En collaboration avec le département DDQ, le GTQ FMH élabore des documents de base sur divers thèmes relatifs à la qualité, dont un résumé est publié dans le Bulletin des médecins suisses. Les membres peuvent demander la version intégrale des documents de base à la FMH (ddq@fmh.ch). La FMH s'appuie sur les documents élaborés pour prendre position et faire connaître celle-ci au public au moyen du document intitulé «L'opinion de la FMH».

Document de base du Groupe de travail Qualité de la FMH

Gestion de la qualité et certification de la prestation médicale: coûts et utilité

*Groupe de travail Qualité de la FMH (GTQ-FMH)**

* Membres du GTQ-FMH (par ordre alphabétique): Patrick Bovier, Martina Hersperger, Olivier Kappeler, Esther Kraft, Francesca Mainieri, Claude Oppikofer, Michael Peltenburg, Jean-Claude Roches, Iris Stucki, Hans Anton Vogel, Georg von Below.

Correspondance:
Secrétariat général de la FMH
Service DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15

agq@fmh.ch

Introduction

L'exercice de la profession médicale repose principalement sur le souci d'offrir une qualité de soins élevée, c'est-à-dire d'assurer au patient la meilleure prestation médicale possible au bon moment dans le lieu approprié. En conséquence, la promotion de la qualité s'intègre à l'idée que les médecins ont d'eux-mêmes; elle est d'ailleurs ancrée dans le code de déontologie de la FMH.

Une série de mesures permet de gérer la qualité des prestations médicales: il existe des systèmes de gestion reconnus à l'échelon international ou national, des ensembles d'indicateurs pour chaque spécialisation, des instruments d'assurance de la qualité standardisés. Mais certains cabinets médicaux peuvent aussi mettre en œuvre des systèmes personnalisés, l'objectif étant toujours l'amélioration continue systématique de la qualité.

Bases légales de l'assurance de la qualité en médecine

L'art. 58, al. 1 LAMal précise «qu'après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour *garantir la qualité ou l'adéquation des prestations* que l'assurance obligatoire des soins prend en charge». Avec l'art. 77, al. 1 OAMal, le Conseil fédéral a transféré la mission d'assurer la qualité aux fournisseurs de prestations et à leurs organisations. L'assurance-qualité est réglée de manière générale dans les contrats-cadre de H+ et de la FMH avec santésuisse (TARMED): les hôpitaux et les médecins s'engagent à soutenir les mesures pour l'assurance et le contrôle de la qualité selon l'article 58 LAMal. Toutefois, aucune mesure concrète n'a encore été définie. Il existe dans certains domaines spécifiques des contrats explicites d'assurance-qualité, par exemple pour le laboratoire (Qualab) ou pour la reconnaissance des unités fonctionnelles des salles d'opération selon TARMED. Les conventions cantonales sur les prestations contiennent également des dispositions sur l'assurance-qualité.

Les législations sur l'AA, l'AM et l'AI ne disposent d'aucune base explicite concernant l'assurance-qualité. L'assurance-accident obligatoire ne mentionne pas le mot «qualité» [1].

Dans sa lettre du 13 novembre 2007 au Conseil fédéral, la Commission de gestion du Conseil des Etats constate «que la garantie de la qualité selon la LAMal recèle un potentiel d'optimisation important et que la Confédération n'a pas utilisé ses compétences légales de manière suffisamment marquée». Elle réclame en conséquence une stratégie claire et obligatoire pour définir des mesures, des responsabilités et des délais pour la mise en œuvre du mandat confié par la Confédération de garantir la qualité.

Définition des notions «qualité, gestion de la qualité, systèmes de gestion de la qualité»

On s'est efforcé à de nombreuses reprises de préciser le terme de *qualité*. Par exemple à l'aide de la définition très répandue de la norme ISO qui comprend, par qualité, «l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit (service), d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients ou des autres parties intéressées» (DIN EN ISO 9000:2000). S'agissant de la fourniture des prestations médicales, on peut le définir de la manière suivante: «Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge» [2]. Campbell complète le concept de qualité axé sur le système émis par Donebedian (structure, processus, ré-

sultat) [3] en y ajoutant les dimensions de l'accès et de l'efficience [4]. Dans les lignes directrices de la FMH pour la qualité de la médecine concernant en particulier la qualité des soins, on met l'accent sur le fait qu'en tant que dynamique modifiable et sans valeur fixe, elle appartient à un système «apprenant» et est donc soumise à une obligation d'amélioration continue. Elle doit en conséquence être établie et mise en œuvre dans le cadre d'une coopération permanente des différents partenaires [5].

On peut définir la *gestion de la qualité* comme un «ensemble d'activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité» (DIN EN ISO 9000). Selon EN ISO 9000, «l'assurance de la qualité» est une partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites». L'assurance-qualité garantit en conséquence le respect des mesures fixées par la gestion de la qualité.

On entend par *système de gestion de la qualité* l'ensemble des modèles de structure, de planification et d'action permettant d'assumer les tâches de la gestion de la qualité [6]. Le cycle Plan-Do-Check-Act (également nommé cycle PDCA ou cycle Deming) constitue la base de la gestion systématique de la qualité. Il est centré sur le principe de l'amélioration permanente. Ce processus d'amélioration est intégré à l'heure actuelle dans tous les systèmes GQ courants. Le Conseil de l'Europe définit un système de gestion de la qualité comme un «set of integrated and planned activities and measures at various levels in the health care organisation, aimed at continously assuring and improving the quality of patient care». Dans ce sens, le système de gestion de la qualité n'est pas étranger à l'activité médicale mais fait partie de sa mission originelle. Ce qui manque encore actuellement, c'est une méthodologie constante [6]. *L'amélioration continue de la qualité* (Continuous Quality Improvement) comprend l'ensemble de toutes les activités ayant pour but d'améliorer en permanence la qualité.

Systèmes de gestion de la qualité et certification dans le système de santé suisse

Dans le cadre de l'assurance et de l'amélioration de la qualité dans le système de santé, on a recours toujours plus souvent aux procédures de certification. L'évaluation s'effectue et se nomme différemment selon le système de gestion de la qualité [7]. Outre la certification selon DIN EN ISO ou la procédure d'accréditation selon le modèle américain (JCAHO), il existe également des procédures européennes spécifiques, par exemple le label de qualité européen (EFQM) par autoévaluations ou des procédures adaptées (EPA). En Suisse, des systèmes de gestion de la qualité ont été développés spécifiquement pour les hôpitaux (sanaCERT), pour les cabinets médicaux (EPA et EQUAM) et pour les réseaux de médecins (Quali-med-net). Vous trouverez en annexe un aperçu des principaux systèmes actuellement utilisés à l'échelon international et local pour le secteur hospitalier et/ou ambulatoire.

Les cabinets médicaux et les hôpitaux suisses sont libres d'introduire des systèmes de gestion de la qualité ou de se soumettre à une certification. En revanche, les médecins conventionnés allemands doivent introduire et développer la gestion de la qualité au sein de leur établissement.[a]

On dispose des informations suivantes sur la mise en œuvre de systèmes de gestion de la qualité et les certifications en Suisse:

- Selon H+, dans le domaine hospitalier, 85% des établissements utilisent au moins un système de gestion de la qualité pour tout l'établissement ou pour les différents services [8].
- EPA a publié les chiffres suivants: depuis 2005, 130 cabinets médicaux (principalement médecins de famille) ont effectué des évaluations EPA et 31 cabinets procèdent actuellement à cette évaluation. Environ 30 210 patients ont évalué leur médecin (état au 21 avril 2008).
- 240 médecins disposent d'un certificat EQUAM. Ils sont organisés en 6 réseaux et 6 cabinets médicaux HMO. Parmi ces 240 médecins, 15 ne sont pas liés à une organisation de managed care (état au 21 avril 2008).
- Réseau de médecins: 38 membres, pas d'informations détaillées sur le niveau d'intégration de quali-med-net (état au 28 août 2007).
- On ne dispose pas de données spécifiques pour ISO dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. Les certifications dans le secteur de la santé publiées sur le site Internet concernent également des maisons de retraite, des institutions de soins, etc.
- sanaCERT a certifié 15 hôpitaux de soins aigus depuis 2003 (état au 21 avril 2008).

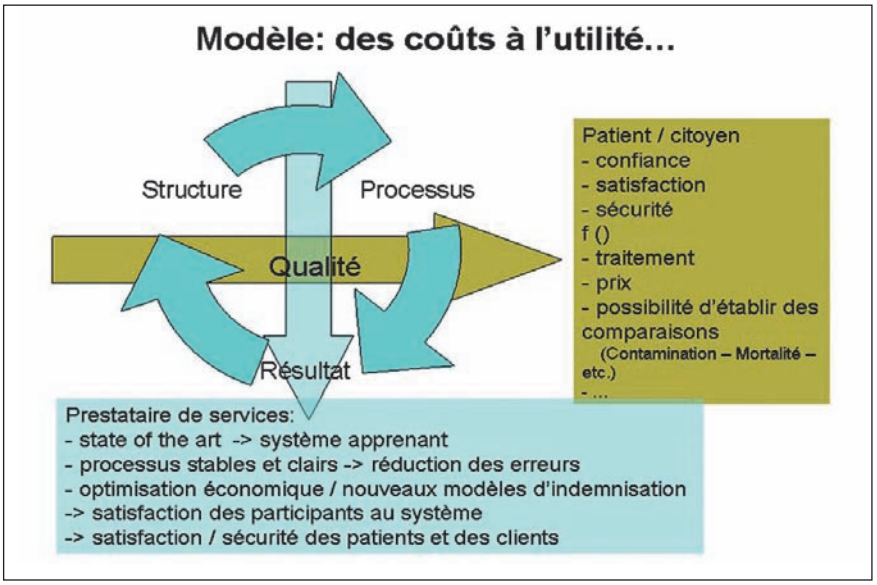
Pour conclure, on ne peut pas dire qu'un système particulier de gestion de la qualité s'est établi en Suisse dans le secteur ambulatoire ou hospitalier.

a Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2006) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren.

Développement de la qualité et activité médicale: coûts et utilité

L'introduction et la maintenance d'un système de gestion de la qualité impliquent des coûts. L'ampleur de cette charge dépend du système choisi. L'acquisition d'un certificat de gestion de la qualité est aussi liée à des coûts. [9]. A notre connaissance, aucune étude n'a établi systématiquement à ce jour l'utilité des systèmes de gestion de la qualité ou de la certification sur la qualité des prestations médicales. Certains auteurs citent la compétitivité comme utilité des certificats. Par rapport à des concurrents non certifiés, il naît une impression subjective que la prestation de l'entreprise certifiée est meilleure [9].

Figure 1
Développement de la qualité: des coûts à l'utilité (source: GTQ-FMH).



Pour la pratique professionnelle médicale, lors de l'évaluation de l'utilité, les aspects immatériels ont également une importance centrale, tant au niveau du médecin (intervenant) qu'à celui des patients (concernés). Une entreprise peut probablement tirer avantage d'un système de gestion de la qualité lors de sa phase d'élaboration, vu qu'on analyse dans cette phase les processus et les procédures pouvant être améliorés, le cas échéant. Le GTQ admet qu'un système de gestion de la qualité rend compte des actes du médecin grâce à la transparence de la qualité pour le patient et la population. La confiance dans le traitement médical peut ainsi augmenter.[b] L'optimisation des processus, aussi spécifiquement axés sur les patients (par exemple des attentes plus brèves grâce à une organisation plus efficace du cabinet médical), peut finalement influencer positivement la satisfaction subjective des patients au sens de la qualité du service.

L'illustration I présente le lien entre les coûts et l'utilité pour le médecin. Il existe deux niveaux d'utilité. L'un pour le patient/citoyen et l'autre pour le prestataire de services. Le médecin a intérêt à des processus sûrs et stables permettant de réduire les sources d'erreur et les complications. Le patient souhaite être sûr de pouvoir accorder sa confiance, il désire prendre ses décisions en étant bien informé.

Une étude contrôlée randomisée réalisée aux Pays-Bas montre toutefois qu'il n'est pas possible d'obtenir des améliorations significatives par les seules enquêtes de satisfaction auprès des clients, même dans les domaines où les médecins ont mis en œuvre des mesures d'amélioration explicites. Les médecins pour leur part ont indiqué des changements dans leur comportement et dans les processus [10]. Différents auteurs soulignent que des mesures isolées ne produisent aucun changement et qu'il faudrait avoir recours à une approche multimodale [10–12]. Il faut aussi identifier au préalable de possibles barrières et déterminer les mesures en conséquence [12].

Activité médicale individuelle

Les mesures visant au développement de la qualité peuvent également être individualisées pour l'activité quotidienne du médecin. Mais on est alors confronté au problème de l'impossibilité à effectuer des comparaisons.

Pour le médecin, la priorité va à la garantie, à l'amélioration et à l'optimisation des actes médicaux. Dans ce contexte, le médecin doit pouvoir répondre à divers interlocuteurs (collègues, collaborateurs, patients, assureurs). Le développement de la qualité repose sur l'amélioration systématique et régulière de toutes les prestations. Pour assurer que les mesures d'amélioration prévues contribuent au développement de la qualité, il faudra respecter les critères suivants:

En tant que médecin,

1. … ai-je défini des objectifs mesurables dans les domaines de la structure, des processus et des résultats?
2. … en ai-je déduit des indicateurs démontrables?
3. … ai-je intégré des mécanismes de contrôle sur la base desquels je peux périodiquement vérifier les indicateurs (comparaison entre l'objectif et la réalité)?
4. … ai-je introduit des mesures d'amélioration de l'efficience et de l'efficacité?

b Force des indicateurs de qualité selon Marschall dans Schneider et al. [11]: créer la confiance par la transparence.

5. … ai-je introduit une gestion du risque, des erreurs et des réclamations?
6. … ai-je consigné mes résultats, les ai-je présentés de manière transparente?
7. … ai-je tiré les conséquences de ces résultats?

Ces sept critères doivent démontrer l'existence d'un circuit permettant de tirer les conséquences des résultats obtenus par les mesures d'amélioration pour générer de nouveaux objectifs. Nous expliquons ci-après une possibilité de développer la qualité dans un cabinet médical fonctionnant avec des médecins consultants (tab. 1).

Références

1 Frésard J-M. L'assurance-accidents obligatoire. In: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SVBR). Band XIV. Basel: Helbling & Lichtenhahn; 2007. S. 825-1040.

2 Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. N Engl J Med. 1990;322:707-12.

3 Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Path Lab Med. 1990;114:1115-8.

4 Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000;51(11):1611-25.

5 Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G, et al. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(18):1055-8.

6 Nüllen H, Noppeney T. Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.

7 Ziegler M. I-1.1.1. Zertifizierung, Assessment, Akkreditierung – Qualitätsmanagementmodelle und ihre Terminologie. In: Scheibe, O, Ekkernkamp A (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg am Lech: ecomed; 1996.

8 Favre C. H+ qualité: Neues Label für Patientensicherheit und Qualität in Spitälern und Kliniken. Präsentation an der Medienkonferenz zum Nationalen Spitaltag vom 8. September 2007 (23. August 2007).

9 Ollenschläger G. Gedanken zur Zertifizierung in der ambulanten Versorgung. ZaeFQ. 2000;94:645-9.

10 Vingerhoets M, Wensing M, Grol R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. Qual Health Care. 2001;10(4):224-8.

11 Schneider A, Broge B, Szecsenyi J. Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. Z Allg Med. 2003;79:547-52.

12 Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? Br J Gen Pract. 1998;48:991-7.

13 Hennig S, Greiner W. Qualitätsmanagement systeme in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Vergleich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2007;12:235-46.

14 Denz C, Krieter H, von Ackern K. Stellenwert des Qualitätsmanagements und der Zertifizierung im Krankenhausbereich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2004;6:382-91.

15 Donahue KT, van Ostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. Int J Qual Health Care. 2000;12:243-6.

16 Klingenberger D. Health Maintenance Organizations in der Schweiz. IDZ-Information 1/2002.

17 Europäisches Praxisassessment (EPA). Die lernende Praxis: Qualitätsmanagement durch Assessment und Weiterentwicklung.

18 Ziegler M. I-1.2. DIN EN ISO 9000 bis 9004. In: Scheibe, O, Ekkernkamp A (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg am Lech: ecomed; 1996.

19 Ziegler M. I-1.3. Das Modell der Euorpean Foundation for Quality Management (EFQM). In: Scheibe, O, Ekkernkamp A (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg am Lech: ecomed; 1996.

20 Ziegler M. I-1.5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). In: Scheibe, O, Ekkernkamp A (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg am Lech: ecomed; 1996.

21 Christen P. Quali-med-net: Das Instrument zur Qualitätsbeurteilung von Ärztenetzwerken. Powerpoint-Präsentation im Rahmen der Steuergruppe AGQ-FMH (28. August 2007).

Tableau 1
Exemples de développement de la qualité.

Stratégie	**Optimisation de la thérapie et de la clarification de maladies compliquées, meilleure information des patients, optimisation de la mallette d'urgence**		
Niveau de qualité	**Qualité de la structure**	**Qualité des processus**	**Qualité des résultats**
Objectifs	1. Optimiser la fixation de rendez-vous afin d'assurer la disponibilité de rendez-vous d'urgence 2. Optimiser l'assortiment et le stock de médicaments d'urgence 3. Adapter les appareils d'examen aux normes les plus récentes	1. Améliorer les connaissances du personnel du cabinet médical en matière de mesures d'urgence 2. Impliquer les collaborateurs dans le développement de la qualité 3. Optimiser le traitement de maladies neurologiques chroniques (sclérose en plaques, Parkinson, épilepsie) par la formation continue 4. Optimiser le processus d'apprentissage lié à la discussion des cas	1. Optimiser la satisfaction des patients par rapport à la communication 2. Optimiser la fiche de suivi pour les patients atteints de maladies neurologiques chroniques 3. Améliorer la qualité des rapports des médecins consultants
Exemples	**Optimiser l'assortiment et le stock de médicaments d'urgence**	**Impliquer les collaborateurs dans le développement de la qualité**	**Optimiser la satisfaction des patients par rapport à la communication**
Indicateurs	– Au moins une dose de tous les médicaments d'urgence en stock – Pas de médicaments périmés dans le stock	– Au moins une mesure d'amélioration est mise en œuvre chaque mois	– Après le traitement, les patients ont eu une réponse à toutes leurs questions – Les patients sont bien informés sur leur maladie et la thérapie
Mécanisme de contrôle	– Passer en revue la liste de contrôle avec date de péremption, réserve, lieu de stockage (réfrigérateur, sous clé) au moins une fois par mois	– Réunions mensuelles pour débattre de possibilités d'amélioration	– Une fois par trimestre, demander oralement au moment de la prise de congé: avez-vous tout compris? Avez-vous posé toutes les questions que vous souhaitiez?
Mesures d'améliorations	– vérifier et adapter chaque année l'assortiment d'urgence	– Mettre en œuvre les possibilités d'amélioration choisies	– Documenter les résultats de l'enquête
Gestion des erreurs	– Listes à biffer pour les médicaments utilisés	– Utiliser les erreurs comme base pour de nouvelles mesures d'amélioration	– Demander plus souvent si le patient a bien compris
Résultats/conséquences	– Mallette d'urgence toujours parfaitement prête à l'emploi	– Mettre à disposition des collaborateurs la liste des mesures mises en œuvre – Formuler celles qui n'ont pas encore été réalisées comme nouvel objectif	– Il est plus commode de présenter des propositions à des patients bien informés – Formuler les questions ouvertes/malentendus des patients comme nouveaux objectifs pour le trimestre suivant

Annexe 1

Présentation des systèmes de gestion de qualité (Sources: [13–21] et www.sanacert.ch).

	DIN EN ISO 9000ff	JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)	EFQM (European Foundation for Quality Management)	EPA (Europeen Practicee Assessmemt)	EQUAM (garantie externe de la qualité pour la médecine)	Quali-med-net (ensemble d'indicateurs pour les réseaux de médecins)	sanaCERT Suisse (Fondation suisse pour la certification de l'assurance de la qualité dans le secteur de la santé)	KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
Développeur/ soutien	International Organization for Standardization (ISO). En Suisse: SQS	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	Fondation EFQM. En Suisse: SQS	En Suisse: swisspep	Fondation EQUAM	med-swiss.net	Fondation sanaCERT suisse	KTQ
Origine	Après-guerre, industrie. 1987 Normes d'assurance de la qualité 9000ss, intégration dans la norme industrielle allemande (DIN) et la norme industrielle européenne (EN). Depuis la révision de 2000, présence accrue dans le système de la santé. DIN EN ISO 9001:2000 règle les exigences minimales	Depuis 1951, organisation à but non lucratif assurant le contrôle de la qualité dans les hôpitaux des Etats-Unis. 1999: développement de standards valables à l'échelle internationale	Fondation d'utilité publique créée en 1988 par 14 nations industrialisées européennes. Introduction du prix européen de la qualité (EQA), première remise en 1992	2000, par des experts de la qualité du domaine de la médecine de famille (Belgique, Allemagne, France, Pays-Bas, Suisse, Royaume-Uni), université de Nimègue et Fondation Bertelsmann	1999 Fondation créée à l'initiative de médecins HMO, SanaCare, MediX et ÖKK Bâle afin que les cabinets médicaux HMO ne soient pas considérés comme des cabinets bas de gamme (auparavant: assurance de la qualité externe dans le managed care)	Depuis 2002 créé par un groupe de travail des réseaux de médecins argomed, thurcare, hawadoc et vhz/zmed	Fondation créée en 2001 à Berne	1997 Développée en Allemagne pour évaluer la qualité et la sécurité dans les hôpitaux (auparavant: coopération pour la transparence et la qualité à l'hôpital) et, depuis 2004, aussi dans les cabinets médicaux
Portée	Niveau international: secteur hospitalier et ambulatoire	Niveau international: secteur hospitalier	Europe: secteur hospitalier et ambulatoire	Europe: secteur ambulatoire	Suisse: secteur ambulatoire	Suisse: secteur ambulatoire (surtout réseaux de médecins)	Suisse: secteur hospitalier (maladies somatiques aiguës et soins de longue durée)	Allemagne: secteur hospitalier et ambulatoire
Contenus/critères	8 principes, 5 chapitres: SMQ, responsabilité de la direction, gestion des ressources, réalisation des produits, mesure, analyse et amélioration	562 normes en trois sections (focalisation sur le patient, focalisation sur l'organisation, structures et fonctions)	8 principes, 9 critères: direction, politique et stratégie, collaborateurs, partenariats et ressources, processus, collaborateurs, clients et résultats liés à la société, résultats finaux	Circuit qualité, 5 domaines: infrastructure, personnes, informations, finances, qualité et sécurité (34 dimensions, 225 indicateurs, 365 items)	Indicateurs EPA pondérés et indicateurs supplémentaires (effectivité du traitement, accès et disponibilité, stabilité du système, utilisation et contrôle, coûts/administration, information et description du système, satisfaction des patients)	5 dimensions de la qualité: affiliation, organisation et infrastructure, collaboration, gestion des processus, communication et externalisation. 43 indicateurs	Standard de base de la gestion de la qualité et 20 standards (hygiène, domaines spécialisés, information, incidents critiques, gestion des risques, traitements des mesures de restriction de la liberté, etc.)	Catalogue d'évaluation: 6 catégories: information des patients, pilotage, sécurité, services d'information, information des collaborateurs, structure du management de la qualité (44 critères et 252 questions)

Annexe 1 (suite)

Présentation des systèmes de gestion de qualité (Sources: Hennig/Greiner 2007, Denz et al. 2004, Donahue/vanOstenberg 2000, Klingenberger 2002, EPA 2005, Ziegler 1996b,c,d, Christen 2007, www.sanacert.ch).

	DIN EN ISO 9000ff	JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)	EFQM (European Foundation for Quality Management)	EPA (Europeen Practicee Assessmemt)	EQUAM (garantie externe de la qualité pour la médecine)	Quali-med-net (ensemble d'indicateurs pour les réseaux de médecins)	sanaCERT Suisse (fondation suisse pour la certification de l'assurance de la qualité dans le secteur de la santé)	KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
Procédure d'évaluation	Audit interne sur la qualité, élaboration du manuel, audit externe, certification	Procédure d'évaluation externe	Autoévaluation, détermination et mise en œuvre de trois mesures d'amélioration, évaluation externe, rapport d'expert, évt. participation au concours EQA	Autoévaluation, enquête auprès des patients et des collaborateurs, évaluation externe (visite: inspection, interview et discussion en équipe avec analyse des forces et des faiblesses), mise en place des modifications, deuxième évaluation externe après 2–3 ans	Voir procédure EPA; documentation du circuit qualité et enquête de satisfaction auprès des clients	Label QMN: au moyen de 15 indicateurs principaux	1 audit préalable, audit interne (évaluation interne) puis audit de certification externe	Autoévaluation (renforcement et potentiel d'amélioration), le cas échéant évaluation par des tiers avec une notation au moyen de points
Certification	La concordance avec les exigences des normes conduit au certificat	Evaluation du respect des standards → 6 niveaux d'accréditation(de «refus» à «aucune amélioration nécessaire»)	Pas de certification mais évaluation du degré de respect des critères (0 à 1000 points). 3 niveaux de reconnaissance: 1. engagement à l'excellence, 2. excellence atteinte (>400 points), 3. finaliste ou gagnant EQA	Pas de certification prévue; base de la certification EQUAM	Evaluation sur la base des normes EQUAM → 3 niveaux: niveau de base A pour cabinets individuels, niveau complémentaire B pour réseaux HMO/ de médecins, option C pour standards cliniques	Pas de certification prévue	Certification si les standards choisis sont respectés	Certification par les services d'accréditation lorsque le nombre de points exigé est atteint
Validité	3 ans, audit de surveillance annuel	3 ans	2 ans	–	2 ans	–	3 ans	3 ans
Institution accréditée par l'Office fédéral de métrologie et d'accréditation	✓		✓		✓		✓	