



Rapport

Système national de monitoring de la qualité des prestations dans le domaine de la santé : recommandations relatives aux contenus et utilisateurs

Résumé du rapport intermédiaire: recensement des indicateurs de qualité en vue de leur évaluation

Backes, Jonas; Ehlig, David; Geissler, Alexander; Havranek, Michael; Mantwill, Sarah; Vogel, Justus

La Commission fédérale pour la qualité (CFQ) est une commission extra-parlementaire du Département fédéral de l'intérieur. Elle soutient le Conseil fédéral dans le développement de la qualité des prestations médicales dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Des informations détaillées sont disponibles sur www.eqk.admin.ch/fr.

Le contenu de ce rapport ne correspond pas nécessairement à la position de la CFQ.

Impressum

Éditrice

Commission fédérale pour la qualité (CFQ)

Date de parution

Novembre, 2025

Référence bibliographique

Backes J., Ehlig D., Geissler A., Havranek M., Mantwill S., Vogel J. Système national de monitoring de la qualité des prestations dans le domaine de la santé: recommandations relatives aux contenus et utilisateurs, 2025. Berne : Commission fédérale pour la qualité (CFQ)

Langue du texte original

Français ; cette publication est également disponible en allemand et en italien

Renseignements

Commission fédérale pour la qualité
Secrétariat
c/o Office fédéral de la santé publique
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne
info@eqk.admin.ch
www.eqk.admin.ch/fr

Copyright

Reproduction autorisée avec mention de la source.



Résumé du rapport intermédiaire:

Système national de monitoring de la qualité des prestations dans le domaine de la santé: recommandations relatives aux contenus et utilisateurs

Remarque: ce résumé présente des analyses et des résultats préliminaires qui doivent encore être approfondis et validés. Le contenu ne constitue pas des conclusions définitives. Ce document peut être utilisé à des fins de diffusion publique ou de publication. L'objectif est de fournir une mise à jour sur les étapes franchies, les résultats clés et les perspectives pour la seconde moitié du projet. Il s'agit d'un résumé du rapport intermédiaire détaillé qui a été transmis à la CFQ le 31 octobre 2025.

Date de soumission: 31.10.2025

Remarques et mentions légales

Titre du projet: Système national de surveillance de la qualité des prestations dans le secteur de la santé: recommandations relatives aux contenus et au cercle d'utilisateurs

Edition (par ordre alphabétique): Backes, Jonas; Ehlig, David; Geissler, Alexander; Havranek, Michael; Mantwill, Sarah; Vogel, Justus

Rédaction: Limacher, Regula

Version: Résumé du rapport intermédiaire – 31.10.2025

Remarque: ce résumé reflète des résultats provisoires qui peuvent encore faire l'objet de modifications.

Autrices/Auteurs et institutions

Le résumé du rapport intermédiaire a été rédigé conjointement par sept groupes de travail et leurs membres. L'ordre des autrices et auteurs pour chaque groupe de travail correspond à la liste indiquée dans les chapitres élaborés par ces groupes dans le rapport intermédiaire détaillé.

Consortium central (groupe de travail 1)

- Backes, Jonas (Université de Saint-Gall); Vogel, Justus (Université de Saint-Gall); Geissler, Alexander (Université de Saint-Gall); Havranek, Michael (Université de Lucerne); Mantwill, Sarah (Université de Lucerne); Limacher, Regula (Université de Lucerne); Ehlig David (Université de Saint-Gall)

Soins somatiques aigus stationnaires (groupe de travail 2)

- Schladerer, Sarah P. (Université de Lucerne); Schwappach, David (Université de Berne); Le Pogam, Marie-Annick (Unisanté Lausanne); Geissler, Alexander (Université de Saint-Gall); Havranek, Michael (Université de Lucerne)

Soins somatiques ambulatoires (groupe de travail 3)

- Moruzzi, Iva (Unisanté Lausanne); Beeler, Patrick E. (Université de Lucerne); Burgstaller, Jakob Martin (Université de Zurich); Peytremann Bridevaux, Isabelle (Unisanté Lausanne); Rezzonico, Valérie (Unisanté Lausanne); Frei, André (Unisanté Lausanne); Arditi, Chantal (Unisanté Lausanne)

Soins psychiatriques (groupe de travail 4)

- Hänsler, Julia K. (Haute école spécialisée bernoise); Hahn, Sabine (Haute école spécialisée bernoise); Huber, Christian G. (Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle); Roos, Leonie (Haute école spécialisée bernoise); Seiler-Röösli, Rahel (Haute école spécialisée bernoise); Widmayer, Sonja (Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle)

Soins de réadaptation (groupe de travail 5)

- Selb, Melissa (Recherche suisse pour paraplégiques; Université de Lucerne); Birrer, Simon (Recherche suisse pour paraplégiques; Université de Lucerne); Scheel-Sailer, Anke (Hôpital universitaire de Berne); Sabariego, Carla (Recherche suisse pour paraplégiques; Université de Lucerne)

Soins communautaires (services de secours, pharmacies) (groupe de travail 6)

- Alexa, Jennifer (Université de Bâle); Escaith, Mathilde (Unisanté Lausanne); Stuby, Loric (Genève TEAM Ambulances); Cateau, Damien (Unisanté Lausanne); Allemann, Samuel (Université de Bâle)

Soins de longue durée (y compris les soins à domicile) (groupe de travail 7)

- Masotti, Barbara (Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana [SUPSI]); De Pietro, Carlo (SUPSI); Corna, Laurie (SUPSI)

Contact

Pour toute question concernant le résumé du rapport intermédiaire, veuillez-vous adresser à :

Ehlig, David

Chaire d'économie, de politique et de gestion de la santé, École de médecine (Med-HSG), Université de Saint-Gall

E-mail: david.ehlig@unisg.ch

Table des matières

1	Détails du projet.....	1
1.1	Contexte	1
1.2	Objectifs	1
1.3	Structure et mise en œuvre du projet.....	1
1.4	Implication des parties prenantes jusqu'à présent.....	3
2	Résultats intermédiaires du projet.....	3
2.1	LT1: Définition des objectifs, des exigences et des groupes d'utilisateurs d'un système de monitoring.....	3
2.2	LT2: Outil d'évaluation pour la sélection et la priorisation des indicateurs	6
2.3	LT3/4: Résultats de la recherche d'indicateurs nationaux et internationaux	8
3	Perspectives pour la seconde moitié du projet	14
3.1	Sélection et priorisation des indicateurs de qualité	14
3.2	Indicateurs de qualité intersectoriels et modèle de gouvernance.....	15
3.3	Implication des parties prenantes	15
	Déclarations.....	16
	Remerciements	16
	Conflits d'intérêts	16

1 Détails du projet

1.1 Contexte

Dans le cadre de ses objectifs en matière de développement de la qualité, le Conseil fédéral suisse a chargé la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) de mettre en place un système national de monitoring de la qualité (ci-après dénommé système de monitoring) afin de soutenir l'assurance et l'amélioration de la qualité ainsi que la transparence dans le domaine des soins de santé.

En 2023, la CFQ a commandité un premier projet (disponible [ici](#)) qui a cartographié les systèmes de monitoring et les plateformes de navigation internationaux et suisses dans cinq domaines du système de santé. Ces cinq domaines comprenaient les soins somatiques aigus stationnaires, les soins somatiques ambulatoires, les soins psychiatriques, les soins de réadaptation et les soins de longue durée (y compris les soins à domicile). Sur la base des résultats, la CFQ a lancé l'appel d'offres pour le projet «*Système national de monitoring de la qualité des prestations dans le domaine de la santé : recommandations relatives aux contenus et au cercle d'utilisateurs*» et l'a attribué à un large consortium d'universités et d'institutions suisses.

1.2 Objectifs

Le présent projet vise à élaborer des recommandations concrètes concernant le contenu et les groupes d'utilisateurs d'un système national de monitoring. Il poursuit cinq objectifs:

- I. Définir les objectifs d'un système de monitoring pour le système de santé suisse et identifier les exigences auxquelles doivent répondre le système et les groupes d'utilisateurs.
- II. Développer un instrument d'évaluation avec des critères clairs et transparents pour la priorisation et la sélection d'indicateurs de qualité.
- III. Recenser dans un premier temps les initiatives et les indicateurs de qualité existants en Suisse et à l'étranger, puis les évaluer et identifier les lacunes.
- IV. Prioriser et recommander des indicateurs pour six domaines du système de santé (les soins de proximité («Community Care») constituant un domaine supplémentaire) ainsi que des indicateurs de qualité intersectoriels.
- V. Proposer un processus de vérification et de mise à jour régulières des indicateurs de qualité.

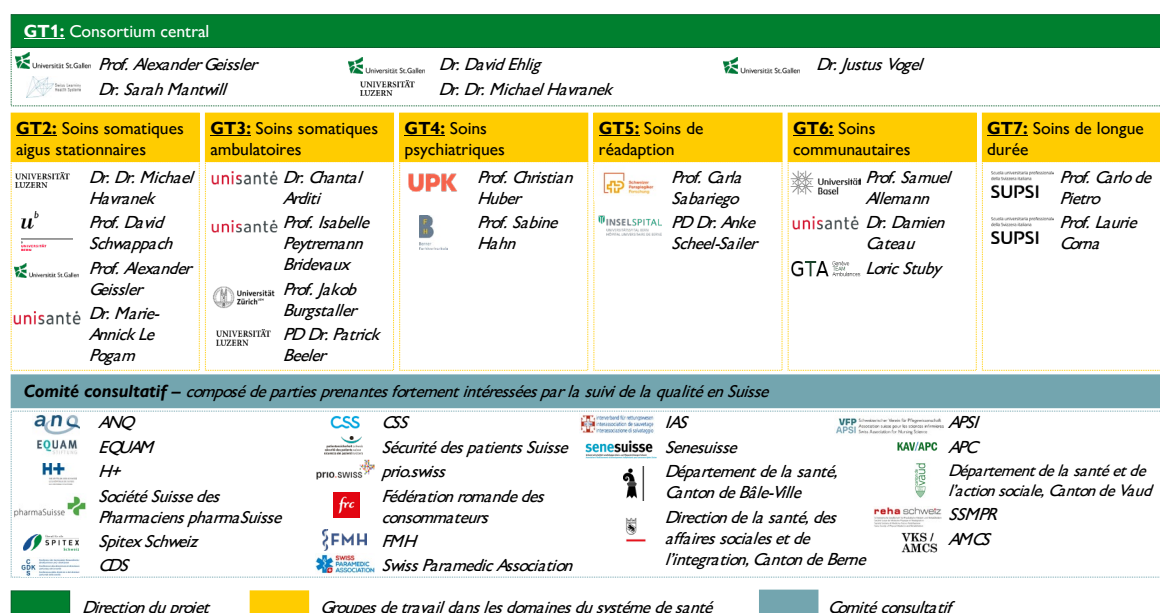
Ce résumé du rapport intermédiaire se concentre exclusivement sur la première phase du projet et donc sur les objectifs I à III, l'évaluation des indicateurs de qualité et le recensement des domaines de soins non couverts jusqu'à présent par des indicateurs de qualité relevant de la deuxième phase du projet. Les objectifs IV et V font également partie de la deuxième phase du projet.

1.3 Structure et mise en œuvre du projet

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. illustre la structure du projet : un consortium central coordonne six groupes de travail, chacun traitant l'un des six domaines du système de santé («Health Care Area (HCA)»). Chaque groupe de travail réunit une expertise méthodologique

et clinique provenant de 13 institutions de recherche de premier plan, couvrant toutes les régions de Suisse. En outre, un comité consultatif a été mis en place, composé de représentantes et représentants des autorités fédérales et cantonales, des assureurs maladie, des prestataires de soins, des associations de patientes et patients et des organismes de développement de la qualité. Le comité consultatif fournit un retour structuré sur les résultats intermédiaires, évalue la faisabilité et veille à ce que les recommandations répondent aux besoins des personnes qui utiliseront le système de monitoring ou qui seront concernées par celui-ci.

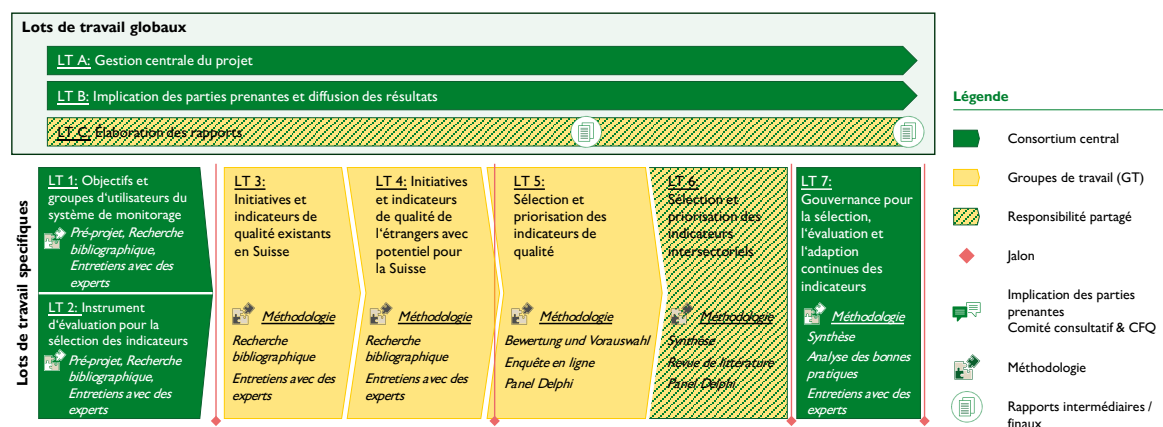
Figure 1. Aperçu de la structure du projet



Remarque: GT = groupe de travail

Figure 3 2 montre la répartition du travail en sept lots de travail (LT): définition des objectifs et groupes d'utilisateurs d'un système de monitoring (LT1), instrument d'évaluation des indicateurs (LT2), inventaire national et international des indicateurs existants (LT3/4), sélection et priorisation des indicateurs (LT5), recensement des indicateurs intersectoriels (LT6) et développement du processus d'évaluation continue des indicateurs (LT7). La coordination et la communication du projet sont assurées par le consortium central présenté dans la figure 1.

Figure 2. Aperçu de la réalisation du projet



1.4 Implication des parties prenantes jusqu'à présent

L'implication des parties prenantes a été et reste essentielle pour tirer parti de l'expertise pratique dans le cadre du projet. Les membres du comité consultatif ont été invités à une réunion de lancement le 30 octobre 2024, au cours de laquelle la structure du projet, la procédure et les activités prévues ont été présentées.

Depuis, deux réunions générales du comité consultatif ont eu lieu en ligne afin de présenter l'avancement du projet et de recueillir des retours. Lors de ces deux sessions, les expertes et experts des différents HCA ont fait des présentations, au cours desquelles les résultats préliminaires sur les indicateurs nationaux (LT3) et internationaux (LT4) ont été discutés de manière critique.

Entre le 17 juin et le 20 août 2025, des réunions supplémentaires spécifiques aux HCA ont eu lieu afin d'impliquer activement les membres dans la collecte de données et la consolidation des résultats, et de recueillir leurs retours. En outre, lorsque cela était nécessaire, certains membres ont été contactés bilatéralement afin d'obtenir une expertise ciblée sur des questions spécifiques.

2 Résultats intermédiaires du projet

Nous résumons ci-après les principaux résultats des LT 1 et 2 ainsi que les résultats provisoires des six HCA des LT 3 et 4. Les résultats spécifiques aux HCA reflètent l'état actuel de la recherche nationale et internationale sur les indicateurs de qualité. Les résultats ne contiennent aucune sélection ni priorisation définitive et peuvent encore évoluer au cours du projet.

2.1 LT1: Définition des objectifs, des exigences et des groupes d'utilisateurs d'un système de monitoring

Dans le LT 1, nous traitons trois questions centrales concernant l'utilisation future d'un système de monitoring: (A) Quels sont les objectifs du futur système national de monitoring? (B) Quelles sont les exigences à respecter pour sa conception et son fonctionnement? (C) Qui sont les principaux utilisateurs du système de monitoring? Pour répondre à ces questions, nous avons utilisé les données

du rapport du projet précédent (disponible [ici](#)), effectué une recherche bibliographique, recueilli les retours des membres du consortium et mené des entretiens supplémentaires avec des expertes et experts quand nécessaire. Les résultats ont été examinés de manière critique par le comité consultatif. Les retours du comité consultatif ont été discutés en détail au sein du consortium du projet et, lorsque cela s'avérait pertinent, ont été à nouveau validés avec des membres du comité consultatif.

2.1.1 Définition des objectifs

Figure 3 présente le modèle développé. Nous en déduisons deux objectifs généraux pour un système de monitoring national :

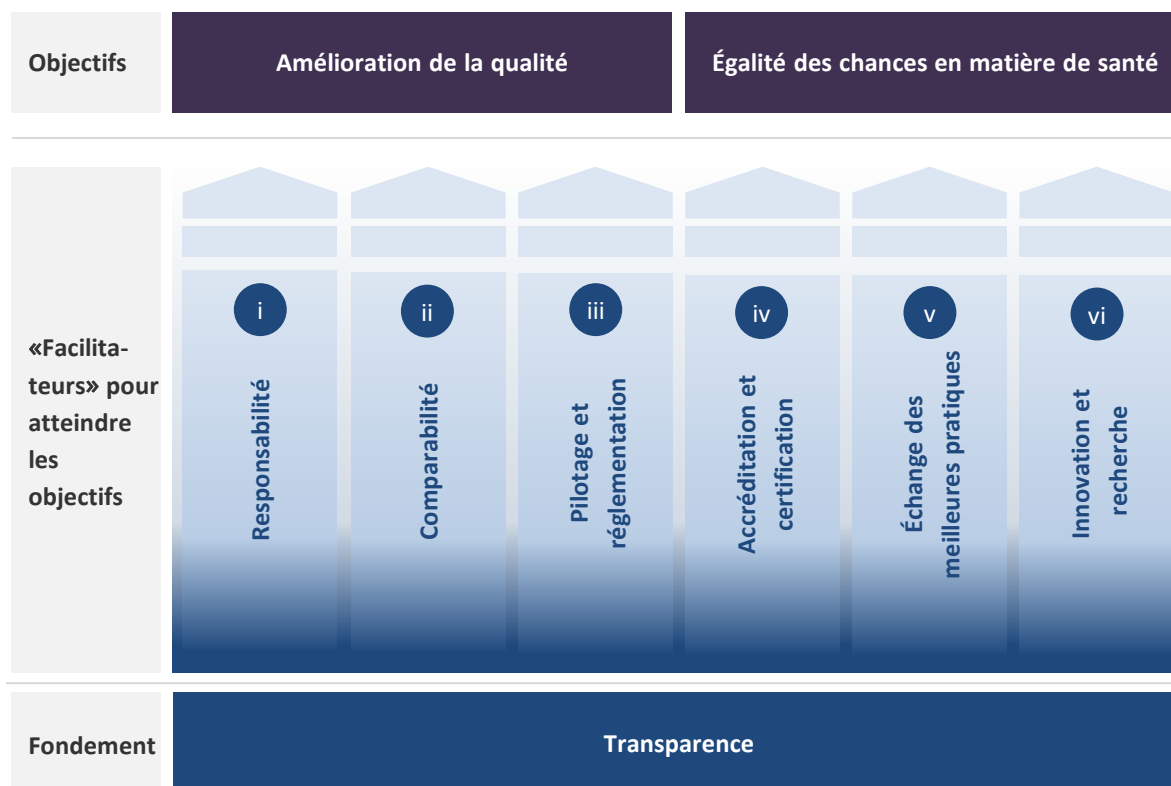
- (i) **Amélioration de la qualité** - Augmentation de la sécurité, de l'efficacité, du système centré sur la et le patient et de l'intégration des soins et
- (ii) **Égalité des chances en matière de santé** - garantir à toutes et tous un accès équitable à des soins de santé de haute qualité.¹

La transparence constitue la base du système de monitoring en fournissant des informations claires et fiables aux groupes d'utilisateurs du système. De plus, elle permet de renforcer six facteurs centraux (appelés «*facilitateurs*») qui contribuent à la réalisation des objectifs généraux :

- i. **Responsabilité** – mécanismes tels que les audits et les évaluations des performances afin de responsabiliser les prestataires quant à la qualité des soins
- ii. **Comparabilité** – Données standardisées et méthodes appropriées pour comparer la qualité entre et au sein des prestataires de services
- iii. **Pilotage et réglementation** – Utilisation des données sur la qualité par les autorités pour la planification, l'autorisation et les décisions de financement
- iv. **Accréditation et certification** – Évaluations formelles visant à confirmer que les prestataires respectent les normes de qualité
- v. **Échange des meilleures pratiques** – Partage structuré d'approches efficaces d'amélioration de la qualité entre les prestataires de services
- vi. **Innovation et recherche** – Utilisation de données en conditions réelles («*real-world data*») pour identifier les lacunes dans les soins et intégrer de nouvelles solutions

¹ Dans ce contexte, l'objectif consiste principalement à mesurer l'égalité des chances en matière de santé au niveau du système (p. ex. entre les régions, les cantons ou les groupes de population), afin d'identifier les causes structurelles des inégalités et de les traiter de manière fondée sur des données probantes.

Figure 3. Définition des objectifs d'un système de monitoring



2.1.2 Exigences

Nous avons également défini dix exigences pour le futur système de monitoring, réparties en exigences liées à la collecte et à l'utilisation des données (3/10), aux indicateurs de qualité (4/10) et autres exigences (3/10).

Collecte et utilisation des données: (1) Utilisation de données et d'initiatives de qualité existante; (2) Utilisation de données aussi actuelles que possible; (3) Granularité élevée des données

Indicateurs de qualité: (4) Accent sur les indicateurs de résultats scientifiquement fondés (notamment en termes de validité et de fiabilité), ainsi que sur des indicateurs de structure et de processus dont le lien avec l'amélioration des résultats est avéré; (5) Évaluation de la qualité tout au long du parcours de soins; (6) Garantie que les indicateurs ont un pouvoir discriminant élevé; (7) Accent sur les indicateurs pouvant être influencés par les prestataires de services

Autres exigences: (8) Développement continu du système de monitoring ; (9) Garantie de la conformité du système de monitoring avec les réglementations nationales (par exemple, respect des contrats de qualité nationaux) ; (10) Implication des parties prenantes concernées dans le développement (continu) du système de monitoring.

2.1.3 Groupes d'utilisateurs

Nous distinguons **les groupes d'utilisateurs primaires** (prestataires de services, autorités de régulation, organisations de payeurs) des **groupes d'utilisateurs secondaires** (par exemple, instituts de

recherche, associations). Pour chaque groupe, il est recommandé de définir un niveau d'accès aux données différent (c'est-à-dire données de cas, pseudonymisées ou agrégées) afin de protéger les données sensibles des patientes et patients tout en permettant des analyses détaillées:

- **Les prestataires** (par exemple, hôpitaux, établissements ambulatoires, établissements médicaux-sociaux, services de secours, pharmacies) devraient avoir accès aux données détaillées des cas de leur propre organisation afin de soutenir les améliorations internes de la qualité. Ils devraient également pouvoir comparer anonymement leur qualité avec celle d'autres prestataires. La valeur ajoutée réside dans le lien entre les indicateurs de qualité agrégés et les données de cas sous-jacentes, ce qui permet d'identifier les potentiels d'amélioration au niveau des cas individuels.
- **Les autorités de régulation** (p. ex. les autorités fédérales et cantonales) devraient avoir accès aux données agrégées afin de piloter les mesures réglementaires, surveiller les tendances de qualité à l'échelle du système et garantir l'équité de l'accès aux soins dans tous les cantons.
- **Les organisations de payeurs** (p. ex. assurances maladie et accidents, cantons/communes) devraient avoir accès aux données agrégées au niveau des prestataires de services afin, par exemple, d'évaluer les modèles de soins (p. ex. programmes de gestion des maladies).
- **Les autres groupes d'utilisateurs** (p. ex. associations, instituts de recherche, organisations de gestion des données de qualité, ligues de santé) devraient bénéficier d'un accès limité et contrôlé à des données anonymisées et/ou agrégées afin de soutenir la recherche, l'innovation et la défense des intérêts.

Le système de monitoring s'adresse donc exclusivement aux professionnelles et professionnels. Les patients et patientes ne constituent pas un groupe d'utilisateurs direct du système. Cette orientation correspond aux résultats du premier rapport. Le développement d'une plateforme de navigation pour les patientes et patients est traité par la CFQ dans le cadre d'un projet distinct et ne relève pas du mandat décrit ici.

2.2 LT2: Outil d'évaluation pour la sélection et la priorisation des indicateurs

L'outil d'évaluation développé constitue un cadre pour la collecte, la sélection et la priorisation des indicateurs de qualité pour les six HCA.

L'outil évalue les indicateurs sur la base de quatre dimensions centrales, qui s'alignent sur les exigences susmentionnées pour un système de monitoring: *pertinence*, *rigueur scientifique*, *efficacité opérationnelle* et *faisabilité*.

La pertinence évalue si l'indicateur aborde un aspect important de la qualité et s'il correspond aux priorités des actrices et acteurs concernés. *La rigueur scientifique* examine si l'indicateur mesure de manière valide et fiable, s'il détecte des différences entre les prestataires et s'il permet des comparaisons équitables (p. ex. ajustement des risques pour les patientes et patients pour comparer les indicateurs de qualité des résultats). *L'efficacité opérationnelle* indique dans quelle mesure l'indicateur

est compréhensible et s'il peut être utilisé de manière efficace pour des mesures d'amélioration de la qualité. *La faisabilité* examine dans quelle mesure la collecte de données est réalisable et quels sont les défis et les efforts nécessaires pour la mise en œuvre et l'interprétation. Chacune des quatre dimensions est divisée en sous-critères mesurables afin de faciliter la prise de décisions objectives.

2.2.1 Trois phases de sélection et de priorisation

L'évaluation des indicateurs de qualité se déroule en trois phases: (I) présélection, (II) collecte des données et (III) évaluation avec priorisation.

Au cours de **la phase I (présélection)**, des critères d'exclusion prédéfinis sont appliqués afin de filtrer les initiatives et les indicateurs de qualité nationaux et internationaux. Cela permet une première évaluation de la pertinence et du potentiel des indicateurs de qualité pour une analyse plus approfondie, tout en maintenant un nombre gérable d'initiatives et d'indicateurs pertinents pour la suite de la collecte des données.

Au cours de **la phase II (collecte de données)**, les données sont recueillies à l'aide d'un modèle structuré comprenant des points de données détaillés pour les quatre dimensions d'évaluation. Par exemple, pour évaluer le pouvoir discriminant («Discriminative Power»), il faut collecter des données sur le pourcentage de prestataires ayant obtenu les valeurs les plus élevées et/ou les plus basses de l'indicateur afin d'identifier d'éventuels effets de plafond/plancher («Ceiling/ Floor Effects»).

La phase III (évaluation et priorisation) comprend deux étapes principales:

- une évaluation Go/No-Go basée sur cinq attributs essentiels (à savoir la validité, la fiabilité, le pouvoir discriminant («Discriminative Power») et la pertinence de l'indicateur) et
- une procédure de priorisation fondée sur une analyse décisionnelle multifactorielle («Multiple-Criteria Decision Analysis (MCDA)») (voir [ici](#)).

Grâce à l'approche MCDA, chaque indicateur est évalué selon un catalogue de critères définis, pondérés en fonction de leur importance relative pour le HCA concerné. Ainsi, les mêmes critères de priorisation peuvent être pondérés différemment selon le secteur de santé. Les pondérations sont déterminées et validées par des comparaisons par paires.

La dernière étape consiste à prioriser les indicateurs à l'aide des 12 critères de priorisation susmentionnés, qui se répartissent entre les dimensions *pertinence*, *rigueur scientifique*, *efficacité opérationnelle* et *faisabilité*. La priorisation repose sur une combinaison de données qualitatives et quantitatives, d'évaluations d'expertes et experts issus des groupes de travail, d'entretiens et du comité consultatif, ainsi que de retours d'enquêtes en ligne menées auprès de « praticiennes et praticiens » et de panels Delphi composés d'expertes et experts.

2.3 LT3/4: Résultats de la recherche d'indicateurs nationaux et internationaux

Dans le cadre de la recherche nationale et internationale, 376 initiatives de qualité et 1607 indicateurs de qualité ont été identifiés au total. Ceux-ci se répartissent entre les différents HCA, avec des différences notables en termes de nombre d'initiatives et d'indicateurs de qualité recensés (Tableau 1).

Tableau 1. Aperçu des initiatives de qualité et des indicateurs de qualité identifiés

Groupe de travail	Zone de recherche	Initiatives de qualité identifiées	Indicateurs de qualité identifiés
Soins somatiques aigus stationnaires	National	109	463
	International	97	En attente
Soins somatiques ambulatoires ²	National	83	204
	International	22	436
Soins psychiatriques	National	4	19
	International	9	77
Soins de réadaptation	National	10	6
	International	14	107
Soins communautaires	National	9	82
	International	6	93
Soins de longue durée (y compris les soins à domicile)	National	4	48
	International	9	72
Total		376	1 607³

Nous résumons ci-après le contexte, la méthodologie et les résultats intermédiaires pour chaque HCA.

2.3.1 Soins somatiques aigus stationnaires

Contexte: les soins somatiques aigus stationnaires comprennent les traitements de maladies somatiques nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation dans un établissement de santé, par exemple dans les domaines de la chirurgie, de la médecine interne, de la gynécologie/obstétrique, de la pédiatrie et de la gériatrie. Les comparaisons internationales indiquent que la qualité globale des soins somatiques aigus stationnaires en Suisse est élevée, mais il existe néanmoins des différences entre les prestataires. Un monitoring national de la qualité est nécessaire pour identifier et traiter systématiquement ces différences. Les initiatives suisses existantes mesurent différents aspects de la qualité

² Le nombre d'indicateurs nationaux et internationaux préalablement sélectionnés est respectivement de 163 et 178 (voir section 2.3.2 du résumé).

³ Sans les indicateurs de qualité internationaux encore en suspens pour les soins somatiques aigus stationnaires.

des soins, mais leur adéquation pour un système national de monitoring n'a pas encore été examinée de manière approfondie.

Méthodologie: Afin d'identifier les initiatives de qualité pertinentes, une recherche structurée de littérature grise a été menée en Suisse et à l'échelle internationale (Australie, Allemagne, France, Canada, Pays-Bas, Norvège, Suède, États-Unis et Royaume-Uni) selon les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis. Les initiatives de qualité ont été classées en quatre catégories : (1) adaptées à une évaluation ultérieure des indicateurs de qualité, (2) actuellement non adaptées, mais présentant un potentiel futur, (3) dont le statut reste à clarifier ou (4) exclues. Des entretiens avec des expertes et experts ont également été menés et les résultats ont été validés par le comité consultatif. Les initiatives de qualité incluses ont été regroupées en cinq types : (i) basées sur des données de routine, (ii) collectées par les prestataires de soins, (iii) mesures de résultats rapportés par les patientes et patients (PROM) et (iv) mesures de l'expérience (PREM), ainsi que (v) autres initiatives de qualité. Les initiatives exclues ont également été regroupées par type et classées selon le motif d'exclusion.

Résultats intermédiaires: 206 initiatives de qualité ont été analysées (dont 109 de Suisse). Dans la catégorie 1, sept initiatives de qualité suisses ont été identifiées, avec 463 indicateurs de qualité potentiels. Leur pertinence pour le monitoring national sera examinée au cours du projet. La catégorie 2 comprend 19 initiatives de qualité suisses présentant un potentiel futur, dont les indicateurs de qualité ne peuvent pas encore être évalués (par exemple parce qu'ils sont encore en cours d'élaboration) et qui ne peuvent donc pas (encore) être recommandées pour un monitoring national. La catégorie 3 comprend 15 initiatives de qualité (principalement basées sur des registres) dont l'inclusion dépend de l'accès aux données et de leur qualité, qui doivent encore être clarifiés. La catégorie 4 comprend 68 initiatives de qualité exclues dont les indicateurs de qualité ne répondaient pas aux critères d'inclusion, par exemple en raison d'une inadéquation pour les comparaisons de prestataires ou d'un pouvoir discriminant insuffisant.

Les résultats obtenus jusqu'à présent montrent qu'il existe en Suisse de nombreuses initiatives de qualité des soins somatiques aigus stationnaires, dont beaucoup ne se prêtent pas encore à un monitoring national. Les sept initiatives retenues (catégorie 1), avec 463 indicateurs de qualité potentiels, couvrent un large éventail d'indicateurs de qualité tels que le volume hospitalier, les taux de mortalité, les taux de complications (y compris les infections) et de réadmissions, ainsi que les PROM. Toutefois, un certain nombre de ces initiatives pourraient bénéficier d'améliorations méthodologiques (par exemple, comparaisons statistiques avec intervalles de confiance, ajustement élargi des risques, adaptations en cas de faible nombre de cas/taux d'événements bas).

Les initiatives de qualité présentant un potentiel pour l'avenir (catégorie 2) pourraient élargir la couverture, mais leur mise en œuvre est actuellement encore limitée par divers obstacles. En outre, malgré une large couverture clinique, il existe encore des lacunes dans le domaine des soins somatiques aigus stationnaires pour différents groupes de patientes et patients, comme en obstétrique, pédiatrie et gériatrie. De plus, la plupart des initiatives suisses se concentrent uniquement sur les

séjours hospitaliers et ne recueillent pas de données en aval, avec des périodes d'observation plus longues.

Les approches internationales peuvent aider à identifier les pistes d'amélioration et à combler les lacunes: 21 des 97 initiatives de qualité étrangères examinées offrent une valeur ajoutée grâce à des indicateurs supplémentaires, l'inclusion de groupes de patientes et patients sous-représentés, à des méthodes plus avancées telles que des comparaisons statistiquement correctes avec des intervalles de confiance, à un ajustement plus complet des risques, à des nombres minimaux de cas et à des périodes de suivi plus longues.

2.3.2 Soins somatiques ambulatoires

Contexte: le groupe de travail sur les soins somatiques ambulatoires se concentre sur les initiatives et les indicateurs de qualité nationaux et internationaux visant à mesurer la qualité des prestations préventives, diagnostiques, thérapeutiques et de suivi en cas de maladies physiques, en particulier dans les cabinets de médecins généralistes, les cabinets de médecins spécialistes et les services ambulatoires des hôpitaux.

Méthodologie: la collecte de données au niveau national s'est appuyée sur des termes de recherche prédéfinis dans la littérature scientifique et grise, des outils de recherche basés sur l'IA, des consultations d'expertes et experts et des analyses de sites Internet d'organisations pertinentes. Au niveau international, des recherches structurées ont été menées sur Internet et dans la littérature dans huit pays (Australie, Danemark, Allemagne, Angleterre, France, Canada, Pays-Bas, États-Unis). La sélection des initiatives et des indicateurs s'est faite selon des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis ainsi que des exigences minimales de qualité des indicateurs internationaux. Toutes les données ont été documentées dans les modèles standardisés. Les indicateurs de qualité suisses et la transférabilité des indicateurs internationaux au contexte suisse ont été évalués par les expertes et experts du HCA.

Résultats intermédiaires: en Suisse, 83 initiatives de qualité ont été examinées et six ont été retenues pour la collecte d'indicateurs de qualité après application des critères d'inclusion et d'exclusion (trois au niveau des prestataires et trois au niveau régional/national). Après évaluation par les expertes et experts, 163 des 204 indicateurs ont finalement été sélectionnés, dont 127 provenant d'initiatives de qualité au niveau des prestataires. Une grande partie des indicateurs mesure la qualité des soins prodigués pour les maladies chroniques courantes, telles que l'hypertension (38 indicateurs) et le diabète (30 indicateurs). Les indicateurs pédiatriques sont rares et concernent principalement les vaccinations et la prise en charge des adolescentes et adolescents. Les indicateurs de prévention ne couvrent que quelques domaines, tels que le dépistage précoce du cancer. Les indicateurs suisses sont principalement axés sur les mesures des processus et structures, les mesures des résultats et de la qualité des services étant moins courantes.

Au niveau international, sur les 22 initiatives examinées, six ont été prises en compte pour la collecte d'indicateurs de qualité et 178 des 436 indicateurs initialement recensés ont été sélectionnés après évaluation par les expertes et experts du HCA. Comme pour les indicateurs nationaux, l'accent est mis sur les maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, cancer) et les troubles neurologiques. Au niveau international, l'évolution à long terme, la sécurité des médicaments et la prévention sont davantage prises en compte, tandis que la pédiatrie, les soins palliatifs et les comportements de santé sont moins pris en considération.

2.3.3 Soins psychiatriques

Contexte: les soins psychiatriques en Suisse couvrent l'ensemble des prestations psychiatriques (c'est-à-dire de la prévention aux soins de longue durée en passant par les traitements aigus). Afin de garantir la qualité des soins, divers indicateurs de qualité ont été développés au niveau national et international.

Méthodologie: L'approche méthodologique comprenait des recherches bibliographiques systématiques sur les initiatives et les indicateurs de qualité aux niveaux national et international. En outre, une recherche de littérature grise a été effectuée au niveau national et international en Australie, au Danemark, en Norvège, en Autriche, en Écosse, en Suède, aux États-Unis et au Royaume-Uni, et complétée par 17 entretiens avec des expertes et experts de 16 cliniques.

Résultats intermédiaires: quatre indicateurs de qualité ont été identifiés dans la recherche bibliographique systématique nationale (satisfaction à l'égard du traitement, admissions à l'hôpital, mesures coercitives, réadmissions), et onze autres dans la recherche internationale, dont la satisfaction des patientes et patients, l'expérience des patientes et patients, la continuité des soins, les résultats des traitements, la compétence clinique du personnel soignant, l'infrastructure, les taux de réadmission, les soins adaptés aux traumatismes, l'expérience de l'environnement de soins, le dépistage précoce et l'accessibilité. La littérature grise a permis d'identifier 15 indicateurs nationaux et 66 indicateurs internationaux supplémentaires (dont neuf pour les enfants et les adolescentes et adolescents) couvrant des aspects de la qualité des structures, des processus et des résultats.

Les résultats montrent que la qualité des soins psychiatriques peut être améliorée, en particulier grâce aux données rapportées par les patientes et patients («Patient Reported Measures») sur la satisfaction, l'adéquation du traitement, le respect des prescriptions et la continuité des soins. Alors que les établissements hospitaliers utilisent déjà des systèmes structurés de contrôle de la qualité, le secteur ambulatoire manque de mécanismes d'évaluation systématiques, notamment pour recueillir les commentaires des patientes et patients sur leur satisfaction et l'évolution de leurs symptômes.

2.3.4 Soins de réadaptation

Contexte: les soins de réadaptation visent à optimiser les capacités fonctionnelles des patientes et patients, à réduire les handicaps dans leur environnement individuel et à favoriser leur réinsertion à domicile et dans la communauté. Malgré des besoins croissants, la réadaptation n'a jusqu'à présent

guère retenu l'attention dans la politique suisse de santé. Le présent projet constitue donc une étape importante dans le développement d'indicateurs de qualité pour la réadaptation en Suisse.

Méthodologie: les initiatives de qualité existantes en Suisse ont été analysées afin d'identifier les indicateurs de qualité utilisés. En outre, les initiatives et indicateurs internationaux de qualité qui pourraient être pertinents pour la Suisse ont été examinés.

Pour la recherche nationale, les sites Internet des initiatives et programmes de qualité mentionnés dans le rapport final du projet CFQ de 2023 et dans des publications scientifiques en Suisse ont été consultés. Des entretiens ont également été menés avec l'ANQ et Swiss Reha. Afin d'identifier d'autres indicateurs, une recherche documentaire (c'est-à-dire une « revue exploratoire ») a également été effectuée sur PubMed et Embase.

Pour la recherche internationale, une revue exploratoire a été réalisée sur Embase. L'initiative de qualité de l'Australasian Rehabilitation Outcomes Centre (AROC) et les sites Internet d'initiatives de qualité pertinentes ont été analysés. Les descriptions des indicateurs de qualité, leur attribution aux dimensions des résultats, des structures ou des processus, ainsi que les informations sur la validité, la fiabilité et la capacité de différenciation ont été extraites.

Résultats intermédiaires: au total, dix initiatives de qualité ont été identifiées en Suisse, ainsi que six indicateurs de qualité pertinents. Les six indicateurs identifiés proviennent tous de l'ANQ et relèvent de la dimension «résultats»: satisfaction des patientes et patients, expérience des patientes et patients, objectifs de participation, autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne (activités of daily living - ADL), capacité physique et qualité de vie. La revue exploratoire n'a pas permis d'identifier d'autres indicateurs de qualité.

Une revue exploratoire de la littérature internationale a permis d'identifier 109 indicateurs étrangers, classés en neuf groupes: 74 % d'indicateurs de processus, 15 % d'indicateurs de résultats et 11 % d'indicateurs de structure. L'accent était mis sur la réadaptation cardiovasculaire, postopératoire et musculo-squelettique. L'assurance qualité dans le domaine de la réadaptation cardiaque était particulièrement avancée au Canada et en Australie.

Trois indicateurs ANQ – «expérience de la patiente et du patient», «autonomie fonctionnelle dans les ADL» et «capacité physique» – étaient représentés dans huit indicateurs étrangers chacun. La «satisfaction de la patiente et du patient» apparaissait dans trois indicateurs de qualité, la «qualité de vie» dans deux et les «objectifs partiels» dans un.

Il existe un manque général d'études scientifiques sur la validité, la fiabilité et la capacité de différenciation des indicateurs de qualité, tant en Suisse qu'à l'échelle internationale. Seul l'indicateur «satisfaction des patientes et patients» fait l'objet d'études de validation. Quelques rares articles internationaux publient les résultats de tests de validité et de faisabilité, notamment au Canada, au Japon, en Australie et en Norvège. Des expertes et experts, dont des représentantes et représentants de l'ANQ et de Swiss Reha, ont confirmé le manque d'évaluation scientifique des indicateurs de qualité en Suisse.

2.3.5 Soins communautaires («Community Care»)

Contexte: en Suisse, les soins communautaires comprennent les services de sauvetage (services préhospitaliers d'urgence SPU) et les pharmacies publiques, qui jouent tous deux un rôle central dans les soins de première ligne dispensés aux patientes et patients en dehors des hôpitaux. Alors que les services de sauvetage sont organisés au niveau cantonal et que les normes nationales sont fixées par les autorités fédérales, le secteur pharmaceutique est soumis à la fois à la réglementation fédérale et cantonale. Les deux secteurs ne disposent actuellement d'aucun indicateur de qualité uniforme à l'échelle nationale, ce qui entraîne un suivi fragmenté de la qualité.

Méthodologie: La méthodologie repose sur une double approche, consistant en des consultations d'expertes et experts et des recherches documentaires, afin d'identifier les indicateurs de qualité existants et potentiels. Des expertes et experts issus des autorités sanitaires cantonales, d'associations professionnelles et de chaînes de pharmacies ont été interrogés. En outre, la littérature a été consultée dans PubMed, Embase et Google, en mettant l'accent sur les indicateurs de qualité suisses et internationaux. Les résultats ont été classés selon les dimensions de qualité habituelles : structure, processus, résultat et qualité du service.

Résultats intermédiaires: aucun indicateur de qualité national n'est actuellement utilisé pour les services de sauvetage. 87 indicateurs potentiels ont été identifiés: 57 indicateurs nationaux (principalement des indicateurs de structure) et 29 indicateurs internationaux (principalement des indicateurs de processus). Les approches nationales ne comportent généralement pas d'objectifs mesurables ni d'indicateurs spécifiques à certaines maladies, tandis que les modèles internationaux comprennent des indicateurs axés sur les résultats et spécifiques à certaines indications. Les principales lacunes sont l'absence de collecte de données au niveau national, la fragmentation des systèmes et la focalisation thématique étroite (principalement sur les urgences cardiovasculaires, en particulier les arrêts cardiaques).

Il n'existe pas non plus d'indicateurs de qualité mis en œuvre à l'échelle nationale pour les pharmacies publiques. 89 indicateurs potentiels ont été identifiés, dont 62 ont été jugés pertinents, provenant à 82 % de sources internationales. En Suisse, les indicateurs existants sont en pause ou en cours de développement. Les exemples internationaux offrent des modèles transférables. Les principales lacunes sont l'absence d'indicateurs de résultats, la collecte limitée de données sur les services autres que la délivrance de médicaments, et la fragmentation des systèmes de données.

2.3.6 Soins de longue durée (y compris les soins à domicile)

Contexte: La qualité des soins de longue durée a pris une importance croissante en Suisse comme à l'échelle internationale. Ces dernières années, de nombreuses initiatives ont vu le jour pour développer des systèmes et des indicateurs de qualité, tant pour les établissements de soins de longue durée (établissements médicaux-sociaux - EMS) que pour les services d'aide et de soins à domicile (ASAD).

Méthodologie: les initiatives et indicateurs nationaux et internationaux pour les EMS et les ASAD ont été analysés. L'analyse s'est appuyée sur des travaux de recherche actuels et antérieurs portant sur la mesure de la qualité dans les EMS et les ASAD dans le contexte suisse. À cette fin, des publications scientifiques et de la littérature grise pertinentes ont été évaluées de manière ciblée et des entretiens ont été menés avec des expertes et experts suisses, en particulier dans le domaine des soins à domicile.

Résultats intermédiaires: Au total, 13 initiatives de qualité dans les EMS et les ASAD ont été identifiées, y compris les recherches nationales et internationales. 120 indicateurs de qualité ont pu être documentés pour l'ensemble des initiatives, dont 108 indicateurs de résultat et 12 indicateurs de processus. Parmi les indicateurs de résultat figuraient sept Patient Reported Outcome Measures (PROM) et dix Patient Reported Experience Measures (PREM). Dans les EMS suisses, six indicateurs de résultats médicaux sont actuellement validés, mis en œuvre et accessibles au public, notamment ceux concernant la malnutrition, la douleur, la polypharmacie et les mesures restrictives de liberté. Trois autres indicateurs (dont deux indicateurs de processus) sont en cours d'évaluation.

Dans le domaine des soins à domicile, les principaux indicateurs de qualité nationaux proviennent de l'adaptation suisse de l'instrument d'évaluation des résidentes et résidents utilisé à l'échelle internationale (InterRAI Home Care [HC] Suisse). Ces 29 indicateurs sont utilisés à des fins internes, sur une base volontaire, par une minorité de prestataires. Ils comprennent principalement des indicateurs de résultats et couvrent les dimensions cliniques, fonctionnelles et psychologiques. Certains indicateurs de qualité (p. ex. la charge des soignantes et soignants informels/privés) ont été évalués positivement, tandis que d'autres (p. ex. la mobilité réduite à domicile) se sont révélés moins fiables ou moins pratiques. Pour les deux secteurs (EMS et ASAD), les initiatives internationales mettent en avant des dimensions de qualité plus générales (par exemple, la qualité de vie, la participation sociale, la planification nutritionnelle) comme références précieuses, même si leur fondement scientifique est inégal.

3 Perspectives pour la seconde moitié du projet

3.1 Sélection et priorisation des indicateurs de qualité

Avec ce rapport intermédiaire, la plupart des groupes de travail ont achevé leur recherche exhaustive sur les initiatives et les indicateurs de qualité. Sur cette base, l'évaluation et la priorisation des indicateurs vont désormais pouvoir être réalisées. Les groupes de travail des HCA utilisent à cet effet l'outil d'évaluation présenté au chapitre 2.2. En plus de l'évaluation réalisée par les expertes et experts des groupes de travail, des enquêtes en ligne et des discussions avec un panel Delphi réunissant d'autres spécialistes seront menées afin de finaliser l'évaluation et la priorisation.

3.2 Indicateurs de qualité intersectoriels et modèle de gouvernance

L'accent sera ensuite mis sur l'identification d'indicateurs de qualité présentant une pertinence intersectorielle, c'est-à-dire ceux qui reflètent les parcours des patientes et patients et la qualité globale dans tous les secteurs de soins. À cette fin, des méthodes similaires à celles utilisées pour les indicateurs spécifiques au secteur de la santé seront appliquées, mais cette fois-ci à l'ensemble des HCA.

En outre, l'élaboration de recommandations pour un modèle de gouvernance visant à maintenir et à développer le système de monitoring prévu et ses indicateurs de qualité va commencer. Ce modèle doit couvrir la sélection, l'adaptation et l'évaluation continues des indicateurs et garantir que le système de monitoring reste actuel et efficace. Sur la base d'exemples suisses et internationaux, une structure de gouvernance sera proposée, qui garantit des contrôles réguliers et, entre autres, l'implication des parties prenantes concernées.

3.3 Implication des parties prenantes

Des enquêtes en ligne sont actuellement en cours d'élaboration afin de recueillir les commentaires d'un large éventail de professionnelles et professionnels, notamment des associations médicales, des organisations de patientes et patients et des groupes d'utilisateurs potentiels du système de monitoring. Ces enquêtes en ligne visent à recueillir des points de vue sur certains critères de priorisation difficiles à quantifier ou à mesurer, tels que la pertinence pratique et l'applicabilité des indicateurs de qualité. Les enquêtes en ligne servent également à préparer les discussions du panel Delphi. Pendant le reste de la durée du projet, l'implication des parties prenantes restera donc une priorité centrale, que ce soit par la participation au comité consultatif, à l'enquête auprès d'expertes et experts, aux panels Delphi ou par des discussions bilatérales entre expertes et experts et membres du groupe de travail.

L'objectif est de garantir que les résultats finaux soient à la fois méthodologiquement fondés et applicables dans la pratique. Le rapport final, comprenant les recommandations consolidées sur la sélection des indicateurs, la priorisation et la gouvernance, sera présenté à la CFQ à la fin du mois de septembre 2026. La publication du rapport final sera assurée par la CFQ.

Déclarations

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du comité consultatif pour leurs précieuses perspectives, leurs commentaires critiques et leur soutien continu tout au long de l'élaboration de ce rapport intermédiaire. Les institutions suivantes ont contribué par leur expertise à la pertinence et à la qualité de ce projet, et nous nous réjouissons de poursuivre ce dialogue ouvert :

ANQ • Association des médecins cantonaux de Suisse • Association des pharmaciens cantonaux • Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé • CSS Assurance-maladie SA • Département de la santé et des affaires sociales du canton de Vaud • Département de la santé publique du canton de Bâle-Ville • Direction de la santé publique, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne • Fédération romande des consommateurs • FMH – Fédération des médecins suisses • Fondation EQUAM • H+ Les Hôpitaux de Suisse • Interassociation de sauvetage • prio.swiss – L'association des assureurs-maladie suisses • Sécurité des patients Suisse • senesuisse – Association des institutions de retraite et de soins indépendantes de Suisse • Société suisse de médecine physique et de réadaptation • Société suisse des pharmaciens pharmaSuisse • Société suisse pour les sciences infirmières • Spitex Suisse • Swiss Paramedic Association.

Conflits d'intérêts

Anke Scheel-Sailer est membre du comité qualité Réadaptation de l'ANQ et collabore à des publications scientifiques de l'ANQ.

Chantal Ardit est responsable de la recherche pour les enquêtes SCAPE et coresponsable de l'enquête PaRIS.

David Schwappach dirige des projets de recherche sur l'évaluation des indicateurs de sécurité des patientes et patients, des indicateurs de préjudice psychologique et des indicateurs de sécurité des patientes et patients issus des systèmes d'information cliniques. Il participe à l'étude nationale Adverse en tant que membre du Core Study Group. Il est également membre du comité de certification de Mehrfacharzt.

Isabelle Peytremann-Bridevaux est responsable de l'analyse des résultats des enquêtes nationales annuelles menées par l'ANQ sur la satisfaction des patientes et patients dans les domaines des soins somatiques aigus (adultes et pédiatrie), de la réadaptation et de la psychiatrie (adultes et enfants). Elle est également responsable de la «Swiss Cohort of Healthcare Professionals and Informal Caregivers» (SCOHPICA) et coresponsable de la mise en œuvre de l'enquête PaRIS de l'OCDE en Suisse et des enquêtes «Swiss Cancer Patient Experiences» (SCAPE).

Jakob Burgstaller est membre du projet FIRE, la plus grande base de données suisse sur les soins de routine en médecine générale, gérée par l'Université de Zurich. Le projet porte sur le développement d'instruments de contrôle de la qualité dans les soins de base.

Laurie Corna est co-directrice du «National Implementation Programme – Strengthening quality of care in partnership with residential long-term care facilities (LTCFs) for older people (NIP-Q-UP-GRADE)». Ce programme vise à renforcer la qualité de la collecte de données sur les indicateurs nationaux de qualité médicale dans les établissements de soins de longue durée, à promouvoir le développement de la qualité basé sur les données et à préparer le secteur de la santé à l'introduction d'autres indicateurs de qualité médicale.

Michael Havranek a reçu à plusieurs reprises des fonds de recherche d'Innosuisse (Agence suisse pour la promotion de l'innovation de la Confédération) afin d'adapter différents ensembles d'indicateurs de qualité internationaux à la Suisse et de développer, en collaboration avec des hôpitaux partenaires et une entreprise de logiciels, un système national de monitoring de la qualité des hôpitaux. Ce système a depuis été adopté par l'ANQ et son partenaire logiciel LOGEX et est désormais à la disposition des hôpitaux et des autorités sanitaires cantonales dans toute la Suisse. Afin de soutenir ces initiatives, Michael Havranek fournit des services de conseil et d'analyse à l'ANQ, à LOGEX et à diverses autorités sanitaires cantonales. Ces organisations n'ont pas participé à la rédaction du présent rapport intermédiaire.

Patrick Beeler a participé à plusieurs projets liés au développement et à l'application d'indicateurs de qualité dans le domaine de la santé: 1) Il a été investigateur principal pour l'adaptation/la traduction des Prevention Quality Indicators (PQIs), initialement développés par l'U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), pour leur utilisation en Suisse. Ce travail a été réalisé sans financement. Par la suite, le Dr Beeler a reçu des fonds d'un réseau de médecins de premier recours afin d'appliquer ces PQIs dans un projet visant à évaluer la qualité au niveau des médecins de premier recours. 2) Il a dirigé une étude nationale visant à identifier les hospitalisations potentiellement évitables chez les patients en soins palliatifs, à partir d'une liste de traitements, établie par des experts, ne nécessitant pas d'hospitalisation (DOI: 10.1136/spcare-2023-004717). Cette liste de traitements pouvant être réalisés en ambulatoire peut être utilisée comme indicateur de qualité. 3) Il a mené une enquête nationale afin d'évaluer la qualité des soins palliatifs en Suisse du point de vue des prestataires de soins, des organisations régionales de soins palliatifs et des autorités sanitaires (DOI : 10.1016/j.ejon.2025.102812). Ce travail s'est appuyé sur les indicateurs de qualité développés par Finkelstein et al. (DOI : 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015), ainsi que sur ceux définis par «qualité palliative». 4) Actuellement, il dirige un projet en cours dans lequel une approche basée sur les données est utilisée pour identifier les hospitalisations dues à des effets indésirables des médicaments dans plusieurs hôpitaux. L'augmentation de la notification de ces effets indésirables graves par les pharmacies hospitalières à Swissmedic, comme l'exige la loi, est considérée comme un indicateur de qualité.

Sabine Hahn est membre du comité scientifique et du conseil d'administration de Concret AG, qui certifie la gestion de la qualité dans le domaine des soins infirmiers conformément à la Swiss Care Excellence Certification (SCEC).

Les autres autrices et auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts en rapport avec ce rapport.