bénéficier de l'appui de spécialistes ainsi que d'un leadership engagé. Une fois tout cela en place, des programmes nationaux ayant un pouvoir et un impact réels pourront être élaborés. Enfin, l'amélioration des soins doit être soutenue, guidée et dotée de ressources en appliquant une approche intégrée de la gouvernance et du leadership au sein du système de santé.

Chaque recommandation s'adresse à une ou plusieurs organisations ou personnes. Dans la plupart des cas, il faudra donc réunir les parties prenantes concernées, définir un plan d'action, puis identifier les responsables des programmes de travail spécifiques. L'organisation désignée ne dirigera pas forcément l'initiative à long terme. Par exemple, même si nous avons formulé une recommandation à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique, celui-ci peut être amené à nommer un groupe d'organisations intéressées pour gérer le programme.

Nous avons aussi donné un aperçu des priorités et de l'ampleur des défis en indiquant une échéance pour la mise en œuvre complète des recommandations, ou au moins pour la réalisation de progrès substantiels et mesurables. Nous avons proposé :

- À court terme : une mise en œuvre complète en un à deux ans.
- À moyen terme : une mise en œuvre complète en trois à cinq ans.
- À long terme : les programmes stratégiques qu'il est préférable de lancer rapidement mais pour lesquels il faudrait prévoir une longue période de développement, c'est-à-dire allant au-delà de cinq ans

## 7.1 Implication des patients et des aidants en qualité de partenaires

La satisfaction du public à l'égard du système de santé suisse est élevée ; cependant, la population est de plus en plus consciente des erreurs et des problèmes associés aux soins qu'elle reçoit. Les Suisses ne disposent que de peu d'informations au sujet du niveau des soins prodigués, et les associations suisses de patients ne sont pas bien représentées dans la gouvernance du système de santé. Les patients pourraient jouer un rôle nettement plus important en partageant leurs expériences en matière de soins, en vérifiant l'exactitude et l'exhaustivité de leurs dossiers médicaux et en faisant part de leurs préoccupations spécifiques ainsi que de leur avis sur la qualité et la sécurité des soins. Les données recueillies montrent que les groupes vulnérables peuvent avoir des difficultés à accéder aux soins et ne reçoivent pas toujours le niveau de soins habituel.

	Concerne	Échéance
Rédiger une déclaration nationale succincte et simple concernant les valeurs, les droits et les responsabilités du personnel et des patients dans le cadre du système de santé suisse. Renforcer les droits des patients au sein du système de santé suisse.	Office fédéral et cantons	Court terme
Les organisations prestataires de soins, les associations professionnelles et les organisations dédiées à l'amélioration de la qualité et de la sécurité devraient chercher à entendre la voix des patients et des aidants, qui constitue un fondement essentiel pour des soins sûrs et de grande qualité. Une telle démarche inclurait le suivi régulier des expériences des patients ainsi que l'implication des patients dans les initiatives d'amélioration et la gouvernance du système de santé.	Responsables et organisations opérant dans le domaine de la santé	Moyen terme
Renforcer et soutenir les associations de patients en Suisse grâce à un financement indépendant tant au niveau cantonal que fédéral, afin qu'elles puissent fournir des informations aux patients et fortifier leur implication auprès du système de santé à tous les niveaux.	Commission et cantons	Court terme
Une analyse devrait être réalisée afin de passer en revue l'accès et la qualité des soins fournis aux personnes vulnérables et d'envisager des moyens de réduire les obstacles en matière de soins. Les personnes vulnérables incluent les personnes âgées fragiles, les personnes handicapées, les réfugiés, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, ainsi que d'autres personnes susceptibles d'être désavantagées dans le système de santé.	Commission	Moyen terme

<p>Les organisations professionnelles (par exemple les sociétés médicales, les associations d’infirmières et infirmiers, les groupes de professions de santé) devraient donner la priorité à la formation formelle à la prise de décision partagée et veiller à l’application de méthodes visant à améliorer la prise de décision partagée. Les organisations de santé devraient s’efforcer d’intégrer cette approche lorsque la situation s’y prête et que les patients y accordent de l’importance.</p>	<p>Organisations professionnelles et responsables dans le domaine de la santé</p>	<p>Court à moyen terme</p>
---	---	----------------------------

## 7.2 Implication et soutien des professionnels

Plus les professionnels se sentent impliqués, soutenus et responsabilisés, plus ils sont à même de fournir des soins de qualité. La pénurie de professionnels qualifiés en Suisse incite encore davantage à concevoir un système dans lequel les professionnels trouvent un sens et s'épanouissent. Une solide culture de la sécurité constitue un fondement essentiel pour les efforts d'amélioration de la qualité et de la sécurité, mais elle doit faire l'objet d'une attention plus soutenue en Suisse.

Nous recommandons aussi vivement d'encourager les démarches énergiques visant à mettre sur pied une communauté de professionnels issus de toutes les disciplines pertinentes et travaillant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Les conférences nationales sur la qualité et la sécurité organisées de manière sporadique au cours des 15 dernières années ont été couronnées de succès. De telles conférences doivent devenir des événements réguliers donnant l'occasion de tenir des débats nationaux sur la qualité et la sécurité des soins.

	Concerne	Échéance
<i>Valoriser, habiliter et soutenir les professionnels et les équipes</i>		
Impliquer le personnel de première ligne dans la mise en œuvre des initiatives d'amélioration et lui fournir les ressources et le temps nécessaires. Les systèmes de données doivent fournir aux équipes des retours d'information opportuns sur la qualité et la sécurité des soins.	Tous les responsables et les organisations opérant dans le domaine de la santé	Moyen terme
En plus des soins aux patients, le personnel soignant devrait rechercher des occasions de participer à l'amélioration du système.	Le personnel dans le domaine de la santé à tous les niveaux	Court terme
<i>Amélioration de la qualité et culture de la sécurité</i>		
Les responsables à tous les niveaux devraient aspirer à créer une culture juste et équitable au sein de laquelle on encourage les personnes à tirer des leçons des erreurs commises et des événements indésirables. Les responsables doivent cultiver un environnement axé sur la communication ouverte, la liberté d'expression et le signalement des erreurs et des comportements à risque. Les responsables devraient également chercher à mettre en place une culture fondée sur le respect, l'épanouissement au travail et le bien-être du personnel.	Tous les responsables d'organisations opérant dans le domaine de la santé	Court terme

<p>Un répertoire d'instruments d'évaluation de la culture de la sécurité validées portant sur la culture de la sécurité devrait être créé, de même qu'une panoplie d'interventions fondée sur les recherches et l'expérience internationales. Il convient de mettre en avant l'importance de l'évaluation de la culture de la sécurité à l'échelle nationale et définir clairement les attentes concernant sa mise en œuvre.</p>	<p>Sécurité des patients Suisse</p>	<p>Moyen à long terme</p>
<p><i>Création d'une communauté dédiée à la qualité et à la sécurité</i></p>		
<p>Une conférence nationale sur la qualité et la sécurité devrait être tenue au moins tous les deux ans, et idéalement chaque année. Elle faciliterait la mise en place et le maintien d'une communauté de spécialistes de l'amélioration tout en favorisant le réseautage et la coopération.</p>	<p>OFSP</p>	<p>Court terme</p>



### 7.3 Amélioration et utilisation d'informations concernant la qualité et la sécurité

Il manque à la Suisse un ensemble d'indicateurs de qualité et de sécurité approuvé à l'échelle nationale, en particulier dans le domaine des soins de longue durée, des soins ambulatoires et des soins à domicile. Des systèmes de collecte de données, dotés de ressources adéquates, sont nécessaires si l'on veut mesurer de façon plus complète les processus et les résultats. Après plusieurs dizaines d'années à n'avoir que partiellement remédié à ce problème, la Suisse se trouve désormais dans une position complètement différente de celle des systèmes européens comparables.

Un effort national est nécessaire en vue de concevoir un système complet d'indicateurs de qualité et de sécurité dans tous les domaines de la santé et pouvant être déployé à l'échelle du pays pour un coût raisonnable. Ces indicateurs devraient être utilisés pour aider les professionnels de santé à surveiller et à améliorer leurs pratiques. Ils serviront également à épauler les responsables et les décideurs politiques lors de l'organisation et de la surveillance du système visant à l'optimisation des soins. Ces informations devraient être mises à la disposition du public. Ceci permettrait d'améliorer considérablement la transparence de tout le système.

Bien que le développement de la cybersanté et du dossier électronique du patient ait déjà démarré, les différentes applications sont relativement peu coordonnées ou ne reposent pas sur une vision globale des exigences requises pour établir un système uniforme applicable à l'ensemble de la Suisse.

	Concerne	Échéance
Il est nécessaire de mener une analyse stratégique pour développer un ensemble complet d'indicateurs de sécurité et de qualité destiné au système de santé suisse. Les indicateurs de qualité et de sécurité devraient être harmonisés et coordonnés à l'échelle nationale. Les indicateurs devraient se concentrer autant que possible sur l'ensemble du parcours des patients et inclure des mesures relatives à la fois aux processus et aux résultats. Rendre publics les rapports sur les indicateurs validés devrait, après une phase d'essai, devenir la pratique standard.	Commission	Court terme
Les mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) doivent occuper une place déterminante dans la stratégie nationale. Les PROM, ainsi que d'autres moyens d'obtenir un retour d'information de la part des patients et des aidants, doivent être mieux intégrés au sein de l'ensemble des organisations de santé.	Commission, cantons et organisations de santé	Moyen terme
Une étude sur les événements préjudiciables au sein du système de santé suisse devrait être commandée. Son objectif à long terme serait d'inclure des indicateurs de préjudice dans les données nationales. Cette étude fournirait également des orientations pour les futurs programmes nationaux en vue de réduire les préjudices subis par les patients.	Organisation indépendante choisie par la Commission	Moyen terme

<p>L'intégration des différents systèmes d'information clinique doit être profondément améliorée. De nombreux systèmes sont employés au sein du système de santé suisse, mais il n'y a presque pas de communication entre les bases de données cliniques et les différentes parties du système de santé. Il convient de formuler des recommandations destinées aux établissements de santé en vue d'optimiser le recours aux technologies, y compris le dossier électronique du patient, les systèmes d'aide à la décision clinique et l'intelligence artificielle. Cela passe notamment par des suggestions claires sur la manière de sélectionner ces technologies, de les déployer et de les exploiter sans danger, tout en protégeant la confidentialité des données.</p>	<p>Commission</p>	<p>Long terme</p>
---	-------------------	-------------------

## 7.4 Soutien aux patients, aux aidants et au personnel soignant après des événements préjudiciables

Les traitements erronés et préjudiciables pour les patients peuvent entraîner une double souffrance : celle liée à l'incident lui-même et celle résultant de la manière dont l'incident a été traité. Le personnel soignant peut lui aussi subir des répercussions psychologiques considérables à la suite d'événements indésirables. S'il est gravement affecté, cela peut se ressentir dans son travail et présenter un risque pour les futurs patients. Les organisations et les chercheurs suisses ont apporté une contribution majeure à l'élaboration de politiques et de pratiques en matière de transparence et de soutien aux patients, aux aidants et au personnel soignant après des événements indésirables. Toutefois, la mise en œuvre de ces politiques est lente et extrêmement aléatoire. Il s'agit d'un domaine dans lequel des progrès substantiels pourraient être réalisés assez rapidement, ce qui serait bénéfique aux patients et au personnel soignant et contribuerait à mettre en place une culture juste au sein du système de santé suisse.

	Concerne	Échéance
Le ressenti des patients, des aidants et du personnel soignant après des événements indésirables devrait être abordé dans toutes les formations liées aux professions de santé et dans tous les cycles d'études. Les professionnels doivent être capables de comprendre les sentiments sous-jacents et ont besoin de savoir comment réagir face aux patients, aux aidants et à leurs collègues dans de telles circonstances. La formation à la communication dans des situations difficiles est une composante essentielle de ces programmes.	Universités, établissements de formation professionnelle et organisations professionnelles	Moyen terme
À l'heure actuelle, en Suisse, les politiques en matière de divulgation des erreurs sont fortement hétérogènes, et ce sans raison valable. Nous recommandons que les principales parties prenantes se réunissent afin de convenir d'une approche nationale commune concernant la « communication ouverte », en s'appuyant sur les recherches internationales et les lignes directrices existantes.	Commission	Court terme
Les organisations de santé suisses devraient mettre en place davantage de programmes de soutien systématiques pour les patients et les aidants affectés par des événements préjudiciables. La politique de chaque organisation en matière de communication ouverte devrait être comprise par l'ensemble de l'équipe soignante.	Cantons, responsables et organisations opérant dans le domaine de la santé	Moyen terme
Les organisations de santé suisses devraient mettre en place davantage de programmes de soutien systématiques pour le personnel soignant affecté par des événements préjudiciables. La mise en place des programmes de soutien systématiques devrait être accompagnée de mesures de sensibilisation.	Cantons, responsables et organisations opérant dans le domaine de la santé	Moyen terme

## 7.5 Enseignement, formation et recherche pour améliorer la qualité et la sécurité

Au cours des vingt dernières années, des ajustements ont été apportés à l'enseignement et à la formation des professionnels de santé en Suisse dans le but de refléter la prise de conscience et l'intérêt croissants vis-à-vis de la sécurité des patients. Pour relever les défis que le système de santé suisse rencontre déjà aujourd'hui et rencontrera demain, il est nécessaire de mettre au point des cursus de formation supplémentaires, notamment dans les domaines de la gestion de la qualité, des facteurs humains et de la science de la mise en œuvre (implementation science). Tous les acteurs du système de santé, tels que les décideurs politiques, les dirigeants, les responsables opérationnels, les responsables du domaine clinique et le personnel de première ligne, doivent avoir accès à ces programmes d'enseignement. Des recherches sont nécessaires pour renforcer la compréhension et l'application des améliorations de la qualité et de la sécurité, des facteurs humains et de la science de la mise en œuvre (implementation science).

	Concerne	Échéance
<i>Enseignement et formation des professionnels de santé</i>		
Un cursus axé sur la qualité et la sécurité devrait être prévu pour chaque professionnel de santé dans le cadre de sa formation de base et faire l'objet d'un examen officiel. Idéalement, ce cursus inclurait une expérience pratique consistant en la participation à un projet ou programme d'amélioration.	Académie suisse des sciences médicales	Court terme
Les universités et les associations professionnelles devraient établir un corps professoral de base compétent dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Ces enseignants pourraient ensuite aider à élaborer des cursus et à offrir une formation aux personnes impliquées dans les programmes nationaux.	Universités et associations professionnelles	Moyen terme
Les connaissances et les compétences liées à l'amélioration de la qualité devraient être considérées comme des exigences professionnelles de base. Les questions de qualité et de sécurité devraient faire partie des examens d'obtention du droit à pratiquer pour toutes les spécialisations médicales, les soins infirmiers et les professions paramédicales.	Associations professionnelles	Moyen terme
Des programmes de niveau master ouverts à toutes les professions concernées devraient être créés afin de former des experts dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Ces cours porteraient sur des sujets scientifiques appropriés, comme les facteurs humains, les aspects économiques de la qualité et de la sécurité et les techniques de mise en œuvre. Des programmes de doctorat destinés à former des enseignants et des chercheurs dans le domaine de la qualité et de la sécurité sont également nécessaires.	Universités	Moyen terme

<i>Pour les dirigeants et les conseils d'administration</i>		
<p>Les dirigeants et les conseils d'administration des organisations prestataires de soins devraient être formés aux meilleures pratiques en matière de qualité et de sécurité des soins. Cette formation devrait notamment aborder les principes fondamentaux de la création d'une infrastructure dédiée à la qualité, ainsi que le rôle des dirigeants dans la mise en œuvre et la gestion du changement.</p>	<p>Coopération intercantonale par région linguistique</p>	<p>Moyen terme</p>

## 7.6 Développement des conditions pour fournir des soins sûrs et de grande qualité

Une amélioration durable à l'échelle d'une organisation requiert une infrastructure dédiée à la qualité, ce qui inclut un réseau de leaders de l'amélioration, le soutien des dirigeants, des systèmes de données adéquats, des indicateurs et des tableaux de bord, ainsi que des structures de soutien pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité. L'environnement dans lequel les soins sont fournis constitue aussi indéniablement un facteur qui peut favoriser ou compromettre la qualité et la sécurité. De nombreuses organisations professionnelles réalisent des efforts importants pour développer les compétences en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité, mais il existe peu d'informations sur la capacité des organisations de santé suisses à mettre en œuvre des programmes d'amélioration. L'expérience acquise dans le cadre de programmes régionaux et nationaux montre qu'un grand nombre d'organisations ne comprennent pas réellement ce qui est nécessaire pour développer les aptitudes en termes d'amélioration et d'apprentissage continu.

	Concerne	Échéance
Un sondage auprès des organisations suisses doit être réalisé pour évaluer les connaissances relatives à l'amélioration ainsi que les capacités à appliquer des programmes d'amélioration internes et à réagir efficacement aux initiatives nationales.	Office fédéral	Court terme
Les organisations de santé devraient développer leurs capacités liées au suivi et à l'amélioration de la sécurité et de la qualité, mais aussi celles relatives aux changements organisationnels plus généraux. Cela implique notamment de fournir des opportunités de développement du leadership, de dédier du temps et des ressources aux activités d'amélioration, de renforcer les compétences et de communiquer une vision et une stratégie à long terme pour l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins.	Cantons, responsables et organisations prestataires de soins	Moyen terme
Il faudrait renforcer les analyses de données au sein de toutes les organisations de santé, en mettant l'accent sur la production d'informations accessibles, exploitables et pertinentes, susceptibles d'aider les cliniciens et les responsables à surveiller et à améliorer les soins.	Cantons et organisations prestataires de soins	Long terme
Il faudrait consolider et épauler les organisations qui encouragent et soutiennent les activités d'amélioration de la qualité, afin d'élaborer plus fermement des initiatives en matière de qualité et de sécurité, à la fois au niveau intrarégional et interrégional, et ce dans le but de compléter les efforts nationaux.	Coopération intercantonale par région linguistique et Commission	Moyen terme

Tous les systèmes de santé avancés s'efforcent d'intégrer les soins tout au long du parcours des patients. Mais le système suisse est particulièrement fragmenté. La mise au point de méthodes d'amélioration de la coordination et de l'intégration des soins devrait constituer une priorité stratégique à long terme, surtout pour les patients souffrant de plusieurs affections (polymorbidité).	Commission	Long terme
---	------------	------------



## 7.7 Programmes nationaux d'amélioration des soins aux patients

Des programmes nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité devraient être mis sur pied pour répondre aux enjeux nationaux identifiés et mettre en place des bonnes pratiques éprouvées et fondées sur des preuves. Plusieurs programmes nationaux, portant sur différents sujets, devraient être menés en parallèle, afin de répondre aux diverses problématiques du système de santé.

Jusqu'à maintenant, les programmes nationaux visant à améliorer la qualité et la sécurité ont utilisé un modèle collaboratif et se sont principalement concentrés sur l'introduction d'interventions spécifiques, comme la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. Il s'agit d'une approche utile, mais les programmes à venir devront être plus ambitieux en termes de portée, d'échelle de déploiement et de durabilité. Ces programmes devraient être associés à des recherches formelles destinées à évaluer les résultats cliniques et l'impact général sur les patients et le personnel soignant. Tous les programmes régionaux et nationaux devraient inclure une analyse économique des coûts et des bénéfices. Ces programmes peuvent traiter de domaines cliniques prioritaires ou de thèmes plus généraux applicables à tout le système de santé, comme le travail en équipe interprofessionnel. Les programmes collaboratifs portant sur des problèmes spécifiques resteront évidemment utiles dans le cadre de projets nationaux de plus grande envergure. Ces programmes devraient permettre d'appliquer les meilleures pratiques à l'échelle nationale pour tous les patients susceptibles d'en bénéficier, avec une évaluation rigoureuse ainsi qu'un retour d'information pendant mais aussi après la mise en œuvre.

Sur la base des rapports succincts reçus et des discussions menées avec les experts, nous proposons un certain nombre de priorités immédiates pour les années à venir. Nous sommes conscients que d'autres priorités pourraient servir de fondement à des programmes nationaux. Cependant, nous avons estimé nécessaire d'expliquer brièvement la forme que ces programmes pourraient prendre, et nous pensons que les quatre priorités que nous avons retenues sont indéniablement importantes. Les efforts d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients doivent être intensifiés dans le contexte des soins primaires, des soins communautaires et des soins à domicile, en apportant les modifications nécessaires ou en introduisant de nouvelles interventions.

<i>Sécurité de la médication</i>	<b>Concerne</b>	<b>Échéance</b>
Dans ce programme, les priorités incluraient la mise au point d'une stratégie nationale globale concernant la sécurité des médicaments, associée à des exigences réglementaires contraignantes. Cette stratégie comprendrait des conseils relatifs aux systèmes d'assurance qualité et couvrirait tout le processus d'utilisation des médicaments, y compris les transitions entre prestataires de soins. Les autres priorités portent sur la numérisation complète du processus de médication et la fourniture de technologies et de dispositifs visant à améliorer la sécurité de la médication dans tous les contextes. Une conciliation médicamenteuse systématique devrait être introduite lors de changements thérapeutiques.	OFSP à court terme, puis Commission	Moyen terme
<i>Amélioration des soins apportés aux personnes âgées fragiles</i>		
Dans ce programme, les priorités incluraient : la prise en compte du rôle et de la nécessité de l'évaluation gériatrique dans toutes les situations pertinentes ; les connaissances et les compétences en matière de soins gériatriques ; les normes de soins à domicile et dans les EMS ; le rôle des proches aidants non rémunérés et la charge leur incombant à domicile ; la fourniture de soins destinés à les décharger ainsi que la formation et le soutien susceptibles de les aider.	OFSP à court terme, puis Commission	Moyen terme
<i>Amélioration des soins apportés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale</i>		
Dans ce programme, les priorités incluraient : le diagnostic précoce, le traitement et la prévention des problèmes de santé mentale ; l'intervention d'urgence pour éviter l'admission à l'hôpital ; l'implication des malades dans la prise de décisions éclairées et dans leurs propres soins ; l'amélioration de la prise en charge des comorbidités somatiques ; des dispositions cohérentes pour un soutien financier et social dans toute la Suisse.	Commission	Moyen terme
<i>Travail en équipe favorisant la sécurité et la qualité</i>		
La communication interprofessionnelle et le travail en équipe devraient faire l'objet d'un programme national et devenir un point fort caractéristique du système de santé suisse. Ce programme devrait envisager de dispenser des formations portant sur : les compétences fondamentales en termes de communication et de travail en équipe ; l'utilisation d'outils de communication et de transmissions structurés et fondés sur des preuves ; des interventions éprouvées pour améliorer le travail en équipe dans tous les domaines de la santé. Des cours sur la communication et le travail en équipe devraient être inclus dans tous les enseignements professionnels et les formations de sous-spécialisation.	Commission	Moyen terme

## 7.8 Gouvernance, leadership et réglementation pour des soins sûrs et de grande qualité

De nombreux rapports succincts attirent l'attention sur le manque de cohérence des différents cadres juridiques, les lacunes du contrôle de la qualité et les failles dans la réglementation du système de santé suisse. Certains rapports recommandent vivement de mener diverses initiatives visant à renforcer l'assurance qualité, les procédures de certification et la réglementation. Ces préoccupations figuraient déjà dans certains rapports d'organismes internationaux tels que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la Santé.

Une gouvernance et un leadership plus solides sont nécessaires pour développer des aptitudes permettant d'améliorer la qualité et la sécurité du système de santé à tous les niveaux et pour donner à ces questions la même priorité que dans les autres pays. Le gouvernement fédéral et les gouvernements cantonaux devraient établir des attentes claires en définissant leur vision de la qualité et de la sécurité et en la diffusant à grande échelle. Ils devraient encourager la création d'une communauté de spécialistes de l'amélioration à travers la création d'une plateforme et d'un congrès d'envergure nationale. Ils devraient aussi stimuler la recherche dans des domaines qui soutiennent l'amélioration et développer des approches efficaces et proportionnées en matière de certification et de régulation.

Le financement du système de santé suisse dépasse la portée du présent rapport ; nous ne ferons donc pas de commentaires directs sur les niveaux de financement ni sur l'allocation des moyens. Nous nous contenterons de dire que le système de santé suisse dispose de très bonnes ressources, comparé au reste du monde, et qu'il devrait être capable de mettre sur pied des programmes nationaux de bien plus grande ampleur, à un niveau sans aucun doute comparable à d'autres pays. Les mécanismes de financement ne garantissent pas une qualité élevée des soins, mais les incitations financières peuvent encourager les organisations à accélérer leurs innovations et à adopter de nouvelles pratiques et améliorations.

<i>Développement des aptitudes en matière de leadership et de gouvernance</i>	<b>Concerne</b>	<b>Échéance</b>
La vision et la stratégie nationale en matière de qualité et de sécurité des soins devraient être résumées dans un document succinct et diffusées auprès de tous les professionnels de santé. Les cantons devraient avoir une vision et une stratégie qui leur sont propres mais restent cohérentes avec la politique nationale. Les établissements de santé devraient eux aussi disposer d'une vision et d'une stratégie harmonisées avec celles de la Confédération et des cantons.	Conseil fédéral, OFSP, cantons	Court terme

<p>La gouvernance et la réglementation du système de santé suisse devraient faire l'objet d'un examen distinct de celui du présent rapport. Les règlements et les pratiques en matière d'assurance qualité semblent varier considérablement à travers la Suisse, ce qui est source de confusion pour les patients et le personnel soignant. Il n'est pas du tout clair dans quelle mesure les cantons ont la capacité de surveiller la qualité des soins ou d'intervenir de façon proactive en cas de non-respect des normes.</p>	Commission	Moyen terme
<p><i>Cadre juridique</i></p>		
<p>Un examen devrait être réalisé afin d'évaluer l'efficacité des cadres juridiques actuels pour ce qui a trait à la sécurité des soins, en tenant compte notamment de l'expérience internationale dans les domaines pertinents. La protection accordée en cas de signalement d'événements indésirables devrait bénéficier d'une attention particulière. Les professionnels de santé devraient être tenus, potentiellement par une obligation légale, de communiquer tout événement indésirable qui se produit pendant les soins médicaux et affecte les patients ou les aidants.</p>	Commission	Moyen terme
<p>Il faudrait mener une analyse afin de déterminer si le système de responsabilité médicale devrait changer pour passer d'une évaluation de la faute personnelle à une évaluation plus objective de la nécessité d'indemnisation. Des systèmes alternatifs ont été mis au point en Nouvelle-Zélande et dans d'autres pays. Les délais de prescription et de forclusion dans les affaires touchant la responsabilité devraient être harmonisés dans toute la Suisse.</p>	Commission	Long terme

## Conclusion

Notre rapport répertorie et aborde de nombreux problèmes à résoudre, et l'on pourrait croire, à tort, que nous n'avons pas confiance dans le système de santé suisse. Au contraire, nous admirons et respectons les soins prodigués ainsi que le dévouement des professionnels de santé et des personnes qui gèrent et régissent le système de santé. Comme nombre d'auteurs des rapports succincts, nous ressentons toutefois une certaine frustration face à tout ce qui pourrait encore être accompli pour améliorer les soins dispensés et remédier aux lacunes les plus évidentes.

Nous espérons que ce rapport, produit en collaboration avec de nombreux collègues suisses, servira de fondement à des efforts nationaux mieux coordonnés et de plus grande envergure visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Nous souhaitons que notre rapport, ainsi que les rapports succincts qui l'accompagnent, encouragent les législateurs, les dirigeants politiques, les responsables, les fonctionnaires, les enseignants, les professionnels de santé et les patients à s'impliquer dans cette quête de soins sûrs et de qualité en Suisse. Il s'agit d'une démarche nationale de longue haleine, un parcours d'apprentissage collectif, mais nous pouvons l'entamer dès aujourd'hui.

## Références

- Auer, Reto, Gencer, Baris, Räber, Lorenz, Klingenberg, Roland, Carballo, Sebastian, Carballo, David, . . . Rodondi, Nicolas. (2014). Quality of Care after Acute Coronary Syndromes in a Prospective Cohort with Reasons for Non-Prescription of Recommended Medications. *PLOS ONE*, 9(3), e93147. doi: 10.1371/journal.pone.0093147
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 240-252. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., . . . Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*, 23(2), 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318
- Avery, A. J., Rodgers, S., Cantrill, J. A., Armstrong, S., Cresswell, K., Eden, M., . . . Sheikh, A. (2012). A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*, 379(9823), 1310-1319. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61817-5
- Baker, G. R., Macintosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmachovich, K., & Born, K. (2008). *High performing healthcare systems. Delivering quality by design*. Toronto: Longwoods.
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organising for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Baztan, J. J., Suarez-Garcia, F. M., Lopez-Arrieta, J., Rodriguez-Manas, L., & Rodriguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*, 338, b50. doi: 10.1136/bmj.b50
- Berwick, Donald M. (2013). *A promise to learn - a commitment to act. Improving the safety of patients in England*. London.
- Birkmeyer, J. D., Reames, B. N., McCulloch, P., Carr, A. J., Campbell, W. B., & Wennberg, J. E. (2013). Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet*, 382(9898), 1121-1129. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61215-5
- Blozik, Eva, Reich, Oliver, Rapold, Roland, Scherer, Martin, Djalali, Sima, Huber, Felix, . . . Group, Swiss Quality Indicator for Primary Care Working. (2018). Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. *BMC Health Services Research*, 18(1), 743. doi: 10.1186/s12913-018-3477-z
- Bosshard, C, Kraft, E, & Kübler, R. (2019). The current status of quality and (patient) safety in the Swiss healthcare system from the perspective of the Swiss Academy for Quality in Medicine: Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM/FMH).
- Bouvy, Jacqueline C., De Bruin, Marie L., & Koopmanschap, Marc A. (2015). Epidemiology of Adverse Drug Reactions in Europe: A Review of Recent Observational Studies. *Drug Safety*, 38(5), 437-453. doi: 10.1007/s40264-015-0281-0
- Braithwaite, J., Marks, D., & Taylor, N. (2014). Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: a systematic review of targeted literature. *Int J Qual Health Care*, 26(3), 321-329. doi: 10.1093/intqhc/mzu047

- Bucher, H. C., Achermann, R., Stohler, N., & Meier, C. R. (2016). Surveillance of Physicians Causing Potential Drug-Drug Interactions in Ambulatory Care: A Pilot Study in Switzerland. *PLoS One*, *11*(1), e0147606. doi: 10.1371/journal.pone.0147606
- Burla, L., Schaffert, R., Mylaeus, M., & Rüesch, P. (2010). Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz. *Gesundheitswesen*, *72*(02), 106-113. doi: 10.1055/s-0029-1233474
- Burnand, B., & Al-Gobari, M. (2019). The safety and quality of healthcare in Switzerland: Indicators and evaluation of quality and safety. *Revue de littérature : Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne*.
- Burnett, Susan, Benn, Jonathan, Pinto, Anna, Parand, Anam, Iskander, Sandra, & Vincent, Charles. (2010). Organisational readiness: exploring the preconditions for success in organisation-wide patient safety improvement programmes. *Quality & Safety in Health Care*, *19*(4), 313-317. doi: 10.1136/qshc.2008.030759
- Busch, P. (2019). ANQ Quality Measurements in Hospitals and Clinics - A pioneering Swiss achievement: Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ).
- Buurman, Bianca M., Hoogerduijn, Jita G., de Haan, Rob J., Abu-Hanna, Ameen, Lagaay, A. Margot, Verhaar, Harald J., . . . de Rooij, Sophia E. (2011). Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *PLOS ONE*, *6*(11), e26951. doi: 10.1371/journal.pone.0026951
- Ceschi, A. (2019). The state of quality and safety in Swiss Healthcare: Contribution of Clinical Pharmacologists and Toxicologists to Improve Medication Safety: Société suisse de pharmacologie et toxicologie.
- Chiolero, A., & Rodondi, N. (2019). Quality improvement in primary care: toward the provision of safe, high value, patient-centered, sustainable, and data-informed care: Institute of Primary Health Care (BIHAM), Université de Berne.
- Choupay-Dessard, G, Briot, P, & Chopard, P. (2019). Education and training in safety and quality improvement: Hôpitaux universitaires de Genève.
- Clancy, C. M. (2007). TeamSTEPPS: optimizing teamwork in the perioperative setting. *AORN J*, *86*(1), 18-22. doi: 10.1016/j.aorn.2007.06.008
- Collet, T. H., Salamin, S., Zimmerli, L., Kerr, E. A., Clair, C., Picard-Kossofsky, M., . . . Rodondi, N. (2011). The quality of primary care in a country with universal health care coverage. *J Gen Intern Med*, *26*(7), 724-730. doi: 10.1007/s11606-011-1674-0
- Courvoisier, Delphine S., Righi, Lorenzo, Béné, Nadine, Rae, Anne-Claire, & Chopard, Pierre. (2018). Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study. *Applied Nursing Research*, *42*, 45-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.001>
- Cullati, Stéphane, Le Du, Sophie, Raë, Anne-Claire, Micallef, Martine, Khabiri, Ebrahim, Ourahmoune, Aimad, . . . Chopard, Pierre. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Quality & Safety*, *22*(8), 639-646. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001634
- Czakert, J; Y, Lehmann, Y., & Ewers, M. (2018). Patient safety in home care : A review of international recommendations. . *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*(135-136), 18-26.
- De Pietro, C, Camenzind, P, Sturny, I, Crivelli, L, Edwards, -Garavoglia, S, Spranger, A, . . . Quentin, W. (2015). Switzerland. Health System Review. . *Health Systems in Transition*, *17*(4), 1-288.



- Deschodt, M. (2019). Care for frail older people in the hospital: Nursing Science, Département de la santé publique, Université de Bâle.
- Di Pollina, L., Guessous, I., Petoud, V., Combescure, C., Buchs, B., Schaller, P., . . . Gaspoz, J. M. (2017). Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr*, *17*(1), 53. doi: 10.1186/s12877-017-0449-9
- Dixon-Woods, M, McNicol, S, & Martin, G. (2012). Overcoming challenges to improving quality. London.
- Dörr, P, & Küng, C. (2019). Pharmacovigilance: Swissmedic.
- Ebert, Sonja T., Pittet, Valérie, Cornuz, Jacques, & Senn, Nicolas. (2017). Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 789. doi: 10.1186/s12913-017-2696-z
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q.*, *79*(2), 281-315.
- Fishman, Liat, Brühwiler, Lea, & Schwappach, David. (2018). Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *61*(9), 1152-1158. doi: 10.1007/s00103-018-2794-z
- Frank, O. (2019). Systems for reporting medical errors and treatment incidents in the Swiss healthcare system: an overview: Fondation suisse pour la sécurité des patients, Zurich.
- Fulop, N, & Robert, G. (2015). Context for successful quality improvement. London.
- Genoni, M. (2019). From a surgical point of view: Département de chirurgie cardiovasculaire, Hôpital universitaire de Zurich.
- Gershon, R R M, Qureshi, K A, & Samar, S M. (2013). Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. Consulté en février 2013, à l'adresse : [http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol11/Advances-Gershon\\_88.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol11/Advances-Gershon_88.pdf)
- Giannini, O., Rizza, N., Pironi, M., Parlato, S., Waldispühl Suter, B., Borella, P., . . . Ceschi, A. (2019). Prevalence, clinical relevance and predictive factors of medication discrepancies revealed by medication reconciliation at hospital admission: prospective study in a Swiss internal medicine ward. *BMJ Open*, *9*(5), e026259. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026259
- Guillod, O, & Christinat, R. (2019). Regulation system and quality/safety: Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel.
- Halfon, P., Staines, A., & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *Int J Qual Health Care*, *29*(4), 527-533. doi: 10.1093/intqhc/mzx061
- Haller, G., Garnerin, P., Morales, M. A., Pfister, R., Berner, M., Irion, O., . . . Kern, C. (2008). Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *Int J Qual Health Care*, *20*(4), 254-263. doi: 10.1093/intqhc/mzn018
- Hannawa, A. (2019). Safe communication between staff and with patients: Center for the Advancement of Healthcare Quality and Patient Safety (CAHQS), Faculté des sciences de la communication, Università della Svizzera italiana.
- Hannawa, A. F. (2017). What constitutes "competent error disclosure"? Insights from a national focus group study in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, *147*, w14427. doi: 10.4414/sm.w.2017.14427



- Harrison, Margaret B, Keeping-Burke, Lisa, Godfrey, Christina M, Ross-White, Amanda, McVeety, Janice, Donaldson, Victoria, . . . Doran, Diane Marie. (2013). Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(3), 148-160. doi: 10.1111/1744-1609.12027
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., . . . Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
- Hošek, M, & Bezzola, P. (2019). Development instead of a standstill: accreditation for medical practices: Fondation EQUAM.
- Hotzy, Florian, Hengartner, Michael P., Hoff, Paul, Jaeger, Matthias, & Theodoridou, Anastasia. (2019). Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: An observational cohort study before and after implementation of the new legislation. *European Psychiatry*, 59, 70-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.004>
- Huckels-Baumgart, S., & Manser, T. (2014). Identifying medication error chains from critical incident reports: a new analytic approach. *J Clin Pharmacol*, 54(10), 1188-1197. doi: 10.1002/jcph.319
- Ihde-Scholl, T, & Rössler, W. (2019). Safety and quality of psychiatric care in Switzerland: Pro Mente Sana.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC).
- Jha, A., & Epstein, A. (2010). Hospital governance and the quality of care. *Health Aff (Millwood)*, 29(1), 182-187. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0297
- Jiang, H. J., Locke, C., Bass, K., & Fraser, I. (2009). Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? *J Healthc Manag*, 54(1), 15-29; discussion 29-30.
- Kandler, L., Tscholl, D. W., Kolbe, M., Seifert, B., Spahn, D. R., & Noethiger, C. B. (2016). Using educational video to enhance protocol adherence for medical procedures. *Br J Anaesth*, 116(5), 662-669. doi: 10.1093/bja/aew030
- Kim, J. J., Maulsby, C., Kinsky, S., Riordan, M., Charles, V., Positive Charge Intervention, Team, . . . Holtgrave, D. R. (2014). The development and implementation of the national evaluation strategy of Access to Care, a multi-site linkage to care initiative in the United States. *AIDS Educ Prev*, 26(5), 429-444. doi: 10.1521/aeap.2014.26.5.429
- Kobler, I, Mascherek, A, & Bezzola, P. (2015). Wie kann die Implementierung von Patientensicherheitsprogrammen gelingen? Ein Beispiel aus der Schweiz. *Zeitschrift für Evidenz. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109, 132-137.
- Kohler, P., Bregenzer-Witteck, A., Rafeiner, P., & Schlegel, M. (2013). Presumably hospital-transmitted *Clostridium difficile* infections based on epidemiological linkage. *Swiss Med Wkly*, 143, w13824. doi: 10.4414/smw.2013.13824
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. E. (1999). *To err is human*. Washington DC: National Academy Press.
- Kolbe, M., Burtscher, M. J., Wacker, J., Grande, B., Nohynkova, R., Manser, T., . . . Grote, G. (2012). Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesth Analg*, 115(5), 1099-1108. doi: 10.1213/ANE.0b013e318269cd32
- Konstantinidis, Lazaros, Carron, Tania, de Ancos, Eva, Chinet, Léonie, Hagon-Traub, Isabelle, Zuercher, Emilie, & Peytremann-Bridevaux, Isabelle. (2017). Awareness and practices regarding eye diseases among patients with diabetes: a cross sectional analysis of the CoDiab-VD cohort. *BMC Endocrine Disorders*, 17(1), 56.

- Kruk, Margaret E., Gage, Anna D., Joseph, Naima T., Danaei, Goodarzi, García-Saisó, Sebastián, & Salomon, Joshua A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31668-4
- Kung, K., Carrel, T., Wittwer, B., Engberg, S., Zimmermann, N., & Schwendimann, R. (2013). Medication errors in a swiss cardiovascular surgery department: a cross-sectional study based on a novel medication error report method. *Nurs Res Pract*, 2013, 671820. doi: 10.1155/2013/671820
- Kuster, Stefan P., Eisenring, Marie-Christine, Sax, Hugo, & Troillet, Nicolas. (2017). Structure, Process, and Outcome Quality of Surgical Site Infection Surveillance in Switzerland. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 38(10), 1172-1181. doi: 10.1017/ice.2017.169
- Kwan, Janice L., Lo, Lisha, Sampson, Margaret, & Shojania, Kaveh G. (2013). Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5\_Part\_2), 397-403. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006
- Lang, A., Edwards, N., Hoffman, C., Shamian, J., Benjamin, K., & Rowe, M. (2006). Broadening the patient safety agenda to include home care services. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 9 Spec No, 124-126.
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg*, 152(3), 292-298. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952
- Lubbeke, A., Hovaguimian, F., Wickboldt, N., Barea, C., Clergue, F., Hoffmeyer, P., & Walder, B. (2013). Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. *Med Care*, 51(5), 425-429. doi: 10.1097/MLR.0b013e31828d1489
- Macinko, James, & Guanais, Frederico C. (2015). Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(6), 443-450. doi: 10.1093/intqhc/mzv074
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(2), 143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
- Manser, T. (2019). Safety culture in the context of Swiss healthcare: Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.
- Manser, T, Schmutz, J B, & Bogdanovic, J. (2019). Evidence of implementation of safety and quality interventions. Literature Review.: Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.
- Martin, Yonas, Collet, Tinh-Hai, Bodenmann, Patrick, Blum, Manuel R., Zimmerli, Lukas, Gaspoz, Jean-Michel, . . . Rodondi, Nicolas. (2014). The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. *Preventive Medicine*, 59, 19-24. doi: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.006
- Mascherek, A. C., Schwappach, D. L., & Bezzola, P. (2013). Frequency of use and knowledge of the WHO-surgical checklist in Swiss hospitals: a cross-sectional online survey. *Patient Saf Surg*, 7(1), 36. doi: 10.1186/1754-9493-7-36
- Mascherek, A. C., & Schwappach, D. L. B. (2017). Patient safety climate profiles across time: Strength and level of safety climate associated with a quality improvement program in Switzerland-A cross-sectional survey study. *PLoS One*, 12(7), e0181410. doi: 10.1371/journal.pone.0181410
- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645.

- McLennan, S. (2019). Support for victims (patients, families, and staff) Institute for Biomedical Ethics, Université de Bâle
- McLennan, S., Engel, S., Ruhe, K., Leu, A., Schwappach, D., & Elger, B. (2013). Implementation status of error disclosure standards reported by Swiss hospitals. *Swiss Med Wkly*, *143*, w13820. doi: 10.4414/smw.2013.13820
- McLennan, S., Shaw, D., Leu, A., & Elger, B. (2015a). Professional liability insurance and medical error disclosure. *Swiss Med Wkly*, *145*, w14164. doi: 10.4414/smw.2015.14164
- McLennan, S. R., Engel-Glatte, S., Meyer, A. H., Schwappach, D. L., Scheidegger, D. H., & Elger, B. S. (2015b). Disclosing and reporting medical errors: Cross-sectional survey of Swiss anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol*, *32*(7), 471-476. doi: 10.1097/EJA.0000000000000236
- Metsini, A., Vazquez, M., Sommerstein, R., Marschall, J., Voide, C., Troillet, N., . . . The Swissnoso, Network. (2018). Point prevalence of healthcare-associated infections and antibiotic use in three large Swiss acute-care hospitals. *Swiss Med Wkly*, *148*, w14617. doi: 10.4414/smw.2018.14617
- Meyer-Masseti, C., Meier, C. R., & Guglielmo, B. J. (2018). The scope of drug-related problems in the home care setting. *Int J Clin Pharm*, *40*(2), 325-334. doi: 10.1007/s11096-017-0581-9
- Midão, Luís, Giardini, Anna, Menditto, Enrica, Kardas, Przemyslaw, & Costa, Elísio. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *78*, 213-220. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.018>
- Miller, Gavin, Franklin, Bryony Dean, & Jacklin, Ann. (2011). Including pharmacists on consultant-led ward rounds: a prospective non-randomised controlled trial. *Clinical Medicine*, *11*(4), 312-316. doi: 10.7861/clinmedicine.11-4-312
- Muff, P, Meyer-Masseti, C, Bouzid, J, & Lampert, M L. (2019). Medication Safety: Swiss Association of Public Health Administration and Hospital Pharmacists (GSASA).
- Murphy, M. F., Staves, J., Davies, A., Fraser, E., Parker, R., Cripps, B., . . . Vincent, C. (2009). How do we approach a major change program using the example of the development, evaluation, and implementation of an electronic transfusion management system. *Transfusion*, *49*(5), 829-837. doi: 10.1111/j.1537-2995.2009.02120.x
- Mylaeus-Renggli, M, Cottier, C, Betschart, M, & Ueberschlag, P. (2019). The understanding of quality management by SanaCERT Suisse: SanaCERT Suisse.
- Neily, Julia, Mills, Peter D., Young-Xu, Yinong, Carney, Brian T., West, Priscilla, Berger, David H., . . . Bagian, James P. (2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *304*(15), 1693-1700. doi: 10.1001/jama.2010.1506
- Neily, Julia, Soncrant, Christina, Mills, Peter D., Paull, Douglas E., Mazzia, Lisa, Young-Xu, Yinong, . . . Gunnar, William. (2018). Assessment of Incorrect Surgical Procedures Within and Outside the Operating Room: A Follow-up Study From US Veterans Health Administration Medical Centers Incorrect Surgical Procedures in the US Veterans Health Administration Incorrect Surgical Procedures in the US Veterans Health Administration. *JAMA Network Open*, *1*(7), e185147-e185147. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.5147
- Nelson, E. C., Batalden, P., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design. A clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey Bass.

- Niederhauser, A., Zuellig, S., Marschall, J., Schwappach, D. L., & progress! Safe Urinary Catheterization Collaboration, Group. (2018). Nurses' and Physicians' Perceptions of Indwelling Urinary Catheter Practices and Culture in Their Institutions. *J Patient Saf.* doi: 10.1097/PTS.0000000000000502
- OCDE. (2017). Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing.
- OCDE (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. *OECD Health Policy Studies*, .
- Office fédéral de la santé publique. (2015). Droits des patients et participation des patients en Suisse. Berne.
- Office fédéral de la santé publique. (2019). Strategie NOSO. Rapport annuel 2018. Berne.
- O'Riordan, David , Aubert, Carole Elodie, Walsh, Kieran A, Van Dorland, Anette, Rodondi, Nicolas, Du Puy, Robert S, . . . Kearney, Patricia M. (2018). Prevalence of potentially inappropriate prescribing in a subpopulation of older European clinical trial participants: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(3), e019003. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019003
- Ortelli, Laura, Spitale, Alessandra, Mazzucchelli, Luca, & Bordoni, Andrea. (2018). Quality indicators of clinical cancer care for prostate cancer: a population-based study in southern Switzerland. *BMC Cancer*, 18(1), 733. doi: 10.1186/s12885-018-4604-2
- Ovretveit, J. (2011). Widespread focused improvement: lessons from international health for spreading specific improvements to health services in high-income countries. *Int J Qual Health Care*, 23(3), 239-246. doi: 10.1093/intqhc/mzr018
- Ovretveit, J., & Staines, A. (2007). Sustained improvement? Findings from an independent case study of the Jonkoping quality program. *Qual Manag. Health Care*, 16(1), 68-83.
- Pagnamenta, A., Rabito, G., Arosio, A., Perren, A., Malacrida, R., Barazzoni, F., & Domenighetti, G. (2012). Adverse event reporting in adult intensive care units and the impact of a multifaceted intervention on drug-related adverse events. *Ann Intensive Care*, 2(1), 47. doi: 10.1186/2110-5820-2-47
- Pearse, Rupert M., Moreno, Rui P., Bauer, Peter, Pelosi, Paolo, Metnitz, Philipp, Spies, Claudia, . . . Rhodes, Andrew. (2012). Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet*, 380(9847), 1059-1065. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61148-9
- Peden, Carol J., Stephens, Tim, Martin, Graham, Kahan, Brennan C., Thomson, Ann, Rivett, Kate, . . . Hale, Beth. (2019). Effectiveness of a national quality improvement programme to improve survival after emergency abdominal surgery (EPOCH): a stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet*. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32521-2
- Peiro, S., & Maynard, A. (2015). Variations in health care delivery within the European Union. *Eur J Public Health*, 25 Suppl 1, 1-2. doi: 10.1093/eurpub/cku223
- Pellegrini, S, Kohler, D, & Otto, S. (2014). Variations géographiques dans les soins de santé : la situation en Suisse.
- Peytremann-Bridevaux, Isabelle, Bordet, Julie, & Burnand, Bernard. (2013). Diabetes care in Switzerland: good, but perfectible: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 13(1), 232. doi: 10.1186/1472-6963-13-232
- Pittet, Didier, Allegranzi, Benedetta, Sax, Hugo, Bertinato, Luigi, Concia, Ercole, Cookson, Barry, . . . Lazzari, Stefano. (2005). Considerations for a WHO European strategy on health-care-associated infection, surveillance, and control. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(4), 242-250.



- Pittet, D., Hugonnet, S., & Harbarth, S. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 356. doi: 10.1016/s0140-6736(00)02814-2
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Subst Abuse Treat*, 61, 47-59. doi: 10.1016/j.jsat.2015.09.006
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H. T., Cosgrove, S., . . . Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725-2732.
- Rechel, Bernd, Grundy, Emily, Robine, Jean-Marie, Cylus, Jonathan, Mackenbach, Johan P., Knai, Cecile, & McKee, Martin. (2013). Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62087-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X)
- Reich, Oliver, Rosemann, Thomas, Rapold, Roland, Blozik, Eva, & Senn, Oliver. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *PLOS ONE*, 9(8), e105425. doi: 10.1371/journal.pone.0105425
- Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K., & Wong, G. (2018). Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae-A scoping review. *PLoS One*, 13(12), e0202616. doi: 10.1371/journal.pone.0202616
- Rosenthal, R., Mujagic, E., Jacob, A. L., Seelos, R., Schafer, J., & Gurke, L. (2013). Impact of an intensive 2-day endovascular training course on technical performance of trainees. *Ann Vasc Surg*, 27(8), 1173-1181. doi: 10.1016/j.avsg.2013.01.015
- Runciman, W. B., Hunt, T. D., Hannaford, N. A., Hibbert, P. D., Westbrook, J. I., Coiera, E. W., . . . Braithwaite, J. (2012). CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust*, 197(2), 100-105.
- Russ, Stephanie, Hull, Louise, Rout, Shantanu, Vincent, Charles, Darzi, Ara, & Sevdalis, Nick. (2012). Observational Teamwork Assessment for Surgery Feasibility of Clinical and NonClinical Assessor Calibration With Short-Term Training. *Annals of Surgery*, 255(4), 804-809. doi: 10.1097/SLA.0b013e31824a9a02
- Rütsche, B, d'Amico, N, & Schläpfer, L. (2013). Stärkung der Patientenrechte: internationales Soft Law und nationale Gesetze im Vergleich. Gutachten im Auftrag des BAG. Bern.
- Sax, H, Harbarth, S, Troillet, N, Schlegel, M, Marschall, J, & Widmer, A. (2019). Infection Prevention and Control in Switzerland: Swiss Center for Infection Prevention Swissnoso and Swiss Infection Prevention Society.
- Sax, H, Harbarth, S, Troillet, N, Schlegel, M, Marschall, J, & Widmer, A. (2019). Infection Prevention and Control in Switzerland: Swiss Center for Infection Prevention Swissnoso and Swiss Infection Prevention Society.
- Scherz, Nathalie, Valeri, Fabio, Rosemann, Thomas, & Djalali, Sima. (2016). Quality of secondary prevention of coronary heart disease in Swiss primary care: Lessons learned from a 6-year observational study. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 118-119, 40-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.06.018>
- Schneider, P. (2019). The state of quality and safety in Swiss healthcare: Société suisse pour le management de qualité dans la Santé (SQMH).

- Schoenenberger, A. W., Radovanovic, D., Windecker, S., Iglesias, J. F., Pedrazzini, G., Stuck, A. E., . . . Investigators, Amis Plus. (2016). Temporal trends in the treatment and outcomes of elderly patients with acute coronary syndrome. *Eur Heart J*, *37*(16), 1304-1311. doi: 10.1093/eurheartj/ehv698
- Schuler, D, Tuch, A, & Peter, C. (2018). Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/2018. Neuchâtel.
- Schwappach, D. L., & Conen, D. (2012). Patient safety--who cares? *Swiss Med Wkly*, *142*, w13634. doi: 10.4414/smw.2012.13634
- 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 Serv Res*, *18*(1), 521. doi: 10.1186/s12913-018-3335-z
- Seelandt, J. C., Tschan, F., Keller, S., Beldi, G., Jenni, N., Kurmann, A., . . . Semmer, N. K. (2014). Assessing distractors and teamwork during surgery: developing an event-based method for direct observation. *BMJ Qual Saf*, *23*(11), 918-929. doi: 10.1136/bmjqs-2014-002860
- Shekelle, Paul G., Pronovost, Peter J., Wachter, Robert M., Taylor, Stephanie L., Dy, Sydney M., Foy, Robbie, . . . Walshe, Kieran. (2011). Advancing the Science of Patient Safety. *Annals of Internal Medicine*, *154*(10), 693-696. doi: 10.1059/0003-4819-154-10-201105170-00011
- Sommerhalder, K. (2015). Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS. Bern.
- Staender, S. (2019). Quality and Safety of Anaesthesiology in Switzerland: Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation.
- Staender, S., Schaer, H., Clergue, F., Gerber, H., Pasch, T., Skarvan, K., & Meister, B. (2011). A Swiss anaesthesiology closed claims analysis: report of events in the years 1987-2008. *Eur J Anaesthesiol*, *28*(2), 85-91. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283414fea
- Staines, A. (2007). *La relation programme qualité / résultats patients. (The relationship between quality improvement programmes and results for patients)*. Université de Lyon, Lyon.
- Staines, A., Amherdt, I., Lecureux, E., Petignat, C., Eggimann, P., Schwab, M., & Pittet, D. (2017). Hand Hygiene Improvement and Sustainability: Assessing a Breakthrough Collaborative in Western Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol*, *38*(12), 1420-1427. doi: 10.1017/ice.2017.180
- Staines, A., Baralon, C, & Farin, A. (2016). TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients (TeamSTEPPS: teamwork tools for patient safety). *Risques & Qualité en milieu de soins*, *XIII*(3), 159-164.
- Staines, A, Lecureux, E, Rubin, P, Baralon, C, & Farin, A. (2019). Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. *International Journal of Quality in Health Care (in press)*.
- Staines, A., Mattia, C., Schaad, N., Lecureux, E., & Bonnabry, P. (2015). Impact of a Swiss adverse drug event prevention collaborative. *J Eval Clin Pract*, *21*(4), 717-726. doi: 10.1111/jep.12376
- Staines, A., Thor, J., & Robert, G. (2015). Sustaining improvement? The 20-year Jonkoping quality improvement program revisited. *Qual Manag Health Care*, *24*(1), 21-37. doi: 10.1097/QMH.0000000000000048
- Swiss Nurses Association. (2019). Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.

- Troillet, Nicolas, Aghayev, Emin, Eisenring, Marie-Christine, & Widmer, Andreas F. (2017). First Results of the Swiss National Surgical Site Infection Surveillance Program: Who Seeks Shall Find. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 38(6), 697-704. doi: 10.1017/ice.2017.55
- Tscholl, D. W., Weiss, M., Kolbe, M., Staender, S., Seifert, B., Landert, D., . . . Noethiger, C. B. (2015). An Anesthesia Preinduction Checklist to Improve Information Exchange, Knowledge of Critical Information, Perception of Safety, and Possibly Perception of Teamwork in Anesthesia Teams. *Anesth Analg*, 121(4), 948-956.
- Vats, A, Vincent, CA, Nagpal, K, Davies, RW, Darzi, A, & Moorthy, K. (2010). Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *British Medical Journal*, 340. doi: 10.1136/bmj.b5433
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer healthcare. Strategies for the real world*. London: Springer.
- Vincent, C., Moorthy, K., Sarker, S. K., Chang, A., & Darzi, A. W. (2004). Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 239(4), 475-482. doi: 10.1097/01.sla.0000118753.22830.41
- von Laue, N, Schwappach, D, Hochreutener, MA, & Frank, O. (2011). Täter als Opfer – „second victims“ Konstruktiver Umgang mit Behandlungen. Fehlern in Gesundheitsorganisationen Autoren.
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
- Wang, Yun, Eldridge, Noel, Metersky, Mark L., Verzier, Nancy R., Meehan, Thomas P., Pandolfi, Michelle M., . . . Battles, James. (2014). National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005–2011. *New England Journal of Medicine*, 370(4), 341-351. doi: doi:10.1056/NEJMsa1300991
- Wasserfallen, J.B. (2019). The economic case for quality and safety: University of Lausanne.
- Weiler, Stefan, Gemperli, Armin, Collet, Tinh-Hai, Bauer, Douglas C., Zimmerli, Lukas, Cornuz, Jacques, . . . Rodondi, Nicolas. (2014). Clinically relevant quality measures for risk factor control in primary care: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 306. doi: 10.1186/1472-6963-14-306
- Weld, L. R., Stringer, M. T., Ebertowski, J. S., Baumgartner, T. S., Kasprenski, M. C., Kelley, J. C., . . . Novak, T. E. (2016). TeamSTEPPS Improves Operating Room Efficiency and Patient Safety. *Am J Med Qual*, 31(5), 408-414. doi: 10.1177/1062860615583671
- World Health Organisation. (2018). Handbook for National Quality Policy and Strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.
- World Health Organisation, World Bank, & OECD. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organisation.
- Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 320(7237), 726-727.
- Ziltener, Erika. (2019). Healthcare from the point of view of patients: Dachverband Schweizerischer Patientenstellen.
- Zimmermann, K., Holzinger, I. B., Ganassi, L., Esslinger, P., Pilgrim, S., Allen, M., . . . Stocker, M. (2015). Inter-professional in-situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach. *BMC Med Educ*, 15, 189. doi: 10.1186/s12909-015-0472-5

- Zimmermann, N., Kung, K., Sereika, S. M., Engberg, S., Sexton, B., & Schwendimann, R. (2013). Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals--a validation study. *BMC Health Serv Res*, *13*, 347. doi: 10.1186/1472-6963-13-347
- Züllig, S. (2019). Harm to patients in Switzerland – an overview: Fondation pour la sécurité des patients, Zurich.
- Zúñiga, F. (2019a). Resident safety and quality of care in nursing homes: unité de sciences infirmières, département de santé publique, Université de Bâle.
- Zúñiga, F. (2019b). Frail older people in home care: unité de sciences infirmières, département de santé publique, Université de Bâle.
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes-A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, *52*(9), 1463-1474. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005



## Annexes

### I Rapports succincts et recherches bibliographiques

Le présent rapport a été rédigé sur la base des rapports succincts, des rapports en réponse à nos invitations et de la littérature, comme indiqué ci-dessous :

- Bosshard, C., et al. (2019). The current status of quality and (patient) safety in the Swiss healthcare system from the perspective of the Swiss Academy for Quality in Medicine, Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM/FMH).
- Burnand, B. and M. Al-Gobari (2019). The safety and quality of healthcare in Switzerland: Indicators and evaluation of quality and safety. Revue de littérature, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne.
- Busch, P. (2019). ANQ Quality Measurements in Hospitals and Clinics - A pioneering Swiss achievement, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).
- Ceschi, A. (2019). The state of quality and safety in Swiss Healthcare: Contribution of Clinical Pharmacologists and Toxicologists to Improve Medication Safety, Société suisse de pharmacologie et toxicologie.
- Chiolero, A. and N. Rodondi (2019). Quality improvement in primary care: toward the provision of safe, high value, patient-centered, sustainable, and data-informed care, Institute of Primary Health Care (BIHAM), Université de Berne.
- Choupay-Dessard, G., et al. (2019). Education and training in safety and quality improvement, Hôpitaux universitaires de Genève.
- Deschodt, M. (2019). Care for frail older people in the hospital, unité de sciences infirmières, département de santé publique, Université de Bâle.
- Dörr, P. and C. Küng (2019). Pharmacovigilance, Swissmedic.
- Frank, O. (2018). Systems for reporting medical errors and treatment incidents in the Swiss healthcare system: an overview, Fondation suisse pour la sécurité des patients, Zurich.
- Genoni, M. (2019). From a surgical point of view, Department of Cardiovascular Surgery, Hôpital universitaire de Zurich.
- Guillod, O. and R. Christinat (2019). Regulation system and quality/safety, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel.
- Hannawa, A. (2018). Safe communication between staff and with patients, Center for the Advancement of Healthcare Quality and Patient Safety (CAHQS), Faculté des sciences de la communication, Università della Svizzera italiana.
- Hošek, M. and P. Bezzola (2019). Development instead of a standstill: accreditation for medical practices, Fondation EQUAM.
- Ihde-Scholl, T. and W. Rössler (2019). Safety and quality of psychiatric care in Switzerland, Pro Mente Sana.
- Manser, T. (2019). Safety culture in the context of Swiss healthcare, Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

- Manser, T., et al. (2019). Evidence of implementation of safety and quality interventions. Literature Review., Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.
- McLennan, S. (2019). Support for victims (patients, families, and staff): Institut d'éthique biomédicale, Université de Bâle.
- Muff, P., et al. (2019). Medication Safety, Swiss Association of Public Health Administration and Hospital Pharmacists (GSASA).
- Mylaeus-Renggli, M., et al. (2019). The understanding of quality management by SanaCERT Suisse, SanaCERT Suisse.
- Sax, H., et al. (2019). Infection Prevention and Control in Switzerland, Swiss Center for Infection Prevention Swissnoso and Swiss Infection Prevention Society.
- Schneider, P. (2019). The state of quality and safety in Swiss healthcare, Société suisse pour le management de qualité dans la santé (SQMH).
- Staender, S. (2019). Quality and Safety of Anaesthesiology in Switzerland, Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation
- Swiss Nurses Association (2019). Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.
- Wasserfallen, J. B. (2019). The economic case for quality and safety, Université de Lausanne.
- Ziltener, E. (2019). Healthcare from the point of view of patients, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen.
- Züllig, S. (2019). Harm to patients in Switzerland – an overview, Fondation pour la sécurité des patients, Zurich.
- Zúñiga, F. (2019). Frail older people in home care, unité de sciences infirmières, département de santé publique, Université de Bâle.
- Zúñiga, F. (2019). Resident safety and quality of care in nursing homes, unité de sciences infirmières, département de santé publique, Université de Bâle.

## II Processus d'élaboration du Rapport national suisse sur la sécurité et la qualité des soins

Les auteurs du Rapport national suisse sur la sécurité et la qualité des soins ont sollicité les apports d'une communauté d'experts et d'organisations en Suisse. Le processus d'élaboration du Rapport national suisse s'est déroulé comme suit :

- Définition par les auteurs de la structure du rapport et des sujets clés à inclure.
- Identification par les auteurs des principaux experts et organisations susceptibles d'apporter une contribution par le biais de rapports succincts cliniques ou thématiques.
- Invitation de 25 experts et organisations, explication du projet et interaction avec les participants en vue d'obtenir 28 contributions. Les contributions reçues comprennent des rapports succincts (cliniques et thématiques), deux revues de littérature (sur les données relatives à la qualité et à la sécurité et sur les interventions) ainsi que des contributions sollicitées (des organisations participant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité ont été invitées à présenter leur travail, leurs réflexions et leurs recommandations).
- Envoi d'un bulletin d'information mensuel à tous les contributeurs pour communiquer les nouvelles au sujet de l'évolution du processus.
- Fourniture par les auteurs d'un retour d'information à tous les contributeurs, ce qui a donné lieu à la révision des contributions dans la plupart des cas.
- Extraction par les auteurs des recommandations clés formulées dans les rapports succincts, afin de rédiger une première ébauche de la section « Recommandations » du Rapport national.
- Organisation d'un séminaire (Office fédéral de la santé publique et auteurs) pour tous les contributeurs, afin de tenir une discussion sur les recommandations et de rechercher un consensus.
- Préparation d'une ébauche du Rapport national suisse par les auteurs, en s'appuyant sur les revues de littérature, d'autres sources dans la littérature, les expériences faites, les rapports succincts, les contributions sur invitation et les informations recueillies lors du séminaire.
- Discussion sur les recommandations au sein du Conseil consultatif scientifique de l'Office fédéral de la santé publique.
- Multiples relectures des ébauches successives par des contributeurs bénévoles et des membres du Conseil consultatif scientifique. Améliorations progressives du rapport.
- Deuxième consultation de tous les contributeurs au sujet de la version révisée des recommandations.
- Prise de décisions définitives par les auteurs et rédaction de la version finale du Rapport national suisse.

### III Démarche d'amélioration : développement des aptitudes (exemple fictif)

*Cette histoire se déroule dans un hôpital suisse fictif. Elle illustre la façon dont le développement des aptitudes et des infrastructures contribue à l'amélioration et la rend plus durable.*

Daniel Schmit occupe un poste de responsable de la qualité dans un grand hôpital suisse. Il repense à une réunion qui vient de se terminer et durant laquelle les résultats de son programme de prévention des escarres ont été communiqués à tous les chefs de clinique et aux cadres dirigeants de l'hôpital. Le programme avait pour objectif de réduire les escarres liées aux soins de 60 % en 18 mois, et les résultats réels ont indiqué une diminution de 76 %. Daniel travaille dans cet hôpital depuis deux ans et demi. Plusieurs de ses projets et initiatives ont déjà remporté un certain succès, mais il s'agit du premier projet majeur à l'échelle d'un hôpital pour lequel il a pu annoncer des résultats dépassant les objectifs, déjà ambitieux, qui avaient été fixés.

Au cours de ses réflexions, Daniel compare son expérience actuelle à celles qu'il a vécues chez ses employeurs précédents. La différence la plus flagrante tient aux attentes et au soutien des dirigeants. Son directeur général actuel parlait fréquemment de l'amélioration de la qualité et de la sécurité et a immédiatement donné son appui au programme de prévention des escarres. Le conseil de direction a été surpris et alarmé par les données indiquant que dans l'hôpital, sur une période de cinq ans, 5 % des patients en moyenne ont souffert d'escarres, par rapport à une moyenne nationale de 4 %. Cependant, ce qui a eu le plus d'impact sur le conseil de direction a été une vidéo de trois patients expliquant les conséquences de leurs escarres : la douleur, le temps supplémentaire passé à l'hôpital, l'impression de perdre leur dignité et même le sentiment de honte en présence de membres de leur famille.

Le service qualité de l'hôpital a examiné brièvement la littérature internationale et constaté que les études encourageaient l'introduction d'un ensemble (bundle) de pratiques cliniques destinées à prévenir les escarres. Cet ensemble comprenait une évaluation des risques pour chaque patient et cinq mesures de prévention pour les personnes à risque : l'évaluation quotidienne de l'état de la peau, le changement de position des patients toutes les deux heures, l'utilisation d'un matelas adapté, l'hydratation et la nutrition, et enfin la gestion de l'humidité. Des audits portant sur les pratiques actuelles et fondés sur le principe du « tout ou rien » ont révélé que seuls 9 % des patients concernés ont bénéficié des cinq composantes de l'ensemble. Cela a été un choc pour les équipes cliniques, mais cette constatation a eu pour effet de galvaniser le programme.

La stratégie d'amélioration multimodale a combiné une évaluation des risques, la mise en œuvre systématique de l'ensemble de pratiques et la participation à un module d'apprentissage en ligne sur la prévention des escarres. Un retour d'information mensuel sur l'incidence des escarres et des réunions d'équipe régulières permettant de discuter des progrès réalisés ont été mis en place et ont fortement contribué à susciter l'enthousiasme du personnel et à le faire participer au programme. L'évaluation des risques a été intégrée à un formulaire électronique afin de simplifier le processus. L'ensemble des ordres infirmiers ont été adaptées de façon à indiquer à quel moment les mesures avaient toutes été exécutées pour chaque patient.

Les visites de sécurité entreprises par les dirigeants, assorties d'entretiens avec les patients et les aidants ont eu un effet stimulant et encourageant. Les visites des responsables ont permis de montrer l'engagement des dirigeants ainsi que son soutien et sa reconnaissance pour le travail réalisé par le personnel soignant. Les responsables ont commencé à s'intéresser davantage à la sécurité et à intégrer l'amélioration dans le cadre de leurs responsabilités générales. Ils sont parvenus à mieux comprendre les enjeux liés à la mise en œuvre des meilleures pratiques et ont adopté un point de vue moins tranché et moins mécaniste des projets d'amélioration.

Le Directeur général était fier du projet et a décidé de le présenter au conseil d'administration. Ce dernier a très bien accueilli l'initiative, mais a été consterné d'apprendre que les bonnes pratiques avaient été si peu respectées pendant tant d'années. Le conseil d'administration a demandé au directeur général d'inclure des indicateurs de qualité et de sécurité dans ses rapports réguliers et a créé en son sein un comité chargé de superviser la qualité et la sécurité des soins. Un an plus tard, le conseil d'administration a décidé d'inclure des indicateurs de qualité dans l'évaluation des performances du directeur général, en plus des indicateurs financiers et de productivité existants. À son tour, le directeur a cherché à mettre en place davantage d'indicateurs de qualité et à harmoniser les incitations en vue de promouvoir l'amélioration de la qualité dans tout l'hôpital. La mesure des divergences entre les pratiques fondées sur des preuves et les pratiques actuelles est ainsi devenue partie intégrante de la culture de l'hôpital, également pour des questions autres que les escarres.

Pourquoi cet hôpital est-il parvenu à un aussi bon résultat ? Daniel estime que ce succès ne s'explique pas par des avantages dont aurait bénéficié l'hôpital mais par le fait qu'il a su tirer parti des défis et des opportunités rencontrés pour devenir une organisation apprenante. Au fil du temps, à force de bonne volonté et grâce à un leadership engagé et soutenu, les infrastructures et les aptitudes se sont développées et ont mûri jusqu'à offrir de nouvelles possibilités en termes d'amélioration et de durabilité dans l'ensemble du système.

## IV Liste des tableaux et des figures

<b>Tableau 2.1</b>	Jalons dans l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins en Suisse après 2000
<b>Tableau 3.1</b>	Comparaisons internationales : conclusions significatives
<b>Encadré 3.1</b>	Qualité et sécurité des soins en Suisse : quelques faits préoccupants
<b>Tableau 5.1</b>	Conditions pour une amélioration réussie dans l'ensemble du système

## V Liste des abréviations et des acronymes

<b>ANQ</b>	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
<b>A-QUA</b>	Registre national suisse de la qualité en anesthésiologie
<b>ASQM</b>	Académie suisse pour la qualité en médecine
<b>BIHAM</b>	Institut universitaire de médecine générale de Berne
<b>CAHQS</b>	Centre pour l'avancement de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Université de la Suisse italienne)
<b>CHF</b>	Francs suisses
<b>CIRNET</b>	Réseau des systèmes locaux de déclaration d'incidents
<b>CIRS</b>	Système de déclaration d'incidents
<b>DRG</b>	Groupe de cas lié au diagnostic
<b>EQUAM</b>	Fondation pour la promotion externe de la qualité des prestations médicales dans le secteur ambulatoire
<b>ERAS</b>	Réhabilitation améliorée après chirurgie
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>FoQual</b>	Forum des responsables de la qualité dans les hôpitaux francophones et italophones
<b>IAS</b>	Infection nosocomiale ou infection associée aux soins
<b>ISO</b>	Organisation internationale de normalisation (Genève)
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Suisse)
<b>NHS</b>	Service national de santé (Royaume-Uni)
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>PROM</b>	Mesure des résultats déclarés par les patients
<b>AQ</b>	Amélioration de la qualité
<b>ReMed</b>	Réseau de soutien pour médecins (Suisse)
<b>SIRIS</b>	Registre suisse des implants
<b>sQmh</b>	Société suisse pour le management de qualité dans la santé
<b>SSI</b>	Infection du site chirurgical ( <i>surgical site infection</i> )
<b>Swissmedic</b>	Institut suisse des produits thérapeutiques
<b>Swissnoso</b>	Centre national de prévention des infections (Suisse)
<b>TeamSTEPPS</b>	Outils et stratégies d'équipe pour accroître les performances et la sécurité des patients
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé







## Les auteurs

### **Charles Vincent**

Professeur de psychologie, Université d'Oxford  
Chargé de recherche, Jesus College, Oxford  
Directeur, Oxford Healthcare Improvement  
Président du Conseil consultatif scientifique pour la qualité et la sécurité des patients, Office fédéral de la santé publique, Suisse.

### **Anthony Staines, PhD**

Chargé du programme Sécurité des patients, Fédération des hôpitaux vaudois, Suisse  
Rédacteur adjoint, *International Journal for Quality in Health Care*  
Membre du Conseil consultatif scientifique pour la qualité et la sécurité des patients, Office fédéral de la santé publique, Suisse.

Citation suggérée pour ce rapport : Vincent, C. et Staines, A. (2019). Améliorer la qualité et la sécurité du système de santé suisse. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Oxford et Clarmont

30 juin 2019