



Avis de l'Office fédéral de la santé publique sur l'étude « Systèmes d'incitation pour la prévention des infections associées aux soins dans les hôpitaux et EMS »

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie NOSO, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé le bureau Ecoplan d'examiner les systèmes d'incitation prévus dans les hôpitaux et les EMS pour la prévention des infections associées aux soins (IAS). Les résultats de cette analyse sont connus depuis janvier 2019.

Le mandat visait premièrement à dresser un état des lieux des incitations existantes en matière de prévention des IAS, à en déterminer les mécanismes d'action, à identifier les incitations inopportunes, ainsi qu'à établir une comparaison avec d'autres pays. Deuxièmement, il s'agissait d'évaluer les innovations possibles, compte tenu de leurs effets souhaités ou indésirables et de leur faisabilité, ainsi que de formuler des recommandations.

1 Résultats de l'analyse

L'étude s'est concentrée sur deux types d'incitations possibles, soit les incitations financières et celles en termes de réputation et de concurrence. Les principaux résultats obtenus sont résumés ci-après.

1.1 Incitations financières

L'étude fait la distinction entre deux grands systèmes d'incitations financières – le financement sur la base de forfaits par cas (DRG), actuellement employé en Suisse dans le secteur des soins aigus, et la forme de rétribution « pay for performance » (P4P), utilisée à l'étranger.

Toujours selon l'étude, la discussion relative aux incitations financières se concentre sur le financement hospitalier. Car les deux modèles de financement en place, soit les DRG et P4P, proviennent presque exclusivement du secteur hospitalier, faute d'incitation explicite à réduire les IAS dans le système de financement des EMS en vigueur en Suisse.

1.1.1 Conséquences financières des IAS sur le système de forfaits par cas (système DRG)

Les retours d'expériences en Suisse ainsi que les travaux menés dans d'autres pays montrent selon l'étude que dans le système de forfaits par cas, les IAS ont un impact financier négatif pour les hôpitaux. Les surcoûts occasionnés par les IAS tendent à excéder les éventuelles recettes supplémentaires prévues dans le système DRG. Le système permet bien une pondération accrue des coûts, et les surcoûts débouchent sur des recettes supplémentaires. Or même dans de tels cas, elles ne couvrent pas les coûts supplémentaires générés. Il y aurait donc en principe une incitation financière à la prévention des IAS. Toutefois, selon les avis recueillis, cette incitation se répercute faiblement sur les efforts concrets en matière de prévention. Trois facteurs permettent de l'expliquer : l'étendue totale des pertes dues aux IAS n'est pas connue de la direction des hôpitaux, les pertes sont minimales, ou alors le personnel ne serait pas convaincu que les mesures de

prévention débouchent sur des économies effectives.

1.1.2 Effet incitatif des modèles « pay for performance »

L'étude relève l'absence à ce jour d'expérience probante des modèles P4P en Suisse, dans le secteur des soins aigus ou des EMS. Aussi y est-il question des travaux réalisés à l'étranger.

Il ressort de l'étude que la forme de rétribution dite P4P n'a que partiellement répondu jusqu'ici aux attentes qu'elle suscitait, quant à l'amélioration de la qualité et/ou à l'endiguement des coûts. Des incitations inopportunes sont par ailleurs à craindre : au lieu de viser la performance, des acteurs sont notamment susceptibles de manipuler les résultats à leur profit (« gaming the system »).

1.2 Incitations en termes de réputation et de concurrence

Aux yeux des personnes interrogées, la concurrence axée sur la qualité ainsi qu'une réputation irréprochable priment sur les incitations financières : les comparaisons de données sur la qualité suscitent de vifs débats jusque dans les équipes dirigeantes des hôpitaux. L'étude constate encore que les mesures de la qualité publiées incitent les hôpitaux à progresser sur ce plan, et qu'une réduction des IAS passe d'abord par un renforcement de la concurrence qualitative.

L'étude examine sur la base de la littérature scientifique deux chaînes d'effets visant à réduire les IAS, soit la « sélection » et le « changement » :

Dans la « sélection », les demandeurs (p. ex. patients) ont accès à de plus amples informations, procèdent à des comparaisons et choisissent les fournisseurs de prestations leur offrant la meilleure qualité. Comme ils optent pour une qualité optimale, il en résulte de meilleurs résultats individuels. Or la littérature souligne qu'il est difficile d'établir de manière probante les évidences médicales, ainsi que la faible corrélation directe entre les rapports publics et l'incidence des IAS.

Sur le versant de l'offre, les fournisseurs de prestations reçoivent des informations relatives à leur positionnement par rapport à leurs concurrents. Ils se comparent entre eux et font des efforts pour améliorer leur qualité (« change »), afin d'éviter d'être perçus comme médiocres (« poor provider »).

Pour créer une incitation concurrentielle à la réduction des IAS, il faudrait compiler les indicateurs relatifs aux IAS dans un système de benchmarking ou dans des rapports publiés, afin de stimuler la concurrence qualitative. Les fournisseurs de prestations seraient ainsi amenés à intensifier leurs efforts de prévention.

2 Recommandations de l'étude

2.1 Incitations financières

L'étude précise tout d'abord qu'une adaptation directe du système DRG n'est pas indiquée. Outre qu'une non-indemnisation efficace de certaines infections serait très compliquée à mettre en place, l'introduction d'une rétribution P4P devrait reposer sur une mesure complète de la performance, et des incitations inopportunes seraient à craindre.

Ensuite, l'étude explique que des analyses de l'impact des IAS sur les coûts ont beau être souhaitables, elles paraissent excessivement compliquées à établir. Car il faudrait commencer par une évaluation, pour autant qu'il existe des données utilisables sur la question. Or les IAS étant difficiles à repérer, l'Office fédéral de la statistique (OFS) doute que l'identification de tels cas soit possible. La société anonyme SwissDRG est du même avis : la statistique des données économiques par cas serait la source adéquate pour l'analyse des coûts nets des IAS. SwissDRG a toutefois déclaré que la seule possibilité envisageable consiste à introduire un code IAS supplémentaire (U69.00 Pneumonie acquise à l'hôpital, classée dans un autre chapitre, chez les patients âgés de 18 ans et plus), et donc qu'une identification explicite des IAS s'avère impossible.

Enfin, l'étude examine un autre levier financier, en soulignant l'importance de communiquer activement aux parties prenantes (équipes dirigeantes des hôpitaux, assureurs-maladie, cantons) les pertes liées aux IAS, ainsi que les économies réalisables par le biais de mesures de prévention peu coûteuses et efficaces.

2.2 Incitations en termes de réputation et de concurrence

L'étude parvient à la conclusion que pour les hôpitaux, les incitations en termes de réputation et de concurrence sont plus pertinentes que les incitations financières. Tant les mesures de qualité spécifiques aux IAS que les mesures des infections du site chirurgical de Swissnoso font l'objet de discussions approfondies au sein des hôpitaux, au niveau de la direction notamment. Les données comparables entre les établissements hospitaliers sont jugées utiles, tandis qu'un monitoring national des IAS est vu d'un bon œil. Ecoplan recommande donc premièrement aux cantons, dans une optique de prévention des IAS, de renforcer les incitations en termes de réputation et de concurrence, en abordant avec les hôpitaux de leurs listes le thème des mesures de qualité, et en encourageant ainsi les processus d'apprentissage et d'amélioration. En ce qui concerne l'introduction d'un monitoring national des IAS, il est recommandé dans un premier temps de privilégier les indicateurs de processus pertinents, là où les fournisseurs de prestations seraient en mesure d'obtenir des améliorations directes et rapides par un renforcement des efforts de prévention. Le monitoring serait obligatoire et les données publiées seraient destinées en premier lieu au groupe cible des fournisseurs de prestations. Dans un deuxième temps, il serait envisageable d'étendre le monitoring à des indicateurs de résultats. Il resterait toutefois facultatif et confidentiel au début, et ne déboucherait sur une publication qu'à partir du moment où la qualité des données recueillies serait jugée fiable.

2.3 Exigences et prescriptions légales

Les cantons auraient la possibilité, dans le cadre de leurs listes hospitalières, de déclarer contraignantes les normes et directives édictées sur le plan national ainsi que la participation à un futur monitoring, et d'en contrôler la mise en œuvre.

3 Conclusions

L'OFSP approuve l'analyse détaillée des systèmes d'incitations visant à prévenir les infections associées aux soins (IAS) dans les hôpitaux et les EMS, et prend note des recommandations formulées.

D'entente avec l'équipe de projet de la stratégie NOSO, l'OFSP tire les conclusions suivantes :

Il serait envisageable d'estimer les coûts liés à la prévention des infections. Il existe suffisamment de littérature pouvant servir ici de point de départ. Par contre, il ne paraît guère possible d'étudier plus en détail les répercussions financières des IAS pour les hôpitaux, c'est-à-dire concrètement d'établir une comparaison coût / bénéfice, étant donné que divers autres facteurs d'influence entrent en ligne de compte (p. ex. coûts en termes de douleur et de souffrance des patients).

Le concept de communication de la stratégie NOSO, dont la mise en œuvre a débuté à la fin de 2018, mise sur une communication plus spécifique avec les parties prenantes à propos de l'efficacité des mesures de prévention. Il s'agira dans un premier temps, par exemple, de partager les expériences réalisées dans ce domaine par les hôpitaux pilotes.

La création d'un système national de monitoring est également à l'ordre du jour, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Les modules de monitoring (par type d'infection) prévus dans ce cadre seront à chaque fois couplés à des mesures de prévention. En parallèle au monitoring des indicateurs de processus, des enquêtes nationales de prévalence ponctuelle des IAS seront réalisées tous les deux ou trois ans. Elles permettront aux grands hôpitaux de se comparer entre eux, sur la base de leurs indicateurs de résultats. Les

instruments et documents nécessaires à l'enquête de prévalence seront fournis chaque année aux hôpitaux intéressés.

La stratégie NOSO facilite encore la définition des exigences structurelles que les hôpitaux de soins aigus de Suisse devraient respecter, au titre de la prévention des IAS. On y trouve par ailleurs des recommandations, en matière de surveillance notamment. Tant ces normes minimales de prévention que les recommandations de surveillance, qui reposeront sur de nouveaux objectifs opérationnels introduits dans la stratégie, feront office d'instruments d'incitation et permettront aux hôpitaux d'établir des comparaisons entre eux.

Compte tenu des activités en cours ou prévues mentionnées plus haut, il n'y a pas lieu dans un premier temps de lancer, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie NOSO, de mesures supplémentaires destinées à renforcer les incitations en place au sein des hôpitaux. D'autres mécanismes méritent par contre encore d'être examinées pour accélérer l'introduction des mesures de prévention utiles (instruments de soutien financier, aide monétaire à la mise en œuvre, financement de départ).

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Responsable de la division Maladies transmissibles

Daniel Koch