



Verein Outcome

Verein Outcome
Geschäftsstelle
Josefstrasse 59
CH-8005 Zürich
Tel. +41 1 384 80 00
Fax +41 1 384 80 09
info@vereinoutcome.ch
www.vereinoutcome.ch

Principes des mesures Outcome et protection des données

Zurich, novembre 2004

Sommaire:

Résumé	3
1. Introduction	5
2. Méthodologie	8
2.1. Collectif de patients	8
2.2. Orientation résultats	9
2.3. Orientation patients	10
2.4. Etude valable pour tous les groupes professionnels	10
2.5. Choix de valeurs cibles positives	10
2.6. Choix de valeurs cibles propres à un diagnostic	10
2.7. Etude des collectifs	11
2.8. Moment de la mesure de la qualité des résultats	11
3. Conclusions	11
4. Protection et sécurité des données	13
4.1. Données sur les patients	13
4.2. Données sur les hôpitaux	15
4.3. Sécurité des données	16

Annexe:

Les thèmes de mesures actuels et leurs indicateurs.

Résumé

But des mesures

Les mesures de l'association Verein Outcome portent sur les résultats des traitements effectués durant un séjour dans un hôpital de soins aigus ; basées sur des données, elles visent à déterminer la qualité de ces résultats. Les résultats des mesures sont mis à la disposition des hôpitaux pour leur gestion interne de la qualité et donnent une vue d'ensemble du système. La comparaison transversale entre hôpitaux (benchmarking) en constitue un aspect essentiel.

De par leur but particulier, ces mesures de la qualité des résultats se différencient clairement des études réalisées par des spécialistes du domaine. Elles donnent des informations qui peuvent être utiles pour la gestion de la qualité orientée patients, dans le sens d'un controlling, mais ne cherchent pas principalement à apporter des connaissances scientifiques.

Leur réalisation se fonde sur des critères médicaux et scientifiques, ainsi que sur des méthodes de recherche empiriques tirées des sciences sociales.

L'orientation patient – objectivité versus subjectivité

En ce qui concerne ses résultats, les buts d'un traitement à visée thérapeutique peuvent être soit cliniques, c'est-à-dire objectifs, soit subjectifs.

Du point de vue d'une gestion de la qualité orientée patients, l'élément au premier plan est l'utilité que représente un traitement pour le patient. Celui-ci est en effet le seul, par exemple, à pouvoir juger de la qualité de vie fonctionnelle.

Ses préférences, ses besoins et ses intérêts, ainsi que l'utilité qui en résulte pour lui, sont donc des facteurs essentiels pour la définition des buts, ainsi que des critères et des indicateurs Outcome.

Les buts objectifs peuvent tenir lieu de buts subjectifs si l'on admet qu'ils sont corrélés à une modification de ces derniers.

Orientations résultats

Le but des mesures est d'enregistrer les valeurs cibles propres à chaque thème.

Quand cela est possible, les indicateurs développés reflètent le résultat et non pas des processus ou des aspects structurels.

Etant entendu que pour une prestation donnée, le fait que le processus soit correct ne signifie pas obligatoirement que le résultat soit bon (voir les exceptions au chapitre 2.2), l'accent est mis sur la qualité des résultats et non pas des processus.

Interdisciplinarité

Pour qu'un résultat soit bon, il faut que toutes les personnes concernées, quelle que soit leur profession, coordonnent leurs tâches et les adaptent les unes aux autres.

Etude positive

Le principe est de développer des indicateurs indiquant le degré positif d'atteinte de l'objectif, car les événements négatifs ne concernent qu'une petite partie des patients. L'idée n'est pas de recenser les domaines problématiques, mais de faire ressortir la qualité en tant que telle.

Collectifs

Les événements étudiés concernent des collectifs assez importants pour générer une base de données qui permette la discussion sur la variabilité.

Les collectifs, quoique largement homogénéisés, peuvent être différents selon les hôpitaux, ce qui risque de générer des biais systématiques au niveau des résultats, rendant impossible toute comparaison. L'ajout de covariables appropriées permet, au minimum, une meilleure interprétation des résultats.

Moment de l'étude des résultats

Le fait que les résultats d'un traitement médical ne puissent être évalués qu'après un certain temps, voire, dans de nombreux cas, au bout de plusieurs années seulement, pose un certain nombre de problèmes (voir chapitre 2.8) dont la solution doit toujours être un compromis entre ce qui est souhaitable, ce qui est faisable et ce qui est mesurable.

Protection des données

La protection des données mérite une attention particulière, car il s'agit là de collectes de données d'une grande ampleur dans un domaine particulièrement sensible qui doit être protégé.

Ces données concernent d'une part des personnes physiques (patients) et d'autre part des personnes morales (hôpitaux). La protection des données ne revêt pas la même importance selon les cas et c'est pourquoi, son application doit être différenciée.

Les procédures et les méthodes (pseudonymisation, anonymisation et garantie par contrat) sont adaptées en conséquence.

1. Introduction

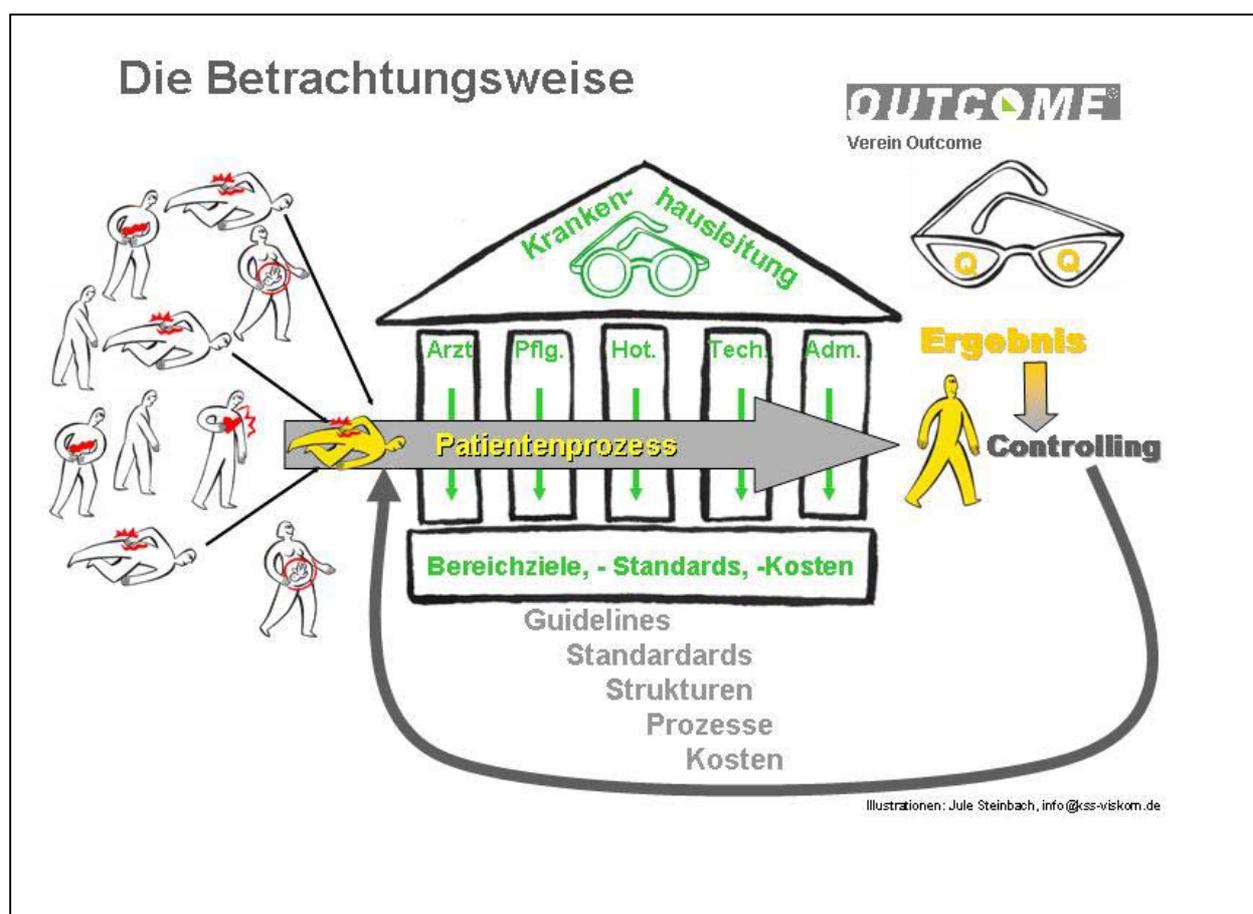
L'association Verein Outcome réunit la Direction de la santé publique du canton de Zurich, les assureurs-maladie de santé suisse, les assurances fédérales accidents, invalidité et militaire, ainsi que les hôpitaux publics du canton de Zurich. Plusieurs cantons (Berne, Argovie et Soleure) s'y sont joints, d'autres s'y intéressent.

Le Verein a pour but d'effectuer, dans les hôpitaux de soins aigus, des mesures de la qualité des résultats, coordonnées et fondées sur des données. Les résultats de ces mesures sont mis à la disposition des hôpitaux pour leur gestion interne de la qualité et donnent une vue d'ensemble du système. Ils sont à considérer comme faisant partie intégrante du controlling relatif à la gestion de la qualité (en ce qui concerne les résultats) ; à ce titre, ils sont dans l'idéal étroitement liés à la gestion financière et à la gestion du risque. Rendant compte aussi bien de chaque organisation en particulier que de l'ensemble du système (ou des systèmes participants), ils doivent servir au pilotage global. La comparaison transversale entre hôpitaux, pour laquelle des contextes sociaux (groupes de pairs) sont créés, en constitue un aspect essentiel.

Pour le développement des thèmes pouvant faire l'objet des mesures, plusieurs éléments sont déterminants : l'importance pour la population, la capacité à refléter la prestation hospitalière (y compris les segments de prestations concernés), la pertinence en termes de coûts et le caractère mesurable. Comme il n'est pas possible de mesurer les résultats de tous les processus dans leurs entiers ou en partie susceptibles d'exister au niveau d'un hôpital, le Verein dresse un catalogue des thèmes en partant de l'hypothèse que si les prestations d'un hôpital sont de bonne qualité en ce qui concerne les thèmes choisis, les prestations qu'il fournit sont également de bonne qualité (traceurs).

Le catalogue des thèmes contient des mesures dépendant du diagnostic et des mesures n'en dépendant pas, qui sont directement liées aux résultats du traitement, ainsi que des thèmes dits « output », qui représentent les résultats du travail (processus ou segment de processus) effectué par l'hôpital pour les patients.

De par leur but particulier, les mesures de la qualité des résultats se différencient clairement des études réalisées par des spécialistes du domaine, puisqu'elles visent à donner des informations qui peuvent être utiles, dans le sens d'un controlling, pour la gestion de la qualité orientée patients, et non pas principalement à apporter des connaissances scientifiques. La différence de l'objectif entraîne des différences en termes d'étude, de contenu et de manière de procéder, ce qui n'est pas incompatible avec un caractère scientifique.



Le Verein Outcome a sélectionné des thèmes de mesure qu'il développe, teste, évalue et, le cas échéant, perfectionne, par un processus itératif, en tenant compte des recherches scientifiques menées sur le plan international, en collaboration avec des personnes travaillant dans des institutions qui pratiquent ces mesures, ainsi qu'avec des experts de différentes spécialités et des experts en gestion de la qualité. Nous suivons une procédure structurée et respectons des critères médicaux et scientifiques prédéfinis. Nous utilisons, outre ces critères, des méthodes de recherche empiriques tirées des sciences sociales ; nous faisons aussi appel à des méthodes itératives similaires à la méthode Delphi pour parvenir au consensus du groupe d'experts. Lorsqu'il n'existe pas d'instruments adéquats pour le développement, les mesures sont basées sur des procédés propres au Verein. Dans la mesure du possible, nous utilisons toutefois des instruments internationaux validés, qui sont périodiquement réévalués et perfectionnés. La procédure suivie pour ce perfectionnement fait l'objet d'une description et repose sur des critères prédéfinis.

Les étapes du développement des thèmes de mesure sont documentées par le bureau du Verein.

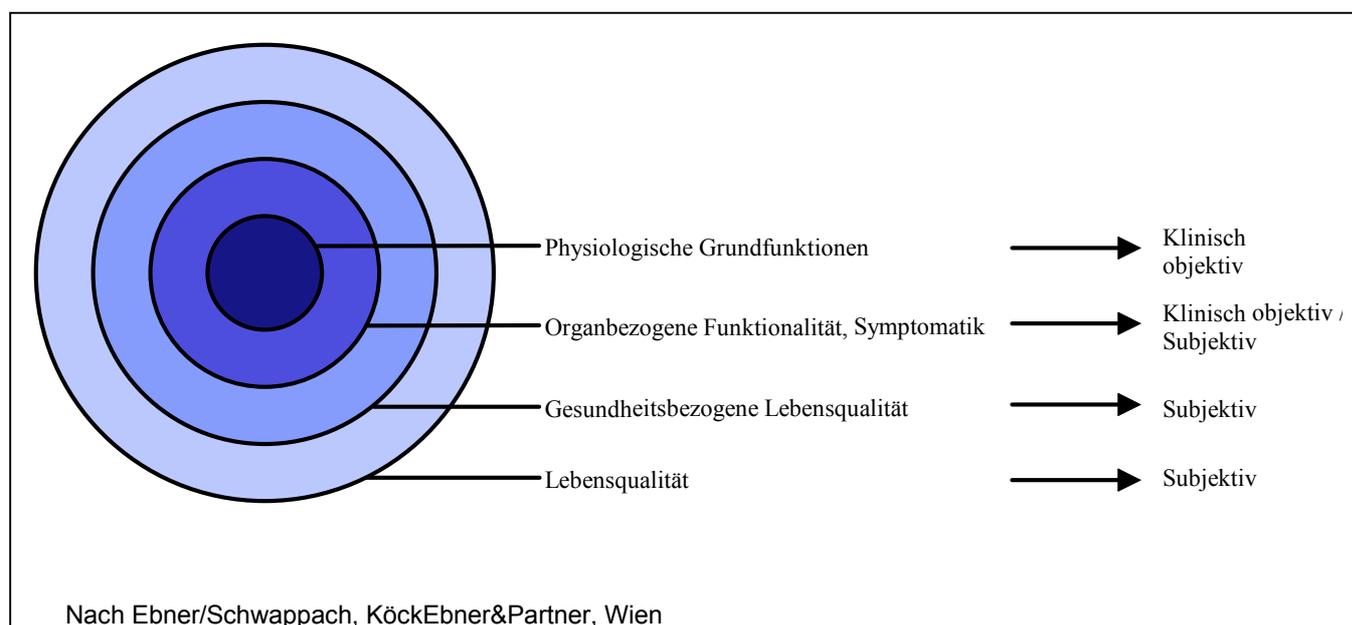
Le développement des mesures Outcome oblige à penser en termes de buts communs à tous, ce qui a été favorisé par la mise en place d'un cadre structuré. Le choix des critères pertinents, comme le développement des indicateurs qui en a découlé, s'est fait sur la base de prémisses :

- orientation patients,
- orientation résultats,
- interdisciplinarité.

La protection des données mérite une attention particulière, car il s'agit là de collectes de données d'une grande ampleur dans un domaine particulièrement sensible qui doit être protégé.

2. Méthodologie

Dans notre réflexion, nous partons, tant pour la méthode que pour le contenu, de la perception et du vécu subjectif des patients (point de vue du patient) en prenant en compte leurs besoins, ainsi que la fonctionnalité et la qualité de vie telles qu'ils les ressentent subjectivement. Toujours selon ce principe, l'orientation patients est moins un complément à la perspective traditionnelle, axée sur le domaine et le groupe professionnel, qu'une insistance sur un autre aspect. Les préférences, les besoins et les intérêts du patient et l'utilité qui en résulte pour lui sont donc des facteurs essentiels pour la définition des objectifs, ainsi que des critères et des indicateurs Outcome concrets.



Nous nous efforçons en outre, quand cela est possible, de développer des indicateurs reflétant le résultat (effets, rôle joué dans le résultat global) et non pas les processus ou les aspects structurels. Nous souhaitons aussi apporter les connaissances acquises à tous les groupes professionnels participant à la prestation et les réunir en une étude commune afin de définir des indicateurs qui ne soient pas avant tout propres à un groupe professionnel ou spécifiques d'un domaine (voir graphique p. 4).

2.1. Collectif de patients (définition des critères d'inclusion et d'exclusion)

La définition du collectif de patients étudié est importante à plusieurs points de vue. L'objectif principal est d'homogénéiser au maximum les collectifs de façon à rendre les données obtenues comparables en ce qui concerne les indicateurs mesurés. Contrairement à la problématique du collectif dans les études cliniques, le but ici n'est pas de générer un « collectif de patients optimal », applicable à toutes les populations, mais plutôt d'homogénéiser le collectif défini juste assez pour atteindre deux objectifs : tout d'abord, faire apparaître des différences entre hôpitaux

entraînant des biais systématiques dans les résultats obtenus et, à l'aide des covariables appropriées, mieux les interpréter ; ensuite, mettre en évidence un but unique à atteindre pour chaque intervention thérapeutique. Par conséquent, si certains sous-collectifs ont des buts thérapeutiques s'écartant totalement de ceux du collectif principal, il est parfois préférable de les exclure.

En même temps, la définition des critères d'inclusion et d'exclusion ne doit pas amener à une réduction excessive du nombre de cas, qui rendrait impossible une exploitation valable des résultats.

Afin de tenir compte de la problématique décrite ci-dessus, des covariables comme l'âge et les éventuelles comorbidités des patients sont enregistrées pour toutes les mesures dépendant du diagnostic. La prise en compte de ces données supplémentaires permet de mettre en évidence des différences de collectifs entre hôpitaux et des différences structurelles entre collectifs. Les données enregistrées au moyen des indicateurs peuvent ainsi être interprétées de manière plus fine. Le choix de ces covariables s'explique par le fait qu'elles sont responsables d'une grande partie des différences entre collectifs et conviennent donc pour décrire ces derniers. Dans des situations particulières et pour une meilleure interprétation des résultats, il est possible d'en utiliser d'autres, mais en veillant à ce que le travail nécessité pour la mesure ne soit pas disproportionné par rapport à l'utilité qui s'en dégage.

2.2. Orientation résultats

Etant donné que pour une prestation donnée, le fait que le processus soit correct ne signifie pas obligatoirement que le résultat soit bon, l'accent est mis sur la qualité des résultats et non pas des processus (une règle en est tirée).

La qualité du résultat d'un traitement repose bien davantage sur la somme des divers processus faisant partie de la prestation, c'est-à-dire sur une bonne coordination aux points où ces processus se recoupent.

L'enregistrement de la qualité d'un processus peut convenir comme « proxy », c'est-à-dire comme valeur de mesure subsidiaire pour la qualité du résultat, lorsque deux conditions sont remplies :

1. pour des raisons liées au contenu ou à la méthode, il n'est pas judicieux d'analyser la qualité du résultat lui-même ;

2. il est fort probable que la qualité des processus, dans le cas en question, influe fortement sur la qualité du résultat.

2.3. Orientation patients

Du point de vue d'une gestion de la qualité orientée patients, l'élément au premier plan est l'utilité que représente un traitement hospitalier pour le patient. Par conséquent, il est nécessaire d'accorder une grande place au patient dans l'évaluation, car celui-ci est le seul à pouvoir juger de certains aspects importants de cette utilité, tels que le but « qualité de vie fonctionnelle ».

2.4. Etude valable pour tous les groupes professionnels

De même, une étude orientée patients et orientée résultats exige une définition de la qualité valable pour tous les groupes professionnels, car pour qu'un résultat soit bon, il faut que toutes les personnes concernées, quelle que soit leur profession, coordonnent leurs tâches et les adaptent les unes aux autres. Pour certains aspects, les indicateurs reflètent les résultats des processus dans lesquels différents groupes professionnels sont plus ou moins impliqués. L'éventail d'indicateurs est toujours interdisciplinaire.

2.5. Choix de valeurs cibles positives

Le principe est de développer des indicateurs indiquant le degré positif d'atteinte de l'objectif. En effet, même s'il est important d'éviter des événements négatifs (tels que des complications) qui touchent peu de patients, cela n'autorise pas à conclure à la qualité du traitement quant à l'objectif proprement dit (rétablissement de la mobilité par exemple), qui concerne tous les patients (ni un seul patient, ni le collectif).

C'est pourquoi l'accent est mis sur des valeurs cibles positives, tandis que la fréquence des événements négatifs est notée à titre secondaire.

2.6. Choix de valeurs cibles propres à un diagnostic

Le but des mesures est d'enregistrer les valeurs cibles propres à chaque thème. Mais, dans de nombreux cas, il est difficile de trouver de telles valeurs ; on peut choisir en revanche des valeurs cibles qui ne sont pas propres seulement audit thème, mais qui lui sont propres *aussi* (exemple : en chirurgie, un abcès de la plaie peut être pris en compte dans de nombreux thèmes de mesure dépendants du diagnostic).

2.7. Etude des collectifs

Dans le cadre des mesures Outcome, les collectifs étudiés sont assez importants. Il est incontestable que dans des cas particuliers, il est impossible d'atteindre certains objectifs ou bien que des événements négatifs sont inévitables. Le but est alors de générer une base de données permettant une discussion sur la variabilité.

2.8. Moment de la mesure de la qualité des résultats

Du fait que les résultats d'un traitement médical ne peuvent souvent être évalués qu'après un certain temps, voire, parfois, au bout de plusieurs années, trois problèmes se posent :

1. la qualité du résultat est d'autant plus difficile à attribuer à la prestation hospitalière qu'elle est enregistrée et évaluée longtemps après l'hospitalisation. L'influence d'autres facteurs sur le résultat s'accroît avec le temps et devient de plus en plus difficile à distinguer de l'influence de l'hôpital ;
2. l'enregistrement des résultats par des examens ultérieurs chez des patients déjà sortis de l'hôpital demande beaucoup de travail ;
3. une discussion sur la variabilité des résultats à un moment très éloigné de la constatation de ceux-ci est extrêmement problématique. En effet, dans l'intervalle de temps qui sépare, d'un côté, les divers processus faisant partie de la prestation et constituant la base des résultats (opération par exemple) et, de l'autre, la discussion des résultats, divers changements sont susceptibles de se produire au niveau des processus internes de l'hôpital (modification du protocole de l'opération). Or l'influence de ces changements sur les résultats (futurs) n'est pas toujours connue. Les données obtenues perdent donc de leur pertinence pour le pilotage. La discussion sur les résultats sera donc toujours en décalage par rapport à la situation réelle.

3. Conclusions

Dans le cadre du développement des indicateurs, l'identification des aspects importants des résultats dépend de la réponse à une première question : quels sont les buts du traitement hospitalier propres à un diagnostic ? Cette question est suivie d'une seconde : dans quelle mesure ces indicateurs conviennent-ils pour décrire l'atteinte des objectifs définis quant aux aspects décrits et pour générer des informations utiles à la gestion de la qualité ?

Le résultat d'un traitement à visée thérapeutique comporte plusieurs aspects. Les buts fixés peuvent être soit cliniques, c'est-à-dire objectifs, soit subjectifs. Le domaine clinique objectif comprend aussi bien l'enregistrement des fonctions physiologiques de base que le point de vue professionnel sur la fonctionnalité organique.

Le domaine des buts subjectifs comprend la fonctionnalité dans son approche subjective, la qualité de vie liée à la santé, ainsi que ce que le patient a appris sur sa maladie, la prise de conscience qu'il a faite à ce sujet et la façon dont il se comportera après l'hospitalisation. C'est sur ce savoir acquis qu'il est ensuite possible de consolider et d'améliorer le résultat du traitement.

La satisfaction générale du patient est enregistrée de manière distincte et indépendamment du diagnostic.

Au total, l'un des principes de base est de mettre au premier plan les résultats en termes d'utilité pour le patient.

Dans ce sens, les buts objectifs peuvent prendre la place des buts subjectifs, d'autant qu'ils sont souvent plus nets et plus faciles à enregistrer. A cette condition, les fonctions physiologiques de base et la fonctionnalité organique sont importantes pour la mesure de la qualité des résultats, à condition d'être corrélées à une modification (si possible difficile à enregistrer) des buts subjectifs.

4. Protection et sécurité des données

Les données recueillies sont des données très sensibles qui méritent d'être protégées, ce dont il faut tenir compte pour le choix de la méthode puis pour la manière de les utiliser, qu'il s'agisse du traitement, de la préparation et de l'archivage.

Elles se répartissent en deux groupes :

- les données sur les patients (personnes physiques),
- les données sur les hôpitaux (personnes morales).

Ces deux groupes doivent être étudiés séparément.

En matière de protection de données, on fait la distinction entre :

- les données personnelles, qui sont soumises à protection,
- les données pseudonymisées sur les personnes, qui ne sont pas soumises à protection,
- les données anonymisées sur les personnes, qui ne sont pas non plus soumises à protection.

4.1. Données sur les patients

Là aussi, il faut faire une distinction entre :

- les données qui sont demandées par les professionnels dans les hôpitaux (formulaires de relevé des données),
- les données qui sont fournies directement par les patients (questionnaires).

Données demandées par les professionnels dans les hôpitaux (formulaires de relevé des données)

Les formulaires de relevé des données servent à recueillir des données qui ne sont pas générées uniquement pour la mesure, mais qui figurent à l'hôpital dans les dossiers des patients, même si ce n'est pas toujours sous une forme aussi explicite. Elles sont résumées dans les formulaires selon une systématique prédéterminée. Le Verein Outcome appose sur chaque formulaire le nom de l'hôpital et un numéro de série, et l'hôpital un numéro interne de patient ou de cas. Le nom du patient ne figure sur le formulaire que tant que celui-ci est utilisé à l'hôpital.

Le numéro de cas permet à ce dernier, si les indications sont incomplètes et/ou non plausibles, d'apporter les corrections nécessaires. Il figure de nouveau dans les données brutes mises à

disposition de l'hôpital. Celui-ci a ainsi la possibilité de retrouver le cas, ce qui peut s'avérer très intéressant pour certaines analyses.

Le numéro de série permet d'identifier le formulaire de relevé des données d'une manière univoque et de le mettre en relation avec le questionnaire afin d'obtenir un ensemble complet de données.

Avant que les instruments de relevé des données quittent l'hôpital, celui-ci supprime le nom du patient. Il reste le nom de l'hôpital, le numéro de cas interne à l'hôpital et le numéro de série du Verein Outcome.

Cette procédure permet de pseudonymiser les données du patient vis-à-vis du Verein (le nom est remplacé par le numéro de cas et le numéro de série), qui ne peut pas retrouver le nom à partir de ces deux numéros.

Comme le Verein n'a connaissance que de données pseudonymisées, il n'est pas nécessaire de prendre des mesures particulières en termes de protection.

Les données relevées à l'hôpital faisant partie de l'accord thérapeutique figurent de toute façon dans le dossier du patient ; elles restent donc à disposition de l'hôpital en tant que données personnelles.

Données fournies directement par les patients (questionnaires)

Les données recueillies au moyen du questionnaire destiné au patient sont relevées uniquement à cet effet et ne font pas partie normalement de son dossier hospitalier.

Pour pouvoir en faire usage, il faut, pour diverses raisons, être certain qu'elles ne seront pas utilisées comme des données personnelles, tant vis-à-vis du Verein Outcome que de l'hôpital. Dans le cas contraire, une déclaration de consentement explicite est nécessaire, ce qui n'est toutefois pas recommandé du point de vue de la méthode (influence sur les réponses) et qui, en outre, n'est guère réalisable en pratique en raison de la charge supplémentaire que cela représenterait.

Pour les mesures du Verein Outcome, le questionnaire est accompagné d'une lettre indiquant expressément :

- le caractère facultatif,
- l'anonymité des indications et l'impossibilité de retrouver le nom de la personne,
- le but de l'enquête,
- la façon de retourner le questionnaire (dans une enveloppe fermée adressée au service d'analyse à l'hôpital ou directement par courrier),

- l'objectif et l'utilisation du numéro de série.

Les questionnaires portent le même numéro de série que le formulaire de relevé des données correspondant (voir plus haut), qui permet de les mettre en relation en vue de l'analyse.

Les données brutes mises à disposition de l'hôpital contiennent les renseignements sur les patients, mais ne sont pas mises en relation avec les données des formulaires de relevé, de façon à rendre impossible une ré-identification par l'hôpital.

Le fait que le patient soit informé du caractère facultatif et qu'il doive envoyer lui-même le questionnaire par courrier permet de penser qu'il consent à l'utilisation des données qui en sera faite.

Ces données sont elles aussi pseudonymisées vis-à-vis du Verein Outcome et totalement anonymisées vis-à-vis de l'hôpital, qui ne peut pas les ré-identifier. Elles n'ont donc pas besoin non plus de dispositions supplémentaires en matière de protection.

4.2. Données sur les hôpitaux

L'attribution des données des patients aux divers hôpitaux permet de recueillir des données sur ces derniers, qui sont analysées hôpital par hôpital. Cette analyse livre elle aussi des données sur les hôpitaux en tant que tels, ce qui constitue l'objectif réel des mesures (résultats des différents hôpitaux par comparaison les uns avec les autres).

Il s'agit là très nettement de données personnelles sur les hôpitaux (en tant que personnes morales). Elles ne sont ni pseudonymisées ni anonymisées vis-à-vis du Verein Outcome.

Le bureau les transmet aux hôpitaux de manière pseudonymisée. Chaque hôpital connaît ses propres résultats, tandis que ceux des autres sont codés (pseudonyme). Il peut y avoir des limites à l'efficacité de la pseudonymisation pour les hôpitaux qui possèdent des caractéristiques particulières et peuvent ainsi être identifiés ; il est incontestable en outre que le bureau est en possession de données personnelles sur les hôpitaux.

Dans cette situation, il faut pour l'emploi de ces données un règlement clair et contraignant, accepté par les hôpitaux concernés. Les contrats d'affiliation signés, qui ont valeur de règlement et pour lesquels les hôpitaux participants ont donné leur accord, autorisent des modifications si elles font l'objet de règlements contraignants, mais là aussi seulement avec accord réciproque.

Les statuts du Verein Outcome interdisent au bureau d'agir de sa propre initiative. En effet, un comité directeur de la commission de la qualité, dont la composition est paritaire, a été instauré ; il est autorisé à édicter des directives visant la direction du bureau et lui confie le pilotage des mesures en échange de l'obligation de rendre des comptes.

On peut donc admettre que là encore, la protection des données nécessaire est respectée.

4.3. Sécurité des données

Non seulement les données recueillies ne doivent pas être utilisées abusivement, mais, en outre, elles représentent une valeur considérable, tant sur le plan conceptuel que sur celui de l'éthique et du contenu. Cette situation nécessite une stratégie de sécurité appropriée.

Les locaux de la direction du bureau ne sont pas accessibles aux personnes extérieures au Verein ; ils sont équipés d'un système d'alarme relié à un service de sécurité.

Le bureau possède trois serveurs distincts :

- le serveur de courrier électronique,
- le serveur d'entreprise,
- le serveur de données,

séparés de l'extérieur et séparés les uns des autres par des systèmes pare-feu. Tous les serveurs font l'objet d'une sauvegarde (quotidienne, hebdomadaire et mensuelle) conforme aux règles de l'art.

Ils sont installés dans une pièce séparée, comportant un système d'alarme supplémentaire qui n'autorise l'accès qu'aux personnes disposant d'une puce et d'un code.

L'accès aux données n'est accordé qu'à des personnes définies selon les processus.

Les instruments de mesure, une fois lus, sont sauvegardés et archivés sous forme de fichiers de graphiques à la fois sur le serveur de données et sur des DVD. Ceux-ci sont rangés dans un coffre-fort et régulièrement copiés. Les instruments originaux sont ensuite détruits et éliminés par une entreprise professionnelle.

Les données extraites et les analyses sont également stockées sur le serveur de données et sauvegardées sur des CD, archivés dans un coffre-fort et également copiés à intervalles réguliers.

Les DVD et les CD (copiés) sont détruits par un procédé mécanique et rendus ainsi inutilisables.

Les versions papier des analyses sont également conservées dans des locaux fermés.

Annexe : Les thèmes de mesure actuels et leurs indicateurs



Verein Outcome

Verein Outcome
Geschäftsstelle
Josefstrasse 59
CH-8005 Zürich
Tel. +41 1 384 80 00
Fax +41 1 384 80 09
info@vereinoutcome.ch
www.vereinoutcome.ch

Les mesures du Verein Outcome



Verein Outcome

Mesures dépendantes du diagnostic (diagnostics traceurs)

Appendicite et suspicion d'appendicite traitées par appendicectomie (T01)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> Toute appendicectomie chez un patient présentant une appendicite confirmée ou non par un examen histologique <u>Exclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> Enfants de moins de 16 ans Appendicectomie occasionnelle (p.ex. dans le cadre d'une autre intervention) 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode opératoire Année de naissance Type d'assurance Sexe Durée du séjour Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé de données Questionnaire patient A Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Indication correctement posée (précision diagnostique) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'appendicites (et de tumeurs ou autres pathologies de l'appendice) confirmées histologiquement / nombre de patients du collectif total défini 2. Nombre de patients opérés plus de six heures après leur entrée et chez lesquels une perforation a été diagnostiquée macroscopiquement en peropératoire / nombre de patients du collectif total défini
			<ul style="list-style-type: none"> Traitement sans complications et sans séquelles 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nombre de réinterventions non planifiées par catégories : infection de la plaie, hématome, abcès, iléus / nombre de patients du collectif total défini 4. Nombre de patients avec fièvre $\geq 39,5^\circ$ (centrale) post-opératoire pendant deux jours ou plus / nombre de patients du collectif total défini
			<ul style="list-style-type: none"> Information du patient 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Information des patients à la sortie (score des problèmes)
			<ul style="list-style-type: none"> Disparition rapide des troubles <p>Evaluation subjective de la qualité de vie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Troubles persistant à la sortie (score des problèmes) 7. Qualité de vie fonctionnelle (score des problèmes)

Mesures dépendantes du diagnostic (diagnostics traceurs)

Fracture de l'extrémité proximale du fémur (T03)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient de plus de 65 ans • Toute fracture du col du fémur ; toutes techniques opératoires (y compris conservation de la tête fémorale) (AO 31B1), (AO 31B2), (AO 31B3), (AO 31C3) • Toute fractures du massif trochantérien ; toutes techniques opératoires (AO 31A1), (AO 31A2), (AO 31A3) <p><u>Exclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractures sous-trochantériennes (si elles ne sont pas prises en compte explicitement par les critères ci-dessus) • Fractures pures de la tête fémorale (AO 31C1 et AO 31C2) • Fractures de la diaphyse fémorale, lésions multiples (influant sur la mobilisation), polytraumatismes et fractures pathologiques • Fractures ayant bénéficié d'un traitement conservateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Type d'assurance • Sexe • Durée du séjour • Modalité de sortie • Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données • Questionnaire patient A • Questionnaire patient B • Questionnaire patient C • Directives du test de Barthel • Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> • Récupération de la mobilité pré-opératoire, diminution du besoin de soins 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Changement dans la mobilité (pré-traumatique vs. post-traumatique 14 jours et 4 mois après l'entrée), calculé au moyen de l'index de Barthel 2. Nombre de patients ayant un besoin accru de soins, calculé au moyen de l'index de Barthel, 4 mois après l'entrée / nombre de patients du collectif total défini
			<ul style="list-style-type: none"> • Ostéosynthèse sans complications et sans séquelles 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nombre de réinterventions non prévues par catégories : infection de la plaie, hématome, problèmes techniques, luxation précoce de la prothèse / nombre de patients du collectif total défini 4. Nombre de complications par catégories : fièvre $\geq 38,5^\circ$ (axillaire) pendant deux jours consécutifs ou plus après l'opération ; chute post-opératoire (avec conséquences chirurgicales, y compris plâtre, etc.) ; transfert en post-opératoire du service en réanimation ou transfert en post-opératoire de chirurgie en médecine interne / nombre de patients du collectif total défini 5. Temps écoulé entre l'entrée et le traitement chirurgical de la fracture, en heures
			<ul style="list-style-type: none"> • Faible mortalité <p>Lutte contre les douleurs chroniques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Nombre de patients décédés pendant l'hospitalisation / nombre de patients du collectif total défini (y compris patients transférés à l'intérieur de l'hôpital) 7. Douleurs (post-traumatiques, 14 jours et 4 mois après l'entrée)

Mesures dépendantes du diagnostic (diagnostics traceurs)

Infarctus du myocarde (T04)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient ayant fait un infarctus du myocarde <p><u>Exclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients hospitalisés pour un autre motif et ayant fait un infarctus en cours d'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Type d'assurance • Sexe • Modalité de sortie • Durée du séjour • Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données (en même temps que AMIS Plus) • Questionnaire patient A • Questionnaire patient B • Feuille séparée pour les douleurs • Manuel d'instructions • Manuel AMIS Plus 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparition rapide des douleurs 	1. Douleurs ressenties par le patient deux heures après l'entrée
			<ul style="list-style-type: none"> • Traitement efficace 	2. Nombre de patients thrombolysés / nombre de patients du collectif total défini, moins les patients ayant subi une thrombolyse en dehors de l'hôpital
				3. Temps écoulé entre l'apparition des douleurs et le début de la thrombolyse
				4. Temps écoulé entre l'entrée et le début de la thrombolyse
				5. Nombre de patients ayant reçu à la sortie une prescription d'antiagrégants plaquettaires, d'anticoagulants, de bêta-bloquants, de statines ou d'inhibiteurs de l'ECA / nombre de patients du collectif global défini
			<ul style="list-style-type: none"> • Traitement sans complications 	6. Nombre de patients présentant une hémorragie intracérébrale (avec preuve par imagerie) après la thrombolyse / nombre de patients du collectif total défini ayant subi une thrombolyse dans le service
			<ul style="list-style-type: none"> • Survie après l'hospitalisation 	7. Nombre de patients décédés à l'hôpital / nombre de patients du collectif total défini
<ul style="list-style-type: none"> • Information du patient et préparation à la sortie 	8. Patient bien informé et confiant à la sortie (score des problèmes)			
<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie et fonctionnalité 	9. Fonctionnalité dans la vie quotidienne deux mois après l'infarctus			
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la mortalité 	10. Nombre de patients décédés dans les 30 jours après l'infarctus / nombre de patients du collectif total défini			

Mesures dépendantes du diagnostic (diagnostics traceurs)

Accident vasculaire cérébral (T05)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient hospitalisé présentant à l'entrée un accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficit neurologique patent <p><u>Exclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec hémorragie sous-arachnoïdienne diagnostiquée • Patients qui, durant une hospitalisation pour un autre motif, ont fait un AVC • Accident vasculaire cérébral après intervention vasculaire (angiographie, cathétérisme, thrombolyse pour infarctus, chirurgie vasculaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Type d'assurance • Sexe • Handicap avant l'AVC (MRS) • Gravité de l'AVC (NIHSS) • Temps écoulé jusqu'à l'admission • Modalité d'entrée • Type et localisation de l'AVC • Traitement thrombolytique • Modalité de sortie • Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données • Questionnaire patient A (score NIHSS) • Questionnaire patient B (index de Barthel élargi) • Questionnaire patient C (index de Barthel élargi) • Questionnaire patient D • Feuille de mesure séparée (Modified Rankin Scale) • Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic rapide et mise en place d'un schéma thérapeutique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temps écoulé entre l'entrée et le début documenté d'un traitement actif adapté au type d'accident vasculaire cérébral 2. Différence d'état fonctionnel entre le 2^e jour et le 21^e jour après l'entrée (ou à la sortie si celle-ci a lieu avant), notée selon l'index de Barthel élargi
			<ul style="list-style-type: none"> • Survie après l'hospitalisation 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nombre de patients décédés pendant l'hospitalisation (dans les 21 premiers jours) / nombre de patients du collectif total défini
			<ul style="list-style-type: none"> • Traitement sans complications et sans séquelles 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Nombre de complications dans les 21 premiers jours (ou à la sortie si celle-ci a lieu avant) par catégories : thrombose veineuse profonde ; embolie pulmonaire ; chute (avec conséquences chirurgicales) ; apparition d'escarres de décubitus (stade II à IV, ou aggravation d'escarres existantes d'un stade ou plus) ; fièvre $\geq 38,5^\circ$ (axillaire) pendant au moins deux jours consécutifs / nombre de patients du collectif total défini (hémorragie cérébrale, AVC étendu, crises épileptiques à répétition, insuffisance cardiaque décompensée) 5. Nombre de patients auxquels, à la sortie, les prophylaxies secondaires suivantes ont été prescrites ou conseillées : antiagrégants plaquettaires, anticoagulants oraux, statines, opération, antihypertenseurs / nombre de patients du collectif total défini, moins les patients présentant une hémorragie
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien du patient et préparation à la sortie 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Soutien et suivi (score des problèmes) 			

Mesures-traceurs (mesures dépendantes du diagnostic)

Accouchement / césarienne (T07)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tout accouchement (spontané, instrumental ou par césarienne) d'un seul nouveau-né pesant >2500g <p><u>Exclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nouveau-né d'un poids $\leq 2500g$ Naissances multiples Accouchements en ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance de la mère Type d'assurance de la mère Nombre d'enfants nés avant le présent accouchement Durée du séjour Poids de naissance de l'enfant En cas de césarienne : indication Modalité de sortie Pathologies associées chez la mère 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Questionnaire mère A Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Evitement des césariennes inutiles 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre de blessures de l'intestin de degré III et IV / nombre de naissances vaginales comprises dans le collectif défini de l'hôpital Nombre d'épisiotomies / nombre de naissances vaginales comprises dans le collectif défini de l'hôpital Nombre de naissances vaginales instrumentales (ventouse, forceps) / nombre de naissances vaginales comprises dans le collectif défini de l'hôpital Nombre de césariennes (collectif total défini) / nombre de naissances dans l'hôpital, à l'exclusion des naissances non comprises dans le collectif
			<ul style="list-style-type: none"> Evitement des complications chez la mère 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre de complications par catégories : chute de Hb ≥ 3 g/dl dans les 72 premières heures après l'accouchement ou la césarienne ; fièvre $\geq 38,0^\circ$ (axillaire) dans le post-partum ou en post-opératoire durant deux jours ou plus / nombre de patientes du collectif total défini Nombre de révisions chirurgicales / nombre de patientes du collectif défini
			<ul style="list-style-type: none"> Evitement des complications chez le nouveau-né 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre de nouveau-nés ayant un Apgar ≤ 7 au bout de 5 mn / nombre de patientes du collectif total défini Nombre de nouveau-nés ayant un Apgar ≤ 7 au bout de 10 mn / nombre de patientes du collectif total défini Nombre de nouveau-nés chez lesquels le sang du cordon a un pH $\leq 7,15$ / nombre de patientes du collectif total défini
			<ul style="list-style-type: none"> Contact le plus rapide possible entre mère et enfant 	<ol style="list-style-type: none"> Temps écoulé jusqu'à ce que la mère ait le nouveau-né auprès d'elle Douleurs de la mère empêchant le contact avec l'enfant
			<ul style="list-style-type: none"> Information et suivi de la mère, préparation à la sortie 	<ol style="list-style-type: none"> Mère bien informée et confiante à la sortie (score des problèmes)

Mesures dépendantes du diagnostic (diagnostics traceurs)

Hyperplasie bénigne de la prostate (ABP) (T09)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> Tout patient présentant comme diagnostic principal une hyperplasie bénigne de la prostate traitée par résection transurétrale (y compris résection par laser thermique) 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance Type d'assurance Durée du séjour Nombre de patients et jours de cathéter à demeure pré-opératoire Méthode opératoire Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Questionnaire patient A Questionnaire patient B Questionnaire patient C Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la qualité de vie fonctionnelle 	1. Qualité de vie fonctionnelle, évaluée subjectivement et pondérée du point de vue de la fonction vésicale et génitale (points au score DAN-PSS1) avant l'opération vs. qualité de vie 4 mois après l'opération
			<ul style="list-style-type: none"> Traitement sans complications et sans séquelles 	2. Nombre de réinterventions non prévues par catégories : réinterventions, recathétérisation / nombre de patients du collectif total défini 3. Nombre de complications pendant l'hospitalisation par catégories : infection du tractus urinaire nécessitant une antibiothérapie ; transfusion / nombre de patients du collectif total défini
			<ul style="list-style-type: none"> Information du patient et préparation à la sortie 	4. Patient bien informé et confiant à la sortie (score des problèmes)

Mesures dépendantes du diagnostic (diagnostics traceurs)**Prothèse totale de hanche pour coxarthrose primaire (T10)**

Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Toute prothèse totale, planifiée et unilatérale, pour coxarthrose <u>Exclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Révisions de prothèse • Interventions chez un patient ayant eu une prothèse totale controlatérale dans les six derniers mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Sexe • Type d'assurance • Durée du séjour • Modalité de sortie • IMC (taille et poids) • Diagnostic / étiologie • Technique opératoire • Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données • Questionnaire patient A • Questionnaire patient B • Questionnaire patient C • Questionnaire patient D • Manuel d'instructions 	• Amélioration de l'activité	1. Activité évaluée subjectivement avant l'opération vs. activité 3 et 12 mois après l'opération
			• Réduction de la douleur	2. Douleur évaluée subjectivement avant l'opération vs. douleur 3 et 12 mois après l'opération
			• Traitement sans complications	3. Nombre de réinterventions non prévues pendant l'hospitalisation par catégories : réintervention en salle d'opération
			• Information du patient et préparation à la sortie	4. Nombre de complications pendant l'hospitalisation par catégories : fièvre post-opératoire pendant deux jours ou plus ; luxation de la prothèse ; arrachement du trochanter
			5. Patient bien informé et confiant à la sortie (score des problèmes)	

Mesures indépendantes du diagnostic

Réhospitalisations non planifiées (D01)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient sorti du même hôpital dans les 30 jours précédents et réhospitalisé durant la période de mesure 	<ul style="list-style-type: none"> • Service responsable durant la dernière hospitalisation et durant l'hospitalisation actuelle • Modalité d'entrée • Année de naissance • Type d'assurance • Sexe • Diagnostic justifiant l'hospitalisation actuelle • Diagnostic à l'issue de la dernière hospitalisation • Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données ou enregistrement électronique • Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement des réhospitalisations non planifiées 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de réhospitalisations non planifiées dans le même hôpital dans les 30 jours après la sortie / toutes les sorties pendant la période de mesure

Mesures indépendantes du diagnostic

Complications de l'anesthésie et troubles péri-opératoires (D04 adultes)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tout patient anesthésié durant la phase d'observation : anesthésie générale, régionale (plexulaire, spinale ou péridurale) ou combinée (indicateur 9 seulement pour les sous-collectifs à partir de 16 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance Type d'assurance Sexe Spécialité chirurgicale Classe ASA Type d'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Questionnaire patient A Feuille de mesure séparée : douleurs post-opératoires Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Evitement des complications de l'anesthésie et des troubles péri-opératoires 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre de patients avec échec (partiel ou total) de l'anesthésie régionale / nombre de patients ayant subi une anesthésie régionale Nombre de patients avec erreur de médication (erreur de localisation, y compris administration paravasculaire ; erreur de produit ; erreur de dose) à un moment ou un autre de l'anesthésie / nombre de patients anesthésiés Nombre de patients avec lésions dues à l'anesthésie (bouche, dents, larynx, voies respiratoires) à un moment ou un autre de l'anesthésie / nombre de patients ayant subi une anesthésie générale Nombre de patients avec lésions de la peau et/ou des nerfs pendant l'anesthésie (brûlures, escarres de décubitus, lésions nerveuses) / nombre de patients anesthésiés Nombre de patients avec hypothermie <35° (température centrale) à la fin de l'intervention / nombre de patients anesthésiés Nombre de patients avec assistance respiratoire non prévue en post-opératoire / nombre de patients anesthésiés Nombre de patients avec réintubation moins d'une heure après l'extubation / nombre de patients ayant subi une anesthésie générale Facultatif : nombre de patients avec score de douleur >3 (échelle VAS : 0-10) à la sortie de la salle de réveil (en l'absence de salle de réveil : 4 h après le retour dans le service) / nombre de patients anesthésiés Troubles subjectifs et objectifs dus à l'anesthésie (score des problèmes)

Mesures indépendantes du diagnostic

Complications de l'anesthésie et troubles péri-opératoires (D04 pédiatrie)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tout enfant hospitalisé anesthésié durant la période d'observation : anesthésie générale, régionale (plexulaire, spinale ou péridurale) ou combinée, Monitored Anaesthesia Care (MAC) 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance Type d'assurance Sexe Spécialité chirurgicale Classe ASA Type d'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Questionnaire parents A Feuille de mesure séparée : douleurs post-opératoires Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Evitement des complications de l'anesthésie et des troubles péri-opératoires 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre d'enfants avec une bonne qualité de l'induction / nombre d'enfants anesthésiés Nombre d'enfants avec échec de l'anesthésie régionale / nombre d'enfants ayant subi une anesthésie régionale Nombre d'enfants avec erreur de médication (erreur de localisation, y compris administration paravasculaire ; erreur de produit ; erreur de dose) à un moment ou un autre de l'anesthésie / nombre d'enfants anesthésiés Nombre d'enfants avec lésions dues à l'anesthésie (bouche, dents, larynx, voies respiratoires) à un moment ou un autre de l'anesthésie / nombre d'enfants ayant subi une anesthésie générale Nombre d'enfants avec lésions de la peau et/ou des nerfs pendant l'anesthésie (brûlures, escarres de décubitus, lésions nerveuses) / nombre d'enfants anesthésiés Nombre d'enfants avec hypothermie $<35,5^{\circ}$ (température centrale) à la fin de l'intervention / nombre d'enfants anesthésiés Nombre d'enfants avec état d'excitation post-opératoire (dans la 1^{ère} heure après l'intervention) / nombre d'enfants ayant subi une anesthésie générale Nombre d'enfants avec score de douleur >3 (échelle VAS : 0-10) à la sortie de la salle de réveil (en l'absence de salle de réveil : 4 h après le retour dans le service) / nombre d'enfants anesthésiés Troubles subjectifs et objectifs dus à l'anesthésie (score des problèmes)

Mesures indépendantes du diagnostic

Escarres de décubitus (D05)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient adulte (à partir de 18 ans) hospitalisé dans l'un des services sélectionnés durant la période d'observation <p><u>Exclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et adolescents de moins de 16 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Type d'assurance • Sexe • Durée du séjour • Service responsable au moment de la sortie • Risque d'escarres de décubitus à l'entrée 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données • Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement des escarres de décubitus ou d'une aggravation d'escarres préexistantes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'escarres de décubitus de stade II ou plus apparues durant l'hospitalisation / nombre de jours de soins des patients du collectif total défini 2. Nombre d'escarres de décubitus aggravées d'un stade ou plus par rapport à l'entrée / nombre total de jours de soins des patients du collectif total défini

Mesures indépendantes du diagnostic

Infections nosocomiales associées à un corps étranger (D06 adultes)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient de plus d'un an hospitalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Type d'assurance • Sexe • Durée du séjour • Service responsable au moment de la sortie • Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de relevé des données • Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement des infections nosocomiales associées à un corps étranger 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'infections nosocomiales des voies urinaires / somme des jours de cathéter (cathéter urinaire à demeure, à l'exclusion des cathéters suprapubiens) du collectif de patients défini 2. Nombre de pneumonies nosocomiales / somme des jours d'intubation trachéale du collectif de patients défini 3. Nombre de bactériémies nosocomiales / somme des jours de cathéter (cathéter veineux central) du collectif de patients défini 4. Nombre de phlébites périphériques nosocomiales / somme des jours de perfusion veineuse du collectif de patients défini

Mesures indépendantes du diagnostic

Infections nosocomiales associées à un corps étranger (D06 pédiatrie)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> Tout patient pédiatrique hospitalisé 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance ou âge gestationnel Type d'assurance Sexe Durée du séjour Service responsable au moment de la sortie Pathologies associées 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Evitement des infections nosocomiales associées à un corps étranger 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre de pneumonies nosocomiales / somme des jours d'intubation trachéale du collectif de patients défini Nombre de bactériémies nosocomiales / somme des jours de cathétérisation (cathéter veineux central) du collectif de patients défini Nombre de phlébites périphériques nosocomiales / somme des jours de perfusion veineuse du collectif de patients défini

Mesures Output

Entrée planifiée (O01 pédiatrie)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> Tout patient hospitalisé dont le séjour était planifié 	<ul style="list-style-type: none"> Sexe Age 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire patient A Questionnaire parents Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction en cas d'entrée planifiée 	<ol style="list-style-type: none"> Satisfaction du patient par rapport à l'organisation et au suivi en cas d'entrée planifiée (score des problèmes)

Mesures Output

Emerge – aide rapide et efficace en urgence (O02)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tout patient ambulatoire ou hospitalisé arrivant en urgence à l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance Sexe Type d'assurance Modalité d'entrée Diagnostic envisagé au début du traitement en urgence Diagnostic (provisoire) à la fin du traitement en urgence Examens et consultations Modalité de sortie 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Questionnaire patient A Questionnaire parents Questionnaire enfants Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Sécurité 	<ol style="list-style-type: none"> Classification croissante ou décroissante : pourcentage de changements de catégorie (première évaluation vs. seconde évaluation), réparti selon : <ol style="list-style-type: none"> pourcentage de confirmations de la première évaluation pourcentage d'évaluations de risque revues à la hausse lors de la seconde évaluation pourcentage d'évaluations de risque revues à la baisse lors de la seconde évaluation Temps écoulé entre ... et ... : entrée à l'hôpital et évaluation par le médecin entrée à l'hôpital et seconde évaluation par le médecin première évaluation et seconde évaluation par le médecin
			<ul style="list-style-type: none"> Rapidité 	<ol style="list-style-type: none"> Temps écoulé entre ... et ... : entrée à l'hôpital et premier soin par le personnel soignant responsable entrée à l'hôpital et réception par le médecin traitant, avec brève anamnèse entrée à l'hôpital et moment documenté où le patient est informé de son diagnostic (du moins provisoire) et de la procédure prévue à moyen terme (1 à 2 jours)
			<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction du patient 	<ol style="list-style-type: none"> Satisfaction du patient par rapport au traitement en urgence (score des problèmes)

Mesures Output

Délai de remise du rapport médical (O04)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none">• Tout patient hospitalisé	<ul style="list-style-type: none">• Service ou spécialité médicale	<ul style="list-style-type: none">• Tableau Excel• Manuel d'instructions	<ul style="list-style-type: none">• Remise rapide du rapport médical	<ol style="list-style-type: none">1. Temps écoulé entre l'entrée du patient et la remise du rapport médical définitif au patient ou l'envoi du rapport médical définitif au médecin de famille

Mesures Output

Report d'interventions planifiées (O07)				
Collectif de patients	Covariables	Instruments de mesure	Critères de qualité	Indicateurs
<u>Inclus :</u> <ul style="list-style-type: none"> Tout patient hospitalisé entrant pour une intervention planifiée 	<ul style="list-style-type: none"> Année de naissance Type d'assurance Sexe Service responsable 	<ul style="list-style-type: none"> Formulaire de relevé des données Manuel d'instructions 	<ul style="list-style-type: none"> Evitement du report d'interventions planifiées 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre d'opérations réalisées ie jour annoncé, avec réception des documents pour l'intervention / nombre des opérations planifiées pour les patients du collectif total Temps écoulé entre l'heure prévue le jour de l'opération annoncé et l'heure effective le jour de l'opération annoncé Nombre d'opérations n'ayant pas été réalisées le jour annoncé ou reportées à un autre jour / nombre d'opérations planifiées pour les patients du collectif total (question complémentaire : motif médical ? non/oui ? lequel ?)

Mesures Output

Satisfaction des patients et réactions aux réclamations				
<p><u>Inclus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout patient hospitalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Année de naissance • Niveau de formation • Etat de santé • Sexe • Service 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire patient (Picker) 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des patients et réactions aux réclamations 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutien émotionnel et lutte contre la peur 2. Respect des besoins individuels 3. Information et explications 4. Information sur le traitement 5. Prise en compte de la famille et des amis 6. Bien-être physique 7. Impression générale 8. Continuité et sortie 9. Coordination du suivi 10. Réactions aux réclamations