

Rapports de sortie, nouvelles prescriptions de BZD, chutes, transfusions, CIRS, vaccinations contre l'hépatite B

Implémentation des indicateurs qualité en milieu stationnaire: l'Hôpital de la Tour à Genève

Omar Kherad^{a,f}, Dorsaf Steiner^b, Hugo Bothorel^c, Ezra Bottequin^d, Rodolphe Eurin^e, Axelle Alibert^{b,c,e}

^a Service de médecine interne, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^b Département qualité et expérience patient, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^c Département de recherche clinique, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^d Unité de business intelligence, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^e Direction générale, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; ^f Membre de la Commission de qualité de la SSMIG

Introduction

La qualité en médecine s'est invitée dans l'agenda politique de la santé. Le Conseil fédéral a en effet fixé des objectifs en matière de garantie de la qualité des prestations avec l'entrée en vigueur d'une nouvelle ordonnance de la LAMal. Le Parlement suisse a donné l'obligation à tous les médecins exerçant dans le pays de participer aux mesures de développement et aux évaluations de la qualité que les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs auront définies dans leurs conventions de qualité.

La qualité des soins revêt en effet de plus en plus d'importance non seulement au sein du corps médical, mais aussi auprès du public et des assureurs.

Aussi, la FMH et la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) ont décidé de s'atteler de manière proactive à la mise en œuvre de cette nouvelle exigence légale pour s'assurer que ces activités qualité obligatoires sont bien applicables dans la pratique, qu'elles s'intègrent dans les activités qualité menées jusqu'ici et qu'elles apportent le plus grand bénéfice possible aux patients. Dans le cadre du projet pilote «Publication des activités qualité des médecins du secteur ambulatoire», mené en collaboration avec la FMH et les assureurs, la SSMIG a sélectionné quatre activités qualité (tab. 1). Elle a aussi invité tous les membres actifs dans le secteur ambulatoire à publier de manière transparente les activités qualité que les médecins mettent en œuvre dans leur pratique quotidienne.

La Commission qualité de la SSMIG a également joué un rôle pionnier en présentant pour la première fois les nouveaux indicateurs de qualité pour le traitement stationnaire en médecine interne générale [1]. Ce travail a été récompensé par l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) en lui décernant le prix Innovation Qualité qui récompense des projets éprouvés dans la pratique et susceptibles de faire évoluer le système de santé.

Indicateurs qualité

La SSMIG a émis six recommandations pour la médecine stationnaire en expliquant comment ils peuvent être utilisés et où se situent leurs avantages et inconvénients [1]. L'équipe de projet de la SSMIG a illustré, à l'aide d'exemples concrets, l'utilisation d'indicateurs qualité dans un cycle d'amélioration de la qualité visant à promouvoir le diagnostic centré sur le patient et à optimiser le traitement.

Quatre indicateurs s'intéressent à la qualité des soins centrés sur les besoins du patient.

1. Proportion de rapports de sortie provisoires transmis dans les 24 heures au médecin chargé

du suivi ambulatoire, comprenant les informations sur les diagnostics, les procédures et les médicaments. Cet indicateur a pour objectif de transmettre rapidement les principales informations au médecin chargé du suivi afin de garantir la coordination du traitement lors de la transition en assurant la continuité des soins et de réduire le nombre de réadmissions évitables.

2. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) chez lesquelles une nouvelle benzodiazépine (BZD) a été introduite durant l'hospitalisation. Cet indicateur a pour objectif de réduire les nouvelles prescriptions de BZD au cours d'une hospitalisation afin d'éviter les effets secondaires inhérents à ces traitements.

3. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) à qui l'on a demandé si elles ont chuté au cours des 12 derniers mois, et le cas échéant, le nombre de chutes et le déroulement de la chute. Cet indicateur a pour but d'identifier les patients présentant un risque accru de chute, chez lesquels une intervention préventive s'avère judicieuse.

4. Proportion de patientes et patients recevant une transfusion lorsque le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 8 g/dl. Cet indicateur a pour objectif de réduire le nombre de transfusions potentiellement non indiquées.

Un indicateur reflète la qualité générale des soins.

5. Proportion de rapports d'incidents («Critical Incidence Reporting System» [CIRS]) chez les personnes hospitalisées en médecine interne générale, analysés et discutés par l'équipe

Tableau 1: Activité qualité sélectionnées par la SSMIG

1. Participation à des cercles de qualité
2. Top five liste smarter medicine
3. Hygiène
4. Critical Incident Reporting System

soignante. L'objectif de l'indicateur est de stimuler une culture active de l'erreur en analysant et discutant les cas de CIRS.

Un autre indicateur se réfère à la santé des collaboratrices et collaborateurs.

6. Proportion de collaboratrices et collaborateurs en contact potentiel avec du sang ou des matériaux contaminés par le sang et présentant une protection vaccinale suffisante contre l'hépatite B. Cet indicateur a pour objectif de prévenir la transmission de l'hépatite B et d'améliorer la sécurité sur le lieu de travail.

L'objectif de ces indicateurs est d'accompagner un cycle d'amélioration de la qualité et ainsi de déterminer si les mesures mises en œuvre produisent l'effet souhaité. Pour la commission qualité de la SSMIG, il était primordial que les indicateurs puissent être utilisés au quotidien, afin de renforcer des mesures d'amélioration de la qualité en médecine interne générale.

La condition préalable essentielle est toutefois de créer des méthodes de mesure fiables. Pour que de nombreux indicateurs puissent être récoltés, les systèmes d'information électronique hospitaliers doivent être adaptés et les résultats collectés de manière systématique et uniforme. Il est par ailleurs impératif que les ressources humaines et financières nécessaires à la mesure de la qualité soient pleinement prises en compte. Nous vous donnons ci-dessous l'expérience vécue à l'Hôpital de la Tour à Genève dans l'implémentation de ces indicateurs dans le service de médecine interne stationnaire.

L'Hôpital de la Tour

L'Hôpital de la Tour est un hôpital privé situé sur la rive droite de Genève. Il comprend 172 lits, dont 64 sont attribués au service de médecine interne. Ce service propose un programme de formation de médecine interne générale (catégorie A ISFM) incluant 23 internes en formation, 2 chefs de clinique et 6 médecins cadres.

L'Hôpital de La Tour a défini la qualité des soins comme axe stratégique et a toujours répondu parfaitement aux exigences de l'Association Nationale de la Qualité (ANQ) comme en témoignent ses rapports périodiques sur la qualité.

Plus récemment, l'Hôpital de la Tour a rejoint l'organisation à but non lucratif «smarter medicine» et a reçu le label «smarter hospital» venant récompenser ses efforts pour lutter contre les actes médicaux inappropriés [2]. A cet effet, il a mis en place des tableaux de bord pour évaluer le comportement de prescription des médecins dans le service de médecine interne («smarter indicateurs»). Ces tableaux de bords permettent à chaque médecin de suivre ses propres taux de prescription potentiellement inappropriés et de les comparer à ceux

des autres prescripteurs. Une étude récemment publiée évaluant cette intervention éducative multimodale a permis de démontrer une diminution significative du taux de prescriptions de BZD et de prises de sang [3].

Tableaux de bord et business intelligence

Les tableaux de bord sont alimentés par des données brutes qui sont extraites chaque mois du dossier patient informatisé. Les exports sont constitués de différentes tables où chaque table regroupe les prescriptions d'un type d'acte médical (prescription de médicaments, d'exams de laboratoire, d'exams d'imagerie médicale ou de placement d'équipements). Le tableau de bord importe les données brutes et les traite selon les spécifications du modèle de données mis en place. Principalement, les données des différentes tables brutes sont combinées en une seule table de prescription et la liaison avec le temps est effectuée sur la base de la date de fin de chaque prise en charge médicale. La mise à jour du tableau de bord est donc effectuée manuellement une fois par mois.

Le tableau de bord est mis à disposition sur une plateforme Internet accessible uniquement au personnel hospitalier auquel les droits d'accès ont été préalablement accordés. Il est donc possible de consulter le tableau de bord à n'importe quel moment de la journée avec une connexion Internet et le VPN de l'hôpital. Les données informatiques sont rendues anonymes. La confidentialité est garantie dès la récolte et le traitement des données concernées par le responsable des tableaux de bord. Les données sont mises à disposition sur une plateforme de Business Intelligence pour que les résultats puissent être analysés plus facilement et exportés ensuite dans des formats standards.

Toute information permettant de restituer l'identité d'un patient a été supprimée lors de la copie.

Implémentation des indicateurs

En suivant le même processus que pour les «smarter indicateurs», nous avons pu étudier la mise en place des indicateurs qualité proposés par la SSMIG et analyser les premiers résultats.

1. Proportion de rapports de sortie provisoires transmis dans les 24 heures au médecin chargé du suivi ambulatoire.

Une mise en place et une exploitation efficace d'un tel indicateur nécessite un travail de développement informatique impliquant différents services et partenaires. Nous avons décomposé le projet en deux phases pour atteindre la cible:

– *phase 1*: mise en place d'une solution permettant l'envoi du rapport de sortie au médecin en charge du suivi ambulatoire;

– *phase 2*: mise en place d'une solution permettant de comptabiliser de manière fiable le nombre de rapports envoyés en respectant le critère de délai de 24 h.

La phase 1 est déjà implémentée. Les médecins internes disposent d'une solution informatique automatisée, rapide et simple d'utilisation leur permettant de transmettre aux confrères en charge du suivi ambulatoire les principales informations concernant le séjour du patient et l'organisation de sa sortie.

Afin de pouvoir construire un indicateur «vivant», facile d'accès et dont l'animation est facilitée, une solution informatique plus élaborée est en cours de développement.

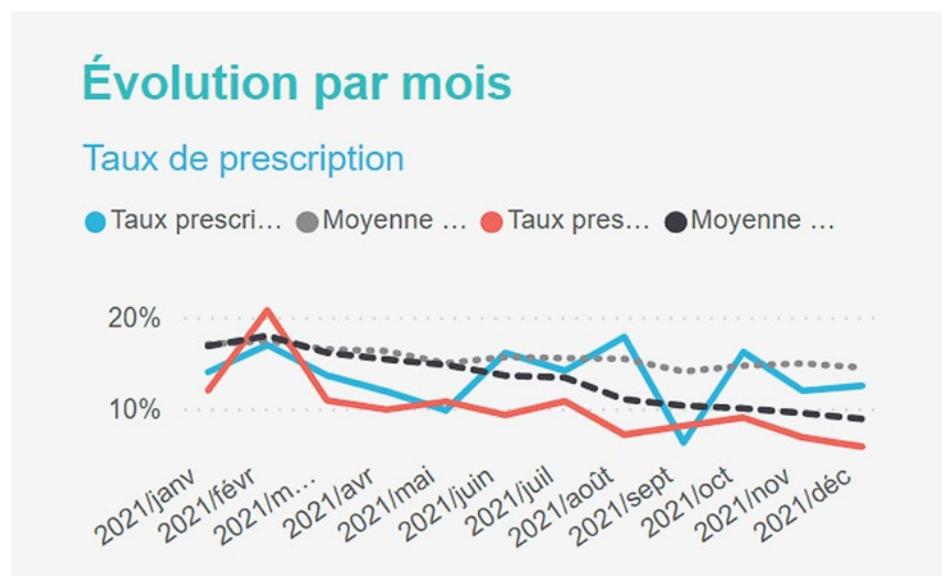


Figure 1: Évolution du taux de prescription des benzodiazépines (bleu) et des alternatives (z-drugs, neuroleptiques; rouge) en 2021.

2. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) chez lesquelles une nouvelle BZD a été introduite durant l'hospitalisation

Dans nos trois unités de médecine interne, nous avons commencé par mettre en place un indicateur dynamique nous permettant de suivre le taux de prescription de BZD ainsi que son évolution dans le temps chez les patients de plus de 65 ans.

Ensuite, le périmètre a été étendu aux molécules constituant une alternative aux BZD (ex. z-drugs, neuroleptiques). L'objectif de cette mesure est de permettre aux prescripteurs de s'évaluer de la manière la plus «juste» possible, de prescrire moins de BZD et d'éviter des alternatives aux effets secondaires similaires comme les z-drugs. Nous avons constaté qu'en 2021, 28% de nos patients âgés ont reçu des BZD ou des alternatives. La sensibilisation et l'appropriation des indicateurs par les prescripteurs ont sans doute contribué à baisser ce taux dans le temps (19% en décembre 2021) (fig. 1).

3. Proportion de personnes âgées (≥65 ans) à qui l'on a demandé si elles ont chuté au cours des 12 derniers mois.

Les unités de médecine interne disposent du système de Dossier Patient Informatisé (DPI). Celui-ci est constitué de différents modules au paramétrage identique entre les différentes unités, ce qui favorise grandement la standardisation des méthodes de travail et les pratiques liées aux soins.

Notre DPI propose un module d'évaluation à l'entrée très complet.

La donnée est donc disponible et fiable dans notre système d'informations. L'indicateur permettant de mettre en phase les réponses à la question concernant les chutes passées chez les plus de 65 ans et le nombre total d'hospitalisations de la même population est en cours de construction. Le processus d'animation est planifié pour mi-2023.

4. Proportion de patientes et patients recevant une transfusion lorsque le taux d'Hb est supérieur à 8 g/dl

Nous avons implémenté un champ bloquant dans le DPI sur la feuille de prescription d'une transfusion. Le prescripteur est alors invité à y inscrire le dernier taux d'Hb connu. Un message de sensibilisation et de rappel des limites de transfusion est affiché (fig. S2, voir annexe en ligne). Les données inscrites ont été récupérées pour construire l'indicateur dans le tableau de bord de médecine interne (fig. S3, voir annexe en ligne).

Entre 2021 et 2022, le taux moyen de prescriptions de transfusions inappropriées (>8 g/

dl) dans les unités de médecine interne était de 10,8% (fig. S4, voir annexe en ligne). Tout comme pour les autres indicateurs «smarter-medicine» et grâce à notre approche éducative via l'auto-évaluation en continu, une évolution de ce taux à la baisse est attendue.

5. Proportion de rapports d'incidents (Critical Incidence Reporting System [CIRS]) pour des personnes hospitalisées en médecine interne générale (MIG), analysés et discutés par l'équipe soignante

L'Hôpital de la Tour dispose d'un système de déclaration d'événements indésirables (EI) qui repose sur une architecture de flux structurée et standardisée, hébergée dans un outil de gestion documentaire et de traçabilité. Une évaluation de l'évènement (évènement indésirable, grave ou non) s'appuyant sur des critères définis est dressée par l'outil, ce qui constitue une aide à la décision pour la réalisation d'une analyse approfondie appuyée par un plan d'actions pluridisciplinaire. En 2022, 15% des EI ont donné suite à un plan d'actions (fig. 5). Il est à noter que:

- l'outil a été implémenté fin 2021 et l'année 2022 a été une année d'accompagnement et d'appropriation de l'outil par les collaborateurs;
- les collaborateurs sont encouragés à déclarer tout type d'EI qu'il ait eu des conséquences ou non.

Le volume de déclarations ne cesse d'augmenter depuis la mise en place du nouveau processus et la promotion de la culture qualité au cœur de la stratégie de l'institution. L'animation de la démarche dans sa globalité fera sans doute

augmenter la proportion des EI ayant donné suite à un plan d'actions.

6. Proportion de collaboratrices et collaborateurs en contact potentiel avec du sang ou des matériaux contaminés par le sang et présentant une protection vaccinale suffisante contre l'hépatite B

A l'embauche, nos collaborateurs sont invités à présenter leurs carnets de vaccination. Si la vaccination contre l'hépatite B n'est pas à jour, ils sont invités à se faire vacciner. Le suivi est assuré par la médecine du travail.

Afin de mesurer l'indicateur présenté, nous avons réalisé une approximation avec la population ayant été victime d'un accident d'exposition au sang: l'immunisation s'est avérée insuffisante pour 17% des collaborateurs testés. Grâce à cet indicateur, la médecine du travail a décidé de travailler sur le sujet; un projet est en cours.

Cycle vertueux «Plan-Do-Check-Act» (PDCA)

Des indicateurs qualité sont d'ores et déjà collectés dans les hôpitaux qui sont comparés entre eux. Toutefois, ces indicateurs ne font généralement pas partie d'un processus continu. L'objectif de la Commission qualité est d'exposer comment les indicateurs peuvent être utilisés dans un cycle d'amélioration de la qualité en suivant le cycle vertueux PDCA. A titre d'exemple, nous avons suivi ce cycle PDCA concernant la prescription des BZD.

Le problème: le taux de prescription de BZD est trop élevé dans les services hospitaliers avec un risque de complications sévères pour les patients (chute, delirium, etc.)

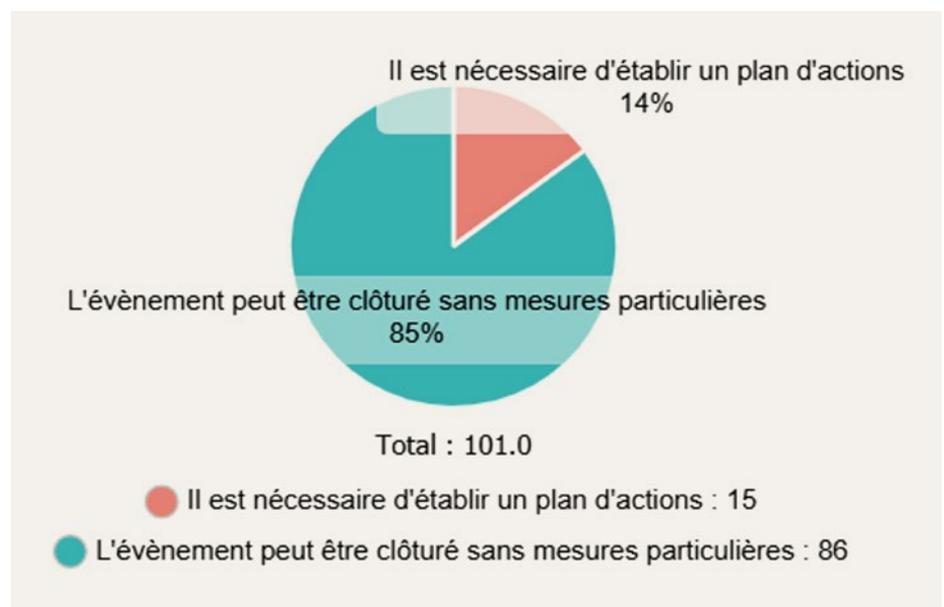


Figure 5: Proportion des événements indésirables avec plan d'actions.

«Plan»: nous avons analysé le taux de prescription de BZD chez les patients naïfs de ce traitement. Il est estimé à 18%.

«Do»: extraction des données sur le taux de prescription de BZD chez les médecins dans un tableau de bord avec un feedback éducatif permettant une comparaison entre pairs couplés à des outils éducatifs (flyers, cours, e-learning).

«Check»: analyse de l'évolution du taux de prescriptions après l'intervention multimodale objectivant une baisse modeste, mais significative du taux de prescription de BZD.

«Act»: la mesure est couronnée de succès, mais reste modeste.

Le cycle PDCA doit ainsi être répété afin de comprendre les raisons du comportement des prescripteurs. Dans cet exemple, nous avons constaté que les médecins prescrivent des BZD dans l'écrasante majorité des cas pour satisfaire les demandes de patients qui souffrent d'insomnie durant le séjour hospitalier. Aussi, il convient de comprendre les facteurs favorisant l'insomnie en milieu hospitalier («Plan»). Les nuisances sonores et les réveils nocturnes pour les surveillances infirmières ont été identifiés et un nouveau cycle PDCA peut être mis en place pour éviter ces réveils nocturnes en créant un algorithme basé sur la littérature permettant d'identifier les patients qui ont réellement besoin d'être surveillés pendant la nuit («Do») [4, 5]. L'analyse de cette intervention («Study») est en cours afin de vérifier si elle est couronnée de succès («Act»).

Conclusion

La qualité est toujours synonyme de travail et d'efforts. Pour la Commission qualité de la SSMIG, il était toutefois essentiel que les indicateurs puissent être utilisés dans la pratique clinique et qu'ils occasionnent peu de charges administratives supplémentaires. Néanmoins, comme on le voit dans les différents exemples cités, pour être pérenne et porter pleinement ses fruits, la démarche qualité doit s'appuyer sur des indicateurs et sur un cycle d'amélioration continue (cycle PDCA). L'abandon des dossiers papier au profit des DPI permet d'obtenir facilement des données structurées, standardisées et de bonne qualité. Néanmoins, la construction et l'automatisation de ces indicateurs repose à l'heure actuelle quasi exclusivement sur la seule bonne volonté des prestataires de soins. S'il est facilité par le DPI, de tels projets nécessitent un investissement en ressource non négligeable sur le long terme ainsi qu'un changement en profondeur de la culture et peu d'hôpitaux s'engagent spontanément sur cette voie. Ainsi, les indicateurs qualité préférentiellement déployés au sein des hôpi-

taux sont ceux avec un potentiel direct d'économicité associé, contrairement à ceux présentés ci-dessus. Par exemple, le taux d'infection est monitoré dans la vaste majorité des hôpitaux, car un patient avec une infection nécessite des soins souvent plus longs et plus coûteux. On comprend alors l'intérêt de ne pas compter seulement sur la bonne volonté des prestataires de soins pour s'engager dans des démarches qualité et l'importance des exigences définies par les autorités sanitaires et le pouvoir politique. Toutefois, la question du financement pour répondre à ces exigences demeure problématique. Reposant seul sur les prestataires de soins, il y a fort à parier que les charges additionnelles se répercutent directement sur les coûts de la santé et donc sur les primes d'assurance. C'est pourquoi l'Hôpital de La Tour propose une approche innovante où le financement des prestations est directement corrélé à la qualité de celles-ci. Par exemple, pour un séjour hospitalier, si le patient a été transfusé de façon appropriée, l'hôpital reçoit un bonus. Si, par contre, il n'a pas été interrogé sur ses précédentes chutes alors qu'il aurait dû ou que son rapport de sortie n'a pas été transmis à son médecin traitant dans les 24 h, alors l'hôpital paye un malus. Cette approche permettrait d'inscrire le système de santé de façon pérenne dans une démarche d'amélioration continue, en incitant fortement les prestataires de santé à mettre en place des indicateurs cliniquement pertinents et d'y associer un cycle vertueux PDCA.

Correspondance

Prof. Dr méd. Omar Kherad, MPH
Service de médecine interne
Hôpital de la Tour
Meyrin-Genève
[omar.kherad\[at\]latour.ch](mailto:omar.kherad[at]latour.ch)

Responsabilité rédactionnelle

Sascha Hardegger, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
[sascha.hardegger\[at\]sgaim.ch](mailto:sascha.hardegger[at]sgaim.ch)

Références

- Wertli M, Djalali SN, Kherad O, Schneemann M, Rampini SK, Rohrbasser A, et al. Indicateurs de qualité dans le domaine stationnaire. *Bull Med Suisses*. 2021;26:877-80.
- smartermedicine.ch [Internet]. Berne: Société Suisse de Médecine Interne Générale; c2023.
- Kherad O, Bottequin E, Steiner D, Alibert A, Eurin R, Bothorel H. Implementing a Multifaceted Intervention among Internal Medicine Residents with Audit and Educative Data Feedback Significantly Reduces Low-Value Care in Hospitalized Patients. *J Clin Med*. 2022 Apr;11(9):2435.
- Wesselius HM, van den Ende ES, Alisma J, Ter Maaten JC, Schuit SCE, Stassen PM, et al.; "Onderzoek

Consortium Acute Geneeskunde" Acute Medicine Research Consortium. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med*. 2018 Sep;178(9):1201-8.

5 Najafi N, Robinson A, Pletcher MJ, Patel S. Effectiveness of an Analytics-Based Intervention for Reducing Sleep Interruption in Hospitalized Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2022 Feb;182(2):172-7.