



# **Evaluation des effets de la révision de la LAMal sur la qualité des soins stationnaires**

Deuxième étude préliminaire pour la prise en compte de la qualité des structures et des processus

Executive Summary (Français)

Ulrich Frick

Stefan Krischker<sup>2</sup>

Gerhard Gmel<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Qualitätsmanagement der Med. Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz (medbo)

<sup>3</sup> Addictionsuisse, Lausanne

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Juillet 2013

## Impressum

Numéro de contrat: 13.000871 / 500.0000 / -409

Durée du projet: 15.2.2013 – 14.6.2013

Direction du projet d'évaluation à  
l'OFSP:

Gabriele Wiedenmayer, Service Evaluation et recherche (E+F),  
Marie-Thérèse Furrer, Section Tarifs et fournisseurs de  
prestations (TARLE)

Méta-évaluation : L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un rédacteur externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. Par conséquent, l'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP.

Commande : Service Evaluation et recherche (E+F), Office fédéral de la santé  
publique, 3003 Berne  
[evaluation@bag.admin.ch](mailto:evaluation@bag.admin.ch)  
[www.health-evaluation.admin.ch](http://www.health-evaluation.admin.ch)

## Executive Summary (Français)

Dans le cadre de l'évaluation accompagnant la révision de la LAMal relative au financement des hôpitaux, cette étude préliminaire a pour but d'élaborer des propositions pour l'organisation et la réalisation d'une étude principale. Il s'agit donc d'identifier - sur la base d'une analyse systématique de la littérature - les caractéristiques (fondées sur des preuves) de la qualité de la structure et/ou des processus dans le secteur hospitalier à prendre en compte dans l'étude principale prévue (cf. 2.2). Il s'agit de surcroît d'établir un aperçu systématique des expériences faites jusqu'ici avec l'introduction de forfaits prospectifs par cas comme système de rémunération, afin de déterminer si et comment la qualité du résultat du traitement hospitalier s'en est trouvée affectée (2.1). Il s'agit enfin de proposer, à partir de cette double recherche documentaire, pondérée par les données disponibles en Suisse, les indicateurs à inclure dans l'étude principale (2.3).

### 1. Forfaits par cas et qualité

Au terme d'une recherche étendue portant sur 3'658 articles potentiellement intéressants, 73 publications ont finalement été retenues en vue de leur exploitation. Les études consacrées aux effets des forfaits prospectifs par cas sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires sont en effet beaucoup plus rares que celles dévolues à leurs conséquences économiques et/ou organisationnelles. Les effets de forfaits prospectifs par cas sur la qualité ont été nettement plus rarement étudiés en psychiatrie et dans les centres de réadaptation qu'en médecine somatique aiguë ou qu'à propos de la coopération (interface) entre divers secteurs de prestations. De même, les études ayant mis l'accent tant sur la qualité au niveau des hôpitaux qu'au niveau de l'ensemble du système de santé ont été très rares. Les variables étudiées jusqu'ici en tant que caractéristiques de la qualité des prestations fournies en milieu hospitalier ne sont en partie que mal interprétables du point de vue de la „qualité du résultat“, dans la mesure où elles se focalisent souvent sur les caractéristiques des processus.

Les principaux effets des systèmes prospectifs de forfaits par cas sur la qualité des prestations fournies en milieu hospitalier ont été jusqu'ici les suivants :

- Globalement la **diminution de la durée de séjour** escomptée a pu être dégagée.
- Une **augmentation des décès** pendant ou peu après le séjour hospitalier n'a pas été démontrée de ce fait, même s'il se peut que des personnes mourantes aient été plus rapidement transférées dans d'autres institutions
- De même, la majorité des études ne montrent **aucune augmentation du nombre de réhospitalisations** après l'introduction des forfaits par cas, étant entendu que ce résultat est moins significatif que les autres.
- **Aucune péjoration de la pose de l'indication** pour ou contre un traitement hospitalier n'est intervenue, près de la moitié des études y relatives montrant même au contraire une amélioration.

D'autres aspects, nettement plus rares, de la qualité des prestations fournies en milieu hospitalier ont été étudiés, dont il est ressorti que :

- On ne peut actuellement **pas clairement** établir si la **diminution de la durée de séjour** provient de **thérapies plus intensives** dans un temps plus court ou du fait de la disparition de sorties précédemment plutôt tardives.
- Les forfaits prospectifs par cas peuvent avoir tendance à provoquer un **transfert des flux de patients** en fonction des possibilités tant sur le moment que selon le lieu de prise en charge post-hospitalière. Cela dépend toutefois très nettement de la pathologie concernée et des structures de prise en charge post-hospitalière.
- Répondre à la question d'éventuels transferts prématurés nécessiterait de mesurer au plan national le **niveau fonctionnel** des patient-e-s attendant de sortir. Or on ne dispose jusqu'ici que de peu d'études à ce sujet (dont la majorité provient du secteur des cliniques de réadaptation). Il s'ensuit qu'**aucune conclusion suffisamment sûre** n'est possible.
- La question de savoir si le **taux de complications** s'est modifié du fait de l'introduction de forfaits par cas a elle aussi été **insuffisamment investiguée** jusqu'ici.

## 2. Caractéristiques des structures et des processus du traitement résidentiel influant sur la qualité du résultat

D'entente avec l'OFSP, la seconde phase de recherche documentaire s'est attachée avant tout à identifier des *Reviews* ayant étudié systématiquement la corrélation entre caractéristiques des structures et des processus d'une part et résultat du traitement médical pour le ou la patiente d'autre part. A cet effet, les thématiques recherchées ont été fixées à l'avance et le dépouillement desdites *Reviews* (et si nécessaire également des études isolées) a été axé sur la possibilité d'en tirer des méthodes de mesure et des concepts d'enquête judicieux pour une étude d'évaluation en Suisse.

- **Taux d'encadrement** (staff ratio) : relativement simple à mesurer, la littérature existante en fait une caractéristique importante et clairement déterminante de la qualité. Ce critère vaut tant pour le personnel médical que soignant.
- **Expérience fondée sur le nombre de cas et/ou la spécialisation** (*hospital volume*) : c'est là une variable prédictive reconnue de la qualité du résultat, particulièrement en chirurgie. Elle est déterminée d'une part par les compétences individuelles du personnel soignant, mais d'autre part aussi par la sécurité du déroulement des processus organisationnels au niveau de l'ensemble de l'institution.
- Les **principes d'organisation** généraux des hôpitaux représentent, en l'état actuel de la recherche, un champ d'investigation trop vaste et trop peu clairement structuré pour pouvoir en tirer des conclusions définitives sur leurs éventuels avantages pour la qualité du résultat. Et ce même si des cas particuliers présentent des indices positifs (p.ex. soutien informatique pour les prescriptions médicales).
- **Standardisations des processus thérapeutiques** (*clinical pathways*) : en tant que caractéristique structurelle, elles sont – dans la logique de la recherche - encore trop peu explicites comme variable influant sur la qualité du traitement pour mériter d'être investiguées. Il est en effet déterminant, pour pouvoir être étudiées de manière adéquate en tant que facteurs de qualité, qu'elles soient liées à une mise en pratique effective et nationale. Or, c'est précisément en cela que la recherche présente, en l'état, de nombreuses lacunes : il n'est pas possible, sans application étendue, de tirer des conclusions sur les effets de ces standardisations sur la qualité.
- La même ligne argumentaire vaut pour les **check listes** utilisées de manière routinière dans l'activité clinique quotidienne.

- La sortie de l'hôpital de soins aigus ne permet pas automatiquement de mesurer le résultat que peut finalement espérer un **patient ayant besoin d'un suivi post hospitalier** (réadaptation, prestations durables d'aide, etc.). La manière d'organiser de manière optimale gestion de la sortie et interfaces constitue cependant une **importante variable modératrice** de la qualité du traitement.
- Le dossier des **caractéristiques techniques de l'équipement** d'un hôpital (*technical equipment*) et son exploitation informationnelle à l'aide de **systèmes hospitaliers d'information** modernes (*hospital information system*) sont des caractéristiques structurelles constituant des caractéristiques de prime abord convaincantes de la mise à disposition de prestations de haute qualité. Toutefois, leur taxinomie et leur mesure posent d'une part de sérieux problèmes en cas de mesure au plan national et n'ont d'autre part constitué jusqu'ici un avantage reconnu dans les *Reviews* existantes (p.ex. celles consacrées aux systèmes d'information) que pour la gestion des médicaments.

### 3. Suggestions pour une étude principale

Concernant l'évaluation envisagée dans le secteur des hôpitaux de soins aigus, nous suggérons une double approche méthodologique permettant d'étudier les effets des modifications de la LAMal sur la qualité :

1. Au niveau de l'ensemble du système de santé, il faudrait étudier - au moyen de procédures adéquates d'analyse de séries chronologiques - le comportement du système de santé suisse dans son ensemble (sur la base de données agrégées de cas individuels issus de la statistique médicale), soit : durant la phase préparatoire à l'introduction du SwissDRG, comment ont évolué, au fil du temps (par trimestre ou mois), la gestion interdépendante de taux d'hospitalisations dans la population ou le nombre absolu d'admissions de patient-e-s, les durées de séjour, l'occupation des lits ainsi que les taux de réhospitalisations ? Les modifications de la LAMal ont-elle entraîné par la suite des modifications immédiates ou cas échéant progressives de ce système de traitement (ruptures structurelles des séries temporelles et autres) ? Au plan méthodologique, les modèles ARIMA et leurs extensions multivariées ont été suggérés.
2. Il faudrait étudier, au niveau d'agrégats d'hôpitaux, la réaction de ces derniers aux modifications de la LAMal par une modélisation appropriée des caractéristiques de leurs résultats (taux de mortalité, taux de réhospitalisation, durées de séjour, modalités de transfert vers la prise en charge post-hospitalière) sous réserve d'ajustements à certaines caractéristiques significatives propres aux patient-e-s (âge, sexe, diagnostic, caractéristiques anamnestiques, etc.). Cela pourrait se faire au moyen d'analyses multi-niveaux ad hoc, dont l'approche méthodologique a été expliquée en détail. Il pourrait également se révéler opportun d'y intégrer les caractéristiques de structures et/ou de processus susmentionnées (*staff ratio*, *hospital volume*).

Il a été proposé d'utiliser - comme corpus de données approprié pour une étude d'évaluation pertinente quant à son contenu et réaliste quant à sa réalisation - les données individuelles de patient-e-s anonymisé-e-s provenant de la Statistique médicale des hôpitaux

(complète de- puis 2003 avec des codes de liaison anonymes), combinées aux données périodiquement publiées au niveau de chaque hôpital par les hôpitaux suisses. D'autres caractéristiques hospitalières nécessaires peuvent être calculées à partir du corpus des données individuelles (p.ex. expérience de certains groupes diagnostics par hôpital et par année).

Pour ce qui est de la question spécifique d'une possible modification de la gestion des interfaces, nous recommandons une analyse secondaire des données recueillies dans divers cantons, avant tout alémaniques au moyen de l'ensemble des instruments de mesure de l'ancienne Zürcher Verein Outcome<sup>1</sup>, données déjà recueillies de manière continue, en nombre de cas et suffisamment longtemps avant l'introduction du SwissDRG pour la sécurité de la qualité. Ces instruments documentent le processus de transfert vers une structure post-hospitalière du point de vue de l'hôpital quitté, du ou de la patiente concernée ainsi que de l'institution d'accueil.

---

<sup>1</sup> Zürcher Verein Outcome : Association zurichoise Outcome – soutenue par la direction de la santé zurichoise, les assureurs et les hôpitaux - ayant pour but de mesurer la qualité des prestations du système de santé