



Juillet 2021

# Concept de programmes nationaux pour le développement de la qualité dans le cadre défini par l'art. 58 LAMal

À l'intention de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ)

La commission a pris connaissance du présent concept le 30 août 2021.

La présente version, abrégée et adaptée, est mise à la disposition du public ; vous trouverez de plus amples informations dans la lettre d'accompagnement de la CFQ du 30 août 2021.

**Remarque concernant la mise en page :** les titres des paragraphes non compris dans le présent document ont été maintenus et surlignés en gris.

Prof. David Schwappach, MPH  
Directeur  
Fondation Sécurité des patients Suisse  
Asylstrasse 77, CH 8032 Zurich  
[schwappach@patientensicherheit.ch](mailto:schwappach@patientensicherheit.ch)

Avec la collaboration de (dans l'ordre alphabétique)  
Dr. Simone Fischer, Dr. Annemarie Fridrich, Dr. Katrin Gehring, Helmut Paula, Dr. Yvonne Pfeiffer

Citation : Schwappach, D. : Concepti de programmes nationaux pour le développement de la qualité dans le cadre défini par l'art. 58 LAMal. Fondation Sécurité des patients Suisse. Zurich, 2021



**Lettre d'accompagnement de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) concernant le plan pour les programmes nationaux de développement de la qualité visé à l'art. 58 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Fondation Sécurité des patients Suisse. Zurich, 2021.**

Le 30 août 2021

En novembre 2020, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a invité la fondation Sécurité des patients Suisse (SPS) à élaborer un plan pour les programmes nationaux de développement de la qualité. Selon l'art. 58c LAMal, ces programmes constituent des instruments essentiels dans ce domaine. En juillet 2021, la SPS a fourni à l'OFSP un plan remanié (qualifié ci-après de *plan*) à l'attention de la CFQ, qui en a pris connaissance le 30 août 2021.

Ce plan servira de document de travail interne aux membres de la CFQ.

Dans une optique de transparence, la CFQ a décidé lors de sa séance du 30 août 2021 de rendre le plan accessible aux parties prenantes intéressées ainsi qu'aux fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs qui, conformément à l'art. 58a LAMal, sont tenues de conclure des conventions relatives au développement de la qualité valables pour l'ensemble du territoire suisse. Par ailleurs, toutes les personnes intéressées peuvent consulter le plan via le site Internet de l'OFSP.

À la demande de la CFQ, le remaniement a conduit aux adaptations suivantes :

### **1. Besoin en ressources**

Sur demande de l'OFSP, la SPS a effectué une première estimation approximative du besoin en ressources. Ces estimations se basent sur des conditions et des hypothèses qui doivent être calculées par un requérant lors de la préparation d'une offre et évaluées en fonction du projet par la CFQ lors de l'attribution d'un mandat. Cette partie ne figure donc pas dans le document.

### **2. Structures organisationnelles**

La SPS a dressé des propositions détaillées pour la structure organisationnelle des programmes nationaux de développement de la qualité, y compris la description des rôles, des responsabilités respectives, des compétences et des qualifications. La CFQ ne souhaite



pas soumettre les prochains requérants à un organigramme et à des structures prédéfinis.  
Cette partie ne figure donc pas dans le document.

### **3. Programmes nationaux de base pour le développement de la qualité**

Les programmes nationaux de base peuvent être axés sur des aspects liés à la sécurité des patients ou au développement de la qualité. Le plan aborde en détail la sécurité des patients. Si nécessaire, la CFQ collaborera avec les parties prenantes du système de santé suisse pour élaborer les fondements des programmes nationaux de base pour le développement de la qualité. Cette thématique reste en suspens pour le moment, et la section sur les programmes nationaux de base pour le développement de la qualité ne figure donc pas dans le document.

#### **Remarque sur la présentation du plan :**

Les titres des chapitres concernant les sections non incluses figurent toujours dans le document, car ces sections font partie du mandat de l'OFSP décrit au début du document. De plus, leur suppression aurait modifié la mise en page.

Berne, le 30 août 2021

P<sup>r</sup> Pierre Chopard  
Président de la CFQ

P<sup>r</sup> Bernhard Güntert  
Vice-président de la CFQ



## Table des matières

<b>1</b>	<b>Cadre général</b> .....	<b>4</b>
1.1	Vue d'ensemble des types de programmes recommandés.....	6
1.2	Objectif du concept .....	7
1.3	Manière de procéder .....	8
1.4	Structure du concept.....	9
<b>2</b>	<b>Programmes nationaux de mise en application (PNA)</b> .....	<b>11</b>
2.1	Caractéristiques des « programmes nationaux de mise en application » : définitions, traits distinctifs, exigences .....	11
	Que signifie mise en application dans la présente conception ? .....	11
	Quel est l'objectif des programmes nationaux de mise en application ? .....	11
	Qu'est-ce qu'un programme national de mise en application ? .....	11
	Quels types de programmes nationaux de mise en application existe-t-il ? .....	12
	Quels sont les éléments de formation dans les différents types de programmes ? .....	13
	À qui s'adresse un programme national de mise en application ? .....	15
	À quelles pratiques les programmes nationaux de mise en application se prêtent-ils le mieux ? .....	15
	Comment un programme national de mise en application propage-t-il les pratiques ? .....	16
	La réalisation des programmes nationaux de mise en application est-elle volontaire ou obligatoire ? .....	16
	Quel est le lien entre les programmes nationaux de mise en application et les conventions de qualité ? .....	17
	Quelle est la portée d'un programme national de mise en application ? .....	18
	Comment les programmes nationaux de mise en application se différencient-ils selon les régions ? .....	18
	Comment les programmes nationaux de mise en application conduisent-ils à une amélioration locale ? .....	18
	Dans quelle mesure est-il judicieux d'adapter les pratiques aux conditions locales ? .....	19
	Quand un programme national de mise en application est-il couronné de succès ? .....	19
	Quelle est l'importance de l'évaluation et de la recherche dans les programmes nationaux de mise en application ? .....	19
	Qui collecte les données dans un programme de mise en application et dans quel but ? .....	20
	Quelle est la durée d'un programme national de mise en application ? .....	20
	De quelles ressources un programme national de mise en application a-t-il besoin ? .....	20
2.1.1	Exemple d'indicateurs pour un programme clinique .....	21
2.2	Modèle de phases pour les programmes nationaux de mise en application.....	22
2.2.1	Phase 0 : Exploration et préparation.....	23
2.2.2	Phase 1 : Développement et test.....	27
2.2.3	Phase 2 : Mise en application et pénétration .....	31
2.2.4	Phase 3 : Intégration dans la routine quotidienne .....	36
2.2.5	Récapitulation des phases, des questions et des moments décisifs.....	38
2.3	Vue d'ensemble des programmes nationaux de mise en application : temps requis et produits.....	39
2.4	Organisation du programme, direction, organes et rôles respectifs .....	39
2.4.1	Structure de l'organisation .....	39
2.4.2	Organisation du programme .....	39
2.4.3	Vue d'ensemble des rôles.....	39
2.4.4	Controlling, rapports et gestion des risques .....	39



## Concept Programmes nationaux

---

<b>3</b>	<b>Programmes nationaux d'élaboration de bases (PNB).....</b>	<b>40</b>
3.1	Orientation générale des PNB .....	40
3.2	PNB Monitoring des risques, sensibilisation et transfert de connaissances relatives à la sécurité des patients .....	42
<b>3.3</b>	<b>PNB Développement de la qualité et coordination .....</b>	<b>45</b>
3.4	Cadre relatif à l'organisation des PNB .....	45
3.5	Synergies et complémentarités entre PNA et PNB .....	45
<b>4</b>	<b>Considérations de fond .....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>Annexe 1 : Description des <i>Patient Safety Collaboratives</i> (UK) .....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>Annexe 2 : Extraits du Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 de l'OMS.....</b>	<b>54</b>



## 1 Cadre général

La révision de l'art. 58 LAMal offre à la Suisse une nouvelle base pour le développement de la qualité dans le domaine de la santé. Elle crée un cadre légal plus ferme et favorise la concertation des efforts déployés pour promouvoir la qualité des soins et la sécurité des patients. Le financement étant assuré conjointement par la Confédération, les cantons et les assureurs, davantage de ressources sont disponibles pour développer la qualité. La Commission fédérale pour la qualité (CFQ) récemment formée exercera une fonction importante d'organisation, de coordination et de direction.

La loi mentionne, en tant qu'instrument important de développement de la qualité, des « programmes nationaux » (art. 58c LAMal). Une notion commune de ce qu'il faut entendre exactement par ce terme dans le contexte du système suisse de santé ne s'est toutefois pas encore établie. Les idées et les attentes à cet égard sont très diverses, tant en ce qui concerne les contenus et les conditions-cadres de ces programmes que les exigences, les différents rôles et la mise en œuvre.

Certes, quelques acteurs ont déjà établi des plans de mise en œuvre pour certains aspects partiels de la loi révisée en fonction de leurs rôles respectifs, par exemple en ce qui concerne les conventions relatives au développement de la qualité (conventions de qualité). Cependant, ils ne formulent que des extraits et des priorités selon leur perspective propre. Afin d'exploiter pleinement le potentiel que la loi présente pour le développement de la qualité et d'investir efficacement les ressources disponibles, il est donc essentiel que les acteurs développent une vision commune sur la base d'une conception globale et rigoureuse.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a invité la fondation Sécurité des patients Suisse à présenter une offre pour établir un concept de programmes nationaux. L'appel d'offre énumérait en détail de nombreuses exigences auxquelles celle-ci devait répondre, ce que le présent document tente de faire au mieux. Il n'en subsiste pas moins une contradiction difficile à résoudre entre, d'un côté, le concept très générique de « programmes nationaux », qui devrait englober tous les thèmes, mesures, domaines de prestations et particularités régionales, et, de l'autre, la nécessité d'une formulation très détaillée et spécifique (p. ex. au sujet des exigences, des ressources temporelles et financières ou des critères de décision). Il n'est pas possible de résoudre cette contradiction en tous points. Nous tenterons néanmoins, par la formulation de critères et d'exigences, d'esquisser une conception qui offre à la fois la souplesse et la spécificité requises.

La présente conception et sa structure ont été pensées en fonction du contexte national et doivent donc aussi être comprises en ce sens. Ce contexte se caractérise par quatre conditions importantes :

- La recherche dans les domaines de la sécurité des patients, de la qualité, de la mise en œuvre des connaissances ainsi que la fourniture des soins est encore peu développée en Suisse. Cette circonstance produit des répercussions notamment sur la question de savoir comment et par qui des preuves pourront être données (en Suisse) concernant des



mesures de développement de la qualité, et quelles ressources scientifiques seraient utilisables en Suisse, sous une forme ou une autre, pour des programmes nationaux.

- Il y a un déficit systématique de sources de données et de structures susceptibles de produire rapidement et de façon sûre les données pertinentes nécessaires au développement de la qualité. Cela tient notamment au faible degré de numérisation. Le manque de données rapidement disponibles affecte tous les niveaux, mais en particulier celui des fournisseurs de prestations, qui ont besoin de ces données pour la mise en application au plan local.
- La propagation des compétences et des aptitudes de base sur les méthodes de développement de la qualité et de sécurité des patients dans les établissements de santé est faible. Ce manque provient, d'une part, de la formation du personnel de santé et d'autre part d'un manque d'incitations à promouvoir ces compétences au niveau tant individuel qu'organisationnel. En outre, les établissements de santé n'allouent que relativement peu de ressources au développement de la qualité. La faible propagation de ces « métacompetences » se traduit par une faible dynamique de développement de la qualité au plan local, si bien qu'il faut sans cesse remettre l'ouvrage sur le métier dans le cadre de projets et de programmes nationaux. À long terme, les « programmes nationaux » pourront contribuer à une amélioration et à une concrétisation à cet égard, si les ressources nécessaires y sont affectées.
- À ce jour, le développement de la qualité résulte pour l'essentiel de l'initiative de quelques personnes au sein des établissements et se caractérise par un faible nombre d'exigences et d'obligations. Cette situation a souvent eu pour conséquence que la mise en œuvre proprement dite au plan local a été, la plupart du temps, déléguée à des personnes ne disposant que de peu de prérogatives au sein de leur établissement, et souvent aussi de peu de soutien de la part de la direction, et n'ayant de ce fait que des possibilités très limitées d'exercer une influence. La loi révisée soumet le développement de la qualité à de plus grandes exigences, qui doivent aussi, pour atteindre l'objectif visé, se refléter dans les structures, la stratégie et la culture des établissements de santé.

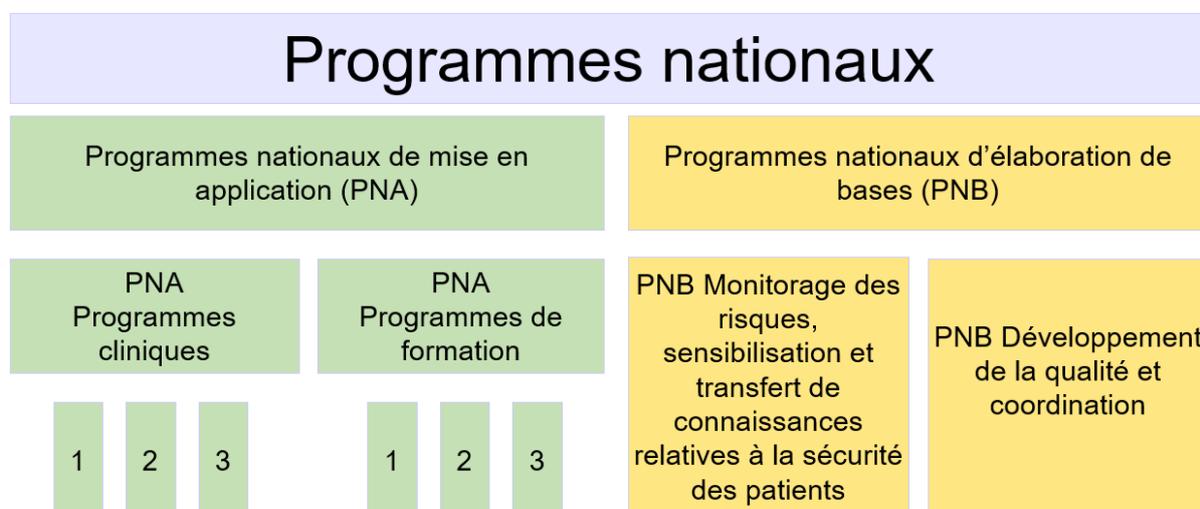
À ces facteurs essentiels s'ajoutent d'autres conditions cadres qui ont leur importance dans la notion de « programmes nationaux », comme la relativement grande diversité des structures, des langues et des législations cantonales sur un espace géographique relativement restreint. Une culture de l'apprentissage collaboratif ne s'est pas non plus encore réellement établie entre établissements ni même entre secteurs. Toutes ces considérations ont été prises en compte pour esquisser la présente conception.



## Concept Programmes nationaux

### 1.1 Vue d'ensemble des types de programmes recommandés

Nos réflexions relatives aux conditions posées par le contexte national nous amène à proposer deux types fondamentaux de programmes : d'une part, des « programmes nationaux de mise en application », qui se réfèrent directement à la qualité et à la sécurité dans un domaine spécifique de fourniture des prestations ; d'autre part, des « programmes nationaux d'élaboration de bases », qui comprennent des trains de mesures concernant l'ensemble des domaines, dont le déroulement est continu et qui doivent – précisément en raison des conditions évoquées – rester constamment et entièrement à disposition du système de santé (voir [Illustration](#)).



Les [programmes nationaux de mise en application](#) ont pour but d'intégrer les pratiques prometteuses dans le domaine de la fourniture des soins. Ils se subdivisent en [programmes cliniques](#) et en [programmes de formation](#). Les programmes cliniques nationaux portent sur des pratiques cliniques concrètes de soins. Les programmes nationaux de formation portent sur les « métacompétences » importantes dont les personnes et les établissements doivent disposer pour le développement de la qualité. Les programmes nationaux de mise en application constituent l'interface avec les conventions de qualité valables à l'échelle nationale (art. 58a LAMaI). Leur contenu peut faire l'objet de conventions de qualité ou d'autres directives. Ces aspects seront approfondis plus loin (→ [Mise en application facultative ou obligatoire](#)).

Les [programmes nationaux d'élaboration de bases](#) ont eux pour principal objectif de garantir l'efficacité des fonctions de surveillance des risques, d'innovation, de développement, de sensibilisation et de transfert de connaissances dans les domaines de la sécurité des patients et du développement de la qualité. Ils constituent ainsi une source stable de compétences et d'innovation, à la différence des programmes nationaux de mise en application qui se caractérisent par des thèmes et des phases changeants. Ils permettent d'identifier les objectifs stratégiques et contribuent à leur réalisation. La conception de base et la structure de ces types de programmes reflètent les éléments de fond formulés dans le texte de loi (art. 58c, al. 1, let. e et f, LAMaI) :



Art. 58c *La Commission fédérale pour la qualité a les tâches et les compétences suivantes :*

- e. *elle charge des tiers de procéder à des études et à des examens systématiques ;*
- f. *elle charge des tiers [...] de garantir l'identification et l'analyse des risques pour la sécurité des patients, de prendre des mesures de réduction de ces risques et d'assurer le développement de méthodes visant à promouvoir la sécurité des patients ; [...]*

---

Les programmes d'élaboration de bases reflètent également d'importants objectifs stratégiques du Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 de l'OMS. Ces deux types de programmes seront décrits plus loin de façon détaillée.

### 1.2 Objectif du concept

L'objectif principal du présent document est d'élaborer la base d'une notion commune de « programmes nationaux de développement de la qualité » (art. 58c LAMal). Ce travail comprend notamment :

- l'élaboration de définitions des notions essentielles ;
- la formulation de critères objectifs pour les moments clés de prise de décision ;
- l'esquisse du déroulement des programmes, de l'initiation et de la recherche de thèmes à la mise en application et au monitoring, en passant par l'élaboration d'indicateurs d'efficacité. Il convient ici de prêter une attention particulière aux transitions entre les phases ;
- l'ébauche des structures organisationnelles et des rôles nécessaires à l'établissement et à la mise en œuvre des programmes nationaux.

La rédaction de la présente conception devait répondre à d'importantes exigences, formulées comme suit :

Le concept porte sur la qualité de la fourniture des prestations et la sécurité des patients. Il a un caractère aussi général que possible et peut s'appliquer à la plupart des situations, quel que soit le domaine de fourniture des prestations. Il couvre le cycle de vie d'un programme, de l'idée initiale à la mise en application à large échelle et au monitoring. Elle comprend des définitions applicables, des critères servant à la sélection des thèmes, les principales caractéristiques d'un programme national ainsi que les bases de travail de celui-ci.



### 1.3 Manière de procéder

La présente conception s'appuie dans une large mesure sur l'expertise et l'expérience acquises par la fondation Sécurité des patients Suisse, d'une part au cours de la réalisation des programmes pilotes nationaux *progress!* et d'autre part à travers d'autres projets de mise en application, de coopération dans des recherches multicentriques ainsi que sur des connaissances méthodologiques et de fond issues des recherches internationales et le contexte national. De plus, la mise en œuvre et l'organisation de « programmes nationaux » en cours dans d'autres pays, par exemple au Royaume-Uni (*Patient Safety Collaboratives*, voir [Annexe](#)) ont été analysées spécifiquement pour le présent concept. Sa rédaction a suivi le principe du « perfectionnement systématique », c'est-à-dire que nous avons d'abord esquissé des éléments que nous avons ensuite approfondis systématiquement et décrits de manière de plus en plus détaillée. Ce processus s'articulait en quatre étapes :

#### Élaboration des principales définitions, caractéristiques et types de programmes

La première étape a consisté en un recensement des notions, des critères et des caractéristiques essentielles requises pour les définitions et les spécifications. Nous en avons ensuite retravaillé systématiquement la liste et défini les principales notions, de même que les caractéristiques centrales d'un programme (p. ex. taille, étendue, activités...), ce qui nous a permis de dégager les types fondamentaux de programmes. Enfin, nous avons complété en continu ces éléments par des ajouts, des précisions et des adaptations.

#### Élaboration d'un modèle de phases pour les programmes nationaux de mise en application

Dans cette deuxième étape, nous avons ébauché les principaux éléments du déroulement et du « cycle de vie » des programmes. À partir d'un modèle grossier, nous avons conçu un déroulement que nous avons précisé de plus en plus. Nous avons identifié les « moments critiques » dans le déroulement d'un programme, formulé des listes de critères pour les décisions essentielles et énuméré les conditions requises pour passer aux phases suivantes d'un projet. Outre les exigences de fond, nous avons aussi donné des indications sur les ressources nécessaires pour les différentes phases.

#### Élaboration de programmes nationaux d'élaboration de bases

L'étape suivante a servi à préciser les différentes catégories de « programmes nationaux d'élaboration de bases ». Comme ces programmes suivent par définition une autre logique et ont une autre fonction que les programmes de mise en application, le modèle des phases n'est pas approprié en ce qui les concerne. Nous avons esquissé les tâches et les contenus fondamentaux de ce type de programmes nationaux, en veillant à maintenir, à renforcer et à développer les compétences acquises et les activités menées jusqu'ici avec succès.

#### Élaboration de l'organisation, de la direction et des organes des programmes de mise en application, ainsi que des différents rôles en leur sein



Enfin, la dernière étape a consisté à mettre en lien le modèle de phases des programmes de mise en application avec les exigences en matière d'organisation et de méthodes de travail des programmes. Sur la base des exigences de fond, du déroulement, des phases et des transitions entre celles-ci, nous avons conçu une organisation et une direction des programmes qui en permettent une gestion aussi efficace et fructueuse que possible. Nous nous sommes concentrés pour cela sur les transitions entre les phases d'un programme, car il s'agit là de points particulièrement critiques auxquels il peut y avoir un changement de responsabilité entre les acteurs concernés.

Afin d'assurer une acceptation de fond aussi large que possible du présent concept par les partenaires des conventions de qualité et de prendre en compte leurs propres perspectives, nous les avons consultés très tôt. Ces partenaires ont pris une part active à l'élaboration de ce concept lors deux occasions :

1. Au début, afin de recueillir leurs idées et leurs attentes concernant les définitions et les mécanismes fondamentaux (séance du 9 février 2021).
2. Lors de la conception et de la formulation détaillée du modèle de phases, notamment afin d'esquisser les transitions entre les phases (séance du 13 avril 2021).

Les partenaires des conventions de qualité étaient représentées par ces spécialistes :

Esther Kraft	ASQM / FMH
Bernhard Güntert (jusqu'au 31.3.2021)	
Andreas Schittny	H+
Felix Roth	Santésuisse
Renata Josi / Anette Jamieson	Curafutura

D'autres entretiens ont encore été menés sur des thèmes spécifiques, par exemple avec la CDS (Kathrin Huber) et avec l'ANQ (Petra Busch, Regula Heller). Leurs retours, leurs propositions et leurs critiques ont été intégrés dans l'élaboration du concept. On soulignera toutefois que les organisations citées n'ont pas formellement approuvé le concept et qu'elles n'ont pas non plus été officiellement consultées.

Une version provisoire du concept a été discutée avec la présidence de la CFQ. Les membres de la commission ont donné leurs commentaires par écrit. Ces retours ont également été utiles au perfectionnement progressif et systématique de ce concept.

### 1.4 Structure du concept

Le présent concept entend d'une part décrire et définir les programmes nationaux en fonction de leur contenu et, d'autre part, esquisser de façon cohérente les déroulements, les structures et les processus résultant de la révision de loi. Elle s'articule en conséquence comme suit : un premier chapitre détaillé présente et définit les programmes nationaux de mise en application. À partir de questions essentielles,



## Concept Programmes nationaux

---

les principales notions sont précisées, les programmes sont caractérisés et leur contenu est formulé. Suit une présentation du modèle de phases, qui montre le déroulement d'un programme de mise en application, de l'idée initiale à la conclusion, et décrit pour chaque phase les étapes qui s'y succèdent, leur contenu et ce dont il faut tenir compte pour les transitions entre les phases. Le temps requis est estimé pour chaque phase et dans un résumé final. La conception des programmes nationaux de mise en application se conclut par une proposition relative à l'organisation et aux organes du programme ainsi qu'aux différents rôles. Le second chapitre principal est consacré aux programmes nationaux d'élaboration de bases. Ceux-ci suivent un modèle fondamentalement différent ; par exemple, ils ne se déroulent pas par phases mais comportent des tâches à mener en continu. Les deux types de programme se complètent. Ce chapitre définit la fonction et les prestations des programmes d'élaboration de bases proposés. La conception se termine par des appréciations et des réflexions de fond. Enfin, [l'annexe 1](#) décrit les communautés de travail pour la sécurité des patients (*Patient Safety Collaboratives*) mises en place au Royaume-Uni. Même si le système de santé britannique n'est pas comparable au nôtre, il est possible d'en tirer des enseignements importants qui peuvent aussi être pertinents pour la Suisse.



## 2 Programmes nationaux de mise en application (PNA)

### 2.1 Caractéristiques des « programmes nationaux de mise en application » : définitions, traits distinctifs, exigences

#### Que signifie mise en application dans la présente conception ?

La notion de mise en application n'est pas définie précisément. Le terme est souvent utilisé à la fois pour un processus (« mettre quelque chose en application ») et pour un résultat (« quelque chose est mis en application »). La mise en application décrit le processus par lequel « quelque chose » (p. ex. une politique, une procédure ou une infrastructure) est intégré au travail quotidien dans un cadre spécifique. À ce titre, le contexte dans lequel elle a lieu ainsi que les facteurs qui caractérisent ce contexte revêtent une grande importance. Le processus de mise en application, contrairement aux autres modes de changement, est systématique, délibéré, activement planifié et piloté. Par exemple, un médecin-chef pourrait simplement transmettre une nouvelle directive thérapeutique à son équipe, laissant à chaque membre de celle-ci la responsabilité de respecter scrupuleusement la directive (« dissémination »). Mais la « mise en application » de la directive thérapeutique implique la mise en place de conditions-cadres, l'adaptation des processus internes, la formation du personnel en conséquence, la réduction des obstacles à cette application, la mise en place d'incitations et le monitoring de la bonne application des pratiques requises. La notion de programmes nationaux de mise en application comprend deux niveaux d'intégration : d'une part, la mise en application nationale d'une pratique par le biais de décisions, de stratégies, de coordination, de pilotage et d'offres de soutien de niveau supérieur, et, d'autre part, la mise en application au plan local, sur le terrain, qui s'effectue dans le cadre d'un programme.

#### Quel est l'objectif des programmes nationaux de mise en application ?

L'objectif des programmes nationaux est le développement durable de la qualité par l'intégration cohérente et systématique de pratiques spécifiques dont on peut attendre avec une forte probabilité qu'elles améliorent la qualité des soins. Grâce aux programmes nationaux de mise en application, les fournisseurs de prestations sont accompagnés dans le processus de changement et soutenus pour intégrer avec succès ces pratiques dans la routine (« mise en application au plan local »). Les programmes nationaux de mise en application visent donc à l'implémentation locale et effective de toute pratique requise en Suisse. L'intensité du pilotage, du soutien et de la coordination dans un programme peut varier. Outre la propagation de pratiques judicieuses, l'objectif d'un programme national peut aussi consister en l'élimination de pratiques nuisibles ou à faible valeur.

#### Qu'est-ce qu'un programme national de mise en application ?

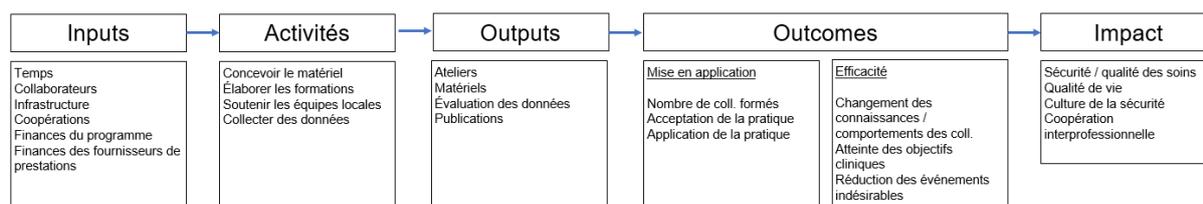
Un programme national de mise en application porte sur un champ d'action (p. ex. infections, polypharmacie, approche centrée sur le patient) pour lequel il a été établi, preuves à l'appui, qu'il requiert une intervention et qu'il présente un potentiel de développement pour le système de santé suisse. Les



## Concept Programmes nationaux

preuves peuvent provenir de programmes nationaux d'élaboration de bases ([→ Programmes nationaux d'élaboration de bases](#)) ou résulter d'autres monitorages, comme celui de l'ANQ.

Les programmes nationaux de mise en application propagent des pratiques (p. ex. liste de contrôle ou cercles de qualité) à intégrer dans l'organisation des fournisseurs de prestations afin d'obtenir des améliorations dans les champs d'action identifiés. Par pratiques, on entend des manières de procéder aux niveaux de l'individu et de l'organisation dans la réalisation d'un processus. Ainsi, les pratiques comprennent des exigences d'ordre individuel (p. ex. attention ou compétence d'un collaborateur), procédural (p. ex. ordre à respecter dans le déroulement de certaines étapes) et structurel (p. ex. matériel à utiliser). L'application et la propagation des pratiques (« quoi ? ») sont réalisées via des stratégies, des activités et des mesures spécifiques au programme considéré (« comment ? » ; p. ex. formation postgrade des professionnels, modifications apportées à l'organisation, incitations financières). Le degré de pilotage, de coordination et d'offres de soutien peut varier, mais tout programme repose sur un modèle logique ([logic model, voir Illustration à titre d'exemple](#)), qui met en évidence les relations de cause à effet supposées entre *input*, *output*, *outcome* et impact.



### Quels types de programmes nationaux de mise en application existe-t-il ?

Il existe deux types fondamentaux de programmes nationaux de mise en application :

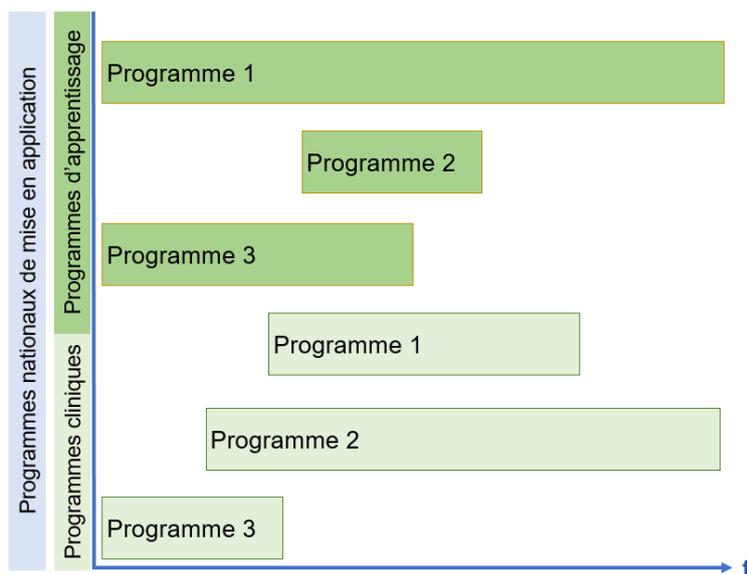
- Des programmes cliniques se rapportant à des processus en lien direct avec les soins dispensés, et donc à des actions touchant les patients (p. ex. prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes pour les maladies respiratoires légères ; liste de contrôle en chirurgie ; examen podologique des patients diabétiques ; gestion du sang du patient ; prévention de la malnutrition à l'hôpital ; transfert ; analyse pharmaceutique des médicaments pour les usagers des services d'aide et de soins à domicile ou les résidents d'EMS).
- Des programmes de formation centrés sur le développement des « métacompétences » des personnes et des organisations en termes de compréhension, de formation et d'amélioration (p. ex. apprentissage suite à des erreurs ; communication avec les patients, notamment après un incident ; réunions d'équipe [*huddles*] ; travail d'équipe interprofessionnel ; culture de la sécurité ; cercles de qualité ; revues de morbidité et de mortalité [RMM]). Les programmes de formation visent donc les capacités nécessaires au développement de la qualité.

Les deux types de programmes coexistent (voir [Illustration](#)). Au sein des deux, on trouve plusieurs programmes se déroulant simultanément à moyen terme. Les programmes cliniques visent à mettre en



## Concept Programmes nationaux

évidence et à réaliser de manière exemplaire les potentiels de développement concernant des problèmes connus, ainsi qu'à obtenir et à démontrer un bénéfice direct pour les patients. Les programmes de formation sont essentiels pour, d'une part, atteindre le plus grand nombre possible de fournisseurs de prestations et, d'autre part, générer une dynamique de développement qui profite aux programmes cliniques et trouve également un impact au-delà de ceux-ci. On peut attendre d'eux qu'ils apportent une contribution importante au développement et à l'amélioration de la culture de la sécurité dans le système de santé. Les deux types de programmes sont en relation d'équilibre l'un avec l'autre. On utilise stratégiquement les synergies potentielles entre les deux types de programmes, en veillant par exemple à leur succession dans le temps. Inversement, il convient de tenir compte des ressources dont, le cas échéant, les fournisseurs de prestations peuvent disposer pour la mise en œuvre.



### Quels sont les éléments de formation dans les différents types de programmes ?

Divers éléments de formation sont importants pour le développement de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Comme la LAMal vise notamment à institutionnaliser un processus de formation et d'amélioration continu, on présentera brièvement ici les éléments de formation des différents types de programmes. Les programmes nationaux de mise en application entendent modifier la pratique des soins dispensés aux patients. Les programmes cliniques forment et entraînent les fournisseurs de prestations directement impliqués dans les soins à bien appliquer au quotidien la pratique clinique spécifique en question. Un programme de formation, quant à lui, propage les compétences dans le développement de la qualité elle-même. L'objectif est alors d'intégrer des outils conçus pour le développement de la qualité. Par exemple, les personnes formées à la pratique des cercles de qualité pourront ensuite mobiliser ces compétences pour s'attaquer en toute autonomie à l'amélioration de la qualité dans leur contexte. Le point commun entre les deux types de programmes de mise en application est que tous les fournisseurs de prestations qui y prennent part mettent en application de manière coordonnée la même pratique fondée sur des preuves. Pour leur part, les éléments de formation des programmes nationaux d'élaboration de bases couvrent un large éventail de sujets d'intensité variée à



## Concept Programmes nationaux

l'intention de diverses parties prenantes. Ils sont aussi aisément accessibles et peuvent agir plus rapidement et avec plus de souplesse. Leur objectif est de renforcer des compétences générales dans l'ensemble du système.

Éléments de formation	Programmes de mise en application		Programmes d'élaboration de bases
	Programmes cliniques	Programmes de formation	
Objectif	Rendre capable d'appliquer <u>une pratique clinique spécifique</u> dans son contexte	Rendre capable d'appliquer <u>une pratique spécifique</u> de développement de la qualité dans son contexte	Générer et collecter des données ; regrouper rapidement des informations, des connaissances et des compétences et les propager à tous les niveaux
Objet de la formation	Application d'une pratique clinique	Compétences et méthodes utiles au développement de la qualité	Tous sujets pertinents touchant la sécurité des patients / le développement de la qualité, y c. les nouveaux champs d'action et les innovations / pratiques innovantes
Champ d'application	Très étroit : une pratique clinique spécifique	Étroit : une pratique spécifique utile au développement de la qualité	Très large, tant en termes de sujets que d'intensité / d'approfondissement
Groupe cible	Fournisseurs de prestations participant au programme et impliqués dans le processus clinique considéré. Niveau individuel fortement concerné.	Tous les fournisseurs de prestations participant au programme, selon leur rôle. Niveau organisationnel fortement concerné.	Toutes les parties prenantes, y compris les fournisseurs de prestations et les autres fournisseurs (informatique, industrie : p. ex. matériel, médicaments), la politique, l'administration, la CFQ, les associations, la population. Accès aisé
Pondération au sein du programme	Modéré	Central	Selon le programme, de faible à très important
Exemples	Indication et gestion des sondes vésicales ; conduite d'entretien avec un patient pour convenir d'objectifs thérapeutiques ; anamnèse médicamenteuse ;	Cercle de qualité ; RMM ; réunions d'équipe ( <i>huddles</i> ) ; système de déclaration d'incidents critiques ( <i>Critical Incident Reporting System</i> , CIRS) et analyse de ces cas ; exercices de simulation	Dissémination de données et de connaissances sous forme de publications, d'exposés, etc. ; informations et conseils techniques aux professionnels et aux organisations ; référentiel pour les instruments d'enquête et les indicateurs ; propagation nationale et sensibilisation aux nouvelles connaissances et aux sujets liés à la sécurité des patients et à la qualité des soins



### À qui s'adresse un programme national de mise en application ?

Les programmes nationaux de mise en application s'adressent principalement aux acteurs impliqués dans la fourniture des soins de santé. Un programme peut (sans y être toutefois tenu) s'adresser à des acteurs de différents secteurs. Les programmes nationaux de formation, en particulier, devraient impliquer des acteurs d'autant de domaines ou de secteurs que possible afin de produire un effet substantiel sur l'ensemble du système (« effet de marée » [*rising-tide effect*]). Cependant, les pratiques recommandées (p. ex. cercles de qualité dans le secteur ambulatoire ; RMM dans le secteur stationnaire) et les activités du programme ayant pour but de propager ces pratiques (p. ex. manuel, formation en ligne) peuvent différer selon les acteurs.

### À quelles pratiques les programmes nationaux de mise en application se prêtent-ils le mieux ?

Les pratiques propagées par les programmes nationaux se caractérisent avant tout par leur simplicité et leur intelligibilité. S'adressant aux individus et aux organisations et comptant un nombre limité d'éléments ou d'étapes, elles consistent en des recommandations d'ordre individuel, procédural et structurel. En particulier, pour les programmes cliniques nationaux disponibles à ce jour, il s'agit chaque fois de quelques mesures pratiques liées entre elles, clairement définies et étayées par des preuves solides, dont l'efficacité ne prête pas à controverse. Lorsqu'une pratique n'est pas encore suffisamment documentée, la phase pilote du programme devra pallier ce manque avant toute propagation générale et déterminer si la pratique entraîne des améliorations de la qualité des soins ou de la sécurité des patients dans le contexte suisse ([→ Critères pour les champs d'action et les pratiques](#) ; [Méthode hybride d'évaluation](#)). Les exigences en matière de preuve sont inversement proportionnelles au degré d'innovation de la pratique considérée : l'efficacité des pratiques faiblement innovantes est en général solidement validée, tandis que celle des pratiques très innovantes est encore peu documentée empiriquement.

### Quel est le niveau d'innovation des programmes nationaux de mise en application ?

Les programmes nationaux de mise en application varient dans leur degré d'innovation. Cet écart procède de la double intention de garantir des normes minimales (« qualité minimale ») chez tous les fournisseurs de prestations, mais aussi de susciter des possibilités et des incitations pour un développement orienté vers l'avenir (« *high performer* »). Le niveau d'innovation est aussi en lien avec le caractère volontaire ou obligatoire de la mise en application. Dans un premier temps, il est possible de propager les programmes présentant un haut degré d'innovation au moyen d'une simple recommandation ou d'une dissémination bénéficiant d'un certain soutien, voire d'une coordination, ciblant les premiers fournisseurs de prestations volontaires (dissémination). En revanche, les programmes présentant tout à la fois un degré d'innovation moindre et des preuves empiriques plus solides et déjà largement propagées seront plus à même d'être intégrés dans des directives de sociétés de discipline, des exigences contractuelles ou des dispositions réglementaires, et d'atteindre ainsi les fournisseurs de prestations moins enclins à l'innovation ([→ Mécanismes de mise en application](#)). Pour



exploiter le potentiel d'innovation des programmes nationaux, il importe de prévoir des incitations positives pour que les fournisseurs de prestations participent volontairement à des programmes ou à des phases de programme innovants (phase de développement, notamment).

### **Comment un programme national de mise en application propage-t-il les pratiques ?**

Les programmes nationaux de mise en application suivent des stratégies définies ayant pour but la propagation et l'application durable des pratiques considérées. Parmi ces stratégies figurent, typiquement, la formation initiale et postgrade, l'audit et le retour d'information, les processus itératifs de changement, les incitations financières, les changements organisationnels ou le soutien aux professionnels. En général, plusieurs stratégies sont retenues, dont l'importance évolue au fil du temps. Par exemple, les premières à entrer en jeu se concentrent sur l'acceptation auprès des fournisseurs de prestations, alors que les suivantes mettent l'accent sur la pérennisation de la pratique. De ces stratégies découlent des activités et des mesures spécifiques. Le but étant d'inscrire les pratiques visées dans l'activité quotidienne des fournisseurs de prestations, ces mesures doivent porter sur les compétences et les aptitudes individuelles du personnel des établissements concernés. Toutefois, elles comprennent aussi des aspects structurels et procéduraux ou des exigences concernant l'organisation (p. ex. établissement d'une directive interne, passage à un certain matériel médical). Les mesures d'un programme national doivent susciter des émotions positives. Les stratégies de mise en application, et donc les activités et les mesures qui en découlent, doivent être justifiées dans le plan du programme ou développées et testées ultérieurement ([→ Plan du programme](#)).

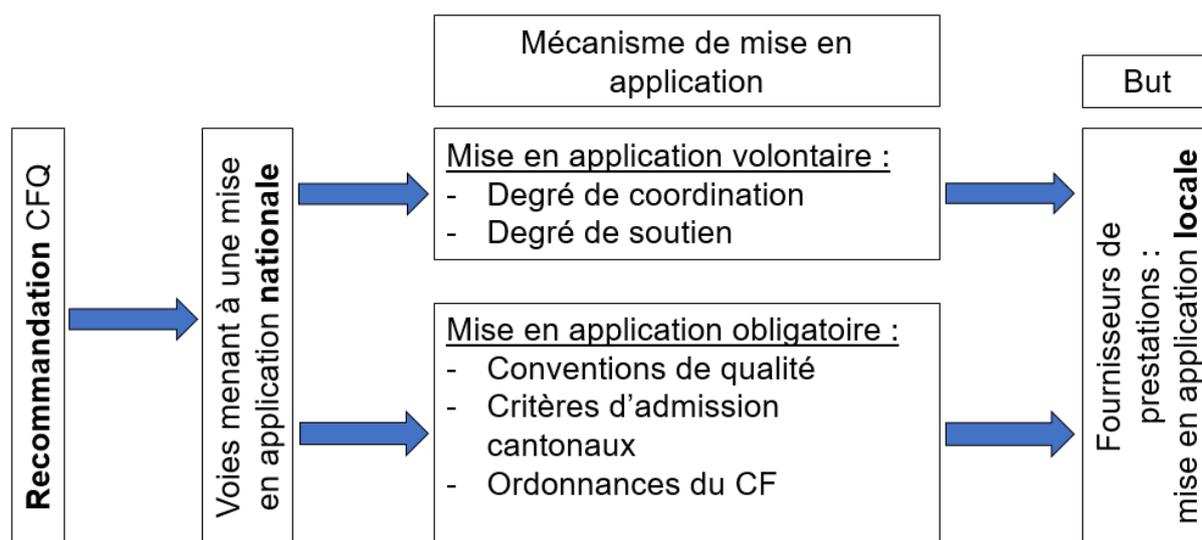
### **La réalisation des programmes nationaux de mise en application est-elle volontaire ou obligatoire ?**

Pour les programmes nationaux de mise en application s'inscrivant dans le cadre de l'art. 58c LAMal, il existe différents mécanismes de mise en application selon l'intensité respective du caractère volontaire, dirigé ou obligatoire. Il appartient à la CFQ d'émettre une recommandation sur le mécanisme de mise en application et donc sur les voies menant à une intégration nationale des pratiques (voir [Illustration](#)). Deux voies sont ici prévues : l'une est de nature volontaire, laissée à la liberté des fournisseurs de prestations, l'autre de nature obligatoire, se concrétisant par des conventions de qualité de portée nationale, des conditions cantonales d'autorisation ou des ordonnances du Conseil fédéral ([→ Mécanismes de mise en application](#)). L'application effective d'une pratique simplement recommandée dépend du degré de coordination et de soutien accordé aux fournisseurs de prestations que présente le programme. Il convient de souligner que même une mesure propagée de manière souple et volontaire au niveau national en dehors des conventions de qualité ou des prescriptions (p. ex. par le biais des recommandations d'une organisation professionnelle) peut se trouver intégrée de manière très systématique au sein d'une organisation. De même, les prescriptions impératives et les conventions de qualité peuvent comprendre des pratiques propagées par un programme national. Mais tous les programmes nationaux de mise en application n'aboutiront pas à des conventions de qualité



## Concept Programmes nationaux

ou à des prescriptions, et, à l'inverse, tout ce que contient une convention de qualité ne doit pas forcément provenir de programmes nationaux de mise en application. Les conventions de qualité peuvent constituer des incitations directes ou indirectes à participer volontairement à des programmes nationaux, à des phases de programme innovantes ou à des innovations.



### Quel est le lien entre les programmes nationaux de mise en application et les conventions de qualité ?

Les programmes nationaux de mise en application et les conventions de qualité ne désignent pas la même chose, mais il peut y avoir des passerelles entre eux.

- Les conventions de qualité peuvent prévoir des incitations à participer volontairement et rapidement à des programmes de mise en application. Par exemple sous la forme d'une « prime à l'innovation », qui exempte les fournisseurs de prestations qui y participent de certaines obligations ou mesures d'amélioration, ou qui reconnaisse une telle participation comme un progrès dans l'application d'une autre mesure d'amélioration.
- Les conventions de qualité peuvent, se fondant par exemple sur une recommandation de la CFQ, rendre obligatoires des pratiques émanant de programmes cliniques ou de programmes de formation, telles que l'utilisation d'une liste de contrôle en chirurgie, la participation à un cercle de qualité ou la réalisation d'une revue des erreurs.
- Elles peuvent aussi rendre obligatoire de participer à des programmes, tout en laissant aux fournisseurs de prestations le choix des programmes qui les intéressent. Cette façon de faire répondrait ainsi aux différents profils de fournisseurs de prestations (« rapides » vs « tardifs »).
- La participation aux programmes nationaux de formation peut en principe être considérée comme une mesure de développement de la qualité.



### Quelle est la portée d'un programme national de mise en application ?

L'objectif des programmes nationaux est que les pratiques qu'ils recommandent soient observées chez 100 % des fournisseurs de prestations concernés (mise en application horizontale) et chez chacun d'eux pour le bénéfice de 100 % des patients concernés (mise en application verticale). Selon le niveau d'innovation et le mécanisme de mise en application qui en résulte, cet objectif sera atteint plus ou moins tôt selon que la mise en application est librement choisie ou qu'elle découle des règles d'une convention de qualité, de conditions d'admission ou d'une ordonnance. Les programmes cliniques s'adressent à tous les fournisseurs de prestations pour lesquels tel ou tel processus clinique est pertinent. Les programmes de formation s'adressent à tous les fournisseurs de prestations concernés par la thématique. Or, comme la mise en œuvre des programmes nationaux de formation opère souvent sur le plan organisationnel (en promouvant, p. ex., les analyses de cas ou les revues de mortalité et de morbidité [RMM]), la proportion de patients atteints n'est pas un indicateur approprié ; il faut donc chaque fois fixer des exigences spécifiques quant à la manière de définir ce qu'est une application intégrale des pratiques. La pénétration des pratiques est mesurée par des indicateurs de mise en application (→ [Indicateurs de mise en application](#)).

### Comment les programmes nationaux de mise en application se différencient-ils selon les régions ?

Les activités d'un programme sont mises en œuvre dans plusieurs régions du pays et en plusieurs langues nationales, ce qui peut occasionner la formulation de priorités spécifiques en fonction des phases du programme ou de la région. La mise en œuvre des programmes, c'est-à-dire la mise en application des pratiques, est généralement organisée et gérée au niveau régional (régions, cantons, groupes de cantons). Il n'existe pas de différences régionales significatives dans les pratiques à mettre en application et les stratégies du programme. Toutefois, des différences régionales sont admises dans la mise en œuvre des activités du programme (p. ex. type d'exercice d'apprentissage). La planification et le pilotage des programmes sont coordonnés au niveau national (→ [Organisation du programme](#)). En principe, d'autres critères de regroupement sont aussi envisageables, comme la taille des fournisseurs de prestations ou la palette de leur offre de soins. Cependant, le regroupement régional présente de nombreux avantages : une langue commune, une même législation cantonale, etc.

### Comment les programmes nationaux de mise en application conduisent-ils à une amélioration locale ?

Les programmes nationaux de mise en application sont guidés par l'idée stratégique d'une amélioration continue, dans l'esprit du cycle PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Cependant, on sait bien qu'une comparaison des mesures faites avant et après la mise en place d'une pratique ne suffit pas pour déterminer l'impact de celle-ci. Les équipes locales doivent être capables d'ajuster leurs activités en cours de programme si elles entendent promouvoir la mise en application des pratiques dans leur institution et gérer le processus de changement en continu. Pour ce faire, elles récoltent en permanence



certaines indicateurs de mise en application et les analysent aussi vite que possible, par exemple la proportion quotidienne de patients obtenant une prestation donnée (voir [Exemple de scénario](#)). Si les indicateurs ne révèlent aucun changement, les équipes locales peuvent ajuster leurs activités en conséquence. Ce processus d'amélioration basé sur les données nécessite des ressources aux échelons local et national ([→ Structure du programme](#)).

### **Dans quelle mesure est-il judicieux d'adapter les pratiques aux conditions locales ?**

Les adaptations locales des pratiques sont judicieuses dans une mesure limitée : il faut qu'elles favorisent la mise en application sans compromettre l'efficacité des pratiques et la comparabilité des résultats. Cela pose toutefois souvent un dilemme. Étant donné que, pour de nombreuses pratiques, le mécanisme expliquant leur efficacité n'est pas encore exactement connu, les adaptations locales risquent souvent de rendre indiscernable une diminution de l'efficacité. Il est souvent possible de réduire ce besoin d'adaptation aux conditions locales en testant intensivement la pratique dans plusieurs contextes au cours des premières phases du programme. Le plan du programme doit comprendre des critères et des prescriptions concernant le cadre et les exigences auxquelles des adaptations locales doivent satisfaire ([→ Plan du programme](#)). La direction (régionale) des programmes et les unités de soutien ont pour tâche d'accompagner et de conseiller les équipes locales dans l'ajustement des adaptations locales ([→ Structure du programme](#)).

### **Quand un programme national de mise en application est-il couronné de succès ?**

Les programmes nationaux de mise en application visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins fournis. Les patients devraient en bénéficier directement et indirectement. Les programmes nationaux doivent fournir la preuve de leur efficacité. Pour les programmes cliniques, cela passe principalement par des indicateurs de résultats centrés sur le patient (voir [Exemple de scénario](#)). Dans le cas des programmes de formation, il faut user d'autres indicateurs, se rapportant moins aux effets sur les patients qu'au processus et au résultat de la formation, par exemple. Les effets des programmes doivent toujours être mesurés selon des indicateurs relatifs à la mise en application dont il est question. Cela permet de garantir que les effets obtenus s'expliquent réellement par la propagation de telle pratique et qu'à l'inverse, l'absence d'effet n'est pas la conséquence logique d'un défaut de mise en œuvre. Pour mesurer l'efficacité des programmes nationaux, on choisira autant que possible des méthodes hybrides d'évaluation, qui examinent aussi bien l'efficacité de la pratique elle-même que l'efficacité de la mise en application ([→ Méthode hybride d'évaluation](#)).

### **Quelle est l'importance de l'évaluation et de la recherche dans les programmes nationaux de mise en application ?**

Fondés sur des preuves, les programmes nationaux devront également produire des preuves permettant de les évaluer et de les optimiser. Une évaluation solide est indispensable à l'examen de l'efficacité. Chaque programme national de mise en application doit donc analyser empiriquement la



mise en application et l'efficacité de la pratique considérée à l'aide de méthodes scientifiquement reconnues, avant de les évaluer et d'en publier les résultats. Il faudrait en effet étayer l'approche fondamentale consistant à développer la qualité au moyen de programmes nationaux par un suivi scientifique solidement structuré. On pourrait ainsi notamment déterminer si cette approche tend à réduire ou à accroître les inégalités en matière de soins de santé, ou si elle est propice à des soins centrés sur le patient. On pourrait aussi définir quels instruments méthodologiques devraient être optimisés ou évaluer l'impact des programmes sur la politique de santé.

### **Qui collecte les données dans un programme de mise en application et dans quel but ?**

Les données sont d'une grande importance dans les programmes nationaux de mise en application. Elles reproduisent par des indicateurs les paramètres du [modèle logique](#). D'une part, elles font partie du processus de changement continu consistant à gérer et à ajuster la mise en œuvre sur le terrain (données locales). D'autre part, elles sont récoltées pour la gestion du programme à un niveau supérieur et l'évaluation de son efficacité au-delà même de l'ensemble des fournisseurs de prestations (données agrégées). La signification et le poids des indicateurs d'efficacité diminuent au fur et à mesure qu'avance le programme, tandis que la signification et le poids des indicateurs de mise en application augmentent plutôt (voir [Exemple de scénario](#)).

### **Quelle est la durée d'un programme national de mise en application ?**

Un programme national a un début et une fin et comprend plusieurs [phases](#) (→ [Modèle de phases](#)). Un programme complet dure normalement six ans. La conception, le développement et l'évaluation de l'efficacité des pratiques et des mesures de mise en application prennent trois ans, en fonction du degré de preuve et du degré d'innovation des pratiques considérées. La mise en œuvre nationale (propagation / changement d'échelle) prend trois ans supplémentaires. Il est possible de prolonger le programme de deux ans pour la mise en œuvre nationale. Le cycle de vie total d'un programme national de mise en application dure donc normalement huit ans au maximum. Si l'on ajoute la phase d'exploration (phase 0), on arrive à neuf ans. Il est probable que, surtout pendant la première période de mise en œuvre des nouvelles dispositions légales, certaines phases soient annulées ou raccourcies, notamment si une phase pilote a déjà eu lieu dans le passé.

### **De quelles ressources un programme national de mise en application a-t-il besoin ?**

Les programmes nationaux nécessitent des ressources considérables lors de différentes phases et aux différents niveaux de leur structure. Les ressources nécessaires dépendent fortement des caractéristiques du programme et du mécanisme de mise en application, en particulier du degré de soutien qu'il est prévu d'offrir aux fournisseurs de prestations. Il n'est guère possible d'avancer ici des généralités dignes de ce nom ; on ne peut s'en tenir à ce stade qu'à des ordres de grandeur.



### 2.1.1 Exemple d'indicateurs pour un programme clinique

L'exemple suivant se réfère à l'étude randomisée de [Schütz et al. \(Individualized nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomized clinical trial. The Lancet \(2018\), doi: 10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4\)](#). Il montre à titre d'exemple de quels types d'indicateurs l'on peut récolter des données et à quelle fin (voir aussi l'encadré sur la [Méthode hybride d'évaluation](#) et les explications concernant les [Indicateurs de mise en application](#)).

Exemple de pratique à mettre en application	Traitement nutritionnel individualisé à l'hôpital
	Les patients des services de médecine générale sont rapidement dépistés à des fins de prévention de la malnutrition, de sorte qu'ils reçoivent une alimentation individualisée en fonction de leurs besoins en calories et en protéines. Ainsi, des objectifs nutritionnels sont fixés pour chacun et une réévaluation est effectuée sur la durée.
Objectif	Amélioration de la situation nutritionnelle et réduction de la malnutrition à l'hôpital
Indicateurs d'efficacité (au plan local / national)	% de mortalité % de complications % de statuts fonctionnels modifiés % de patients ayant atteint les objectifs nutritionnels (calories / protéines)
Indicateurs de mise en application sur le plan national pour l'évaluation et le pilotage du programme (enregistrement sommaire sur une période donnée ou mesure de la prévalence)	# de services hospitaliers en Suisse mettant en œuvre le programme % du personnel abordant positivement l'amélioration de la situation nutritionnelle des patients % de services hospitaliers dont > 90 % des professionnels sont formés % de patients ayant bénéficié d'un dépistage nutritionnel et d'un plan de nutrition Ø délai avant le premier dépistage
Indicateurs de mise en application, pilotage au plan local de l'application (mesure quotidienne / hebdomadaire)	% de patients ayant bénéficié d'un dépistage nutritionnel % de patients ayant un plan de nutrition % du personnel ayant reçu une formation Ø délai avant le premier dépistage Ø durée jusqu'à une réévaluation



## Concept Programmes nationaux

### 2.2 Modèle de phases pour les programmes nationaux de mise en application

Un programme national complet consiste en la succession de quatre phases principales (voir [Illustration](#)) :

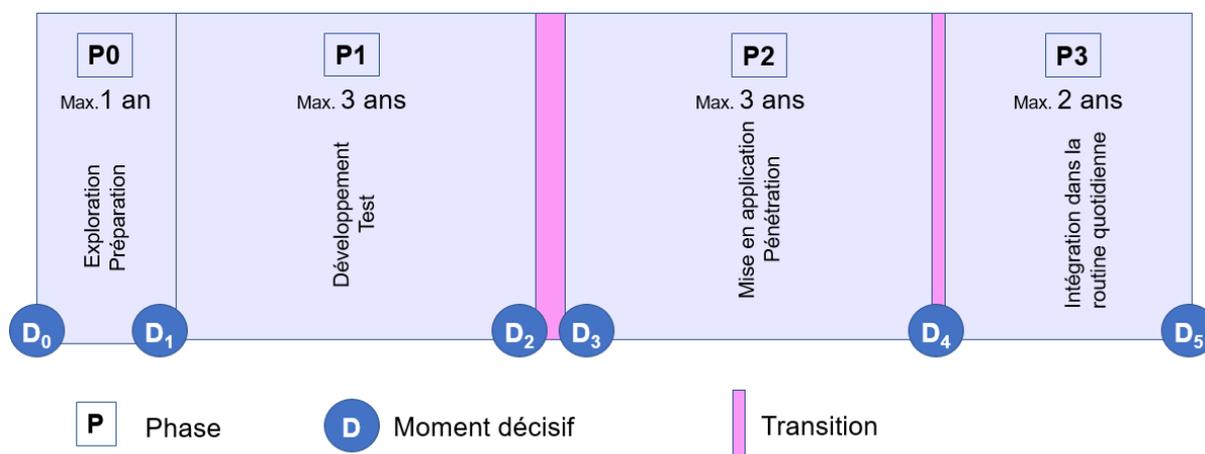
Phase 0 : Exploration et préparation

Phase 1 : Développement et test (de la mise en application)

Phase 2 : Mise en application et pénétration

Phase 3 : Intégration dans la routine

On trouve des déroulements comparables dans des modèles reconnus de la recherche en matière d'application des connaissances, par exemple EPIS (*Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment*, <https://episframework.com/>). Le modèle proposé ici s'écarte cependant du schéma EPIS en ce qu'il accorde davantage d'importance au développement des pratiques au lieu de se focaliser uniquement sur la mise en application. Le contrôle de l'efficacité de la pratique joue également un rôle en fonction du degré de preuve acquis par celle-ci au cours des différentes phases. La raison en est que peu de pratiques ont été développées ou adaptées en Suisse à ce jour. Il est donc nécessaire d'élaborer ou d'identifier des pratiques et de les adapter au contexte suisse. Le modèle de phases illustré ici suppose qu'à partir de la phase 1 s'applique une méthode hybride d'évaluation, portant à la fois sur l'efficacité et la mise en application ([→ Méthodes hybrides d'évaluation](#)).



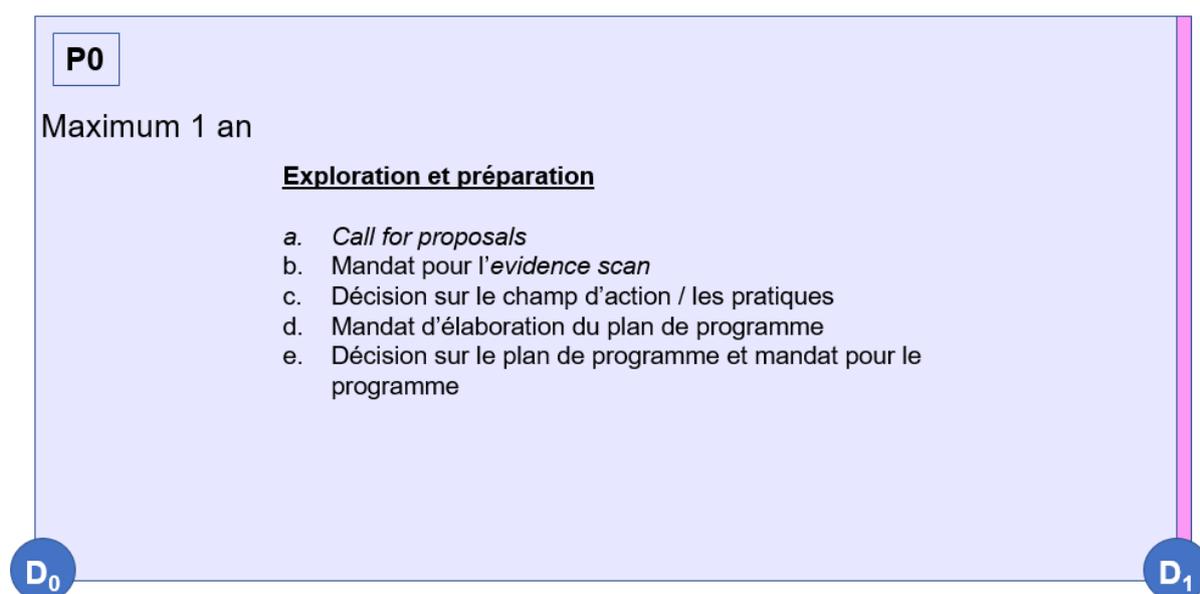
Les transitions entre les phases principales se caractérisent par des moments décisifs (D), auxquels il s'agit précisément de prendre une décision essentielle. Les pages qui suivent définiront ces quatre phases plus en détail et en souligneront les différences. Nous envisageons ici le déroulement complet d'un programme, donc l'intégralité du cycle de vie de celui-ci. Il est toutefois probable que, surtout pendant la première période de mise en œuvre des nouvelles dispositions légales, certaines phases soient annulées ou raccourcies, notamment si une phase pilote a déjà eu lieu précédemment. Le modèle de phases reste néanmoins utile même dans ce cas, car il permet d'établir de concert quel est le



contexte initial d'une activité et dans quelle phase le programme se trouve. Une [vue d'ensemble](#) récapitule la durée maximale ainsi que les produits de chaque phase.

### 2.2.1 Phase 0 : Exploration et préparation

Cette phase est appelée « phase 0 », car le programme proprement dit n'existe pas encore. Elle a pour objet la recherche de la thématique, autrement dit le sondage des champs d'action et des pratiques appropriées, et aboutit à la décision de lancer un programme spécifique (voir [Illustration](#)).



Au cours de la phase 0, la CFQ :

- invite les parties prenantes (p. ex. les partenaires tarifaires) à présenter des propositions de champs d'action ou de pratiques appropriées (*call for proposals*) ;
- charge des tiers d'identifier des champs d'action importants et/ou des pratiques appropriées et d'en évaluer le degré d'innovation et de preuve (*evidence scan*), puis de les classer par catégorie (programmes cliniques ou programmes de formation) ;
- décide du champ d'action à traiter et, le cas échéant, des pratiques à suivre (**D0**) ([→ Critères pour les champs d'action et les pratiques](#)) ; si la preuve des pratiques n'est pas suffisante, la CFQ peut décider de geler un programme prévu et de demander d'abord d'autres travaux de clarification ou de développer une autre pratique ;
- charge des tiers d'élaborer un plan de programme national pour le champ d'action ou la pratique identifiés ([→ Exigences posées au plan de programme](#)) ; sur la base de l'*evidence scan*, elle décide aussi à quelle catégorie et à quel niveau d'innovation attribuer le programme, car de là découlent les exigences du contrôle de l'efficacité et le mécanisme de mise en application prévu ;
- valide le plan de programme présenté et lance ainsi le programme (**D1**).



### Durée maximale de la phase 0

Étapes a à c : 6 mois

Étapes d à e : 6 mois

Phase 0 en entier : 12 mois

Les étapes de la phase 0 et la transition entre les phases 0 et 1 sont largement fonction de la fréquence des séances et de la manière de travailler de la CFQ. Il n'est donc pas possible d'estimer si des retards sont susceptibles d'intervenir au moment de cette transition ni quelle serait leur ampleur. Une bonne planification permettra toutefois d'optimiser ce point.

### Produits de la phase 0

*Evidence scan*

Plan du programme

#### **D0 : Critères pour les champs d'action et les pratiques**

##### Critères pour les champs d'action

- Nécessité d'agir pour résoudre un problème de qualité ou de sécurité constaté dans le système suisse de santé, attestée par :
  - o des données nationales publiées (p. ex. études, programme national d'élaboration de bases, CIRNET, enquêtes ANQ, études LPZ sur la prévalence, monitoring Swissnoso, etc.), ou
  - o des données internationales publiées, avec estimation de leur applicabilité à la Suisse.

Peuvent être déterminants pour identifier un problème de qualité ou de sécurité, d'une part, un écart systématique entre les données pour la Suisse et les normes internationales ou, d'autre part, une forte variation entre fournisseurs de prestations en Suisse. Pour qu'un programme national soit justifié, il faut toutefois que le problème visé se pose à large échelle et non uniquement pour quelques fournisseurs de prestations ou quelques régions.

##### Critères pour les pratiques

Les critères doivent être pondérés entre eux. Une liste de contrôle permettant d'évaluer les pratiques selon les critères qui suivent pourrait s'avérer utile :

- La pratique est simple et claire ; elle compte un nombre limité d'étapes ou d'éléments.
- Elle comprend des éléments d'ordre aussi individuel, procédural et structurel que possible.
- Elle est fondée sur des preuves (évaluée, p. ex., sur la base d'un *evidence scan*).



- Elle peut être clairement attribuée à un programme clinique ou à un programme de formation.
- Son niveau d'innovation est estimé (p. ex. sur la base d'un *evidence scan*).
- Elle est jugée applicable (en particulier sous l'angle organisationnel, juridique et temporel ; évaluation fondée p. ex. sur des expériences faites en Suisse ou à l'étranger).
- Son efficacité peut être mesurée (p. ex. parce qu'il existe des indicateurs reconnus).
- Les ressources (humaines et financières) nécessaires à sa mise en œuvre sont disponibles.
- Elle est acceptée par les fournisseurs de prestations et les parties prenantes (évaluation fondée p. ex. sur un *call for proposals*, des lettres de soutien, des données publiées).
- Les risques découlant d'obstacles structurels (p. ex. frais supplémentaires considérables entraînés par la pratique pour les fournisseurs de prestations ; flou juridique) sont faibles.
- Sa durabilité est estimée : les changements visés pourront-ils se maintenir sur la durée ? Quelles conditions doivent pour cela être remplies à long terme ?

Il est judicieux d'harmoniser encore les critères proposés ici avec ceux définis par les fournisseurs de prestations pour les conventions de qualité. Il n'est pas nécessaire que les uns et les autres soient identiques, mais ils doivent s'accorder entre eux et ne pas trop se contredire.

#### **D1 : Exigences posées au plan d'un programme national de mise en application**

Un plan de programme peut en principe ne porter que sur la phase pilote ou sur la phase de mise en application, ou concerner les deux. En tous les cas, il importe de décrire la transition d'une phase à l'autre. Il est souhaitable que se forment, dès la présentation du plan de programme, des consortiums regroupant des tiers qui assument une responsabilité primaire ou secondaire pour les différentes phases : ce procédé contribue à éliminer les inefficiences et à garantir le flux d'informations.

#### **Principales indications concernant le programme**

- Outil ImpRes (*Implementation science research development*, recherche et développement en matière d'application des connaissances) élaboré (ou instrument similaire)
- Objectifs du programme et de ses différentes phases
- Champ d'application (en particulier, domaines du système de santé concernés)
- Indication du type de programme et du niveau d'innovation (tous deux déterminent le mécanisme de mise en application)
- Expertise acquise, qualification et ressources du requérant, notamment en ce qui concerne l'expertise dans l'objet du programme, activités menées à l'échelle nationale, méthodes de mise en application et d'évaluation
- Désignation, le cas échéant, des partenaires et de la direction du consortium
- Rôles et responsabilités
- Indications détaillées concernant la pratique et les preuves recueillies à son sujet
- Description des éléments d'ordre individuel, procédural et structurel



- Modèle logique ([logic model](#)) mettant en évidence les relations de cause à effet supposées entre *input*, *output*, *outcome* et impact, en lien avec l'*outcome* de mise en application et d'efficacité
- Présentation et motivation des stratégies de mise en application et des activités et mesures qui en découlent, p. ex. sur la base des catégories définies par Procter et al. (2013)
- Analyse des risques pour la réalisation du programme, par phases
- Plan de communication, comprenant :
  - o matrice de communication, avec au moins les paramètres suivants : qui (émetteur) communique à qui (groupe cible) quel contenu, à quelle fin (objectif), à quel moment et par quels canaux ; il faut également désigner les acteurs avec qui la communication doit être coordonnée au préalable ;
  - o réflexions sur les rétroactions possibles et les formes qu'elles pourraient prendre entre les activités de communication et le programme, en particulier leur impact sur le contrôle de l'efficacité du programme (tendances séculaires et « effets de marée »), et les manières appropriées d'y répondre.

#### Indications relatives à la phase de développement et de test

- Définition de la méthodologie et de la [méthode hybride d'évaluation](#) (suivant le niveau d'innovation, pondération entre indicateurs de résultats centrés sur le patient et indicateurs de mise en application)
- Analyse du contexte, avec facteurs favorisant la mise en application et facteurs l'entravant
- Plan d'évaluation
- Plan statique, p. ex. analyse chronologique quasi expérimentale
- Motivation du nombre, de la catégorie (p. ex. ambulatoire ou stationnaire) et de la région (p. ex. ville vs. campagne ; D vs. F vs. I) des unités pilotes
- Procédure de recrutement des unités pilotes
- Description de la manière d'aborder la diversité régionale
- Description du cadre et des exigences posées aux adaptations au plan local
- Manière de réagir lorsque des adaptations s'imposent en cours de programme
- Procédure d'élaboration des indicateurs de mise en application pour la phase pilote et la phase de mise en application
- Critères de succès pour les recommandations de mise en application à l'échelle nationale (passage à l'échelle supérieure)
- Transition entre phase pilote et phase de mise en application, définition des critères pouvant justifier l'interruption du programme
- Questions de suivi scientifique ou d'évaluation spécifiques
- Clarification du régime de l'autorisation au sens de la loi relative à la recherche sur l'être humain

#### Indications relatives à la phase de mise en application

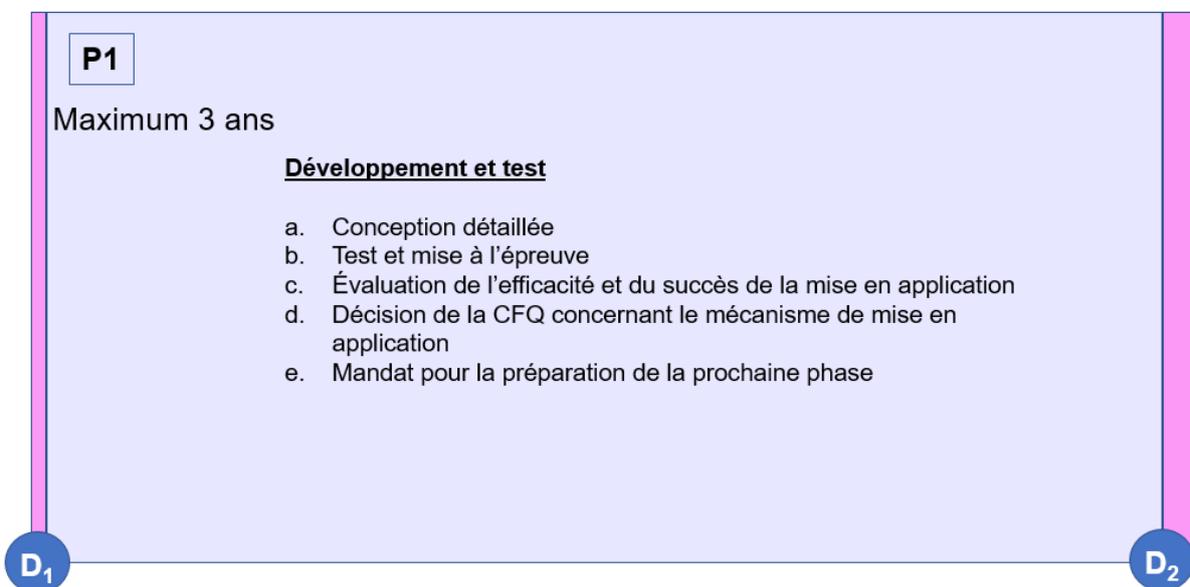


- Descriptions du mécanisme de mise en application prévu ([caractère volontaire, prescriptions impératives](#))
- Élaboration détaillée des stratégies de mise en application et des activités et mesures qui en découlent
- Description des obstacles à la mise en application attendus au plan local et des activités visant à les surmonter
- Organisation des groupes régionaux
- Mise en œuvre des indicateurs de mise en application, concept de mesure, recensement de la ligne de base compris

Les exigences énumérées peuvent servir de base aux documents de mise au concours et à l'évaluation des propositions.

### 2.2.2 Phase 1 : Développement et test

La phase 1 a pour objet d'élaborer en détail, de développer et de tester la mise en application des pratiques et de l'évaluer dans un petit nombre d'unités pilotes (entre deux et dix ; voir [Illustration](#)). Cette phase s'achève par la décision de la CFQ concernant le mécanisme de mise en application pour la suite du programme et la délégation éventuelle de tâches à des tiers.



Au cours de la phase 1 :

- le tiers mandaté ([D1](#)) élabore la conception détaillée conformément au plan de programme approuvé ; en font notamment partie l'élaboration de matériel, la description plus précise de la manière de procéder, la mise en place d'indicateurs, le recrutement d'unités pilotes et, le cas échéant, l'autorisation du projet par la commission d'éthique ;



- b) la mise en application de la pratique est testée dans quelques unités pilotes pour observer l'efficacité de la pratique et le succès de la mise en application ; la participation à ce test est facultative pour les fournisseurs de prestations, qui obtiennent en contrepartie des avantages ou une indemnisation ; le test peut n'être mené que dans une région ;
- c) le tiers mandaté évalue l'efficacité de la pratique et le succès de la mise en application et estime les possibilités de propagation à l'échelle nationale ainsi que les risques et les obstacles attendus ;
- d) la CFQ décide du mécanisme de mise en application pour la suite du programme ([D2](#)) ([→ Niveaux de recommandation](#)) ; durant une phase de transition, les résultats et les produits de programmes pilotes et de projets de développement menés jusque-là peuvent être présentés directement à la CFQ pour cette décision, s'il est possible de s'appuyer sur des expériences déjà faites et des tests déjà effectués ;
- e) la CFQ charge les tiers à qui la responsabilité du programme a été déléguée jusque-là d'en préparer la suite conformément à la décision ([D2](#)) ; en font partie l'éventuelle adaptation du matériel primaire, la production du matériel secondaire, des recommandations pour les prochaines étapes ainsi que la composition d'un ensemble d'indicateurs et, le cas échéant, le lancement d'un recensement de la ligne de base. Les fournisseurs de prestations en sont informés eux aussi et peuvent se préparer.

### Durée maximale de la phase 1

Étapes a à c : 30 mois

Étapes d à e : 6 mois

Phase 1 en entier : 36 mois

### Produits de la phase 1

- Matériel de mise en œuvre primaire (p. ex. documents de formation, instruments, outils) et secondaire (p. ex. guide de mise en application)
- Ensemble d'indicateurs servant à établir l'efficacité de la pratique et le succès de la mise en application en tenant compte du caractère volontaire ou obligatoire de celle-ci
- Publication des résultats, y c. données relatives à l'efficacité et à la mise en application



**D2 : Niveaux de recommandation pour le mécanisme de mise en application après la phase pilote (voir explications)**

*Pas de mise en application*

- I. Interrompre le programme conformément aux critères définis pour cela, par exemple le manque d'efficacité

*Mise en application volontaire*

- II. Appliquer la pratique sur une base volontaire, indépendante
- III. Appliquer la pratique sur une base volontaire, mais de façon coordonnée, par exemple dans des « communautés d'apprentissage régionales »

*Mise en application obligatoire*

- IV. Inscrire la pratique de façon contraignante dans les conventions de qualité
- V. Inscrire la pratique de façon contraignante dans les conditions d'admission cantonales
- VI. Inscrire la pratique de façon contraignante dans une ordonnance du Conseil fédéral

**Explications relatives aux mécanismes de mise en application et aux stratégies de mise en application**

Les mécanismes de mise en application se différencient par la mesure dans laquelle la propagation des pratiques à plus large échelle, leur adoption par les fournisseurs de prestations et leur intégration dans les soins sont volontaires et coordonnées. L'objectif est en principe l'application de la pratique au plan local. Suivant le mécanisme de mise en application, différentes stratégies de propagation des contenus du programme sont plus ou moins appropriées.

La mise en application volontaire peut être coordonnée et soutenue de façon plus ou moins poussée, et elle peut aussi être liée à des exigences.

- La diffusion d'une pratique désigne le processus par lequel des recommandations sont suivies sans pour autant être contraignantes. L'adoption des recommandations se fait, typiquement, par des personnes et des organisations motivées, au cours d'une phase d'innovation. Elle n'est pas ou que peu coordonnée et suivie, mais repose sur l'activité et la motivation des fournisseurs de prestations. Dans ce modèle, un matériel serait par exemple mis à disposition et pourrait être utilisé librement, à un moment librement choisi et sous une forme laissée à la libre appréciation de chacun, donc hétérogène. Il existe bien une offre de soutien, mais chacun est libre d'y recourir ou non. La diffusion correspond d'assez près à la manière dont les recommandations de promotion de la qualité et de la sécurité des patients ont été suivies à ce jour en Suisse. Même s'il n'est pas contraignant au niveau national et qu'il est peu coordonné, le programme peut aboutir au plan local à une application très rigoureuse et poussée. Toutefois, ce caractère hétérogène et cette faible coordination rendent difficile l'obtention de



preuves d'efficacité.

- La dissémination, quant à elle, est une mise en application au plan local sur une base volontaire, mais coordonnée et « orchestrée ». Le degré de pilotage et de soutien externes est variable. Typiquement, les fournisseurs de prestations sont organisés en communautés (p. ex. en groupes régionaux), certaines prescriptions ont été définies sur ce qui doit être fait, quand, par qui et de quelle manière (p. ex. relevé d'indicateurs de mise en application), et des activités communes sont menées dans ces communautés. Des sanctions sont également envisageables, p. ex. une « taxe de non-participation ». Une structure supérieure coordonne ces activités et soutient chaque fournisseur de prestations pour la mise en application et l'intégration de la pratique dans la routine quotidienne. La mesure dans laquelle la mise en application peut être individuelle et flexible est plus faible que dans la diffusion. À la différence de la diffusion, la stratégie de dissémination tient davantage compte de l'importance du contexte pour le succès de l'adoption de la pratique.

Les recommandations de mise en application volontaire n'aboutissent généralement pas à une pénétration intégrale et rapide, autrement dit, à une mise en application horizontale et verticale complète. Il faut aussi bien voir qu'il n'y a pas eu à ce jour d'incitations extrinsèques à l'adoption de pratiques par la diffusion ou la dissémination. Il importe donc d'établir si les fournisseurs de prestations devraient participer à de tels programmes, et pour quelles raisons.

L'obligation (imposée, p. ex., par des conventions de qualité ou des ordonnances du canton ou du Conseil fédéral) se différencie de ces formes volontaires de mise en application. Cependant, des offres de soutien doivent être mises sur pied dans ce contexte également, car on risque sinon d'en arriver à des applications « vides », qui n'auraient d'autre fin que de remplir les exigences pour la forme. Ces offres se fondent toutefois sur des stratégies de mise en application parfois différentes, du fait que l'adoption de la pratique est obligatoire. Elles nécessitent des critères d'examen précis et équitables. Les mécanismes de mise en application peuvent être corrélés au cycle de vie d'un programme. La décision D2 peut donc intervenir plusieurs fois pour une même pratique, par exemple d'abord pour une application volontaire mais coordonnée et, plus tard, pour l'inscription de la pratique dans une convention de qualité.

#### **Méthodes hybrides d'évaluation visant à établir la preuve de l'efficacité**

La mise en application de mesures d'amélioration se heurte souvent au problème suivant : l'évaluation ne fait pas la différence entre l'efficacité d'une pratique (p. ex. effet de la liste de contrôle en chirurgie sur les résultats obtenus) et le succès de la mise en application de cette pratique (p. ex. observance de cette liste), ou n'examine que l'un de ces deux aspects. Ce défaut empêche, en particulier, d'interpréter correctement les résultats négatifs (la pratique est-elle sans effet ou son application n'est-elle pas assez rigoureuse ?). De son côté, la focalisation sur le succès de la mise en application sous-



estime l'importance que revêt la mise en évidence de l'effet des pratiques sur les patients (quel bénéfice leur a-t-elle apporté ?). Les méthodes hybrides d'évaluation permettent de compenser cette insuffisance en combinant preuves de l'efficacité (*effectiveness outcome*) et preuves de la mise en application (*implementation outcome*). Ainsi, d'une part, l'efficacité de la pratique est examinée au moyen d'indicateurs spécifiques et, d'autre part, le succès de la stratégie de mise en application est évalué sur la base de la qualité de cette application.

#### Exemple de méthode hybride d'évaluation pour un PNA clinique

Efficacité = efficacité de la pratique : résultats (*outcomes*) obtenus pour les patients

p. ex. taux d'infection, mortalité, événements indésirables, qualité de vie, fonctionnalité

Mise en application = efficacité de la stratégie de mise en application : succès de l'application

p. ex. bonne application de la pratique, acceptation par les fournisseurs de prestations, pénétration

Suivant les preuves déjà disponibles, l'accent peut être mis plutôt sur l'efficacité de la pratique ou sur le succès de la mise en application. L'accent est davantage mis sur l'évaluation de l'efficacité durant la phase de développement et de test ; celle-ci revêt moins d'importance durant la phase de mise en application et n'est plus suivie que ponctuellement, à l'aide de quelques indicateurs sommaires, une fois la pratique entrée dans la routine. Sur le fond cependant, les deux aspects sont illustrés par des indicateurs spécifiques. Les méthodes hybrides d'évaluation constituent l'approche recommandée pour les programmes nationaux de mise en application. Des preuves de l'efficacité sont nécessaires pour attester de l'utilité de ces programmes pour les patients. Le succès de la mise en application est essentiel pour pouvoir piloter les programmes, garantir leur mise en œuvre et acquérir des connaissances sur les stratégies de mise en application qui portent leurs fruits, indépendamment du programme lui-même.

### **2.2.3 Phase 2 : Mise en application et pénétration**

Cette phase a pour objet de mettre la pratique en application à plus large échelle, c'est-à-dire de l'intégrer durablement dans les soins de santé au quotidien (passage à l'échelle supérieure ; voir [Illustration](#)). Le mécanisme utilisé a d'abord été recommandé par la CFQ, puis adopté par les parties prenantes concernées ([D2](#)), et reflète aussi le niveau d'innovation de la pratique. La manière de procéder suit le même modèle. La transition entre les phases 1 et 2 est particulièrement délicate car, là aussi, la responsabilité primaire du programme pourrait changer entre tiers mandatés ou entre membres du consortium ([→ Organisation du programme](#)). Le mécanisme de mise en application détermine le soutien apporté aux fournisseurs de prestations et le suivi professionnel de la mise en application.



P2

Maximum 3 ans

**Mise en application et pénétration**

- a. Mandat pour l'élaboration d'un plan de programme détaillé et approbation de celui-ci
- b. Mise en œuvre du plan de programme avec les fournisseurs de prestations
- c. Suivi du succès de la mise en application
- d. Évaluation des progrès
- e. Décision de la CFQ sur une prolongation et, le cas échéant, attribution à cette fin d'un mandat à des tiers

D<sub>3</sub>

D<sub>4</sub>

Au cours de la phase 2 :

- a) la CFQ charge des tiers de lui soumettre un plan de programme détaillé pour la phase 2, évalue la compétence professionnelle des auteurs des plans présentés, approuve le plan et donne le mandat de le réaliser (D<sub>3</sub>) ; celui-ci comprend, le cas échéant, un recensement de la ligne de base ; au cours de cette phase, les fournisseurs de prestations peuvent déjà se préparer ;
- b) les tiers mandatés mettent en œuvre le plan de programme détaillé de concert avec les fournisseurs de prestations ; pour ces derniers, l'application de la pratique peut être volontaire ou obligatoire ; suivant le mécanisme et la stratégie de mise en application, les fournisseurs de prestations recourent à des processus et à des méthodes d'amélioration continue ; il est indiqué qu'ils s'organisent en groupes régionaux ;
- c) le succès de la mise en application est suivi, à l'aide d'indicateurs spécifiques, tant au niveau des fournisseurs de prestations qu'à celui du système dans son ensemble (monitorage) ; le contrôle de l'efficacité se poursuit, mais dans une moindre mesure ;
- d) le tiers mandaté évalue le succès de la mise en application et donne son appréciation quant à l'éventualité d'une prolongation de cette phase et de la réalisation d'autres activités ;
- e) la CFQ décide, sur la base des résultats obtenus et de la situation actuelle, si le programme doit être prolongé (D<sub>4</sub>) et attribue d'autres mandats le cas échéant ; un changement de mécanisme de mise en application – p. ex. passage d'une application volontaire à un mécanisme plus contraignant – semble ici aller de soi. Si le programme n'est pas prolongé, l'opportunité de mécanismes de garantie des acquis (p. ex. inscription d'offres de formation dans le répertoire des sociétés de discipline ou mise à jour de lignes directrices) est examinée (phase 3, D<sub>5</sub>).

Durée maximale de la phase 2



## Concept Programmes nationaux

Étape a : 6 mois

Étapes b à d : 28 mois

Étape e : 2 mois

Phase 2 en entier : 36 mois

### Produits de la phase 2

- Plan de programme détaillé pour la phase 2, y c. adaptation du modèle logique
- Le cas échéant, compléments au matériel de mise en œuvre primaire (p. ex. documents de formation, instruments, outils) et secondaire (p. ex. guide de mise en application), ou production de nouveau matériel
- Publication des résultats, y c. données relatives à l'efficacité et à la mise en application
- Recommandations concernant le maintien de la pratique et son intégration dans la routine

### **D3 : Plan de programme détaillé**

Le plan de programme détaillé se fonde sur le plan de programme initial ([D1](#)), mais il tient compte des expériences faites et des résultats obtenus au cours de la phase 1, les concrétise et définit plus en détail la manière de procéder pour la phase de mise en application. La décision concernant le mécanisme de mise en application ([D2](#)) est déterminante à cet égard. Le plan de programme détaillé doit préciser les points suivants :

- Aspects organisationnels, p. ex. changement de responsabilité primaire au sein d'un consortium
- Mise à jour du [modèle logique](#) et ajout de compléments
- Élaboration détaillée des stratégies de mise en application et des activités et mesures qui en découlent, avec prise en compte des éléments d'ordre individuel, procédural et structurel
- Élaboration, le cas échéant, d'un modèle de processus d'amélioration continue (p. ex. PDCA), c.-à-d. analyse des obstacles et écarts locaux (*unit based gap analysis*), fréquence des cycles d'adaptation, données requises
- Indications précises concernant le contexte et les limites des adaptations au plan local et les exigences posées
- Anticipation des obstacles à la mise en application et activités visant à les surmonter
- Conception de l'organisation des groupes régionaux de fournisseurs de prestations, afin de favoriser une action plus flexible dans un espace restreint
- Mise en place des indicateurs de mise en application et d'efficacité aux niveaux local, régional et national
- Recensement d'une ligne de base d'indicateurs de mise en application ainsi que d'indicateurs d'efficacité sommaires
- Plan de communication détaillé et précisé, tenant compte du mécanisme de mise en application. Le programme doit être promu directement auprès des fournisseurs de prestations, en particulier pour les activités fondées sur le caractère volontaire de la démarche. L'« effet de marée » est ici



explicitement souhaité. La matrice de communication précisée doit mettre en évidence qui communique au sujet de quoi, à quel moment, de quelle manière, avec qui et dans quel but. Il est possible ici d'aborder aussi plus en détail, par exemple, les données concernant les indicateurs de mise en application.

- Questions de suivi scientifique et/ou d'évaluation spécifiques, obstacles structurels notamment
- Présentation du projet à la commission d'éthique le cas échéant

### **Succès de la mise en application et indicateurs de mise en application**

L'efficacité et le succès de la stratégie de mise en application sont mesurés au moyen d'indicateurs de mise en application. Comme pour la mesure de l'efficacité traditionnelle sur la base des résultats (*outcomes*) obtenus pour les patients, il existe aussi différents niveaux et dimensions de « résultats de la mise en application » (voir p. ex. [Proctor et al.](#)). Les principales dimensions du succès de la mise en application sont les suivantes :

- L'acceptation (*acceptance*), p. ex. : la pratique est-elle acceptée par les collaborateurs ?
- L'adoption (*adoption*), p. ex. : la pratique est-elle adoptée et utilisée ?
- La fidélité (*fidelity*), p. ex. : la pratique est-elle appliquée telle que prévu ?
- La pénétration (*penetration*), p. ex. : dans combien d'hôpitaux la pratique est-elle appliquée ?
- La durabilité (*sustainability*), p. ex. : à quel point la propagation de la pratique est-elle stable et systématique ?

Des indicateurs peuvent être conçus pour chacune de ces dimensions. L'importance respective de ces dernières varie en fonction des phases du programme. Ces dimensions peuvent aussi bien se référer au niveau micro (p. ex. : *nombre de collaborateurs formés à une pratique donnée* ; l'unité d'observation est ici la personne) qu'au niveau méso (p. ex. : *nombre d'organisations au sein desquelles la pratique a été mise en application* ; l'unité d'observation est ici l'organisation). C'est précisément durant la phase de mise en application que chaque fournisseur de prestation doit relever des indicateurs de mise en application simples, afin d'optimiser la qualité de celle-ci par cycles d'amélioration rapides (jours / semaines / mois). L'exemple de scénario illustre ces différents niveaux (voir [Exemple de scénario « Malnutrition »](#)). De manière générale, il est utile d'élaborer des indicateurs et des instruments aussi génériques que possible, qui puissent être utilisés dans différents programmes. Il faudrait s'efforcer pour cela de mettre en place un référentiel ([→ Structure du programme](#)) dont pourraient profiter aussi d'autres activités nationales, par exemple le « tableau de bord » pour un ensemble d'indicateurs national exigé dans la Stratégie en matière de qualité.



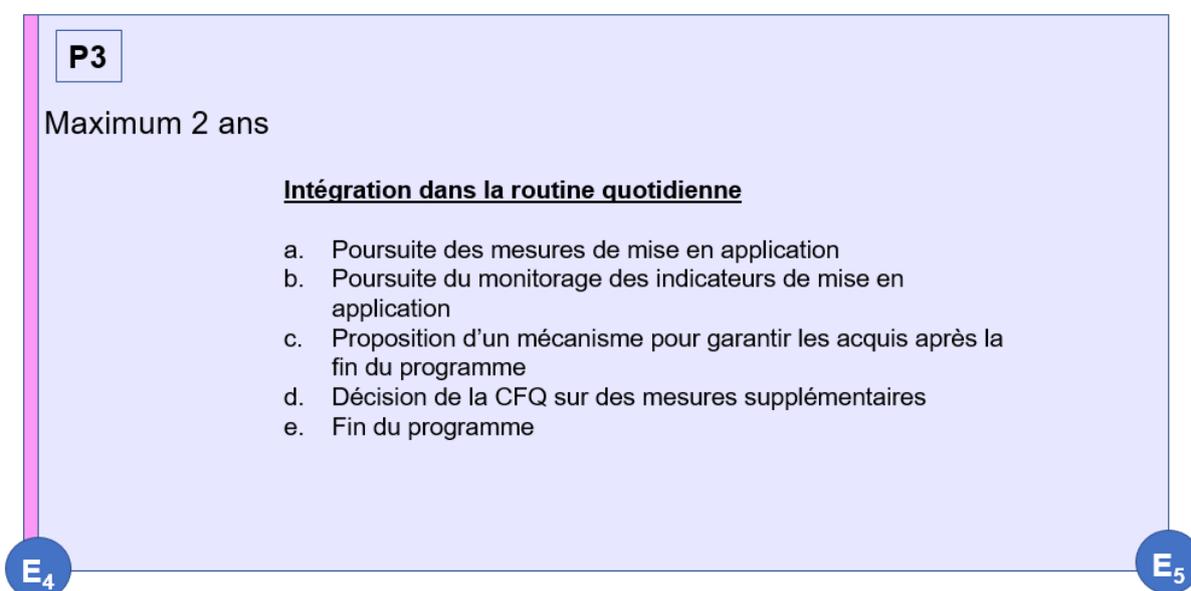
**D4 : Critères de décision pour une prolongation du programme**

- Les données disponibles concernant le succès de la mise en application montrent que la pénétration aux niveaux local, régional et national est bonne mais incomplète.
- Il existe une probabilité fondée qu'une prolongation du programme augmentera encore l'intégration de la pratique, tant en termes de quantité que de qualité.
- Des options s'offrent pour intégrer la pratique dans d'autres structures (p. ex. inscription de la pratique dans des règlements de formation postgrade ; adaptation de systèmes informatiques).
- Il convient d'examiner l'opportunité de changer de mécanisme de mise en application, par exemple de passer de la dissémination à l'inscription dans une convention de qualité ou dans les conditions d'admission cantonales.



### 2.2.4 Phase 3 : Intégration dans la routine quotidienne

Cette phase a pour objet, en fonction de la décision précédente relative à la mise en application (D4), de maintenir et de développer encore la mise en application obtenue (voir [Illustration](#)). En font notamment partie des mesures d'intégration durable de la pratique ; celles-ci, en fonction du mécanisme de mise en application, peuvent être d'ordre volontaire ou réglementaire pour les fournisseurs de prestations et doivent aussi refléter le niveau d'innovation de la pratique. Il importe de réduire encore les obstacles structurels à la pérennisation des pratiques (p. ex. en adaptant les systèmes informatiques sur la durée). Il est nécessaire de réduire autant que possible le risque d'un recul de la mise en application une fois épuisées ou réduites les ressources affectées spécifiquement au programme.



Au cours de la phase 3 :

- le tiers mandaté exécute d'autres activités du programme qui, d'une part, visent les fournisseurs de prestations individuellement et, d'autre part, servent à lever les obstacles structurels ;
- le relevé des indicateurs de mise en application et d'efficacité (sous une forme réduite le cas échéant) et le monitoring se poursuivent ;
- le tiers mandaté propose des mécanismes de garantie des acquis destinés à empêcher un retour en arrière une fois le programme achevé ;
- la CFQ décide si des offres et des indicateurs doivent être maintenus durablement une fois le programme achevé et, dans l'affirmative, lesquels, et recommande des mécanismes de garantie des acquis (D5) ;
- le programme s'achève.

#### Durée maximale de la phase 3

Étapes a à c : 18 mois

Étapes d à e : 6 mois



Phase 3 en entier : 24 mois

### Produits de la phase 3

- Le cas échéant, compléments au matériel de mise en œuvre primaire (p. ex. documents de formation, instruments, outils) et secondaire (p. ex. guide de mise en application) ou production de nouveau matériel
- Publication des résultats, y c. données relatives à l'efficacité et à la mise en application
- Rapport final, y c. propositions relatives à d'autres mesures de garantie des acquis

### **D5 : Sujets pour la décision de la CFQ à la fin du programme**

- Mise en place d'un ensemble limité d'indicateurs pour un monitoring durable et, le cas échéant, attribution du mandat correspondant à des tiers
- Recommandation d'un mécanisme de mise en application contraignant, p. ex. critères d'admission
- Mécanismes de garantie des acquis pour le maintien de la pratique mise en application et son intégration dans la routine quotidienne
- Informations relatives aux obstacles structurels restants et à la manière de procéder en vue de les lever
- Attribution de mandats à des tiers pour présenter des offres de soutien aux fournisseurs de prestations, ressources nécessaires
- Moment d'une éventuelle nouvelle soumission à la CFQ
- Planification du réexamen et de la mise à jour des contenus du programme



### 2.2.5 Récapitulation des phases, des questions et des moments décisifs

Le tableau ci-dessous récapitule les phases du programme, les principales questions posées et les moments où sont prises les décisions cruciales.

Phase	Questions	Moment décisif	
Phase 0	Que faut-il changer et de quelle manière ?	E <sub>0</sub> : Champs d'action / pratiques E <sub>1</sub> : Lancement du programme	Innovation
Phase 1	Est-ce que cela fonctionne ?	E <sub>2</sub> : Recommandation relative au caractère volontaire ou obligatoire et à la coordination	
Phase 2	L'application à plus grande échelle se passe-t-elle bien ? Comment en assurer le succès ?	E <sub>3</sub> : Début de la mise en application E <sub>4</sub> : Prolongation	Transformation
Phase 3	Que faut-il maintenir et faire entrer dans la routine quotidienne ?	E <sub>5</sub> : Offres / mesures pérennes	



### 2.3 Vue d'ensemble des programmes nationaux de mise en application : temps requis et produits

Remarque : les indications qui suivent ne sont que des estimations grossières, qui reposent sur diverses hypothèses et devront être validées au fil de l'avancement du programme.

Phase	Durée maximale	Produits
Phase 0	12 mois	<i>Evidence scan</i> ; plan du programme
Phase 1	36 mois	Matériel de mise en œuvre primaire et secondaire ; ensemble d'indicateurs ; analyse et publication des résultats ; recommandation de propagation à l'échelle nationale
Phase 2 <a href="#">[Prototype de dissémination]</a>	36 mois	Plan de programme détaillé ; matériel de mise en œuvre primaire et secondaire ; analyse et publication des résultats ; recommandations de pérennisation de la pratique et d'intégration dans la routine
Phase 3	24 mois	Compléments au matériel de mise en œuvre primaire et secondaire ; analyse et publication des résultats ; rapport final
<b>En tout</b>	<b>108 mois (9 ans)</b>	

## 2.4 Organisation du programme, direction, organes et rôles respectifs

### 2.4.1 Structure de l'organisation

### 2.4.2 Organisation du programme

### 2.4.3 Vue d'ensemble des rôles

### 2.4.4 Controlling, rapports et gestion des risques



### 3 Programmes nationaux d'élaboration de bases (PNB)

#### 3.1 Orientation générale des PNB

Pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, certaines composantes fondamentales – les programmes nationaux d'élaboration de bases (PNB) – sont nécessaires dans le système de soins de santé. S'agissant de la sécurité des patients, la détection précoce des risques qui les menacent et l'instauration d'une culture d'apprentissage et de sécurité dans l'ensemble du système sont d'une importance capitale. C'est également une tâche nationale essentielle prévue par le Plan d'action mondial pour la sécurité des patients récemment adopté par l'OMS, qui formule des objectifs stratégiques concrets et des activités en rapport (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>). La mise en œuvre du plan d'action de l'OMS est également recommandée dans la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité « Garantie et encouragement de la qualité des prestations dans l'assurance obligatoire des soins » (projet du 25.6.2021 mis en consultation, p. 37). Les programmes d'élaboration de bases décrits ici sont ainsi alignés sur les objectifs stratégiques formulés par l'OMS. Le développement de la qualité repose avant tout sur le contrôle de la qualité, la propagation des méthodes et des instruments de mise en application des mesures, ainsi que la coordination des activités et des acteurs. Il faut renforcer les compétences méthodologiques en matière d'amélioration de la qualité, de mise en application des mesures au plan local et d'évaluation de celle-ci, grâce à des indicateurs par exemple. Un tel programme pourrait notamment conseiller et soutenir les responsables locaux, par exemple à l'aide d'un processus d'amélioration fondé sur des données. La description de ce programme s'appuie sur les expériences d'autres pays, qui montrent que les fournisseurs de prestations locaux ont besoin d'être accompagnés par des offres de soutien et de coordination.

Les programmes d'élaboration de bases ont une perspective plus large et à plus long terme que les programmes de mise en application ; ils se déroulent en continu et contiennent des trains de mesures générales. Les PNB qui concernent la sécurité des patients ont actuellement pour objectif principal de faire fonctionner un système de détection précoce, de promouvoir la sensibilisation et d'assurer le transfert des connaissances. S'agissant du développement de la qualité, leur objectif est d'identifier les potentiels d'amélioration, de développer des offres de soutien méthodologique et de coordonner les activités nationales. Ils assument notamment la fonction, soulignée par l'OMS dans plusieurs objectifs stratégiques (voir [ch. 3.2](#)), de centre national de compétence pour la sécurité des patients, par exemple concernant l'innovation, en étant chargés de fournir les prestations correspondantes. À la différence des programmes nationaux de mise en application – dont les thématiques, les phases et les participants changent à chaque fois –, les programmes d'élaboration de bases représentent donc une source stable d'informations, de compétences et d'innovation sur de nombreuses années ; ils garantissent un échange d'informations d'ordre général entre les différents groupes d'intérêts, par exemple par des événements et une communication proactive. Ce type de programmes permet aussi de promouvoir un réseau qui garantisse l'accès et la propagation des informations relatives à la qualité des soins et à la



sécurité des patients à l'échelle du pays. Les PNB génèrent ainsi des bases, des informations et des connaissances qui alimentent également le déclenchement et l'organisation de programmes nationaux de mise en application. Cette fonction deviendra encore plus importante avec le lancement des travaux de la CFQ, car il en résultera une dynamique plus forte. Les programmes d'élaboration de bases généreront des informations, des observations et des évaluations importantes susceptibles d'avoir une influence sur la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité et la définition des objectifs de qualité.

Les programmes d'élaboration de bases garantissent, d'une part, la continuité des travaux relatifs à la qualité et à la sécurité dans le système de santé suisse et, d'autre part, une grande flexibilité, grâce à laquelle des activités, des questions et des idées plus modestes peuvent aussi être traitées avant le lancement d'un projet d'une certaine importance, ou sans qu'un tel projet soit nécessaire. Les travaux et les compétences issus des programmes d'élaboration de bases seront aisément accessibles à toutes les parties prenantes, en particulier aux fournisseurs de prestations. Il serait judicieux et utile de prévoir aussi un examen préalable avant de prendre des engagements financiers, administratifs et organisationnels complexes. Par ailleurs, il serait illusoire de penser que toutes les thématiques et tous les groupes de fournisseurs de prestations sont susceptibles de faire l'objet d'un programme de mise en application. En revanche, les programmes d'élaboration de bases visent à soutenir des thématiques qui ne font pas, plus ou pas encore partie d'un programme de mise en application. Les deux types de programmes sont complémentaires.

La présente conception propose en premier lieu deux programmes d'élaborations de bases :

- l'un sur le monitoring des risques, la sensibilisation et le transfert de connaissances relatives à la sécurité des patients,
- l'autre sur le développement de la qualité et la coordination.

Il se peut que la consolidation d'instruments nouveaux requière à l'avenir d'autres offres de ce type.

Les programmes d'élaboration de bases touchent l'ensemble du système de santé et couvrent tous les domaines de soins. Comme ils sont fondés sur la continuité et servent de piliers à la promotion du système de soins, leur durée doit être à long terme. Une évaluation de l'approche adoptée par ce type de programmes devrait avoir lieu après une période de quatre ans. Dans l'intervalle, des évaluations intermédiaires en vue d'ajustements seront possibles chaque année sur la base des rapports d'activité ou à la suite d'éventuelles adaptations des objectifs du Conseil fédéral ou de recommandations de la CFQ.



### 3.2 PNB Monitoring des risques, sensibilisation et transfert de connaissances relatives à la sécurité des patients

Dans son Plan d'action mondial pour la sécurité des patients, l'OMS formule diverses stratégies et recommandations de mise en œuvre essentielles au développement de la sécurité des patients et pertinentes aussi pour la Suisse. Il s'agit des points suivants (voir [Annexe 2](#)) :

- Sensibiliser le public et les acteurs déterminants à la sécurité des patients, p. ex. à l'occasion de la Journée mondiale de la sécurité des patients (*objectif stratégique 1.5*)
- Charger un organisme indépendant de récolter, d'analyser, de synthétiser et d'évaluer des informations relatives à la sécurité des patients (*objectif stratégique 2.1*)
- Garantir le transfert de connaissances concernant tant les risques de sécurité dans les processus cliniques que la diffusion d'outils et d'instruments pour leur gestion (*objectif stratégique 3.1*)
- Charger un ou plusieurs centres nationaux de l'optimisation des capacités de direction, d'innovation et de recherche concernant la sécurité des patients (*objectif stratégique 2.3*) et de la formation initiale et postgrade (*objectif stratégique 5.1*)
- Organiser des formations initiales et postgrades et des entraînements ambitieux en matière de sécurité des patients pour toutes les professions de santé et tous les domaines de responsabilité (clinique et managérial) (*objectif stratégique 5.1*)
- Garantir un flux continu d'informations et de connaissances pour faire progresser la minimisation des risques, la réduction des dommages évitables et l'amélioration de la sécurité, notamment en ce qui concerne les systèmes de déclaration et de surveillance et les enquêtes en cas d'événements graves (*objectifs stratégiques 6.1 et 6.3*)
- Créer et entretenir activement un réseau regroupant des acteurs nationaux et internationaux, y compris certains provenant d'autres secteurs économiques, en particulier pour l'apprentissage commun et l'échange de bonnes pratiques (*objectif stratégique 7.3*)

Le programme d'élaboration de bases proposé ici reprend ces recommandations et les rassemble en un volet de prestations. L'accent est mis sur l'identification et l'analyse systématiques des points constituant des risques pour la sécurité des patients dans le système de santé suisse, ainsi que sur la sensibilisation et le transfert de connaissances. La mise en place d'un tel système d'alerte et d'apprentissage est impérative si l'on entend, d'une part, identifier les risques émergents à un stade précoce en vue de déterminer les possibilités d'amélioration et, d'autre part, analyser, traiter et tirer des conclusions des incidents entraînant ou non un préjudice pour le patient (apprentissage fondé sur de tels incidents). Ce système doit reposer sur des informations solides et suivre des méthodes reconnues au niveau international.

En outre, l'application de pratiques au plan local directement au niveau de chaque fournisseur de prestations ne permet pas de régler de manière efficace tous les problèmes de sécurité des patients.



Certains d'entre eux – comme les lacunes dans les cursus de formation, la désignation de médicaments différents à consonance identique, les environnements de travail et les matériaux propices aux erreurs, ou les risques pour la sécurité des patients provenant de la numérisation – requièrent des interventions d'ordre structurel. C'est particulièrement le cas des thématiques générales telles que les opportunités et les risques de la numérisation et les interfaces informatiques entre les domaines de soins et les infrastructures. Adresse centrale recueillant les questions relatives à la sécurité des patients, ce programme d'élaboration de bases contribuera à la sensibilisation et à la propagation de connaissances directement utilisables par les fournisseurs de prestations. En ce sens, il jouera un rôle moteur et contribuera de manière significative à l'identification des risques et à l'élaboration de solutions en temps utile. Il concrétisera ainsi les dispositions de l'art. 58c, let. e et f, LAMal :

---

Art. 58c *La Commission fédérale pour la qualité a les tâches et les compétences suivantes :*  
e. *elle charge des tiers de procéder à des études et à des examens systématiques ;*  
f. *elle charge des tiers [...] de garantir l'identification et l'analyse des risques pour la sécurité des patients, de prendre des mesures de réduction de ces risques et d'assurer le développement de méthodes visant à promouvoir la sécurité des patients ; [...]*

---

Ces différentes activités permettront d'acquérir des données, des connaissances et des outils qui, outre leur importance directe pour les fournisseurs de prestations, constitueront aussi une précieuse source d'information pour les milieux politiques et l'administration ; il pourra aussi en résulter des indications pertinentes pour la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité et les objectifs qui la déploient, mais aussi pour les cantons.

Rapportées les unes aux autres, les différentes prestations que l'on vient de mentionner constitueront des synergies ; à ce titre, elles requièrent un haut degré de flexibilité, de continuité et d'expertise. Par exemple, le réseau CIRNET (*Critical incident reporting & reacting network*) permet de rassembler des expériences et des connaissances importantes pour le développement du registre des « *never events* », c'est-à-dire des erreurs qui ne devraient jamais se produire (événements indésirables graves évitables) : considérations juridiques et techniques, bases nécessaires à la confiance avec les fournisseurs de prestations, notamment. Sur le plan opérationnel, des opportunités se présentent souvent sur une brève période, tandis que d'autres tâches prennent plus de temps. La compétence et la crédibilité des informations sur la sécurité des patients sont d'autant mieux perçues que l'émetteur de la communication est reconnu comme une institution compétente. Par ailleurs, le regroupement de prestations dans un programme d'élaboration de bases permet d'ajuster temporairement les priorités et d'utiliser les synergies en bénéficiant de la présence d'experts et de spécialistes couvrant l'ensemble du système de santé, ce qu'il n'est pas possible d'obtenir dans un programme portant sur des prestations particulières, distinctes et spécifiques.



Les prestations suivantes concrétisent les tâches susmentionnées.

<b>Tâches / prestations du programme d'élaboration de bases Sécurité des patients</b>	
<b>I – Monitoring et réduction des risques</b>	
Objectifs stratégiques 2.1, 3.1, 6.1 et 6.3	<i>Critical incident reporting &amp; reacting network (CIRNET)</i>
	Gestion et développement du réseau, y c. dans de nouveaux domaines de soins (voir la note sur la participation aux coûts des utilisateurs finaux) ; compilation et échange d'informations de tous les domaines de soins, identification des points critiques ; soutien au développement d'une protection juridique pour les systèmes de déclaration d'erreurs et d'apprentissage de ces erreurs ; évaluations, analyses détaillées, alertes rapides ; développement et diffusion d'outils et de recommandations concernant les processus ou les situations cliniques identifiés
	<i>Registre national des « never events »</i>
	Mise en place et gestion du registre ; développement de la thématique pour d'autres domaines de soins ; évaluations et analyses détaillées ; identification des configurations typiques déclenchant des événements ; analyses de cas ; développement et diffusion d'outils, de méthodes et d'instruments pour différents domaines d'application (analyse de dommages, d'erreurs, de processus, etc.)
	<i>Horizon scanning : monitoring des tendances et des risques observés aux niveaux national et international</i>
	Identification et évaluation des champs d'action et des priorités ; enquête sur l'état de mise en œuvre des mesures de prévention spécifiques ; monitoring des preuves scientifiques ; dialogue systématique avec les praticiens ainsi qu'avec les experts nationaux et internationaux ; compte rendu régulier à la CFQ
<b>II – Sensibilisation</b>	
Objectifs stratégiques 1.5 et 7.3	Organisation annuelle de la semaine d'action pour la sécurité des patients à l'occasion de la Journée mondiale de la sécurité des patients de l'OMS
	Définition des thématiques en concertation avec les acteurs nationaux et internationaux ; élaboration de matériel de campagne ; diffusion et communication
	Communication sur divers sujets liés à la sécurité des patients
	Rapports d'expertises et résultats concernant la sécurité des patients pour l'ensemble de la Suisse, en trois langues ; site Internet, bulletin d'information, entretien du réseau en trois langues
<b>III – Transfert de connaissances</b>	
Objectifs stratégiques 3.1, 5.1, 6.1, 6.3 et 7.3	Expertise ; dissémination des connaissances ; offre de formation initiale, continue ou postgrade
	Colloques et contributions à ceux-ci ; formation, cours, enseignement ; encadrement d'étudiants ou de travaux de diplôme ; élaboration de recommandations ; diffusion d'outils ; publications ; conseils et renseignements spécialisés ; préparation d'avis et d'expertises ; collection d'outils d'enquête (référentiel), p. ex. sur la culture de la sécurité ; placement du thème de la sécurité des patients dans l'agenda stratégique de comités, de groupes d'experts ou d'expertises

Durée : 48 mois (4 ans)



### 3.3 PNB Développement de la qualité et coordination

#### 3.4 Cadre relatif à l'organisation des PNB

À la différence des programmes de mise en application, les programmes d'élaboration de bases ne nécessitent pas une organisation spécifique et séparée, mais doivent être intégrés dans une structure institutionnelle solide. Puisque le travail et les résultats des PNB sont d'une importance fondamentale pour le développement de la qualité des soins et de la sécurité des patients, nous recommandons que la direction des PNB soit en lien direct avec la CFQ par le biais d'échanges et de rapports d'activité réguliers. Il convient aussi d'éviter les redondances et une organisation trop complexe. Outre les résultats concrets des travaux (p. ex. recommandations, rapports, outils, évaluations de données, etc.), les PNB devraient soumettre à la CFQ des rapports d'activité annuels abordant non seulement le travail accompli, mais aussi les activités prévues pour l'année suivante. Ces rapports écrits devraient être complétés au moins chaque année par un entretien personnel entre la CFQ et la direction respective des PNB. Ces entretiens devraient porter sur les évaluations, les expériences et les développements de fond afin qu'il soit possible de percevoir à temps les tendances et les évolutions en cours, d'assurer le flux d'informations et de susciter des synergies. Ils permettraient aussi de faire directement bénéficier la CFQ de l'expertise et des compétences des PNB. Enfin, il serait judicieux de prévoir une réévaluation de ce modèle après une période de quatre ans, pour l'ajuster si nécessaire.

#### 3.5 Synergies et complémentarités entre PNA et PNB

Les programmes nationaux de mise en application et les programmes nationaux d'élaboration de bases diffèrent fondamentalement dans leur orientation, mais ils offrent aussi des synergies non négligeables. Les programmes nationaux de mise en application valident des pratiques spécifiques fondées sur des données probantes et en assurent la diffusion pérenne sur tout le territoire. Les programmes d'élaboration de bases identifient des champs d'action et mettent à disposition des connaissances, des données, des outils et des compétences au-delà du cadre de chaque PNA. S'ils présentent aussi une offre à l'adresse des fournisseurs de prestations, leur vocation est toutefois expressément de soutenir les décideurs, en leur présentant par exemple les tendances et les évolutions ressortant de leurs analyses.

Les PNA se concentrent sur des pistes de solution prometteuses pour résoudre des problèmes spécifiques à certains domaines de soins. Les PNB contribuent au succès des PNA en améliorant les connaissances et les compétences des fournisseurs de prestations et en agissant ainsi sur l'environnement dans lequel les PNA interviennent. Les PNB apportent des méthodes et des capacités à même d'améliorer le système global en produisant ainsi la dynamique nécessaire. En revanche, comme l'expérience internationale et le rapport national sur la qualité et la sécurité des soins en Suisse l'ont montré, il ne serait pas pertinent de se concentrer uniquement sur des PNA. Cette double approche est nécessaire notamment en raison des [quatre conditions propres au contexte du système de santé suisse](#) mises en évidence au chap. 1.



## 4 Considérations de fond

La présente conception propose un modèle susceptible de favoriser durablement et substantiellement l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans tous les domaines du système de santé. Elle offre à la révision de la LAMal un cadre pour la mise en œuvre du développement de la qualité et entend contribuer à la formation d'une compréhension commune et d'un état d'esprit partagé par tous les acteurs.

Elle a été élaborée dans les limites posées par un cahier des charges dans lequel la visée d'une mise en application de bonnes pratiques s'inscrivait profondément dans une optique fortement orientée sur les processus. C'est pourquoi l'accent est mis sur l'amélioration de la fourniture de prestations proprement dite, placée au début du processus, et non sur les conditions-cadres et les facteurs contextuels qui déterminent la nature et la qualité de cette fourniture de prestations. Du point de vue des auteurs, tant la simplicité de la mise en œuvre que les effets produits à long terme par une mise en application de processus de bonnes pratiques sur la qualité et la sécurité de l'ensemble du système tendent à être surestimés. L'idée qu'il existe en quelque sorte un « tiroir contenant des bonnes pratiques pour la Suisse qu'il suffirait de mettre en œuvre pour que le problème soit réglé » ne tient pas suffisamment compte de la complexité du système de santé et des interactions entre les structures et les processus. En d'autres termes, beaucoup des problèmes de qualité et de sécurité qui se manifestent « au chevet des malades » ne peuvent pas y être résolus, sinon dans une mesure limitée, en combinaison avec d'autres démarches. Cette difficulté est due à des causes spécifiques et fondamentales, brièvement exposées ci-dessous :

- Les preuves de bonnes pratiques proviennent en général d'un contexte international. Or, il est souvent difficile de transposer une pratique d'un système de santé dans un autre, et les tentatives pour le faire sont rarement fructueuses. Il est fréquent en effet que le contexte des changements opérés ne puisse être transposé. C'est au niveau des ressources et des conditions-cadres spécifiques qu'on le comprendra le mieux. Ainsi, la preuve de l'effet positif de prestations pharmaceutiques cliniques (p. ex. la participation de pharmaciens cliniques aux visites médicales) ne peut pas être transposée telle quelle, étant donné que la ressource « pharmacie clinique » n'est pas du tout disponible en Suisse dans une mesure suffisante. Il en découle cette double exigence : produire de nouvelles preuves pour des mesures qui correspondent à la situation suisse actuelle (p. ex. stratification des risques des prestations pharmaceutiques cliniques), tout en augmentant systématiquement et durablement les ressources disponibles, p. ex. au moyen de campagnes de formation.
- Pour améliorer efficacement la sécurité des patients, les mesures doivent viser à éliminer complètement du système des risques spécifiques et connus. On peut citer à titre d'exemple les médicaments pour lesquels la consonance de la désignation ou l'apparence de l'emballage sont



similaires, l'utilisation de nouvelles technologies numériques ou les risques dus aux erreurs de connexion : au lieu donc de mettre en place des doubles contrôles de médicaments, qui sont peu efficaces (processus), il serait plus judicieux d'édicter des prescriptions relatives à la désignation et à l'emballage des médicaments, afin d'en améliorer la sécurité, ou d'interdire le recours à des matériaux prêtant à confusion, comme le font d'autres pays (structure). Pour les mesures structurelles également, il est nécessaire de mettre en application de nouveaux processus et de nouvelles procédures. Elles offrent cependant de meilleures perspectives de succès, car le risque principal est systématiquement réduit, voire éliminé. Or, l'efficacité des stratégies de ce type tend généralement à être sous-estimée en Suisse et n'a pu être intégrée ici que dans une mesure très limitée, pour les programmes nationaux de mise en application : en effet, le cahier des charges précisait expressément le souhait d'une focalisation sur l'effet produit par le développement de la qualité sur les processus de fourniture de prestations. C'est pourquoi nous soulignons clairement dans le présent document [l'importance que les éléments d'ordre structurel revêtent aussi dans la mise en application des bonnes pratiques](#). Pour ce qui est de la qualité également, il existe d'importants potentiels structurels à même de la favoriser, potentiels qu'une simple optimisation des processus (p. ex. au moyen de la numérisation) ne permet pas d'exploiter. Les programmes nationaux d'élaboration de bases peuvent jouer un rôle moteur décisif pour explorer le potentiel offert par des mesures structurelles et mettre celles-ci au point.

- Les programmes nationaux de mise en application sont généralement lourds. Les fournisseurs de prestations doivent apporter les ressources (temporelles, financières et humaines) nécessaires pour mettre en place les mesures durablement. Cet objectif nécessite une bonne planification et une bonne communication avec les fournisseurs de prestations, ainsi que la création d'incitations positives. Il importe aussi que les fournisseurs de prestations soient récompensés précisément pour leur participation aux programmes innovants et leur disposition à « produire des preuves », car ils contribuent ainsi au développement de l'ensemble du système.
- La possibilité de maintenir durablement le développement de la qualité grâce à des « communautés de travail » est controversée. L'on observe très fréquemment un retour à l'état initial une fois disparus les incitations ou le monitoring des effets (voir p. ex. [Schechter et al. : Sustainability of paediatric asthma care quality in community hospitals after ending a national quality improvement collaborative. Doi: 10.1136/bmjqs-2020-012292](#)). Ce déficit de durabilité peut s'expliquer par le fait que les ressources de soutien externes et internes ne sont plus disponibles au terme du programme et que la priorité est donnée à de nouvelles activités concernant la qualité. Cette circonstance plaide elle aussi pour la mise en application de mesures plus simples, qui puissent aussi se pérenniser même avec un faible soutien. Les activités visant la qualité doivent simplifier et faciliter les processus, et non les rendre plus complexes et plus lourds. Il est nécessaire pour cela de connaître en profondeur les processus, leur environnement et leur



contexte. Il faut donc avoir véritablement compris le problème avant de pouvoir le résoudre.

- La répétition de pistes de solution et de mesures, comme dans le cycle PDCA, peut être un bon moyen d'y arriver. Les cycles de ce genre aident à isoler les mesures qui sont efficaces et durables et à repérer les activités de peu d'utilité. L'intégration des patients et des proches dans cette démarche peut elle aussi s'avérer précieuse. Nous tenons néanmoins à souligner encore une fois que le cycle PDCA n'est pas une méthode qui se borne à relever les données « avant et après », mais qu'elle vise à adapter relativement rapidement des processus grâce à la répétition de cycles permettant d'en contrôler le succès au moyen des données recueillies. Les traits caractéristiques de cette méthode ne sont toutefois que rarement appliqués dans le domaine de la santé (voir p. ex. [Taylor et al. : Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. Doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862](#)). Nous présumons qu'en Suisse, à l'heure actuelle, les fournisseurs de prestations disposant de l'expérience, des compétences et des ressources nécessaires à l'application de véritables cycles PDCA sont très rares. Il serait souhaitable et certainement très utile de formuler et de communiquer aux parties prenantes une recommandation fondée sur des données probantes en vue d'une application pratique de la méthode PDCA. Combinée avec une offre de soutien en rapport dans le cadre des programmes d'élaboration de bases, cette démarche favoriserait le développement des compétences au niveau national.

Les réflexions critiques qui précèdent ont expressément pour but de préciser clairement le champ d'application, le champ d'action, les limites et les effets probables de la présente conception. Elles débouchent sur trois conséquences essentielles :

- a) Il est impératif d'investir des ressources dans la production de preuves spécifiques au contexte suisse.
- b) Il importe d'examiner avec la plus grande attention les pratiques à mettre en application. Elles doivent être simples et s'intégrer, en règle générale, dans un train de mesures. Il importe aussi d'étudier et de prendre en compte le contexte des pratiques en question.
- c) Pour obtenir à moyen et à long terme un effet évident d'amélioration de la qualité et de la sécurité, il est nécessaire de poursuivre en parallèle des mesures à visée structurelle. De ce point de vue, il apparaîtrait problématique d'axer la stratégie de qualité exclusivement sur l'assurance obligatoire des soins (AOS).

En dépit de ces réserves, le modèle présenté ici pour la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes peut produire des effets positifs s'il est appliqué de façon rigoureuse. Si les pratiques sont sélectionnées de façon ciblée et réfléchie, adaptées au contexte national, testées à large échelle et accompagnées de mesures structurelles, et que leur application est déclarée prioritaire sur le long terme, des améliorations considérables de la qualité et de la sécurité sont



## Concept Programmes nationaux

---

possibles. Combinées avec les programmes d'élaboration de bases, elles pourront favoriser l'éclosion d'une culture et d'une dynamique de développement de la qualité dont profiteront aussi bien la population en général que les patients et le personnel du système de santé. La présente conception entend offrir à cette fin un cadre et une aide. Cela dit, elle peut et devra être adaptée et modifiée en fonction des expériences faites.



## 5 Annexe 1 : Description des *Patient Safety Collaboratives* (UK)

### Programmes d'amélioration de la sécurité des patients en Grande-Bretagne et en Irlande du Nord : *Patient safety improvement programmes* (SIP)

Les programmes d'amélioration de la sécurité des patients (*Patient safety improvement programmes*, SIP) forment une composante essentielle de la stratégie de sécurité des patients lancée en juillet 2019 par le système de santé national (*National Health System*, NHS). Ils ont pour but d'améliorer la sécurité et la qualité dans l'ensemble du système de santé de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord. Les SIP s'appuient sur le travail des quinze communautés de travail pour la sécurité des patients (*Patient Safety Collaboratives*, PSC) implantées dans les régions et sur le *Patient Safety Collaborative Programm* lancé en 2014. L'approche collaborative se fonde sur cinq éléments clés : (1) Pour une thématique donnée, (2) des spécialistes au bénéfice d'une expérience clinique et d'autres disposant de connaissances en amélioration de la qualité amènent des idées et un soutien en vue d'améliorations, et (3) des équipes multiprofessionnelles collaborent sur plusieurs sites. (4) Un modèle d'amélioration est appliqué et (5) le processus collaboratif comprend une série d'activités structurées (Hulscher et al (2009), *Collaboratives*. Londres : The Health Foundation).

#### Objectif des programmes

Les SIP visent à améliorer constamment et durablement la sécurité des patients dans des établissements tels que maternités, services des urgences, cliniques psychiatriques, cabinets médicaux et maisons de retraite. Ils sont centrés sur les mesures suivantes :

- *Culture* : encourager une culture positive de la sécurité ainsi que la connaissance des bonnes et des mauvaises pratiques ; inciter le personnel à échanger à ce propos.
- *Amélioration fondée sur des données probantes* : promouvoir la méthode d'amélioration de la qualité fondée sur des données probantes et garantir un monitoring systématique (mesure régulière et évaluation de l'amélioration obtenue).
- *Capacité à améliorer la qualité* : développer la capacité des autorités et des systèmes de santé locaux à améliorer la qualité afin de permettre une optimisation continue de celle-ci.
- *Changement au niveau du système* : permettre aux systèmes de santé locaux et régionaux d'identifier les domaines à améliorer en priorité et de procéder à des échanges d'expériences.

#### Types de programmes

Les SIP comprennent les programmes suivants :

- *National Patient Safety Improvement Programme* (NatPatSIP) : programme national d'amélioration de la sécurité des patients ;
- *Maternity and Neonatal Safety Improvement Programme* (MatNeoSIP) : programme d'amélioration de la sécurité des mères et des nouveau-nés ;
- *Medicines Safety Improvement Programme* (MedSIP) : programmes d'amélioration de la sécurité



des médicaments.

Pour les médicaments, par exemple, les priorités suivantes ont été fixées au niveau national :

- amélioration de la sécurité lors de la remise de médicaments dans les établissements de soins ;
- réduction des prescriptions d'opiacés à forte dose en cas de douleurs non cancéreuses ;
- réduction des lésions dues à la prescription et à la remise de méthotrexate par voie orale.

Il est prévu de suivre encore à l'avenir les thématiques « polypharmacie » et « sécurité dans l'usage des anticoagulants ».

### Durée et financement

Le *Patient Safety Collaborative Programm*, programme précurseur des SIP achevé en 2019, s'est déroulé sur cinq ans, avec un budget annuel de 8,5 millions de livres (env. 10,8 millions de francs) mis à disposition par le NHS. De ce montant, 7 millions de livres (env. 8,9 millions de francs) étaient répartis chaque année entre les PSC régionaux sur la base d'une pondération par tête (450 000 livres en moyenne [soit 570 000 francs] par PSC).

### Organisation des programmes

Les SIP sont gérés et dirigés par une équipe nationale de sécurité des patients (*National Patient Safety Team*) et mis en œuvre par des prestataires de soins locaux, les quinze PSC régionaux, qui identifient ou élaborent des solutions pour les principaux problèmes de sécurité des patients qui se posent dans leur région. Composés de prestataires du NHS et de mandants sur le territoire de leur région, les PSC comprennent des hôpitaux, des établissements communaux, des services de soins primaires, des services psychiatriques et des ambulances ainsi que des groupes de mandats cliniques.

Il est important de noter que chaque PSC est dirigé par l'un des quinze *Academic Health Science Networks* (AHSN) régionaux sur mandat de l'équipe nationale de sécurité des patients, qui a pris cette décision en réaction à la faible coordination entre PSC et au manque de contacts suivis avec le milieu académique qui régnaient auparavant. Les AHSN se composent de collaborateurs du NHS, de patients, de soignants, de chercheurs et de spécialistes en amélioration de la qualité et de la sécurité. Ils constituent l'interface entre le système de santé, les organisations universitaires, les autorités régionales, les organisations à but non lucratif et l'industrie, et se comprennent comme un moteur de promotion du changement et de diffusion de l'innovation.

### Unité de soutien pour la mesure de la sécurité

L'unité chargée de mesurer la sécurité des patients ([Patient Safety Measurement Unit](#), PMSU) a été créée en 2017 en tant que ressource centrale. Elle soutient les quinze PSC régionaux pour la mesure systématique des changements obtenus (elle peut p. ex. les aider à récolter et à analyser les données), se concentrant sur le soutien au niveau national et à celui des PSC, et non sur un soutien ponctuel aux programmes locaux.



Depuis le troisième trimestre 2017, la PSMU publie un rapport national trimestriel fondé sur les données des PSC, qui vise une meilleure compréhension des effets globaux sur une base nationale plus uniforme. Comme la saisie des données est très complexe pour les PSC et que ces données n'ont montré à ce jour l'utilité des initiatives que dans une mesure limitée, cette approche est encore en phase de développement, en vue de composer un ensemble national de données qui soit plus parlant. La mise en place de l'unité centrale de soutien aux programmes se fonde sur le constat que les compétences méthodologiques requises ne sont pas disponibles partout au plan local et que les coûts que les différents hôpitaux et professionnels devraient assumer pour les acquérir seraient disproportionnés.

### **Défis identifiés grâce au *Patient Safety Collaborative Programm***

- Ampleur des variations entre PSC dans les priorités définies pour les initiatives en matière de sécurité des patients
- Ampleur des différences entre PSC concernant la taille et la structure d'une même initiative en raison d'adaptations aux exigences locales et du manque d'échanges entre PSC → difficulté à comparer et à évaluer l'efficacité au niveau national, limites dans la diffusion et la reprise d'innovations et d'améliorations entre PSC
- Ampleur des différences entre PSC dans la qualité des méthodes appliquées et absence de mesure des résultats
- Faible nombre d'initiatives pour lesquelles il a été possible de montrer un effet au niveau national

### **Recommandations pour de futurs programmes**

- Définir une stratégie nationale claire, et se fonder sur des données probantes pour fixer des priorités sans équivoque entre les thématiques et les stratégies d'amélioration
- Définir clairement la répartition des rôles et des compétences entre les différents acteurs (équipe nationale, AHSN, PSC)
- Définir pour chaque programme les attentes minimales en matière de saisie et de mesure des données, dans l'optique des résultats attendus, de la mesure des effets et de l'approche favorisant l'engagement et la collaboration des parties prenantes
- Prévoir la transmission par les PSC de rapports réguliers sur des indicateurs définis, à l'intention de l'équipe nationale de sécurité des patients
- Confier aux PSC l'élaboration de plans de mise en œuvre au niveau local, prévoyant pour tous les projets des résultats clairs, fondés et mesurables, ainsi que des jalons pour en garantir la réalisation
- Augmenter la qualité des méthodes en les uniformisant pour l'ensemble des programmes en recrutant des professionnels pour les PSC, en formant le personnel des PSC, en facilitant l'accès aux données et en étendant et en améliorant l'accessibilité des structures de soutien
- Renforcer la standardisation du processus de diffusion et de reprise des pratiques
- Mettre en place des rencontres et des ateliers nationaux réguliers pour permettre les échanges de vues et de bonnes pratiques entre PSC régionaux et favoriser la collaboration



## Concept Programmes nationaux

---

Sources :

<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-improvement-programmes/>

[https://www.pslhub.org/uploads/monthly\\_2021\\_03/AHSN-Network-Patient-Safety-Plan-2020\\_pdf.838ea54a85f80a11bccdd7839c300100](https://www.pslhub.org/uploads/monthly_2021_03/AHSN-Network-Patient-Safety-Plan-2020_pdf.838ea54a85f80a11bccdd7839c300100)



## 6 Annexe 2 : Extraits du Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 de l'OMS

Nous avons regroupé ici les stratégies les plus pertinentes pour les bases nationales.

Le document complet de l'OMS est disponible (en anglais) à l'adresse suivante :

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5)

### Faire de l'élimination de tout préjudice évitable pour les patients un état d'esprit et une règle d'engagement dans la planification et la fourniture des soins de santé partout dans le monde

#### STRATEGY 1.5:

Create maximum awareness of World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges as a way of maintaining a high public and political profile for patient safety

#### Actions for governments

- ▶ Participate in designing the World Patient Safety Day global campaign annually.
- ▶ Adapt, develop and launch national campaigns aligned with the theme of World Patient Safety Day each year.
- ▶ Observe World Patient Safety Day annually on 17 September through organizing activities and events (for example, lighting up iconic landmarks in orange) and educating the public on the importance of patient safety.
- ▶ Engage all related stakeholders and initiate sustained action on the theme of World Patient Safety Day.

### Mettre sur pied des systèmes et des organisations de santé hautement fiables qui protègent quotidiennement les patients de tout préjudice

#### STRATEGY 2.1:

Develop and sustain a culture of respect, openness and transparency that promotes learning, not blame and retribution, within each organization providing patient care

#### Actions for governments

- ▶ Introduce and implement administrative and legal protection mechanisms, as applicable, for those reporting adverse events or raising concerns about the safety of services.
- ▶ Ensure the protection mechanism is based on learnings from patient safety failures and refining the work system, rather than punishing individuals, and is widely available and known to all stakeholders.
- ▶ Appoint an independent organization for receiving, analysing, synthesizing and publicly reporting information on the safety of health care in the country and commenting upon progress, as applicable.
- ▶ Define clear-cut boundaries and distinctions between medical errors and medical negligence in order to establish a just culture and facilitate appropriate corrective actions.
- ▶ Adopt global approaches for establishment of a safety culture across the health system, including building competencies in methods for culture change.



<p><b>STRATEGY 2.3:</b></p> <p>Develop clinical and managerial leadership capacity and capability at all levels to ensure a strong and visible focus on eliminating avoidable harm in health care</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Designate one or more centres in the country to develop capacity in patient safety leadership, research and innovation.</li><li>▶ Establish a leadership capacity development programme in patient safety for clinical and managerial leaders and multi-tiered levels of workforce education and training that could influence decisions and configuration at institutions.</li><li>▶ Establish a patient safety leader group for early career professionals in existing health care positions.</li></ul>
<p><b>Assurer la sécurité de tout processus clinique</b></p>	
<p><b>STRATEGY 3.1:</b></p> <p>Identify all risk-prone clinical procedures and mitigate their risks, taking account of national and local priorities</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Create expert groups to identify, assess, map and widely communicate the information on key areas and sources of avoidable risk and harm in each domain of clinical practice.</li><li>▶ Create and regularly update a database of knowledge and tools to enable organizations and health care professionals to mitigate the risks and manage harm associated with clinical processes.</li><li>▶ Establish a range of clinically led patient safety improvement programmes each year consistent with the national patient safety plan and strategy (see strategy 1.1) that target systemic themes (patient identification, diagnostic safety); patient groups (dementia patients, paediatric patients); health care settings (primary care, nursing homes); sources of harm (venous thromboembolism, sepsis and patient falls); clinical practice domains (surgical care, obstetric services, critical care, emergency medical services, radiotherapy); and mental health and public health programmes (immunization, reproductive health, maternal health).</li><li>▶ Provide guidance and leadership support to annual patient safety improvement programmes, evaluate them, and disseminate lessons learned with overall safety and quality improvement programmes in the health sector.</li></ul>



**Motiver, former, qualifier et protéger le personnel de santé afin de contribuer à la conception de systèmes de soins de santé sûrs**

<p><b>STRATEGY 5.1:</b></p> <p>Incorporate patient safety within health professional undergraduate and postgraduate education curricula and continuing professional development, with an emphasis on interprofessional learning</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Reach an agreement with stakeholders responsible for standards and curriculum setting to incorporate patient safety in professional education and continuing professional development.</li><li>▶ Introduce the WHO Patient safety curriculum guide at national level and adopt key approaches and principles within the local context.</li><li>▶ Develop and offer specialized courses on patient safety for in-service training of health care professionals of different categories and at multiple levels.</li><li>▶ Include health and safety skills pertaining to personal safety in education curricula and training programmes with an interprofessional learning approach.</li></ul> <p><b>Actions for health care facilities and services</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Include patient safety in induction and orientation programmes as well as on-the-job trainings for staff.</li><li>▶ Introduce and implement specialized trainings on patient safety for all professional staff, with an emphasis on team- and task-based strategies that include bedside and simulation training, with certification of satisfactory completion.</li><li>▶ Provide advanced training on patient safety and quality improvement competencies for those with managerial and leadership roles.</li><li>▶ Encourage staff to take online and on-site courses on patient safety as part of continuing professional development.</li><li>▶ Design specialized training programmes for staff working in high-risk areas such as intensive care and emergency departments.</li></ul>
<p><b>STRATEGY 5.2:</b></p> <p>Identify and establish collaborations with centres of excellence in patient safety education and training</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Designate one or more patient safety centres in the country to provide leadership in patient safety education and training.</li><li>▶ Establish a national network of patient safety centres and allied agencies to support professional education and training in patient safety.</li><li>▶ Advance the use of simulation methods throughout the professional education and training in patient safety by identifying and designating centres to lead the development and implementation process.</li></ul> <p><b>Actions for health care facilities and services</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Work closely with national patient safety centres and the network, as applicable, to provide training opportunities in patient safety within the organization.</li><li>▶ Share feedback on best practices and innovations within the organization with the national patient safety centres and the network, as applicable, to ensure information sharing and wider application.</li><li>▶ Identify staff members for the training of trainers' programme for patient safety and facilitate their training and competency development.</li></ul>



**Assurer un flux continu d'informations et de connaissances pour favoriser l'atténuation des risques, réduire le taux de préjudices évitables et améliorer la sécurité des soins**

<p><b>STRATEGY 6.1:</b></p> <p>Establish or strengthen patient safety incident reporting and learning systems</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Establish or strengthen existing mechanisms for patient safety incident reporting and learning in both the public and private health care sectors and make improvements where necessary to the system (refer to WHO <i>Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance</i>, 2020; and WHO <i>Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide</i>, 2016).</li><li>▶ Establish a system of safety alerts for the health care system to draw attention to and advise action on patient safety incidents that highlight risks with systemwide implications. Place emphasis on the need to investigate incidents, learn lessons and develop clear actions to mitigate the root cause of incidents that are reported.</li><li>▶ Support and facilitate timely access to data for research and development purposes.</li></ul>
<p><b>STRATEGY 6.3:</b></p> <p>Establish, synergize and scale up patient safety surveillance systems to ascertain the magnitude and causes of harm in health care</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Establish systems for patient safety surveillance to monitor patient safety practices and assess progress against best practice and best performance benchmarks.</li><li>▶ Establish core laboratory capacity at national and subnational levels to quickly detect and respond to emerging infections and other patient safety risks.</li><li>▶ Institute an independent investigation mechanism in cases of severe harm and sentinel events warrant in-depth analysis.</li><li>▶ Conduct baseline and concurrent surveys to establish burden of harm due to unsafe care.</li></ul>
<p><b>Développer et soutenir les synergies multisectorielles et plurinationales, le partenariat et la solidarité afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins</b></p>	
<p><b>STRATEGY 7.3:</b></p> <p>Establish networks and convene consultative meetings to foster collaboration and partnership in patient safety</p>	<p><b>Actions for governments</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Establish national and subnational patient safety networks for sharing and disseminating patient safety best practices and ensuring mutual learning to reduce patient harm.</li><li>▶ Convene partners and stakeholders for consultative meetings to develop sustainable mechanisms for implementing the global action plan and the national patient safety policy and strategy.</li><li>▶ Engage partners and innovators from non-health sectors to promote creativity in finding new solutions to reduce avoidable harm and death in health care, including industry and the private sector.</li></ul>