



# HPI.be

## Hospital Performance Indicators

Indicateurs de performance hospitalière en Belgique:  
Développement d'un set d'indicateurs dans la cadre de l'amélioration continue  
de la performance

### Auteurs

Catherine Lucet, Joël Ficet, François Daue, Caroline Van Boven,  
Luk Cannoodt, Dominique Van Dijck, Jessica Jacques

### Superviseurs

Pierre Gillet, Johan Kips et Lieven Annemans



<b>1</b>	<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>CADRE CONCEPTUEL BELGE GENERAL</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE</b>	<b>11</b>
3.1	MÉTHODOLOGIE	11
3.2	DÉFINITION DE LA TERMINOLOGIE UTILISÉE	14
3.2.1.	<i>Qualité ('quality') versus Soins de Qualité ('quality of care' / 'quality of healthcare')</i>	14
3.2.2.	<i>Indicateur ('indicator') versus indicateur de qualité ('quality indicator')</i>	15
3.2.3.	<i>Performance ('performance') versus qualité ('quality')</i>	16
3.2.4.	<i>Mesure de performance ('performance measurement') versus politique de performance ('performance management')</i>	16
3.2.5.	<i>Mesure de performance ('performance measure') versus indicateur de performance ('performance indicator')</i>	17
3.2.6.	<i>Mesure du processus ('process measure') versus mesure des résultats ('outcome measure')</i>	17
3.2.7.	<i>Système de mesure de Performance ('performance measurement system')</i>	17
3.3.1.	<i>Mesurer la qualité</i>	18
3.3.2.	<i>Les types d'indicateurs</i>	19
3.3	CONSIDÉRATIONS LORS DU DÉVELOPPEMENT DE SETS D'INDICATEURS.	25
<b>4</b>	<b>REVUE DE LA LITTERATURE SUR UNE SÉLECTION D'INDICATEURS DE PERFORMANCE NON - CLINIQUES</b>	<b>27</b>
4.1	INTRODUCTION	27
4.2	SÉLECTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE NON CLINIQUES POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN SET D'INDICATEURS POUR LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX.	28
4.2.1	<i>Degré d'indépendance financière</i>	29
4.2.2	<i>Niveau du cashflow</i>	29
4.2.3	<i>Rentabilité</i>	30
4.2.4	<i>Performance en termes de durée de séjour</i>	30
4.2.5	<i>L'utilisation de la capacité hospitalière</i>	31
4.2.6	<i>Degré de qualification du personnel infirmier / soignant</i>	31
4.2.7	<i>La satisfaction du personnel</i>	31
4.2.8	<i>Satisfaction du patient</i>	32
4.2.9	<i>Le nombre de plaintes auprès du service de médiation</i>	32
4.2.10	<i>Frais d'informatisation / investissement en TIC</i>	32
4.3	DISCUSSION GÉNÉRALE, CONSIDÉRATIONS CRITIQUES ET ORIENTATIONS POTENTIELLES POUR LE FUTUR.	33
4.4	RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION	34
4.5	CONCLUSION	35
<b>5</b>	<b>REVUE DES PROGRAMMES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE A L'ÉTRANGER</b>	<b>36</b>
	<b>GRANDS PROJETS USA</b>	<b>36</b>
5.1	LE SET D'INDICATEURS DE L' AHRQ	36
5.1.1	<i>Les indicateurs</i>	37
5.1.2	<i>Mise en place/opérationnalisation</i>	41
5.1.3	<i>Limitations/difficultés</i>	41
5.2	LE PROJET IHI ET LES TRAVAUX DE RICHARD GROL	42
5.2.1	<i>Méthodologie</i>	42
5.2.2	<i>Mise en place/opérationnalisation</i>	44
5.2.3	<i>Limitations/difficultés</i>	45
	<b>PROJETS EUROPEENS</b>	<b>46</b>
5.3	LE PROJET PATH	46
5.3.1	<i>Les indicateurs</i>	48
5.3.2	<i>Mise en place/opérationnalisation</i>	51
5.3.3	<i>Limitations/difficultés</i>	51
5.4	MESURE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE EN GRANDE-BRETAGNE	52

5.5	FRANCE	56
5.5.1	<i>La certification</i>	56
5.5.2	<i>Le projet Compaq-HPST</i>	58
5.6	LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE AUX PAYS-BAS	64
5.6.1	<i>Méthode de sélection des indicateurs de Zichtbare Zorg.</i>	67
5.6.2	<i>Liste des indicateurs de Zichtbare Zorg</i>	68
5.6.3	<i>Mise en place/opérationnalisation</i>	69
5.6.4	<i>Limites / Difficultés</i>	70
5.7	ALLEMAGNE	71
5.7.1	<i>Contexte général des soins hospitaliers en Allemagne</i>	71
5.7.2	<i>L'assurance qualité dans les hôpitaux</i>	72
5.7.3	<i>Limites / difficultés</i>	74
5.8	LUXEMBOURG	75
5.8.1	<i>Les programmes Incitants Qualité (1998 à 2002)</i>	75
5.8.2	<i>Le modèle EFQM et les indicateurs de qualité et de performance (depuis 2004)</i>	77
5.9	DANEMARK - DANISH NATIONAL INDICATOR PROJECT NIP	81
5.9.1	<i>Les indicateurs</i>	81
5.9.2	<i>Mise en place/opérationnalisation</i>	84
5.9.3	<i>Limitations/difficultés</i>	85
5.10	SUÈDE	86
5.10.1	<i>Les indicateurs</i>	86
5.10.2	<i>Mise en place/opérationnalisation</i>	87
5.11	ITALIE	89
5.11.1	<i>Le projet SIVeAS</i>	89
5.11.2	<i>Le projet Micronet</i>	91
<b>6</b>	<b>LES INITIATIVES DE MESURE ET D'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE EN BELGIQUE</b>	<b>94</b>
6.1	LES PROJETS DU SPF SCAE	94
6.1.1	<i>FBI – Feedback multidimensionnel intégré</i>	94
6.1.2	<i>Contrat QS - Contrat « Coordination qualité et sécurité des patients »</i>	100
6.1.3	<i>Feedback PSI</i>	109
6.1.4	<i>Feedback FINhosta</i>	112
6.1.5	<i>Feedback questionnaires statistiques annuels</i>	117
6.2	PROJET DE L'INSTITUT DE SANTE PUBLIQUE : ÉTABLISSEMENT D'UN SET D'INDICATEURS DE QUALITE EN HYGIENE HOSPITALIERE	123
6.3	ASSOCIATIONS HOSPITALIERES	126
6.3.1	<i>Projet d'Indicateur de Qualité flamand – ICURO – Zorgnet Vlaanderen</i>	126
6.3.2	<i>Benchmarking SANTHEA</i>	132
6.4	INITIATIVES LIEES A DES UNIVERSITES	136
6.4.1	<i>NAVIGATOR® - Centre des sciences hospitalières et infirmières (K.U.LEUVEN)</i>	136
6.4.2	<i>Réseau d'hôpitaux flamands K.U.Leuven (VznuL)</i>	139
6.4.3	<i>Benchmarking CIES</i>	141
6.5	INITIATIVES PRIVEES DE BENCHMARKING	145
6.5.1	<i>Benchmarking MAHA</i>	145
6.5.2	<i>Benchmarking 3M</i>	148
6.5.3	<i>Données des soins – CENTRE D'ETUDES DU SECTEUR DES SOINS DE SANTE (ATHENA)</i>	151
6.5.4	<i>MATRIX – PARTEZIS</i>	158
6.6	LE CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE EN SOINS DE SANTE (KCE) ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE HOSPITALIERE.	162
6.7	LE REGISTRE DU CANCER	173
6.8	AGENCE INTERMUTUALISTE AIM-IMA ET LES FEEDBACKS ORGANISES PAR LES MUTUALITES	179
<b>7</b>	<b>ANALYSES EMPIRIQUES SUR DES BANQUES DE DONNEES EXISTANTES</b>	<b>183</b>
7.1	EXPLORATION DES DONNEES DU QUESTIONNAIRE DES STATISTIQUES HOSPITALIERES	183
7.1.1	<i>Ratio Nombre de lits</i>	183
7.1.2	<i>Gestion de la sortie par les travailleurs sociaux</i>	184
7.1.3	<i>ETP de travailleurs sociaux pour 100 lits</i>	186
7.1.4	<i>Evolution et stabilité du personnel médical et infirmier</i>	187

7.1.5	<i>Taux de qualification des infirmiers</i>	189
7.1.6	<i>Volume d'activité par appareillages médicaux</i>	190
7.1.7	<i>Ressources humaines dégagées par les laboratoires</i>	191
7.1.8	<i>L'activité du SMUR</i>	192
7.1.9	<i>Discussion</i>	193
7.2	<b>LES PATIENT SAFETY INDICATORS (PSI) EN BELGIQUE : UN OUTIL FIABLE DE DÉTECTION ?</b>	194
7.2.1	<i>Introduction</i>	194
7.2.2	<i>Matériel et Méthode</i>	196
7.2.3	<i>Résultats</i>	197
7.2.4	<i>Discussion</i>	201
7.2.5	<i>Conclusion</i>	203
<b>8</b>	<b>EXPLORATION DANS UN ÉCHANTILLON D'HÔPITAUX AIGUS</b>	<b>204</b>
8.1	<b>INTRODUCTION - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE EXPLORATOIRE DANS LES HÔPITAUX</b>	204
8.1.1	<i>Objectifs de l'étude exploratoire dans les hôpitaux</i>	204
8.1.2	<i>Apports de l'analyse qualitative par entretiens</i>	204
8.1.3	<i>Guide d'entretien</i>	206
8.1.4	<i>Modalités pratiques de l'interview</i>	207
8.1.5	<i>Echantillonnage</i>	207
8.1.6	<i>Analyse des données</i>	208
8.1.7	<i>« Success stories »</i>	210
8.1.8	<i>Anonymat</i>	210
8.1.9	<i>Structure du chapitre</i>	211
8.2	<b>DIAGNOSTIC DE L'EMPLOI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LES HÔPITAUX</b>	211
8.2.1	<i>Visions de la performance et stratégies d'établissement</i>	211
8.2.2	<i>Performance, projets et indicateurs</i>	219
8.2.3	<i>Organisation hospitalière et politiques de performance</i>	227
8.2.4	<i>Le recours au benchmarking</i>	241
8.2.5	<i>Les attentes des hôpitaux vis-à-vis d'un set d'indicateurs</i>	248
8.2.6	<i>Quels critères de sélection pour un set d'indicateurs de performance ?</i>	248
8.2.7	<i>Comment opérationnaliser un set d'indicateurs de performance ?</i>	251
8.3	<b>LA MISE EN ŒUVRE DES INDICATEURS DE PERFORMANCE :</b>	253
8.3.1	<i>Conditions structurelles</i>	253
8.3.2	<i>La stratégie</i>	255
8.3.3	<i>Leadership et légitimité</i>	256
8.3.4	<i>Feedback et motivation des personnels</i>	259
8.3.5	<i>La disponibilité des ressources</i>	261
<b>9</b>	<b>INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX ET LES SERVICES PSYCHIATRIQUES</b>	<b>264</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSION PISTES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SET D'INDICATEURS</b>	<b>271</b>
<b>11</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>274</b>
<b>12</b>	<b>ADDENDUM SET D'INDICATEURS POTENTIELLEMENT OPÉRATIONNEL EN BELGIQUE</b>	<b>276</b>
<b>13</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
<b>14</b>	<b>ANNEXES – SUCCESS STORIES</b>	<b>314</b>

## Remerciements

Nous remercions vivement les personnes suivantes qui ont participé à la rédaction de certains chapitres du présent rapport :

Laurence Lambert et Natacha Viseur de L'Institut de santé publique,  
Nancy Laport du CHU de Liège,  
Em. Franz Baro du WHO,  
Walter Kessler du CHC Liège.

Nous tenons à remercier la direction de l'UZAntwerpen qui nous a consacré du temps pour pré-tester les guides d'entretiens.

Nous remercions également pour leur soutien, leurs conseils et la communication d'information

Margareta Haelterman, Willem Aelvoet, Liesbeth Borgermans, Samira Ouraghi,  
Dominique Dicker, Hilde Peleman, David Sauwens, Stéphanie Maquoi, Miguel Lardennois, Agnès Jacquerye, Isabelle Van der Brempt et Christiaan Decoster du SPF-SP ;  
Liesbet Van Eycken et Julie Francart du Registre du Cancer

Enfin, nous remercions les hôpitaux et les membres de la direction qui ont aimablement participé aux interviews et partagé leur expérience et leur vision :

*Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell – CHIREC*  
*Centre Hospitalier Tubize – Nivelles*  
*Centre Hospitalier Universitaire de Liège*  
*CHU Saint Pierre*  
*Cliniques Universitaires St Luc*  
*H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw*  
*Hôpitaux IRIS SUD*  
*ISPPC / CHU de Charleroi & Châtelet – Chu Vésale & Léonard de Vinci - Hôpital*  
*psychiatrique Vincent Van Gogh à Marchienne*  
*Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze*  
*UZ Gent*  
*UZ Leuven*  
*ZNA (ZienhuisNetwerk Antwerpen)*

## Liste des abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (USA)
CHAB	Conférence des hôpitaux académiques
Contrat QS	Contrat Qualité et sécurité (SPF SCAE)
EB(M)	Evidence-based (medicine)
HPI	Hospital Performance Indicators
HPI	Indicateurs de performance hospitaliers
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IHI	Institute for Health Care Improvement
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IOM	Institute of Medicine
ISP	Institut scientifique de santé publique
KCE	Centre Fédéral d'expertise en soins de santé
MeSH	Medical Subject Heading
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PATH	Performance Assessment Tools for Hospital (OMS-Europe)
PIB	Produit Brut Intérieur
PNB	Produit National Brut
PREM	Patient reported experience measure
PROCARE	PROject on the CANcer of the Rectum
PROM	Patient reported outcome measure
PSI	Patient safety Indicator
QI	Quality Indicator
RAM	Rand Appropriateness Method
RCM	Résumé Clinique Minimum
RCM	Résumé Clinique Minimum
RFM	Résumé Financier Minimum
RHM	Résumé hospitalier minimum
RIM	Résumé infirmier minimum
RIM	Résumé Infirmier Minimum
SMP	Système de mesure de performance
SPF SCAE	Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
SPF	Service Public Fédéral
TIC	Technologie d'Information et de Communication
UE	Union Européenne
WHO	World Health Organisation
NQB	National Quality Board

# 1 Introduction générale

Le Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (Direction générale de l'organisation des établissements de soins) dispose aujourd'hui de banques de données étendues et bien documentées qui, à côté de toute une série d'autres objectifs, peuvent être utilisées pour cartographier la performance des hôpitaux généraux belges. Dans le cadre du contrat « Coordination de la qualité et sécurité du patient », l'administration a diffusé parmi les hôpitaux le rapport « Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières – phase exploratoire » en 2006 et le rapport « Feedback multidimensionnel pour les hôpitaux » en 2008, dans lesquels respectivement 11 et 29 indicateurs étaient retenus (M.B.30.VII. 2004; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008). La parution de la troisième édition de ce rapport est attendue pour la mi-2011. Cette initiative a pour but de fournir aux hôpitaux un instrument pour mesurer la performance au sein de l'institution, et ce, sur la base des données qui sont déjà disponibles dans les différentes banques de données (notamment, le Bilan social, Finhosta, les Résumés Cliniques Minimales (RCM) et les Statistiques hospitalières annuelles). De cette manière, l'administration soumet au secteur les données disponibles sous la forme d'une série d'indicateurs. Ceci doit permettre aux hôpitaux généraux, d'une part, de réfléchir en interne à leurs procédures et, d'autre part, de se situer par rapport aux autres institutions et de comparer leurs performances. En outre, l'un des objectifs consiste à améliorer la qualité des données fournies par les hôpitaux au SPF.

L'étude HPI.be (*Hospital Performance Indicators*) correspond parfaitement au contrat « Coordination de la qualité et sécurité du patient » et a comme but final le développement d'une série limitée d'indicateurs de performance qui doit aider les hôpitaux à continuer à optimiser la politique interne de qualité. À cette fin, nous avons, entre autres, interviewé des personnes occupant diverses fonctions-clés au sein des hôpitaux. Ces interviews ont ensuite été analysées afin de dégager une image claire de la façon dont les indicateurs sont utilisés dans la pratique, en ce compris les implications qui en découlent pour la stratégie des hôpitaux.

La première partie de cette étude consiste à donner un aperçu de la littérature scientifique en matière d'utilisation d'indicateurs de performance au sein du secteur hospitalier. Un indicateur de performance est une variable quantifiable qui signale s'il est possible d'améliorer les prestations d'une institution. Au moyen du décret Qualité, l'administration (tant fédérale que flamande) a tâché d'inciter le secteur à évaluer son fonctionnement, c'est-à-dire le degré de qualité des soins, sans y associer une fonction initiale de contrôle, avec l'éventualité de conséquences budgétaires pour l'institution concernée (M.B.30.VII. 2004). Ce décret détermine la qualité des soins dans les établissements de santé. Grâce à lui, en matière de soins de santé, l'accent est déplacé : 1) des normes d'input vers les normes d'output, et 2) du cadre de fonctionnement de l'institution vers les effets sur l'utilisateur. À côté de cela, le décret impose aux institutions l'obligation : 1) de fournir à ses utilisateurs des soins et des services de qualité et, 2) de rendre visible les mesures internes que cela implique. Afin de satisfaire ces exigences, le manuel de qualité et le rapport d'évaluation, entre autres, doivent être conservés (M.B.30.VII. 2004; Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid 2011). L'étude HPI.be tâche de vérifier dans quelle mesure les hôpitaux respectent ces exigences dans la pratique. De manière plus spécifique, nous avons étudié

quels sont les indicateurs les plus pertinents pour le secteur, quels sont les indicateurs influençables et comment sont ils reliés avec la performance au sein des hôpitaux.

Dans la littérature scientifique, des études de plus en plus nombreuses soulignent l'importance de la mesure des performances dans le secteur des soins et dans les hôpitaux. Mais la performance est-elle mesurée ? Et si oui, comment ? Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organisation 2001) montre une croissance continue des dépenses au sein du secteur des soins. En ce qui concerne la Belgique, environ 10 % du PIB est consacré actuellement aux soins de santé et il est très probable que ce pourcentage continuera à augmenter dans un proche avenir. De ce fait, notre pays se retrouve à la quatrième position en Europe et fait nettement mieux qu'un autre pays moyen faisant partie de l'Union Européenne (UE) (9.4%) ou qu'un autre pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). Ces dernières décennies nous observons une tendance à la hausse des dépenses. Si nous voulons garder des soins accessibles et abordables, sans perdre en qualité, il est d'une importance capitale d'utiliser les moyens disponibles d'une façon optimale ; en d'autres termes de générer un gain de santé maximal (Annemans 2007). Ceci n'est possible qu'en attribuant les moyens disponibles de la meilleure façon aux différentes disciplines dans le secteur des soins. Pour réaliser ceci, une image claire et réaliste de la qualité livrée est nécessaire afin d'orienter les politiques. Suite à ces énormes coûts l'attention pour des soins de qualité et l'amélioration de la performance entre de plus en plus dans le feu des projecteurs. Des problèmes concernant la performance peuvent bloquer un traitement / un suivi effectif et ainsi empêcher un rétablissement optimal du patient. Les conséquences d'un point de vue *sociétal*, social et économique sont grandes (Ganju 2006).

Suivant tous ces arguments, il est évident que les politiques encouragent de plus en plus le secteur des soins de santé afin de surveiller la performance à l'intérieur de ses institutions et afin de prendre des initiatives d'amélioration si besoin, en plus de responsabiliser le secteur en ce qui concerne l'utilisation des moyens fournis.

Le présent travail de recherche a pour objectif de proposer un set d'indicateurs de performance qui soit adapté aux spécificités des hôpitaux belges et utilisable par eux afin d'améliorer leur performance.

Ce rapport se compose de plusieurs volets. Nous préciserons, à partir de la littérature, la définition des termes utilisés. Définir initialement un cadre conceptuel est une étape essentielle des programmes visant à améliorer la performance. Le modèle conceptuel aidera à définir les dimensions de la performance et à orienter la sélection des indicateurs correspondants (Veillard, Champagne et al. 2005). Une revue de la littérature se penchera sur les indicateurs de performance hospitalière non-clinique. Nous passerons ensuite en revue les expériences d'amélioration de la performance hospitalière mises en place à l'étranger ainsi que celles existant en Belgique. Le volet suivant consistera à approcher les perceptions de la performance des directions hospitalières et les actions actuellement mises en place dans un échantillon d'hôpitaux belges pour améliorer cette performance, à analyser les facteurs favorisant et les obstacles éventuels au succès de telles approches. Ce volet reposera sur la réalisation d'interviews semi-structurées de membres des directions. Un aperçu des indicateurs du secteur psychiatrique sera ensuite proposé. Enfin, nous tenterons de proposer un exemple de set d'indicateurs pour le projet HPI.be accompagné de recommandations issues des leçons engrangées lors des phases précédentes.

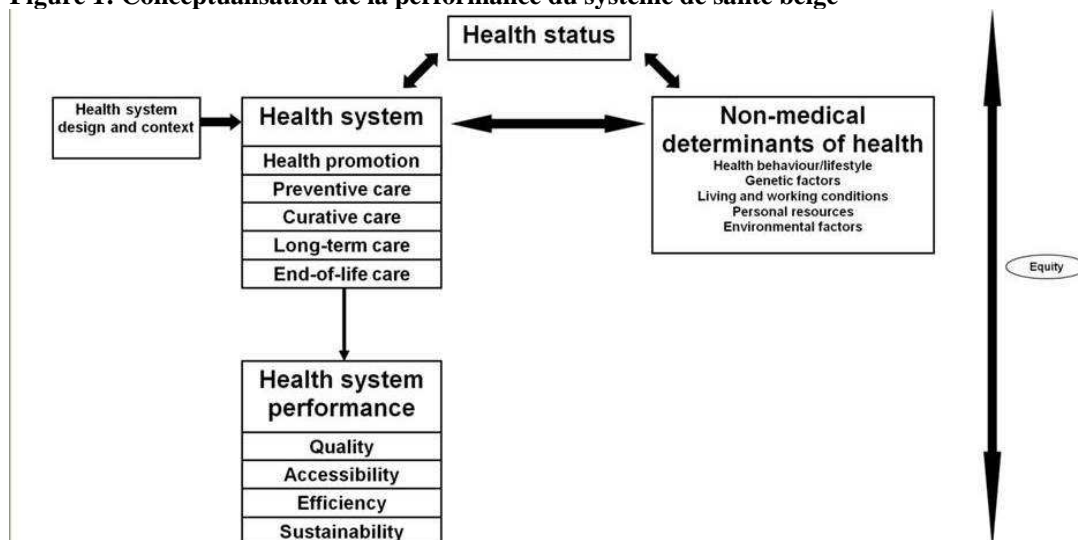


## 2 Cadre conceptuel belge général

Un cadre conceptuel a été défini récemment (juin 2010) pour la mesure de la performance du système de soins de santé belge par le Centre Fédéral d'Expertise en soins de santé (KCE) en collaboration avec l'Institut de Santé Publique (ISP-WIV) et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI-RIZIV) (Vlayen, Vanthomme et al. 2010). Ce rapport du KCE est à mettre en relation avec la Charte de Tallin sur les systèmes de santé signée par les pays de la zone européenne de l'OMS et dans laquelle les membres s'engagent à « promouvoir la transparence et rendre des comptes au sujet de la performance des systèmes de santé grâce la publication de résultats mesurables ». Le but du cadre conceptuel proposé est donc de mesurer et de suivre dans le temps la performance du système de soins de santé, dans un souci de transparence au niveau européen mais aussi afin de comparer la performance du système de santé belge à celle d'autres pays.

La Figure 1 ci-dessous, extraite du rapport KCE, présente graphiquement le cadre élaboré par les trois instituts à partir de données de littérature et de réunions d'experts nationaux et internationaux. Elle permet de visualiser les concepts inclus et leurs relations.

Figure 1: Conceptualisation de la performance du système de santé belge



L'approche choisie pour l'évaluation du système de santé est holistique et comprend l'état de santé de la population, les déterminants non-médicaux de la santé et le système de santé. Le cadre 'Système de santé' présente les 5 domaines du système de santé. Les soins hospitaliers s'intègrent principalement au niveau des soins curatifs mais aussi au niveau des soins de long terme, des soins de fin de vie et dans une moindre mesure au niveau des soins préventifs et de la promotion de la santé.

Les dimensions selon lesquelles la performance du système de santé est mesurée dans ce cadre sont la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, la pérennité.

Ce cadre a le mérite de situer la performance du système hospitalier dans le contexte plus global des soins de santé et même de la santé en général et rappelle que le but ultime du système hospitalier est de contribuer à améliorer la santé de la population belge et que cette contribution doit elle aussi faire l'objet de mesure. Ce cadre souligne par la même occasion la nécessité de l'intégration maximale des soins hospitaliers avec les autres types de soins (soins de première ligne, soins à domicile, soins palliatifs). Cette intégration de

l'hôpital dans le système de santé en général souligne indirectement que la performance hospitalière sera aussi influencée par le statut socio-économique des patients hospitalisés ainsi que par l'organisation du système de santé comme l'accessibilité aux soins, les rôles des acteurs de première ligne, la promotion et la prévention, la continuité des soins, les soins à domicile. La mesure de la performance hospitalière globale doit donc être contextualisée.

Ceci dit, l'aspect holistique de ce cadre de référence en limite aussi l'utilisation par les acteurs hospitaliers et réduit donc sa pertinence opérationnelle, par exemple pour la définition et la mise en place d'actions d'amélioration concrètes de la performance hospitalière. Bien que le présent projet s'inscrive dans le cadre général du système de santé belge, il convient cependant de développer un cadre conceptuel spécifique à la performance hospitalière.

Afin de le développer, nous passerons en revue, après une définition des différents concepts abordés, les programmes européens d'évaluation de la performance hospitalière ainsi que les programmes nord-américains les plus reconnus.

### 3 Revue systématique de la littérature scientifique

Cette partie est composée d'une revue de la littérature dans laquelle l'état actuel de la recherche scientifique sur les indicateurs de performance non cliniques dans le milieu hospitalier sera discuté d'une façon concise mais complète. Sur base des données de la littérature scientifique des recommandations concernant les indicateurs de performance non cliniques les plus importants dans le milieu hospitalier, seront formulées. La discussion qui suit cadrera la matière et nuancera pour la situation Belge. Elle illuminera les lacunes potentielles ainsi que les forces de la méthodologie suivie. Pour terminer nous formulerons des recommandations pour le gouvernement et présenterons quelques perspectives pour le futur.

#### 3.1 Méthodologie

Lors d'une revue de la littérature systématique nous avons cherché des articles peer-reviewed dans les bases de données scientifiques suivantes : EMBASE – PubMed, Medline (OVID) et Web of Science, Google Scholar ainsi que des données personnelles. Vu le sujet très spécifique de cette recherche de la littérature c-à-d « les indicateurs de performance non cliniques », souvent confondus avec d'autres termes, nous avons choisi de garder la stratégie de recherche assez large afin de limiter le risque d'exclusion des articles potentiellement pertinents. Cela nous a fait utiliser des termes de recherche qui *strictu sensu* ne sont pas le sujet de cette recherche comme par exemple : 'quality indicator', 'clinical indicator', 'performance outcome', etc...

Dans la stratégie de recherche nous avons utilisé la terminologie medical subject heading (MeSH) suivante ainsi que toutes les combinaisons possibles : 'hospitals', 'organizations, nonprofit', 'clinical indicator', 'quality indicators, health care', 'performance outcome', 'economics', 'process assessment and outcome assessment', 'total quality management', 'health care quality, access, and evaluation'.

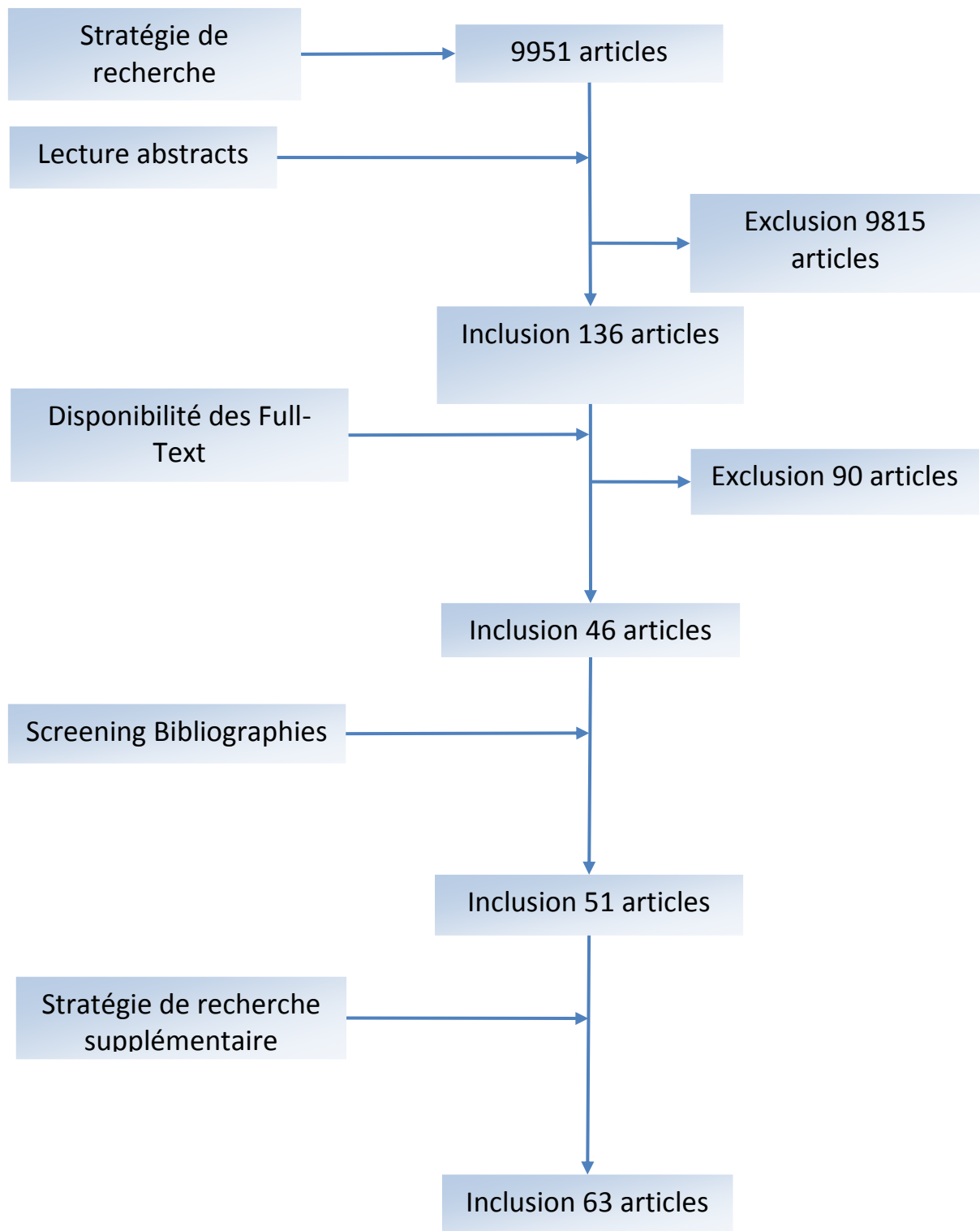
La stratégie de recherche de littérature a eu lieu le 22 décembre 2010 et elle c'est limitée à des articles écrits en anglais ou en néerlandais. Lorsque le résultat de la recherche comptait plus de 1000 résultats, une limitation à des articles publiés dans les 10 dernières années fut utilisée. Si le résultat de cette recherche limitée dépassait toujours les 1000 résultats, nous n'avons retenu que les articles publiés dans les 5 dernières années. Aucune restriction concernant le pays d'origine de l'article ou de l'étude n'a été utilisée. Dans un second temps, les abstracts de tous les articles trouvés ont été examinés d'une façon indépendante. Sur base des critères méthodologiques suivantes, l'article était ou n'était pas retenu pour analyse plus profonde : 'milieu hospitalier / not-for-profit', 'indicateurs non-cliniques' dans son contexte le plus large (basé sur le rapport « Feedback multidimensionnel envers les hôpitaux' et 'Analyse Maha') et/ou 'gestion de qualité' (Dexia bank 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008). N'ont pas été retenus : les articles décrivant uniquement des indicateurs cliniques, les articles concernant des maladies spécifiques, les articles méthodologiques, les case-reports et les lettres adressées au rédacteur en chef, ainsi que les articles concernant des hôpitaux non-aigus (institutions psychiatriques, centres de revalidations ou de soins gériatriques, etc...) Une exception a été faite pour quelques articles limités concernant le sujet de l'étude, qui offrent la description de perspectives intéressantes concernant la

gestion de qualité avec une translation possible vers le secteur des hôpitaux généraux / aigus.

Pour compléter, une recherche supplémentaire fut effectuée en utilisant des bases de données plus générales, l'internet et les sites web des organisations nationales et internationales. De plus, la bibliographie des articles retenus a été vérifiée afin d'y détecter d'autres articles, livres et/ou rapports pertinents.

Suite à cette stratégie de recherche nous avons obtenus 9951 résultats (articles) (Figure 2). Ensuite, tous ces articles ont été vérifiés d'une façon indépendante sur base de leur abstract. Après analyse, 136 abstracts traitants sur les indicateurs non cliniques ou leur utilisation dans la gestion de qualité des hôpitaux généraux/aigus ont été retenus. Sur base de la disponibilité des articles *full-text*, 46 articles furent inclus dans notre étude de la littérature. La vérification de la bibliographie des articles ainsi que la recherche supplémentaire a résulté respectivement en 5 et 12 articles supplémentaires, également retenus pour analyse.

Figure 2: Résultat de la stratégie de recherche de la littérature



## **3.2 Définition de la terminologie utilisée**

Nous retrouvons une grande diversité en terminologie dans le domaine de la mesure de performance. L'absence d'un consensus clair concernant cette terminologie entrave la recherche scientifique. Adair et al. (Adair and al 2003) ont essayé à travers leur revue de la littérature d'éclaircir les nombreuses importantes différences conceptuelles. Vu l'importance de connaître la signification exacte d'un certain terme, et donc aussi de ce que l'on recherche, nous résumerons ces différences ci-dessous. Malgré que la recherche de la littérature nous ait livré un nombre suffisant d'articles descriptifs et/ou théoriques, aucune réponse uniforme ou définition concernant la terminologie utilisée a été retrouvée. Puisque le sujet de cette étude relève d'un caractère plutôt qualitatif et souvent basé sur l'opinion d'un expert, l'appréciation de la validité scientifique de certains articles est d'autant plus difficile, ce qui ne facilite pas l'appréciation objective des définitions. Nous utiliserons donc les définitions les plus fréquentes et utilisées dans la littérature pour notre étude.

Nous reviendrons plus en détail sur la terminologie spécifique plus loin dans ce rapport (Heene 2002; Verweire and Van den Berghe 2004).

### **3.2.1. Qualité ('quality') versus Soins de Qualité ('quality of care' / 'quality of healthcare')**

La qualité est dans toutes les formes de communication un argument important, surtout quand il s'agit de soins. Cela semble tellement évident, mais souvent difficile à cerner. Il s'agit d'un terme avec beaucoup de significations et qui peut être compris de plusieurs façons différentes. Il est donc très important de réfléchir à la définition. Des consignes claires sur ce que l'on comprend sous le mot « qualité » (et ce que l'on ne comprend pas !) sont sans doute la première étape nécessaire pour une amélioration de la qualité (Campbell, Roland et al. 2000). La qualité est donc fortement déterminée par la perception et les attentes des personnes impliquées.

*De facto* il n'y a donc pas de qualité objective, mais ceci n'empêche pas une définition. Il faut tout d'abord regarder les acteurs/stakeholders d'une institution. Une bonne connaissance des acteurs /stakeholders et de leurs attentes constitue la base de la qualité. Pour un hôpital, il y a *grosso modo* trois acteurs/stakeholders importants et donc trois points de vue : 1) le patient, 2) les professionnels de la santé et 3) les financiers et les autorités réglementaires (Donabedian 1980). Une bonne qualité se situe donc à l'interface entre ces différents points de vue.

En ce qui concerne la qualité et la sécurité du patient à l'hôpital, la littérature ne nous offre pas de définition exhaustive (Grol 1995). Grol (Grol 1995) définit la qualité de la façon suivante : « des soins de qualité supposent des soins qui répondent aux besoins réels du patient, dont le contenu est de bonne qualité, et qui sont appropriés et centrés sur le patient. Conformément le rapport de Borgermans et al. (Borgermans and al 2010) à la demande du SPF SCAE, nous optons à travers ce rapport pour les définitions les plus courantes de la qualité : *'That kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts'* (Donabedian 1978; Donabedian 1980) et *'Quality is defined as the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with*

*current professional knowledge'* (Institute of Medicine 1990; Institute of Medicine 1999). Les aspects clefs ou les dimensions de la qualité qui sont mis en avant plan sont : efficacité, efficience, sécurité, actualité, équité, accessibilité, et des soins centrés sur le patient (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001) (Arah, Westert et al. 2006). (Tableau 1) **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

)

**Tableau 1 Les dimensions des soins de qualité (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001)**

Dimension	Définition
Effectiveness	Providing services based on scientific knowledge to all who could benefit, and refraining from providing services to those not likely to benefit.
Efficiency	Avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas and energy.
Safety	Avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them.
Timeliness	Reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.
Equity	Providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socioeconomic status
Patient-centeredness	Providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions.

Ensuite le SPF SCAE utilise son propre système de classification (SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008) afin de classer les indicateurs dans les 4 catégories suivantes : 1) performance clinique, 2) sécurité du patient et axée sur le patient, 3) la performance économique, financière et technologique, 4) axée sur le personnel et le team. Cette revue de la littérature sur les indicateurs de performance non cliniques mettra l'accent sur les deux dernières catégories. Toutes les définitions mentionnées ont en commun le fait que des soins de qualité résultent *in fine* en une « amélioration » de « l'outcome » du patient et ceci en accordance avec l'état actuel de la science.

### **3.2.2. Indicateur ('indicator') versus indicateur de qualité ('quality indicator')**

Dans la littérature nous retrouvons un large éventail de définitions, ainsi que la description de différentes sortes / types d'indicateurs (en page 19). Il doit être souligné que la plupart des ces définitions sont axées sur la description de ce qu'est un indicateur de qualité, mais il manque une description exacte de ce que l'on entend sous « clinique », ou, en d'autres termes, une bonne définition de « soins cliniques ». En ce qui concerne les indicateurs de qualité cliniques, la plupart des définitions ont en commun de supposer une relation entre la qualité des soins administrés d'une part, et le résultat de ces soins (en d'autres termes l'outcome pour le patient) d'autre part (Barnsley, Lemieux-Charles et al. 1996; Collopy 2000; Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001; Mainz 2003; Australian Council on Health Care Standards. ACHS 2005). Globalement un indicateur donne une indication quantifiable de la qualité des soins qui ont été réalisés (Colsen and Casparie 1995; Bouckaert and Auwers 1999; Mainz 2003; Borgermans and al 2010). Ceci implique une interprétation / évaluation de ce qui a été mesuré. Un indicateur mesure par définition directement ou indirectement un fragment de l'activité fondamentale d'un hôpital : les soins (Grouwels and al. 2008). Dans la plupart des références, tout le monde est d'accord sur

l'aspect mesurable d'un indicateur, mais les opinions sont divergentes en ce qui concerne les conséquences potentielles qu'on peut y attribuer.

Tout d'abord, un indicateur de qualité met en évidence d'éventuels problèmes afin de leur attribuer une attention supplémentaire, mais souvent il est défini comme un instrument pouvant mener à une amélioration de qualité ou à utiliser pour appuyer des décisions politiques. Certains auteurs décrivent même la relation entre des processus et les résultats souhaités (Jencks 1994; Hofer, Bernstein et al. 1997; Campbell, Braspenning et al. 2002; National Health Service 2003).

Il faut par contre faire la différence entre un indicateur de qualité (cfr supra) et un indicateur de performance. Ce dernier surveille uniquement les soins, mais la qualité des soins n'est pas nécessairement mesurée, et il est encore moins lié à un jugement de valeur (Campbell, Braspenning et al. 2002).

### **3.2.3. Performance ('performance') versus qualité ('quality')**

Dans le secteur ou l'industrie du profit, la qualité est considérée comme un des nombreux aspects de la performance (Barney, 1997). Dans le secteur des soins, la qualité est plutôt considérée comme l'objectif d'une mesure de performance à atteindre. D'autres voient la qualité comme un des aspects de la performance, à côté des coûts, de l'accessibilité et de la satisfaction (NHS, 2003). Pour beaucoup, la qualité est perçue comme reliée à des processus, plutôt qu'à des résultats (outcome) des soins (Jencks, 1994; Hofer et al, 1997). Il existe un consensus sur le fait que la qualité, tout comme la performance, sont des concepts complexes et multidimensionnels. Néanmoins, les termes se confondent régulièrement.

Le KCE dans son rapport 128B 'Un premier pas vers la mesure de la performance du système de santé belge' constate lors de l'étude des systèmes de mesure de la performance des systèmes de santé une absence patente de cohérence sur les termes des principales dimensions de la performance (Vlayen, Vanthomme et al. 2010). Certains systèmes focalisent uniquement sur la qualité des soins, néanmoins, la plupart du temps la qualité est considérée comme un des aspects de la performance parmi l'efficacité, l'efficience, l'accessibilité, l'équité, l'orientation patient et la sécurité.

Nous nous basons dans cette étude, sur la définition de l'OMS Europe dans le cadre du projet PATH : Le concept de performance assemble les concepts de qualité, d'efficacité et du rapport coût/efficacité des services de soins de santé. La performance est toujours multidimensionnelle, c'est l'atteinte de buts désirés.

### **3.2.4. Mesure de performance ('performance measurement') versus politique de performance ('performance management')**

La politique de performance est considérée comme la philosophie qui soutient la mesure de performance (Boland and Fowler 2000). Il s'agit d'une mission, d'une vision, stratégie, travail d'équipe, entraînement et mis à disposition de moyens afin de cadrer la mesure de performance (Heene 2002; Verweire and Van den Berghe 2004). Les deux termes, ainsi que leur activité, sont quasi indissociables, et ne peuvent pas être considérés séparément. La mesure de performance couvre la mesure et l'analyse des résultats (souvent multidimensionnels et difficilement traduisibles en des indicateurs individuels). La politique de performance lie ou utilise plutôt ces résultats afin de déterminer une stratégie. (Institute



of Management Accountants and Andersen 1998; Waggoner and al 1999; Goddard and Jacobs 2008) Les arguments et les objectifs d'une mesure de performance dans le secteur des soins les plus cités dans la littérature, concernent l'identification des domaines potentiels d'amélioration de qualité et la mise à disposition des moyens nécessaires, l'information du processus d'accréditation, l'aide dans la gestion des processus et activités de soins, faire des choix, augmenter la responsabilité sociale, et finalement apporter des données pour une étude épidémiologique et sociale (Adair and al 2003).

### **3.2.5. Mesure de performance ('performance measure') versus indicateur de performance ('performance indicator')**

Il est très important de bien distinguer ces deux termes. Un indicateur de performance n'est pas ce qui est mesuré/ encodé directement, mais plutôt une balise indiquant où les possibilités d'amélioration peuvent être détectées (Verweire and Van den Bergh 2004). Un indicateur de performance est complexe et multidimensionnel. Il est composé de plusieurs mesures de performance. La mesure de performance quand à elle est ce qui est mesuré / encodé / capté. Exceptionnellement un indicateur peut être unidimensionnel. Dans ce cas, l'indicateur et la mesure de performance sont égaux.

### **3.2.6. Mesure du processus ('process measure') versus mesure des résultats ('outcome measure')**

Une distinction importante entre ces deux termes est faite dans le secteur du non profit. La mesure du processus est centrée principalement sur un processus avec un certain résultat. Ici on part de l'hypothèse qu'un processus bien effectué mènera au résultat attendu. Une mesure de résultats par contre mesure uniquement le résultat du processus (Grouwels and al. 2008).

### **3.2.7. Système de mesure de Performance ('performance measurement system')**

Un système de mesure de performance (SMP) est un système qui utilise aussi bien la mesure de processus que la mesure des résultats afin de mettre en évidence la performance de l'institution, d'en tirer des conclusions et de faire des changements pour ainsi améliorer les soins fournis. Pour que l'on puisse parler d'un système de mesure de performance, les composantes suivantes sont nécessaires : 1) stratégie, 2) sélection ou développement des indicateurs, 3) procédure pour collectionner et analyser les données, 4) feedback des résultats vers les différents acteurs / stakeholders, couplés à des actions afin d'améliorer (Geraedts, Selbmann et al. 2003).

La plus grande partie de la littérature sur l'utilisation des indicateurs de performance est retrouvée dans la littérature sur la mesure de performance. Jusqu'au jour d'aujourd'hui une grande multitude d'études concernant la mesure de performance ont été publiés. Pour le secteur for-profit, la recherche vers la performance se faisait déjà au début du XXème siècle,

à l'occasion de la révolution industrielle. Dans le secteur non-profit, c'est essentiellement Avedis Donabedian qui au début des années '60 a réalisé une percée au niveau de la mesure de performance en couplant le concept de la qualité des soins à des concepts comme structure, processus et résultats (Donabedian 1966). Nous reviendrons sur ces concepts plus loin dans ce texte.

Beaucoup de concepts et d'expertises ont été repêchées du secteur for-profit pour une application dans le secteur non-profit, ce qui explique pourquoi un grand nombre de nos sources auxquels nous faisons références, couvre les deux secteurs. Les concepts fondamentaux des indicateurs

### **3.3.1. Mesurer la qualité**

D'une façon audacieuse, nous pourrions dire que la qualité des soins se limite aux aspects de soins qui sont mesurables. Mesurer nous emmène effectivement plus loin que la perception subjective de la qualité. C'est uniquement en mesurant que l'on s'aperçoit vraiment de la qualité. Il n'est pas sans importance de dire que mesurer la qualité peut mettre en évidence une bonne qualité.

Là où jadis les gens avaient une foi aveugle dans le fonctionnement d'un hôpital et donc dans la qualité et le dévouement des soins, depuis ces dernières décennies nous observons des changements. La confiance joue encore toujours un rôle fondamental, mais de plus en plus les patients, mais aussi les mutualités, les institutions d'assurances et le gouvernement, demandent une preuve de qualité.

La transparence en ce qui concerne la qualité veut dire 'mesurer' et donc 'présenter des données'. L'objectif n'est pas uniquement que l'institution voit ses propres manquements, mais aussi de démontrer aux patients ainsi qu'aux autres acteurs / stakeholders que les soins offerts sont des soins sécurisés d'une haute qualité professionnelle (et donc que l'institution est performant en ce qui concerne son organisation). Pour les financiers des soins cette transparence est importante afin qu'ils continuent (ou éventuellement augmentent) les investissements comme garantie de soins continus et intégrés, adaptés au patient.

Mesurer la qualité dans un hôpital peut se faire de différentes façons. On peut utiliser des grandes bases de données disponibles (exemple : le Bilan Social, FINHOSTA, RCM, RFM, RIM, Statistiques annuelles des Hôpitaux, etc...) mais il faut à tout prix essayer de tenir un registre pas trop complexe qui permet de montrer les résultats d'une façon simple. Lorsqu'une institution veut analyser un problème de qualité plus profondément, un bon point de départ peut être des données de la littérature ou initier sa propre enquête. Les données sur l'activité quotidienne sont complémentaires. Elles sont nécessaires afin de pouvoir effectuer une analyse réaliste sur le fonctionnement de l'institution. Mesurer des indicateurs spécifiques endéans l'institution fera que automatiquement l'institution sera d'autant plus impliquée et augmentera les chances que cela mène à des initiatives (d'amélioration) afin d'optimiser la qualité.

Il est important de savoir que 'mesurer la qualité' n'est pas identique à 'mesurer' comme on l'entend faire dans une étude scientifique bien exécutée. Les objectifs et les projets ou l'on mesure, sont différents de ceux d'une étude scientifique. L'objectif est d'améliorer l'activité quotidienne de l'hôpital (et donc aussi la tâche centrale de l'hôpital : les soins aux patients). Ceci va plus loin que les objectifs d'une étude scientifique classique. Des projets de qualité se joignent plutôt à la mise en place d'actions. Lors des projets d'amélioration de qualité, des

initiatives sont déjà prises au moment de l'enregistrement afin d'améliorer le fonctionnement. Dans une recherche scientifique au contraire, l'on essaye d'éviter au maximum les préjugés afin de pouvoir démontrer le plus clairement possible qu'une certaine (souvent nouvelle) action est meilleure en comparaison au traitement standard. Ceci n'est pas le cas pour les soins de qualité. Au contraire, si des actions d'amélioration sont déjà prises lors de l'enregistrement, ces initiatives sont plus que bienvenues ! (Grouwels and al. 2008; Vandijck 2011).

Mais mesurer doit se faire avec un but précis en tête. Lors d'une « évaluation interne » le processus de suivi, d'enregistrement de données et d'amélioration de la performance est concentré sur l'institution elle-même. Suite à ces informations, l'institution peut découvrir des lacunes dans son organisation. Les participants contrôlent le processus. A l'intérieur de l'institution (qui reçoit les données) il y a des accords sur l'utilisation de ces données conforme aux dispositions juridiques. En d'autres termes, les données disponibles pour l'évaluation de la qualité seront utilisées pour le projet même. L'objectif est l'amélioration du fonctionnement interne de l'institution sur base des priorités internes. Lors d'une évaluation « externe », le contrôle se fait par des gens de l'extérieur. L'objectif est souvent plus large comparé aux priorités choisies par l'institution. La transparence des soins pourrait être un objectif en soi afin que les patients puissent choisir le soignant le plus adapté. En Belgique, l'évaluation externe est effectuée par l'INAMI. Depuis 2002, les soignants reçoivent chaque année un rapport concernant les prescriptions de médicaments, de kinésithérapie, de biologie clinique et d'imagerie médicale. La loi prévoit un suivi et éventuellement une perte d'accréditation pour des médecins qui, dans certaines pratiques de prescriptions, diffèrent nettement de la moyenne ; en d'autres termes : qui sont moins performant. Il est clair que le but de ces mesures est très différent de ce que les soignants choisissent eux-mêmes. Une évaluation externe peut conduire à l'obtention d'un label. De ce fait il est par exemple possible que l'accréditation de certains actes, et donc aussi leur financement, soit dépendant de l'obtention de certains critères imposés. Au Royaume-Uni un cofinancement important est prévu dans les soins de santé de première ligne pour des pratiques qui permettent d'atteindre certains objectifs (Phillips, Bartholomew et al. 2004).

### **3.3.2. Les types d'indicateurs**

Lawrence et al. (1997) ont définis les indicateurs de qualité comme « *les éléments mesurables de la pratique réelle, pour lesquels il existe une preuve ou un consensus afin qu'ils soient utilisés pour améliorer la qualité des soins ainsi que pour le suivi* » (Lawrence and al 1997). Les auteurs soulignent que chaque mot de cette définition a son importance. Les indicateurs doivent mesurer ce qui se passe en réalité, il faut qu'il s'agisse d'une pratique réelle, en d'autres termes on veut objectiver les soins de qualité. Beaucoup d'aspects de ce qui se passe dans un hôpital sont mesurables (le travail clinique, communication avec patients et personnel, investissements en matériel médical, aspects concernant l'organisation, etc...). Néanmoins, l'utilisation des indicateurs doit remplir certaines conditions (Borgermans and al 2010). En première instance, l'hôpital doit avoir une vision clairement formulé ou un plan stratégique. Les indicateurs sont déduits de cette vision et des objectifs stratégiques (Desmidt and Heene 2006). Ensuite la stratégie doit se traduire vers toutes les sections de l'hôpital / institution. Les perspectives ou les domaines de résultats ne seront reconnaissables que s'ils sont appliqués conjointement (interne/externe,

verticale, complémentaire). Il est aussi important que les indicateurs soient adaptés au niveau de gouvernance (et donc gérable en nombre) et que les indicateurs contiennent de préférence les caractéristiques suivantes : valide, fiable et pertinent (Mainz 2003) (Tableau 2). En plus, la mesure doit être faisable, les résultats facilement interprétables et les résultats doivent contenir un potentiel d'amélioration.

Un indicateur est considéré « valide » si il donne une image réelle de la réalité qu'il est supposé mesurer (Booth and Collopy 1997; Mainz 2003).

Un indicateur est considéré « fiable » lorsqu'il peut garantir des mesures précises et objectives (Booth and Collopy 1997; McGlynn and Asch 1998).

Un indicateur est considéré « pertinent » lorsqu'il répond à un problème de management et qu'il est disponible à temps (Hofer, Bernstein et al. 1997; McGlynn and Asch 1998).

A ce jour, tous les indicateurs utilisés par les hôpitaux ne sont pas valides et/ou fiables (Vrolijk and al 2003). Mais ses conditions sont considérées comme très importantes lors du développement d'un set d'indicateurs (Adair and al 2003; Vlayen and al 2006; Smith and al 2008).

L'AHRQ (Technical Review 4 – Refinement of the HCUP Quality indicators) a développé un cadre d'évaluation pour les indicateurs de qualité basé sur une revue de la littérature et des interviews avec des personnes qui ont une longue expérience de travail avec des indicateurs. Les critères proposés sont les suivants :

- Face validity : Un indicateur adéquat doit avoir une base clinique et empirique solide pour son usage. Il doit mesurer un aspect important des soins qui est sous le contrôle du prestataire de soins ou du système de santé.
- Précision Un indicateur adéquat doit avoir une variation assez large entre prestataires, variations qui ne sont pas aléatoires et qui ne sont pas non plus dues à des caractéristiques de la patientèle.
- Biais Minimum L'indicateur ne doit pas être affecté par des variations systématiques dans le 'case-mix' y inclus la sévérité de la maladie et la co-morbidité. Si de telles différences existent, un système d'ajustement en fonction de ces variations doit être établi.
- Construct validity : L'indicateur doit être basé sur des preuves de d'une relation entre son résultat et la qualité. Il doit également être en relation avec les autres indicateurs sensés mesurer le même aspect de la qualité ou des aspects proches.
- Encouragement de réelles améliorations : l'indicateur ne doit pas créer des incitants ou des récompenses pour les prestataires de soins à améliorer la mesure de la performance sans réellement améliorer celle-ci.
- Application : L'indicateur doit avoir été utilisé de manière effective dans le passé et/ou doit avoir un haut potentiel pour être efficace avec d'autres indicateurs déjà en usage.

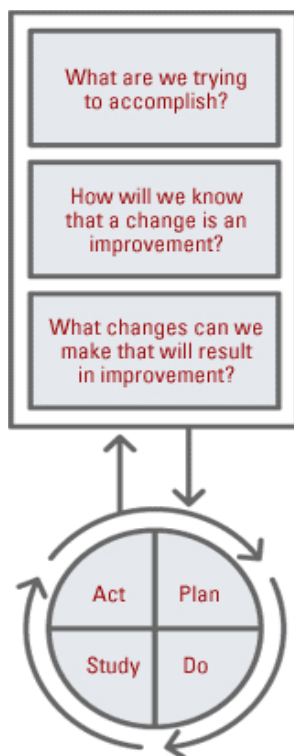
L'IHI<sup>1</sup> pour sa part, ajoute quelques qualités indispensables pour un set d'indicateurs de performance.

**Parcimonie** : Il faut être parcimonieux en choisissant les indicateurs qui vont faire partie du set. Utiliser trop d'indicateurs résulte en une perte de concentration. Il est utilisé par contre d'utiliser différents niveaux de mesure d'une même problématique plutôt que multiplier des mesures qui n'ont pas de relation entre elles (cfr cascade). Les mesures au niveau macro doivent être les moins nombreuses.

---

<sup>1</sup> <http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/WholeSystemMeasuresWhitePaper.htm> page 10

**Utilité** : Certaines mesures sont vraiment utiles et d'autres doivent être réévaluées et remplacées. L'IHI insiste ici aussi sur la liaison entre les indicateurs et le plan stratégique. Lorsque les organisations revoient leur plan stratégique, les indicateurs sont à revoir au même moment dans la même dynamique. Le schéma ci-dessous<sup>2</sup> décrit la logique de l'utilisation des indicateurs selon l'IHI.



#### **Définir des objectifs**

L'amélioration nécessite de définir des objectifs. L'objectif doit être défini dans le temps et mesurable; il devrait aussi déterminer la population spécifique de patients qui seront affectés.

#### **Etablir des mesures – Choisir des indicateurs**

Les équipes utilisent des mesures quantitatives pour déterminer si un changement spécifique amène réellement une amélioration.

#### **Sélectionner les changements**

Toutes les améliorations nécessitent d'introduire des changements, mais tous les changements ne mènent pas à une amélioration. Les organisations doivent donc identifier les changements les plus susceptibles de mener à des améliorations.

#### **Tester les changements**

Le cycle Plan-Do-Study-Act (PDSA) montre les étapes à réaliser pour tester un changement dans la réalité — par sa planification, sa mise en place, l'observation des résultats, l'action en fonction de ce qu'on a appris. C'est la méthode scientifique utilisée pour un apprentissage orienté sur l'action.

#### **Mettre les changements en place**

Après le test à petite échelle, l'apprentissage de chaque test et l'affinement des changements au travers de plusieurs cycles, l'équipe peut mettre en place le changement à plus grande échelle (par exemple d'une unité de soins vers une institution)

#### **Disséminer les changements**

Après la mise en place réussie d'un changement ou d'un ensemble de changements, l'équipe peut disséminer les changements dans d'autres parties de l'organisation ou dans d'autres organisations.

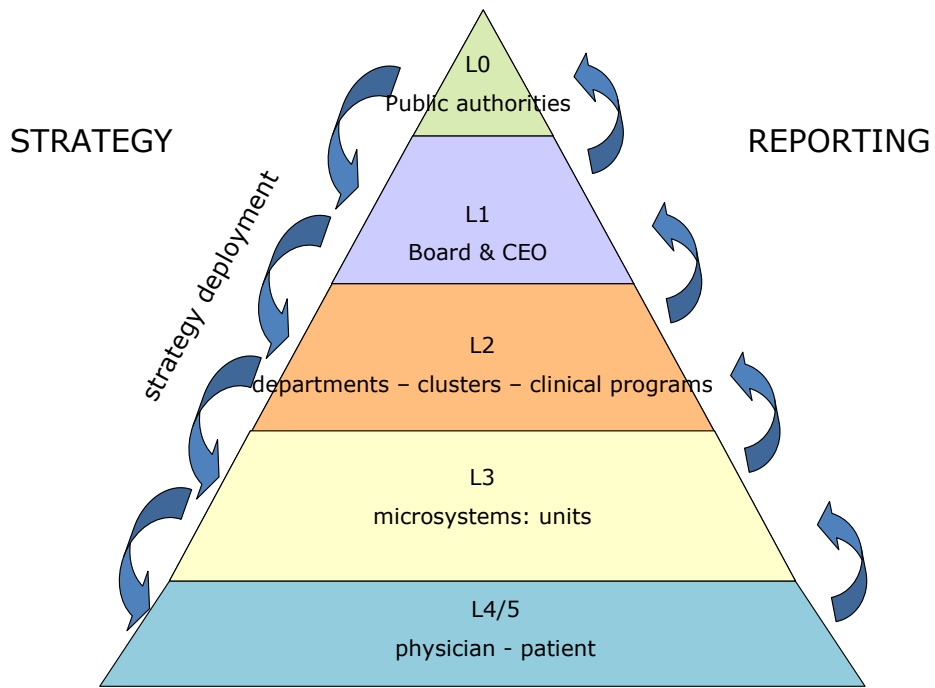
De plus, les indicateurs doivent également être adaptés au niveau auquel ils sont utilisés. Dans son rapport QS 2008-2009 ; l'équipe QS écrit : 'Selon les différents niveaux d'une organisation, différents types d'indicateurs sont utilisés. Les niveaux et leurs types respectifs sont présentés synthétiquement dans la figure ci-dessous «un système de mesures en cascade»' cascade dont l'idée est issue de l'IHI Whole systems measures'.

Au niveau le plus haut de notre cascade L0, se retrouve le niveau du système de santé qui doit pouvoir bénéficier d'indicateurs de résultats.

Au niveau L1, le conseil d'administration et la direction de l'hôpital doivent bénéficier des indicateurs de résultats mais aussi avoir une idée des moyens mis en œuvre.

Au niveau L2, départements et programmes de soins, les équipes doivent disposer d'indicateurs de résultats, de processus et de structures. Aux niveaux L3 et L4, les équipes doivent disposer d'indicateurs de processus et de structures.

<sup>2</sup> <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/>



**Tableau 2 Les caractéristiques des indicateurs de performance (partiellement repris de (Adair and al 2003; Vlayen and al 2006; Smith and al 2008))**

Caractéristique	Définition
Validity	The extent to which the indicator accurately measures what it is intended to measure
Reliability	The extent to which there is minimal measurement error or the extent to which findings are reproducible should they be collected again by another organization
Sensitivity	The extent to which the measurement is discriminative in space or time
Relevance / importance	The extent to which important health conditions accounting for a major share of the burden of disease, the cost of care, or policymakers' priorities are reflected
Interpretability	The extent to which clear conclusions are possible
Sensitivity to change	The extent to which the indicator reflects results of actions when measured over time
Feasibility	The information required for the indicator can be obtained at reasonable cost in relation to its value and can be collected, analysed and reported on in an appropriate time frame
Actionability	The extent to which action can be taken by individuals, organized groups and public and private agencies to meaningfully address this aspect or problem

Afin d'être complet, nous devons mentionner que la plupart des indicateurs se composent d'un numérateur et d'un dénominateur. Le numérateur concerne ce que l'on veut mesurer. Le dénominateur représente la totalité qui porte sur le sujet à mesurer.

Différentes sortes d'indicateurs ont été décrits dans la littérature. Nous continuerons avec une description des catégories d'indicateurs les plus importantes (Tableau 2)

**Tableau 3 Types d'indicateurs**

Types d'indicateurs
Indicateurs de structure, de processus et de résultats
Indicateurs "evidence-based (medicine)"
Indicateurs cliniques versus des indicateurs coût-bénéfice
Indicateurs de sécurité

### 3.3.2.1. Indicateurs de Structure, de processus et de résultats

En suivant la classification de Donabedian (1980) afin d'évaluer la qualité des soins, une distinction doit être faite entre des indicateurs de structure, de processus et de résultats (Donabedian 1980).

#### *Indicateurs de structure*

Les indicateurs de structure mesurent les caractéristiques de qualité d'une organisation de soins. Ils informent sur les conditions organisationnelles selon lesquelles une institution peut fournir des soins appropriés ainsi que sur l'organisation de l'hôpital et ses départements, l'infrastructure, l'instrumentation, la gouvernance, l'encadrement du personnel et les moyens financiers. Ces caractéristiques sont facilement mesurables et forment souvent le point de départ pour l'enregistrement.

#### *Indicateurs de Processus*

Les indicateurs de processus donnent une indication sur le cours des processus (de soins) dans l'hôpital. Le plus souvent, il s'agira de soins et de travail clinique, d'où le terme 'indicateurs cliniques'. D'autre part, les indicateurs de processus peuvent aussi traiter de par exemple la communication avec les stakeholders, les temps d'attente, la durée d'hospitalisation, etc...

#### *Les indicateurs de Résultats*

Les indicateurs de résultats (souvent appelés indicateurs d'outcome) mesurent les aspects concernant l'issue, le résultat des soins (processus de soins). Quelques exemples : ratios de mortalité, statuts de santé, satisfaction du patient / personnel, le traitement des employés, des aspects liés aux coûts ou des ratios financiers, complications après certaines interventions, etc...

**Tableau 4 Indicateurs de structure, processus et résultats selon Donabedian (1980)**

---

Structure	Equipement, personnel, moyens, matériaux, organisation ou niveau d'éducation
Processus	Manière selon laquelle les soins sont précisément réalisés
Résultat	Résultats, entre autres au niveau du patient, mais aussi les coûts

---

### 3.3.2.2. Indicateurs de qualité « evidence-based (medicine) » ou EB(M)

De plus en plus d'indicateurs apparaissent être le fruit d'une construction soignée. Il est très important que de « bons » indicateurs de qualité reflètent le plus possible à quel bon niveau un hôpital se situe en pratique. L'importance d'une relation entre les indicateurs et les directives pour la gestion de bonne pratique est donc évidente. On débute donc avec une bonne directive. On y sélectionne des éléments clefs et ensuite on déduit des points de mesure de ces éléments critiques. Ces points de mesure seront alors présentés à un group d'experts et testés sur leur pertinence et leur faisabilité dans la pratique. On peut trouver de grandes différences dépendamment le système de soins de santé dans lequel on travaille, mais finalement on doit arriver à un consensus en ce qui concerne l'application et la formulation. Les indicateurs qui survivent à une telle procédure sont des indicateurs basés sur l'évidence, aussi appelé des indicateurs EB(M).



Proposer des soins de santé est très complexe et la qualité n'est pas déterminée par un seul aspect (de l'organisation) des soins. En ligne avec l'objectif principal de ce projet, l'astuce consiste à concevoir un set d'indicateurs offrant une image réelle de l'aspect (de l'organisation) des soins à évaluer. Ces sets ne sont donc pas uniquement conçus en partant d'une directive mais aussi à travers la nécessité en pratique de vouloir travailler à un seul problème de qualité spécifique.

### **3.3.2.3. Les Indicateurs cliniques et les indicateurs coût bénéfice**

#### *Les Indicateurs Cliniques*

Les indicateurs cliniques mesurent la qualité des soins cliniques afin d'améliorer d'avantage les soins pour le patient. Elles reflètent des aspects du travail clinique du praticien. Etant donné que cette revue de la littérature se limite essentiellement au volet non clinique, nous ne nous étendrons pas sur ce sujet.

#### *Les indicateurs coût bénéfice*

Les indicateurs coût bénéfice sont d'un ordre différent. Ces indicateurs ont comme objectif d'informer (sensibiliser) les stakeholders de l'impact des services/soins proposés sur le budget des soins de santé. La présentation économique des soins est une partie inhérente des soins de qualité. Non seulement ces données permettront à l'hôpital de s'évaluer en interne, mais en plus, elles rendront une comparaison avec d'autres institutions possibles.

### **3.3.2.4. Les indicateurs de sécurité du patient**

La qualité et la sécurité du patient ont beaucoup en commun (Grouwels and al. 2008). Dans la plupart des publications il s'agit d'indicateurs concernant les complications à la suite d'un traitement ou d'une opération invasive.

Afin d'être complet, il convient de mentionner que la sécurité du patient est liée avec l'espace consacrée au patient lors des soins administrés ainsi qu'avec les informations données afin qu'il puisse ou non consentir à un traitement proposé via un 'informed consent'.

## **3.3 Considérations lors du développement de sets d'indicateurs.**

Des sets d'indicateurs sont des initiatives où le recueil et l'analyse systématique d'indicateurs est essentiel afin d'informer et de donner du feedback aux stakeholders. Lors du développement d'un set d'indicateurs (en partant d'indicateurs existants) certaines étapes doivent être suivies (Veillard, Champagne et al. 2005; Vlayen and al 2006; Grouwels and al. 2008) :

- Déterminer les priorités, basées sur des critères explicites
- Déterminer le public cible et les objectifs de l'indicateur
- Former une équipe dans laquelle les stakeholders les plus importants seront représentés.

- identifier les sources possibles d'indicateurs, allant de sets d'indicateurs existants jusqu'à des directives et de la littérature indexée
- Evaluer la preuve des données existantes.
- Sélectionner les indicateurs de qualité basée sur des preuves existantes (et si pas de preuves disponibles, basée sur l'avis d'experts)
- déterminer les caractéristiques des indicateurs de qualité : numérateur et dénominateur, critères d'inclusion et d'exclusion, identification des sources de données, et déterminer les procédures afin de collecter les données.
- des essais pilotes.

Lors du choix des sources de données appropriées nous devons tenir compte des avantages et désavantages inhérentes. Les bases de données administratives et les dossiers médicaux ont par exemple l'avantage de contenir des informations immédiatement disponibles, mais ces données ont parfois (trop) peu détaillées ou spécifiques. Des données recueillies de façon prospective par contre sont plus spécifiques mais souvent plus chères et pas immédiatement consultables.

Outre les avantages et désavantages il faut aussi tenir compte de la qualité des données (manipulation des données, sur- ou sousdéclaration, biais, etc...). Aussi l'interprétation et la présentation contiennent des problèmes inhérents en termes de justesse d'interprétation (Vlayen and al 2006).

Dans la littérature nous disposons d'un certain nombre d'indicateurs bien fondés, basés sur des directives et acceptés par le secteur. Néanmoins, il est décrit que lorsque ces indicateurs sont utilisés dans des initiatives individuelles d'amélioration de qualité, ils sont souvent insuffisants pour atteindre les objectifs du projet (Grouwels and al. 2008). En d'autres termes, d'autres indicateurs (spécifiques pour l'organisation) sont à ajouter. Lorsqu'on développe soi-même des indicateurs, les différentes étapes mentionnées ci dessus doivent également être complétées (nous ne les passerons pas en détail vu qu'ils sortent du champ de ce projet) :

- Délimiter le problème
- Formuler l'objectif de l'enregistrement
- Décrire le processus et chercher des « facteurs critiques »
- Préparer des points de mesure avec les facteurs critiques
- Evaluer structure, processus et résultat.
- Impliquer les employés dans l'évaluation.

## 4 Revue de la littérature sur une sélection d'indicateurs de performance non - cliniques

### 4.1 Introduction

En 2006 le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) a formulé un avis concernant le financement des hôpitaux en fonction de la qualité livrée, et auquel les hôpitaux pouvaient participer bénévolement. L'objectif était progressivement d'améliorer et de soutenir la coordination de la qualité des soins et la sécurité des patients dans les hôpitaux Belges. Vu que les hôpitaux reconnaissent de plus en plus l'importance d'administrer des soins de bonne qualité, ceux-ci prennent une place de plus en plus importante dans leur propre plan stratégique. Ceci explique pour une grande partie le grand enthousiasme avec lequel les hôpitaux se sont engagés à conclure ce contrat avec le gouvernement et qu'ils essaient d'objectiver leurs résultats à base d'indicateurs (Borgermans et al, 2010).

Après la première année de contrat (2007) deux choix importants ont été faits. Un premier choix concernait la différenciation du contrat pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. Un deuxième choix consistait à cadrer le contrat dans un plan pour la qualité des soins et la sécurité des patients pluriannuel (2008 à 2012), structuré en trois piliers fondamentaux, partant de la triade de Donabedian (structure, processus et résultat) (Donabedian 1966). Des projets antérieurs de qualité du SPF-SCAE étaient souvent des projets *ad hoc* sans vision claire à long terme. Afin d'utiliser les efforts et les moyens d'une façon plus optimale, un plan pluriannuel jusque 2012 a été développé ce qui doit permettre aux hôpitaux et au gouvernement d'avoir une image claire des finalités visées à plus long terme. En plus, des sujets comme la qualité et la sécurité des patients sont de préférence traités en étapes et soigneusement planifiés. C'est pour cette raison que le plan pluriannuel est structuré en trois piliers qui sont indissociablement liés (Borgermans and al 2010).

Un premier pilier concerne le développement d'un système de sécurité de management ; un deuxième pilier concerne les processus des soins et un troisième pilier les indicateurs. Il va de soi que dans le cadre du projet HPI.be nous irons plus en détail sur ce troisième pilier qui a aussi comme objectif primaire la cartographie des indicateurs utilisés au sein d'un hôpital afin de diriger la politique concernant la qualité et la sécurité des patients.

Un des objectifs les plus importants du gouvernement dans ce troisième pilier du contrat 'Coordination de la Qualité et de la Sécurité des Patients' est la cartographie des indicateurs utilisés par les hôpitaux pour diriger leur politique concernant la qualité et la sécurité des patients. Une cartographie nationale des indicateurs utilisés n'est actuellement pas disponible pour les différents types d'hôpitaux. Ceci est plutôt surprenant vu les différentes initiatives internationales à ce sujet (OCDE, OMS, European Union Network for patient Safety (EUNetPas), et Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)) visant le benchmarking des indicateurs (World Health Organisation 2001; Veillard, Champagne et al. 2005; Groene, Klazinga et al. 2008; Borgermans and al 2010). Suite à la première année de contrat (2007) il s'est avéré que seulement 26% des hôpitaux

considéraient comme important de travailler avec des indicateurs comme un objectif opérationnel. Entretemps ce pourcentage a clairement augmenté.

Concernant ce qui vient d'être dit, le gouvernement a inclut deux objectifs dans sa gestion. Un premier objectif est que, en analogie avec le Feedback Multidimensionnel envers les Hôpitaux (SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008) le gouvernement veut donner une vue améliorée aux hôpitaux en ce qui concerne les indicateurs utilisés actuellement, et en particulier en ce qui concerne la multidimensionnalité et une distribution équilibrée des indicateurs selon les différentes dimensions.

Les dimensions actuellement considérées comme importantes par le gouvernement lors de la gestion de la qualité et la sécurité du patient sont les suivantes (cfr aussi : Introduction générale) :

- La Performance Clinique
- La Sécurité du Patients et la mise centrale du patient
- Performance économique, financière et technique
- L'orientation du personnel et de l'équipe.

Le gouvernement estime que les hôpitaux doivent acquérir de mieux en mieux une connaissance de la mission, la vision et la stratégie de l'hôpital d'une part, et les résultats des soins d'autre part. Il est également important que les hôpitaux comprennent de mieux en mieux la liaison entre les résultats des différents indicateurs. Un deuxième argument pour démontrer l'importance d'une cartographie nationale est que le gouvernement veut travailler au développement d'un set d'indicateurs national concernant la performance de l'hôpital (clinique et non clinique). Le gouvernement pourra utiliser ce set d'indicateurs national comme justification publique des fonds dépensés. Ce set d'indicateurs national à base d'indicateurs sortant des banques de données administratives pourra même être la base d'une future politique de financement. (« pay-for-quality »). D'autre part, en donnant ce set d'indicateurs aux hôpitaux on leur offre un fil rouge à suivre afin de développer leurs propres indicateurs.

Dans le futur, avoir des valeurs cibles ou de référence concrètes pour certains indicateurs deviendra de plus en plus important, ainsi que l'accessibilité des résultats de ces indicateurs pour tous les intervenants.

#### ***4.2 Sélection des Indicateurs de Performance Non Cliniques pour le développement d'un set d'Indicateurs pour les Hôpitaux Généraux.***

Un des objectifs primaires de l'actuel projet consiste à développer un set de 20 indicateurs de performance (10 indicateurs cliniques et 10 indicateurs non cliniques) qui devra *in fine* aider les hôpitaux à optimiser en interne leur gestion de qualité et donc à augmenter leur performance. Dans cette partie du rapport, nous donnerons une description des dix indicateurs de performance non cliniques sélectionnés. Afin de rendre la sélection des indicateurs de performance possible, idéalement des techniques de consensus doivent être appliquées comme par exemple les Rand Appropriateness Method (RAM) ou la technique Delphi comme utilisé précédemment dans des projets internationaux semblables (Canadian

Institute for Health Information 1999; National Health Performance Committee (NHPC) 2001; Mattke, Epstein et al. 2006; Vlayen and al 2010)

Lorsque l'on divise les indicateurs non cliniques les plus cités dans la littérature scientifique, conformément aux dimensions du SPF SCAE (en page 18), on remarque que les indicateurs de la dimension « performance économique, financière et technique » sont les plus fréquents, suivi par les indicateurs classés sous la dimension « orientation du personnel et de l'équipe » et « sécurité du patient et mise centrale du patient ». Un grand nombre des indicateurs décrit est cependant non-conforme aux définitions / conditions auxquelles un indicateur doit répondre (exemple : numérateur et dénominateur, valeurs cibles, etc...)

Pour chaque indicateur retenu dans la sélection une même structure sera si possible suivie avec la description de l'indicateur, sa source, le numérateur et le dénominateur, la justification, les caractéristiques de l'indicateur, (les sources de données), et les résultats. Afin de garder cette sélection claire, nous ne mentionnerons pas tous les possibles indicateurs reliés.

#### 4.2.1 Degré d'indépendance financière

(Dexia bank 2006; Menachemi, Burkhardt et al. 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Kim, McCue et al. 2009; Borgermans and al 2010)

Cet indicateur est l'un des indicateurs de base afin d'évaluer la solidité financière d'un hôpital. Il va préciser le degré d'autonomie d'un hôpital comparé à des tiers et la capacité d'investissement sans devoir faire appel à des fonds externes.

Ce ratio financier exprime en pourcentage la proportion des fonds propres relatifs à la totalité des fonds, plus précisément le passif total.

$$\text{Fonds propres / passif total} * 100$$

L'hôpital se porte bien si le pourcentage est au delà des 50%; par contre lorsque le pourcentage est inférieur à 10% l'hôpital est dans une mauvaise situation. Si la valeur est située entre 10 et 50%, il convient de suivre l'évolution de l'indicateur. Il est nécessaire de prendre des mesures lorsque le chiffre s'avère négatif.

Lorsque l'on compare des résultats de différents hôpitaux il faut tenir compte de la grandeur de l'institution, la spécialisation, le statut et la structure du capital.

#### 4.2.2 Niveau du cashflow

(Dexia bank 2006; Menachemi, Burkhardt et al. 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Kim, McCue et al. 2009; Borgermans and al 2010)

Cet indicateur donne d'une part une image claire de la santé économique et financière récente de l'hôpital et d'autre part donne une indication si l'hôpital est capable de financer des activités lui-même.

$$\text{Comparaison du cashflow avec le passif total}$$

Ce ratio est une approximation d'un flux de liquidités et donne donc un indice sur les moyens de financements propres de l'hôpital. Plus haut le ratio est, mieux c'est. Lorsque l'on compare des résultats de différents hôpitaux il faut tenir compte de la grandeur de l'institution, la spécialisation, le statut et la structure du capital.

### 4.2.3 Rentabilité

(Dexia bank 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Borgermans and al 2010; Danvers and Nikolov 2010; Abbott, White et al. 2011)

Cet indicateur nous donne une indication sur le niveau de rentabilité de l'hôpital. De telle façon, un hôpital peut déterminer sa performance dans la branche où il est actif.

Ce ratio financier est très significatif pour une comparaison entre des hôpitaux appartenant à un même groupe et également pour son évolution dans le temps.

**Résultat d'exploitation / chiffre d'affaires**

Lorsque l'on compare des résultats de différents hôpitaux il faut tenir compte de la grandeur de l'institution, la spécialisation, le statut et la structure du capital.

### 4.2.4 Performance en termes de durée de séjour

(Rapoport, Teres et al. 2003; Dexia bank 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Borgermans and al 2010)

A base de cet indicateur on peut estimer si un hôpital est performant en termes de durée de séjour qui elle est financé sur base d'une activité justifiée. Ce ratio concerne tous les séjours, aussi bien les séjours couplés à des durées de séjour moyennes nationales que les séjours couplés à une règle de financement exceptionnelle.

En utilisant ce ratio, on peut estimer si l'hôpital est performant en termes de durées de séjour.

**Jours d'hospitalisation justifiés / jours d'hospitalisation facturés pour tous les séjours**

Lorsqu'un hôpital a un ratio supérieur à 100%, la plupart des jours d'hospitalisation facturés seront financés par l'activité justifiée. Lorsqu'un hôpital a un ratio inférieur à 100%, il doit analyser les journées d'hospitalisation qui ne sont pas pris en compte par une activité justifiée.

Lorsqu'on parle d'activité justifiée, il faut faire la distinction entre deux types de séjours : (1) les séjours à qui on a attribué une durée de séjour moyenne nationale et (2) les séjours à qui on a attribué une durée de séjour corrigée. Le ratio prend en compte les deux catégories.

#### 4.2.5 L'utilisation de la capacité hospitalière

(SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Borgermans and al 2010; Gagliardi, Majewski et al. 2010)

Cet indicateur permet l'hôpital de gérer efficacement le taux d'occupation des lits et la durée de séjour.

Grâce à ce ratio l'hôpital peut mesurer l'efficacité d'utilisation de la capacité de l'hôpital et permet également d'estimer le degré d'occupation des lits justifiés.

**Lits justifiés pour une limitation jusque 112% / lits justifiés au 1<sup>er</sup> janvier \* 100**

Lorsque le ratio est supérieur à 100%, l'hôpital est performant en termes de durée de séjours. Tous les lits justifiés sont occupés et l'activité justifiée finance tous les lits.

Lorsque le ratio est inférieur à 100%, l'activité justifiée ne finance pas tous les lits. Pourtant tous les lits justifiés pourraient être occupés.

#### 4.2.6 Degré de qualification du personnel infirmier / soignant

(Thorens, Kaelin et al. 1995; Needleman, Buerhaus et al. 2002; Hassmiller and Cozine 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Vandijck and Blot 2008; Borgermans and al 2010)

Sur base de cet indicateur l'hôpital peut déterminer sa position en ce qui concerne le niveau de qualité des soins médicaux / infirmiers aux patients.

L'indicateur va comparer le personnel infirmier qui est un groupe central dans l'activité hospitalière, avec la totalité du personnel soignant, à l'exception des étudiants et des assistants logistiques. L'indicateur donne une indication claire de la qualité des soins.

**Infirmier(e)s gradués et brevetés en ETP / personnel soignant en ETP \* 100**

La valeur de cet indicateur dépend de la précision avec laquelle sont collectées et gérées les données concernant le grade et la fonction du personnel infirmier / soignant par le service du personnel de l'hôpital.

La littérature nous apprend que les indicateurs de structure comme le degré de qualification du personnel soignant (mais aussi le niveau du staff, la pression de travail, etc...) sont déterminants pour les résultats obtenus au niveau des processus et des résultats (cliniques).

#### 4.2.7 La satisfaction du personnel

(Arnetz 1999; Wallace, Lemaire et al. 2009; Jenaro, Flores et al. 2011)

Les directions des hôpitaux s'intéressent de plus en plus à l'avis du personnel soignant, infirmier, paramédical et médical en ce qui concerne l'organisation efficace de la gestion du personnel et les soins de santé. Le personnel a souvent d'autres attentes, d'autres demandes, d'autres priorités. A base de cet indicateur la qualité des services offerts au personnel peut être amélioré et les différentes initiatives pour l'amélioration de la qualité évalué.

Cet indicateur nous montre les aspects suivants :

- le pourcentage des membres du personnel ayant reçu au cours de l'année une enquête de satisfaction (**pourcentage d'enquêtes distribuées**)
- le pourcentage moyen de réponse (**pourcentage d'enquêtes remplies et rendues**)
- le nombre de domaines ainsi que leur variabilité traités dans l'enquête (**nombre de domaines étudiés**)

#### 4.2.8 Satisfaction du patient

(Jha, Orav et al. 2008; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Mpinga and Chastonay 2011)

Le personnel soignant, infirmier, paramédical et médical ainsi que la direction des hôpitaux s'intéressent de plus en plus à l'opinion du patient concernant l'organisation efficace des soins de santé et le niveau de soins adéquats (en d'autres termes : est ce que ces soins ont amélioré la santé du patient et/ou sa qualité de vie). Le patient a souvent d'autres attentes, d'autres demandes, d'autres priorités. A base de cet indicateur la qualité des soins proposés peut être améliorée et les initiatives prises afin d'améliorer cette qualité évaluées.

Cet indicateur nous montre les aspects suivants :

- le pourcentage des patients hospitalisés ayant reçu au cours de l'année une enquête de satisfaction (**pourcentage d'enquêtes distribuées**)
- le pourcentage moyen de réponse (**pourcentage d'enquêtes remplies et rendues**)
- le nombre de domaines ainsi que leur variabilité traités dans l'enquête (**nombre de domaines étudiés**)

#### 4.2.9 Le nombre de plaintes auprès du service de médiation

(Pickert and al 2008; Borgermans and al 2010; Dumon and Balthazar 2010) (Pickert and al 2008; Borgermans and al 2010; Dumon and Balthazar 2010)

Comme nous l'avons mentionné en parlant de l'indicateur « satisfaction du patient » (point 3.2.8) l'opinion du patient suite à ses expériences lors de son séjour d'hospitalisation, devient de plus en plus importante. Le service de médiation a pris une place au premier rang et doit être présent dans un hôpital afin que celui-ci puisse être reconnu par le gouvernement. Le service de médiation n'interviendra que si le patient, après avoir exprimé sa plainte, n'a pas été écouté par le soignant ou si il n'a pas eu de réponse satisfaisante. La fonction ultime du service de médiation est de rétablir la communication entre le patient et le soignant (paramédical, médical).

Le nombre de plaintes est un indicateur pour évaluer la qualité des soins et pour l'améliorer. Des plaintes peuvent être considérées comme une forme d'avis reçus via les patients.

#### 4.2.10 Frais d'informatisation / investissement en TIC

(Chaudhry, Wang et al. 2006; SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins 2008; Russell, Rosenfeld et al. 2010)

A base de cet indicateur on évalue en quelle mesure l'hôpital investit en informatique / TIC par rapport aux frais totaux.

**Frais d'informatisation / frais totaux de l'hôpital \* 100**



La valeur de cet indicateur doit être interprétée en tenant compte de la question si le service informatique de l'hôpital est utilisé uniquement à des fins d'activités hospitalières ou s'il travaille également pour un groupe d'autres fournisseurs de services.

### **4.3 Discussion Générale, Considérations Critiques et Orientations Potentielles pour le Futur.**

La littérature qui a servi de base pour cette revue de la littérature ainsi que pour la sélection des dix indicateurs de performance non-cliniques, est possiblement biaisé de deux façons. Pour la sélection des articles la stratégie de recherche a été limitée à des manuscrits écrits en anglais ou en néerlandais. La conséquence de ce choix méthodologique est que possiblement des recherches et/ou expériences pertinentes n'ont à tort pas été pris en considération. Un second biais possible est que cette recherche systématique de la littérature a été axée sur la recherche d'articles parus dans des revues *peer-reviewed*, et indexés dans les bases de données médicales, les plus hautes quottées scientifiquement. Probablement des rapports pertinent mais scientifiquement d'une qualité estimée moindre, n'ont pas été repris dans la première partie de cette étude.

Pour la sélection des indicateurs de performance non-cliniques, nous avons opté de suivre une méthode spécifique sur base de la disponibilité des données comme décrit dans la littérature scientifique. Nous y avons réfléchi uniquement au sein de l'équipe de recherche sans consulter des experts externes.

Cette série très limitée d'indicateurs sélectionnés ne couvrent selon l'avis du groupe de recherche HPI.be qu'une partie limitée du tableau global de la gestion de performance / qualité dans le contexte des hôpitaux généraux. Concrètement cela signifie que ces indicateurs ne sont que le reflet de ce qui a été décrit le plus fréquemment dans la littérature indexée jusqu'au jour d'aujourd'hui et ce possiblement pour diverses raisons (entre autres une approche et une recherche d'un point de vue scientifique plus adaptée etc...). En particulier la littérature grise montre que de nombreux indicateurs de performance non cliniques (tout comme cliniques) ont été décrits. En d'autres termes des indicateurs de performance non-cliniques non repris dans ce set d'indicateurs ne peuvent *a priori* pas être catalogué comme moins important / pertinent. Il est également important de mentionner que la littérature rapporte régulièrement des indicateurs « pas/difficilement mesurable » ou certains variables suivies qui sont définis à tort comme indicateur. L'absence de quelque chose de « mesurable » implique une impossibilité de suivre et de surveiller des évolutions dans le temps, d'avoir des objectifs chiffrés explicites, de comparer avec d'autres institutions et d'ajuster si besoin. Cette constatation est conforme au contexte réel dans les hôpitaux Belges. Un projet de recherche récent commandé par le SPF SCAE conclut que les hôpitaux Belges définirent d'une façon très variable le terme « indicateur » (Borgermans and al 2010). Ainsi tous les paramètres suivis par les hôpitaux dans le cadre de la qualité des soins et la sécurité des patients, recevraient automatiquement le label d'indicateur sans qu'un dénominateur, un numérateur ou une valeur cible claire soit d'application ou sans qu'il puisse être référé à la validité, la fiabilité et la pertinence de ce qui est mesuré (Booth and Collopy 1997; McGlynn and Asch 1998; Mainz 2003; Smith and al 2008).

Sans vouloir donner une liste non-exhaustive dans ce rapport, des dimensions spécifiques de la qualité comme par exemple des soins centrés sur le patient ou l'équité des soins mais aussi d'autres dimensions, plus difficilement traduisible en indicateur de performance, sont souvent sujet à des discussions et des controverses. Pour certaines dimensions comme l'accessibilité, la littérature actuelle donne simplement une description d'aspects spécifiques, ou les indicateurs mentionnés se rapportent à entre autres l'accès physique des soins, le coût et la disponibilité du personnel. Des indicateurs voulant mesurer l'accessibilité en fonction du contexte culturel, des barrières psychologiques, la rapidité (listes d'attentes, etc...)etc... ne sont quasi pas décrit. En ce qui concerne l'innovation comme une partie de la dimension durabilité (sustainability) les indicateurs se limitent à l'utilisation de la technologie informatique (dossiers de patient électroniques, etc..) et des techniques peu invasives. Aucun indicateur n'a été décrit concernant l'utilisation de nouvelles technologies ou concernant le degré d'investissement en recherche et développement. Le manque d'indicateurs pour des dimensions spécifiques (et donc pas repris dans le set d'indicateurs proposé) démontre que trop peu d'information / de littérature à ce sujet est disponible.

Pour des futurs projets semblables, d'autres critères de sélection / méthodes peuvent paraître plus opportuns, dépendamment des objectifs fixés. Là où cette première partie du rapport actuel avait comme point de départ pour le développement d'un set d'indicateurs les indicateurs de performance non-cliniques décrits et existants dans la littérature internationale, une prochaine version mise à jour pourrait, en tenant compte des défauts et réflexions mentionnés ci-dessus, être complétée par des indicateurs disponibles dans les bases de données du SPF SCAE et d'autres instances. Contrairement à d'autres pays, la Belgique a une tradition d'enregistrement très large et dispose de ce fait de bases de données très précieuses. Une analyse profonde serait donc d'une grande valeur en plus du set d'indicateurs proposé par ce rapport, afin de développer de nouveaux indicateurs qui signifieraient une nette valeur ajoutée. En partant du perspective d'améliorer d'avantage la performance dans les hôpitaux Belges, plusieurs autres facteurs pourraient éventuellement jouer un rôle futur dans la sélection d'indicateurs de performance additionnels. Afin de pouvoir détecter certaines tendances au fil du temps, il est important de surveiller des indicateurs (spécifiques) avec une fréquence prédéterminée (Cannoodt and al 2005). Ensuite il faut intégrer de plus en plus d'espace dans le set d'indicateurs afin de pouvoir anticiper les progrès de la science. A cette fin des indicateurs peuvent être retirés ou ajoutés au set d'indicateurs. Pour terminer, vu que la transparence et la justification sont deux des caractéristiques les plus importantes du système de santé Belge, le choix et l'inclusion d'indicateurs de performance doit toujours être mesurée par rapport aux politiques de santé menées. Il est important de dire que ceci exige une description / définition très claire des objectifs fixés de la gestion dans la législature actuelle et une harmonisation pour une comparaison internationale.

#### **4.4 *Recommandations pour la Gestion***

- Le développement d'un set complet d'indicateurs (cliniques et) non-cliniques doit être planifié et consolidé. A cette fin, les moyens et le personnel nécessaire doivent être disponibles.
- L'utilisation du set d'indicateurs n'a de sens que compte tenu des objectifs concrets préalablement définis sur base des priorités dans la gestion des soins de santé par le SPF

SCAE. Pour le futur, il est donc conseillé, si nécessaire, de sélectionner ou inclure des indicateurs permettant de déterminer en quelle mesure les objectifs préalablement définis sont atteints.

- Afin d'être pertinent et de pouvoir ajuster les politiques menées et afin de pouvoir détecter des évolutions au fil du temps, des rapports doivent être produits avec une certaine fréquence. Un rapportage annuel nous semble faisable à condition que les moyens et le personnel nécessaire soient disponibles.

- Une première priorité consiste à déterminer les insuffisances et les lacunes dans l'actuel rapport.

- Comme mentionné dans cette première partie du rapport, nous ne retrouvons quasi pas de descriptions d'indicateurs pour des dimensions spécifiques (exemple : orientation patient, équité, ...) dans la littérature scientifique. Des groupes de travail spécifiques pourraient être mis sur pied afin de définir / développer des indicateurs pertinents, de chercher des sources d'indicateurs et des données pertinents afin de mesurer ces indicateurs.

- Lors du développement / sélection de (nouveaux) indicateurs il faut rechercher un équilibre entre les indicateurs déjà inclus (suivi) et les nouveaux indicateurs qui reflètent les évolutions dans la situation Belge spécifique.

- Pour le développement / sélection de (nouveaux) indicateurs les bases de données disponibles doivent être pleinement consultées. Ceci demande une collaboration intensive avec les data managers du SPF SCAE.

- Le développement / sélection de nouveaux indicateurs doit être en accordance avec le système de santé Belge.

- Une condition absolue pour le développement / mise à jour d'un set d'indicateurs national est (1) une collaboration entre toutes les parties concernées (une délégation administrative, scientifique et politique est nécessaire) et (2) la disponibilité rapide de données pertinentes et correctes. Pour cette raison il faut être très attentif à l'aspect de collecte de données, vu que la précision de toutes les étapes suivantes dépendra entièrement de la qualité des données.

- Pour terminer, le SPF SCAE devra développer une stratégie de communication pour la diffusion de ses rapports etc. envers les hôpitaux et où l'on pourra tester si l'information diffusée a effectivement atteint sa cible. Ceci est d'une importance capitale si le gouvernement veut une politique proactive concernant l'utilisation justifiée des moyens donnés et qu'elle veut en deuxième instance s'adresser au secteur.

## **4.5 Conclusion**

Cette première partie du rapport HPI.be donne une sélection d'un set d'indicateurs non cliniques qui probablement jouera un rôle important dans la gestion de qualité actuelle des hôpitaux généraux Belges. Ce set ne prétend en aucun cas être une liste d'indicateurs exhaustive ou finale. Ce set vise la flexibilité ou l'utilisation des indicateurs à une position centrale afin d'optimiser les décisions concernant la performance. Ce n'est pas le rapport en soi qui est important, mais ce qu'on en fera par la suite. Ce rapport veut être un guide afin d'en stimuler la communication, un plaidoyer pour un enregistrement de données précis avec comme objectif l'obtention d'une image juste / réaliste de la pratique, et suivi d'actions sur base des résultats.

## 5 Revue des programmes d'évaluation de la performance hospitalière à l'étranger

### Grands projets USA

#### 5.1 Le set d'indicateurs de l'AHRQ

L'Agence pour la recherche en soins de santé et la qualité (Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ)) a pour mission d'améliorer la qualité, la sécurité l'efficacité et le rapport coût efficacité des soins de santé pour tous les américains. C'est une des douze agences du département fédéral de la santé et des services humains (Department of Health and Human Services). L'AHRQ supporte des recherches qui aident à prendre des décisions plus informées et améliorent la qualité des services de santé.

Environ 300 personnes y travaillent. Le budget pour l'année 2010 était de \$372 millions dont 80% sont consacrés au financement de recherches réalisées par d'autres instituts ou universités. L'AHRQ participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à des partenariats et génère de la connaissance et des outils nécessaires pour l'amélioration à long terme. Le but de ces recherches est d'apporter des améliorations mesurables dans les soins de santé aux USA évalués en termes d'amélioration de la qualité de vie, de résultats des soins, de vies sauvées et de valeur acquise par rapport aux dépenses effectuées.

Les clients de l'AHRQ sont :

- Les cliniciens et autres prestataires de soins de santé comme les hôpitaux ;
- Les patients et les citoyens-consommateurs (consumers) ;
- Les décideurs en soins de santé au niveau fédéral et local ;
- Les financeurs du système des soins de santé comme les employeurs et les assureurs publics et privés.
- D'autres officiels comme les systèmes hospitaliers et les facultés de médecine.

Les domaines principaux d'activités sont

- Sécurité et qualité : Diminuer le risque de dommages par la promotion de soins de santé les meilleurs possible ;
- Effectiveness : Améliorer les résultats des soins de santé par l'utilisation d'information scientifiquement fondées pour la prise de décision en ce qui concerne les soins de santé ;
- Efficiency : Permettre que le recherche soit utilisée dans la pratique de tous les jours pour faciliter un accès plus vaste à des soins de santé efficaces et réduire les dépenses non nécessaires.

Ces différents domaines d'activités sont déclinés en programmes pour :

- La comparaison de l'efficacité, effectiveness des traitements par des recherches, la rédaction de guides à destination des patients, des décideurs et des prestataires de

soins, des activités de Health Technology Assessment (HTA) pour des médicaments, du matériel ou des techniques médicales.

- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients par la dissémination de recherches qui se penchent sur les causes profondes des problèmes de sécurité pour les patients, l'ampleur des problèmes d'erreurs médicales et les moyens de les prévenir au niveau du système. Les activités réalisées sont nombreuses et incluent le développement de l'instrument de mesure de la culture de la sécurité du patient « Patient Safety Culture assessment tools » qui est utilisé en Belgique par le SPF SCAE dans le cadre du contrat QS.
- Le développement de technologies de l'information
- Les soins de préventions basés sur des preuves
- Health care value - AHRQ développe des moyens pour réaliser une plus 'grande valeur' en matière de soins de santé en produisant des mesures, des données, des outils, des éléments de preuve, et les stratégies dont les organisations de soins de santé, les systèmes, les assureurs, les acheteurs et les décideurs ont besoin pour améliorer la valeur et l'accessibilité des soins de santé.

Les initiatives dans ce domaine comprennent :

- des enquêtes auprès des familles, des prestataires de soins et des employeurs sur la fréquence d'usage des services de santé, les coûts et les méthodes de paiements
- le projet 'Health Care cost and utilization project' qui a mis sur pied des bases de données de consommation de soins au niveau du patient
- **des indicateurs de qualité** qui permettent de mettre en lumière les possibles problèmes de qualité et de suivre les évolutions dans le temps
- les rapports annuels [National Healthcare Quality Report](#) and [National Healthcare Disparities Report](#) qui mesurent les tendances en efficacité, coût efficacité des soins, sécurité des patients, l'attention aux patients et la délivrance des soins en temps acceptable
- les State Snap shots qui sont des rapports internet qui soulignent par la publication d'information sur les soins de santé les améliorations possibles
- the [National Guideline Clearinghouse™](#) qui met à disposition sur internet des informations sur plus de 2,300 recommandations de bonne pratique EBM ou basées sur des preuves
- the [National Quality Measures Clearinghouse™](#), une base de données et un web site qui fournissent de l'information spécifique sur des mesures de qualité EBM des soins de santé et des sets de mesure.

### 5.1.1 Les indicateurs

Les indicateurs de qualité (AHRQ QIs) sont basés exclusivement sur des données administratives d'hospitalisation.

Le set d'indicateurs est organisé en quatre modules :

#### 1. Prevention Quality Indicators (PQIs) or Ambulatory Care sensitive conditions.

Ces indicateurs identifient les hospitalisations qui auraient pu être évitées par des soins ambulatoires de qualité ;

## 2. Inpatient Quality Indicators (IQIs)

Ces IQIs reflètent la qualité des soins délivrés dans l'hôpital et incluent la mortalité intrahospitalière pour certaines pathologies médicales et pour certaines procédures chirurgicales, des données sur l'utilisation de certaines procédures pour lesquelles il pourrait y avoir une sous-utilisation, une sur-utilisation ou une mauvaise utilisation, le volume des procédures pour lesquelles il existe des preuves qu'un plus haut volume de prestations est associé à une moindre mortalité.

## 3. Patient Safety Indicators (PSIs)

Les PSIs reflètent aussi la qualité des soins à l'hôpital mais sont centrés sur les complications potentiellement évitables et les événements iatrogènes.

## 4. Pediatric Quality Indicators (PDIs)

Ces PDIs reflètent à la fois la qualité des soins dans l'hôpital et les admissions potentiellement évitables parmi les enfants.

Ces AHRQ QIs, les indicateurs actuels font suite aux HCUP QIs développés en 1994.

Les HCUP QIs ont été développés dans le but d'obtenir des indicateurs à faible coût sans collecte de données supplémentaires à partir des données de sortie d'hospitalisation. Vu les limites du type de données utilisées, ces indicateurs étaient conçus uniquement comme outil de screening.

Ils ont été développés à partir d'une recherche de littérature, ils devaient être simples à mettre en place et ne pas donner lieu à des systèmes compliqués d'ajustement des risques. 33 mesures ont ainsi été sélectionnées.

En 2000, au vu des progrès réalisés et publiés dans des revues scientifiques dans le domaine de la qualité des soins et sur base de l'expérience des prestataires de soins qui ont utilisés les HCUP QIs, l'AHRQ a commandité une nouvelle recherche pour affiner et développer les HCUP QIs, ce qui a donné naissance aux AHRQ QIs qui consistent en un set de 45 indicateurs pour la qualité clinique (IQIs).

L'AHRQ Technical Review 4 – Refinement of the HCUP Quality indicators a développé un cadre d'évaluation pour les indicateurs de qualité basé sur une revue de la littérature et des interviews avec des personnes qui ont une longue expérience de travail avec des indicateurs HCUP. Les critères proposés sont les suivants :

- Face validity : Un indicateur adéquat doit avoir une base clinique et empirique solide pour son usage. Il doit mesurer un aspect important des soins qui est sous le contrôle du prestataire de soins ou du système de santé.
- Précision Un indicateur adéquat doit avoir une variation assez large entre prestataires, variations qui ne sont pas aléatoires et qui ne sont pas non plus dues à des caractéristiques de la patientèle.
- Biais Minimum L'indicateur ne doit pas être affecté par des variations systématiques dans le 'case-mix' y inclus la sévérité de la maladie et la co-morbidité. Si de telles différences existent, un système d'ajustement en fonction de ces variations doit être établi.
- Construct validity : L'indicateur doit être basé sur des preuves de d'une relation entre son résultat et la qualité. Il doit également être en relation avec les autres indicateurs sensés mesurer le même aspect de la qualité ou des aspects proches.

- Encouragement de réelles améliorations : l'indicateur ne doit pas créer des incitants ou des récompenses pour les prestataires de soins à améliorer la mesure de la performance sans réellement améliorer celle-ci.
- Application : L'indicateur doit avoir été utilisé de manière effective dans le passé et/ou doit avoir un haut potentiel pour être efficace avec d'autres indicateurs déjà en usage.

Plus de 200 indicateurs cités dans la littérature ont été évalués de cette manière.

Le set d'IQIs comporte 45 indicateurs dont 25 sont des indicateurs présentés au niveau du prestataire de soins et 20 des indicateurs présentés au niveau de la région.

#### Mesures de volume

Indicateur 1 : Volume de réparation de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

Indicateur 2 : Volume de endartérectomie de la carotide

Indicateur 3 : Volume de pontages coronaires

Indicateur 4 : Volume de résections de l'œsophage

Indicateur 5 : Volume de résections pancréatiques

Indicateur 6 : Volume de chirurgie cardiaque pédiatrique

Indicateur 7 : Volume d'angioplasties coronaires percutanées transluminales (PTCA)

#### Mesures d'utilisation au niveau du prestataires de soins

Indicateur 8 : Taux d'accouchements par césarienne

Indicateur 9 : Taux d'appendicectomie (incidental ??) parmi les personnes âgées

Indicateur 10 : Taux de cathétérisation cardiaque bilatérale

Indicateur 11 : Taux d'accouchement réussi par voie vaginale après césarienne

Indicateur 12 : Taux de cholécystectomie par voie laparoscopique

#### Mesures d'utilisation au niveau de la région

Indicateur 13 : Taux de pontages coronaires

Indicateur 14 : Taux d'hystérectomie

Indicateur 15 : Taux de laminectomie ou de fusion spinale

Indicateur 16 : Taux d'angioplasties coronaires percutanées transluminales (PTCA)

#### Mesures concernant les pathologies sensibles aux soins ambulatoires

Indicateur 17 : Taux d'admission pour déshydratation

Indicateur 18 : Taux d'admission pour pneumonie bactérienne

Indicateur 19 : Taux d'admission pour infection urinaire

Indicateur 20 : Taux d'admission pour appendice perforé

Indicateur 21 : Taux d'admission pour angor sans procédure

Indicateur 22 : Taux d'admission pour asthme chez l'adulte

Indicateur 23 : Taux d'admission pour Bronchite Chronique Obstructive (BPCO)

Indicateur 24 : Taux d'admission pour décompensation cardiaque congestive

Indicateur 25 : Taux d'admission pour complications à court terme de diabète

Indicateur 26 : Taux d'admission pour diabète incontrôlé

Indicateur 27 : Taux d'admission pour complications à long terme de diabète

Indicateur 28 : Taux d'admission pour hypertension

Indicateur 29 : Taux d'amputation des extrémités inférieures

Indicateur 30 : Taux de naissances avec un petit poids  
Indicateur 31 : Taux d'admissions pédiatriques pour asthme  
Indicateur 32 : Taux d'admission pédiatrique pour gastroentérite aiguë.

#### Mesure de la mortalité intra hospitalière

Indicateur 33 : Taux de mortalité après infarctus aigu du myocarde  
Indicateur 34 : Taux de mortalité pour insuffisance cardiaque congestive  
Indicateur 35 : Taux de mortalité pour hémorragie gastro-intestinale  
Indicateur 36 : Taux de mortalité après fracture de hanche  
Indicateur 37 : Taux de mortalité pour pneumonie  
Indicateur 38 : Taux de mortalité après AVC (accident vasculaire cérébral)

#### Mesure de la mortalité après procédure

Indicateur 39 : Taux de mortalité après réparation d'un anévrisme aortique abdominal  
Indicateur 40 : Taux de mortalité après pontage coronaire  
Indicateur 41 : Taux de mortalité après craniotomie  
Indicateur 42 : Taux de mortalité après résection de l'œsophage  
Indicateur 43 : Taux de mortalité après prothèse de hanche  
Indicateur 44 : Taux de mortalité après résection pancréatique  
Indicateur 45 : Taux de mortalité après chirurgie cardiaque pédiatrique

Pour chacun de ces indicateurs, une fiche détaillée est rédigée. Elle décrit le numérateur et le dénominateur à sélectionner, les preuves provenant de la littérature en appliquant le cadre conceptuel dont nous avons parlé au niveau de la- sélection des indicateurs et une discussion sur les précautions à prendre lors de l'interprétation des résultats.

Le set de PSIs comporte 20 indicateurs

PSI 1 : Complications d'anesthésie  
PSI 2 : Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité  
PSI 3 : Ulcère de décubitus  
PSI 4 : «Failure to rescue»  
PSI 5 : Corps étranger laissé au cours d'une intervention  
PSI 6 : Pneumothorax iatrogène  
PSI 7 : Infections liées aux soins  
PSI 8 : Fracture de hanche postopératoire  
PSI 9 : Hémorragie ou hématome postopératoire  
PSI 10 : Complications physiologiques et métaboliques postopératoires  
PSI 11 : Insuffisance respiratoire postopératoire  
PSI 12 : Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire  
PSI 13 : Septicémie postopératoire  
PSI 14 : Déhiscence de plaie opératoire après une chirurgie abdominopelvienne  
PSI 15 : Piqûre ou lacération accidentelle  
PSI 16 : Réaction à la transfusion  
PSI 17 : Traumatisme obstétrical du nouveau-né  
PSI 18 : Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse assisté par instrumentation



PSI 19 : Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse assisté sans instrumentation

PSI 20 : Traumatisme obstétrical au cours d'une césarienne

### 5.1.2 Mise en place/opérationnalisation

Le set d'indicateurs de qualité de l'AHRQ est mis à disposition gratuitement pour toutes les organisations qui souhaitent l'utiliser et il est effectivement le set d'indicateurs le plus utilisé parmi les hôpitaux américains mais aussi d'autres pays de l'OCDE.

Il est également utilisé pour des objectifs de plus en plus variés, au départ, ce set d'indicateurs était un instrument de screening pour permettre aux hôpitaux eux-mêmes de détecter de potentiels problèmes de qualité des soins.

<http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindsum.htm#QIMarket>

Mais il est aussi actuellement utilisé par différentes organisations pour orienter leurs assurés vers des prestataires de soins, ou comme éléments dans des programmes de paiement à la performance ou la publication de résultats pour le grand public.

Dans leur rapport d'évaluation, l'AHRQ rapporte que l'utilisation du set d'indicateurs a clairement aidé certains hôpitaux à améliorer leur performance.

Ces indicateurs font l'objet de révisions qui tiennent compte de l'avis des utilisateurs.

### 5.1.3 Limitations/difficultés

Les PSI comme les IQI ont été clairement développés pour être utilisés comme outils de dépistage de potentiels problèmes de qualité et de sécurité et non pour des diffusions publiques de résultats ou des systèmes de paiement à la performance vu les limitations de ces instruments.

Ces limitations sont notamment (AHRQ Technical Review 4 – Refinement of the HCUP Quality Indicators) (AHRQ Technical review 5 – PSI)

- L'utilisation de données administratives favorisent certains types d'indicateurs et les PSI comme les IQI présentent plus d'indicateurs chirurgicaux que médicaux ou psychiatriques vu que les complications médicales sont difficiles à séparer des co-morbidités (ou même de facteurs déjà présents à l'admission)
- Certains indicateurs ne sont que des proxy pour la qualité
- Certains indicateurs sont imprécis et peuvent varier de façon aléatoire
- Certains indicateurs sont vulnérables à des pratiques de sur-codifications des co-morbidités
- Les indicateurs de mortalité intra-hospitalière sont liés à des pratiques hospitalières comme les transferts ou les sorties précoces

#### **Sources :**

<http://www.ahrq.gov/>

<http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/hcupqisum.htm> AHRQ Technical Review 4 – Refinement of the HCUP Quality Indicators

[www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/psi/psi.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/psi/psi.pdf) - AHRQ Technical review 5 – PSI

## **5.2 Le projet IHI et les travaux de Richard Grol**

L'IHI – Institute for Healthcare Improvement est une organisation non profit indépendante basée à Cambridge au Massachusetts. L'IHI occupe un staff de plus de 100 personnes et a développé de multiples partenariats avec des facultés au travers le monde.

L'IHI vise la poursuite permanente des objectifs suivants : « Safety, Effectiveness, Patient-Centeredness, Timeliness, Efficiency, and Equity”.

Ils traduisent ces objectifs de la manière concrète suivante :

- Pas de morts inutiles
- Pas de douleur ou de souffrance inutile
- Pas de listes d'attentes non désirées
- Pas de gaspillages
- Pas d'exclusion de personnes

L'IHI a été fondé en 1980 par Don Berwick et un groupe de partenaires qui souhaitaient un système exempt d'erreurs, de gaspillages, de délais et de coûts économiques et sociaux insoutenables.

Lors de la première décennie l'IHI s'est concentré sur l'identification et la diffusion des best practices. Par la suite, l'Institut s'est focalisé sur l'innovation, la R et D et la création de solutions innovantes. Il a développé de nombreuses méthodologies spécifiques au secteur santé .Nous avons analysé avec attention les méthodologies développées spécifiquement pour l'amélioration de la performance dans les hôpitaux et la mise en œuvre effective du changement. Pour cette description, nous avons retenu celle qui nous paraît la plus pertinente pour notre étude : la méthode développée par Thomas W. Nolan et publiée dans les Innovation Series en 2007 (Nolan 2007). D'autres études sont également très pertinentes comme les études : « Move Your Dot™: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates » ( Part I and II ).

### **5.2.1 Méthodologie**

Le point de départ des auteurs pour proposer la méthodologie est la constatation que le mouvement pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les hôpitaux a commencé avec des projets individuels d'amélioration.

Beaucoup d'hôpitaux ont ainsi pu obtenir les premiers résultats avec des projets tels que la réduction des erreurs médicales, la réduction de la mortalité dans le cas par exemple de l'infarctus du myocarde, l'amélioration dans la gestion d'une maladie chronique ou la réduction des délais dans la prise en charge à l'hôpital.

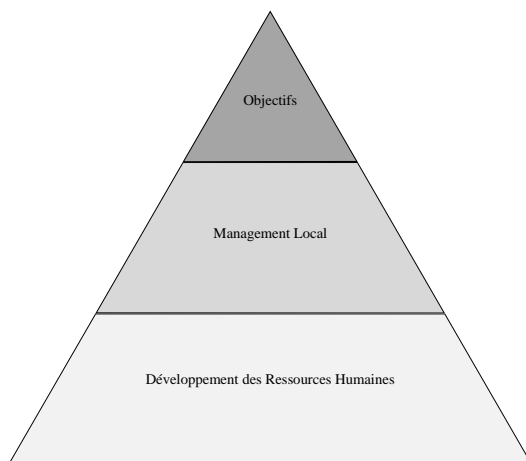
Ces projets ont souvent été initiés par des « champions » internes tels que des chirurgiens motivés pour diminuer le taux d'infections chirurgicales, l'infirmière intéressée dans la gestion des anticoagulants ou la pharmacienne passionnée par la sécurité dans la distribution du médicament.

Mais cette étape n'est pas suffisante. L'étape suivante est que l'amélioration de la qualité et de la sécurité devienne une composante importante du plan stratégique des hôpitaux, que les conseils d'administration comprennent que la qualité et la sécurité font partie intégrante de leurs responsabilités en matière de gouvernance. Les membres du conseil d'administration sont en effet responsables des améliorations au niveau du système et c'est sur le système qu'il faut agir pour que les initiatives individuelles de départ s'élargissent et deviennent une composante généralisée de l'ensemble du système. C'est sur cette base que la méthodologie est développée.

L'IHI propose un schéma méthodologique axé sur trois composantes intégrées :

- La capacité de définir des objectifs stratégiques au niveau du système en matière de performance en coordonnant le portefeuille de projets et les ressources humaines et les investissements en capital nécessaires
- La mise en place d'un management local et d'une supervision des activités visant à améliorer la performance
- Le développement et la formation des ressources humaines impliquées dans les initiatives pour produire des résultats au niveau du système

Cette approche est résumée dans le schéma suivant :

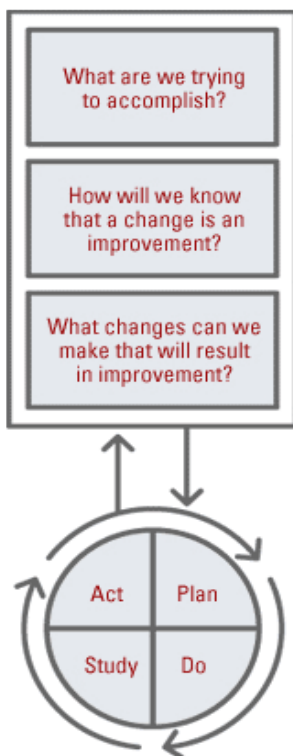


Afin d'aider les hôpitaux à mettre ce schéma en place, l'IHI propose sur son site internet de nombreux outils à disposition des prestataires de soins [www.ihl.org](http://www.ihl.org).

Nous pouvons citer ici, leurs programmes centrés sur leur 'Improvement Map', un outil interactif d'aide à la planification du changement.

Les différents sujets et outils de mise en place pour aider à structurer les démarches entreprises.

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/e.g.>



### Définir des objectifs

L'amélioration nécessite de définir des objectifs. L'objectif doit être défini dans le temps et mesurable; il devrait aussi déterminer la population spécifique de patients qui seront affectés.

### Etablir des mesures – Choisir des indicateurs

Les équipes utilisent des mesures quantitatives pour déterminer si un changement spécifique amène réellement une amélioration.

### Sélectionner les changements

Toutes les améliorations nécessitent d'introduire des changements, mais tous les changements ne mènent pas à une amélioration. Les organisations doivent donc identifier les changements les plus susceptibles de mener à des améliorations.

### Tester les changements

Le cycle Plan-Do-Study-Act (PDSA) montre les étapes à réaliser pour tester un changement dans la réalité — par sa planification, sa mise en place, l'observation des résultats, l'action en fonction de ce qu'on a appris. C'est la méthode scientifique utilisée pour un apprentissage orienté sur l'action.

### Mettre les changements en place

Après le test à petite échelle, l'apprentissage de chaque test et l'affinement des changements au travers de plusieurs cycles, l'équipe peut mettre en place le changement à plus grande échelle (par exemple d'une unité de soins vers une institution)

### Disséminer les changements

Après la mise en place réussie d'un changement ou d'un ensemble de changements, l'équipe peut disséminer les changements dans d'autres parties de l'organisation ou dans d'autres organisations.

Ils proposent également une série de documents de réflexion (White papers)

<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/> dont certains sont tout à fait intéressants pour cette étude : Whole System Measures, Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda, Leadership Guide to Patient Safety.

## 5.2.2 Mise en place/opérationnalisation

L'essentiel de la méthodologie porte sur les efforts à accomplir, les étapes à suivre et les conditions à remplir pour que la mise en œuvre soit effective. Il n'est pas possible de décrire ici tous les aspects de cette méthodologie mais attachons nous à décrire ici quelques facteurs-clés dans les différentes étapes :

Pour améliorer la performance au niveau des hôpitaux quatre conditions-clés doivent être satisfaites :

1. Définir des objectifs précis et détaillés en matière de performance :

La poursuite d'un objectif au niveau de l'ensemble de l'organisation comme le pourcentage de réadmission à l'hôpital nécessite de réfléchir à l'organisation dans son ensemble. Le nouveau système va inclure de nouvelles façons d'intégrer les soins à domicile, la médecine de première ligne et la famille par exemple. Il s'agit donc d'un objectif ambitieux dont l'ensemble de l'organisation doit prendre conscience en sachant que l'atteinte de l'objectif nécessite des efforts importants. Cet objectif devra se matérialiser par un objectif chiffré comme par exemple « Taux de réadmission dans les 30 jours à l'hôpital = 4.69 % »

Il est rare que les organisations atteignent plus de deux améliorations significatives de performance par an à un tel niveau de spécification. Il faut donc éviter d'être trop ambitieux.

## 2. Développer un portefeuille de projets pour supporter les objectifs

La poursuite des objectifs sans le développement de projets adaptés va amener à des réactions non souhaitables pour atteindre l'objectif ou à des effets non attendus ou va tout simplement se solder par une incapacité à atteindre l'objectif. Le choix du nombre et de la nature des projets est crucial et détaillé dans la méthodologie proposée par l'IHI.

## 3. Déployer des ressources pour le projet qui sont appropriées à l'objectif

Les organisations qui ont été les plus performantes ont développé un pool de personnes en charge des projets avec les compétences suivantes :

- Curiosité
- Capacité d'évoluer de la conception à l'exécution
- Compétence d'analyse quantitative et compétences informatiques en rapport
- Capacité de travailler avec tous les niveaux et toutes les disciplines professionnelles
- Capacité à générer la confiance
- Habilité en matière de communication

Ces organisations ont également veillé pour l'ensemble du personnel à :

- A accroître la prise de responsabilités
- A suivre des séminaires ou toute autre formation
- Participer à des organiser collaboratives comme l'IHI
- Réaliser des présentations dans des conférences
- Ecrire des papiers pour des publications peer-reviewed

### 5.2.3 Limitations/difficultés

La difficulté essentielle de cette approche réside dans la prise de conscience à tous les niveaux de l'importance à accorder à la mise en œuvre et aux facteurs qui vont interférer pour soutenir ou au contraire annihiler le projet. Une prise de conscience s'impose tant au niveau des autorités publiques que du management de l'hôpital ou des responsables projets.

Cette idée est soutenue par les excellents travaux de Richard Grol (Grol and Grimshaw 2003) qui réalise une excellente revue de littérature sur le sujet. Il met en évidence les principaux obstacles à la réussite de la mise en œuvre (Haines and Rogers 2001)

Environnement pratique (contexte organisationnel)

- Désincitants financiers — par exemple manque de remboursement
- Contraintes organisationnelles — par exemple manque de temps
- Perception de risque — par exemple risque de plainte formelle
- Attentes de patients — par exemple souhaits exprimés en matière de prescription

Opinion prévalente (contexte social)

- Standards de pratique — par exemple routine habituelle
- Leaders d'opinion— par exemple personnes-clés pas d'accord avec l'évidence
- Formation médicale — par exemple connaissance obsolète
- Plaidoyer — par exemple par les firmes pharmaceutiques

Connaissance et attitudes (contexte professionnel)

- Incertitude clinique — par exemple test non nécessaire pour de symptômes vagues
- Sens des compétences — par exemple confiance dans ses capacités
- Compulsion à agir — par exemple besoin de faire quelque chose
- Surcharge d'information — par exemple incapacité à appréhender l'évidence

Il développe également une synthèse de littérature sur les stratégies pour favoriser la mise en œuvre : matériel éducatif – cours, conférences – réunions interactives en petits groupes – visites – utilisation de leaders d'opinion – formation – feedback sur la performance – reminders – support à la décision informatisé – introduction de l'informatique dans la pratique – substitution de tâches – collaboration multi- professionnelle - campagnes médias – interventions financières - interventions patients – interventions combinées.

La conclusion finale de Richard Grol synthétise parfaitement l'ensemble des méthodes présentées ci-avant et est en parfaite symbiose avec l'IHI : « Si vous souhaitez commencer demain à changer les pratiques, préparez vous bien : impliquer les bonnes personnes, élaborez une proposition de changement possible et attractive, étudiez les principales difficultés pour réaliser le changement, et sélectionner un ensemble de stratégies et de mesures à différents niveaux , cela bien sûr dans le cadre de votre budget et de possibilités. Définissez des indicateurs pour mesurer le succès et surveillez les en permanence ou à intervalles réguliers. Et, enfin, prenez du plaisir au travail en rendant les soins aux patients

## Projets européens

### 5.3 Le projet PATH

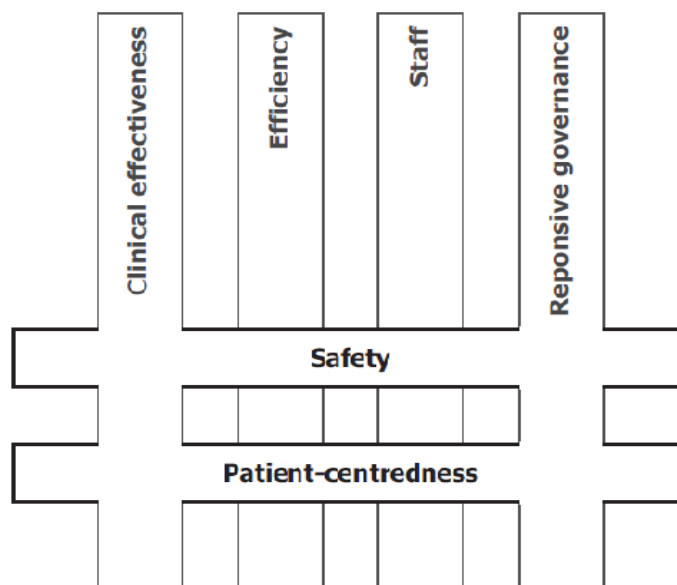
Le projet PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals) a été lancé en 2003 par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce projet a été mis en place dans 65 hôpitaux dans 8 pays, dont 22 hôpitaux en Belgique. Le but de ce projet est de développer et disséminer un outil flexible et global pour l'évaluation de la performance hospitalière. Il vise à supporter les hôpitaux lors de la mesure de leur performance, l'analyse de leurs propres résultats et la traduction de ceux-ci en actions d'amélioration. L'aide apportée consiste en la fourniture aux hôpitaux d'outils de mesure de la performance, la mise en place de support 'collégial' et la création d'un réseau entre les hôpitaux participants.

Lors du développement du cadre conceptuel de PATH, les orientations politiques des systèmes de santé furent identifiées et prises en compte (Veillard, Champagne et al.).

Les orientations stratégiques de l'OMS ont été déclinées en six dimensions interconnectées : l'efficacité clinique, la sécurité, l'approche centrée sur le patient (*patient-centeredness*), la

gouvernance adaptée aux besoins du publique (*responsive governance*), l'orientation ressources humaines hospitalières et l'efficacité, comme le montre la Figure 3. Chacun des ces termes est explicités dans le Tableau 1.

**Figure 3 : Le modèle théorique du projet PATH pour la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.).**



L'OMS défend une approche multidimensionnelle de la performance hospitalière, toutes les dimensions sont considérées comme interdépendantes et devant être évaluées simultanément. Cette approche multidimensionnelle forme la base de la définition de la performance hospitalière dans la cadre du projet PATH.

**Tableau 1 Description des dimensions et sous-dimensions de la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.)**

Dimension	Définition	Sous-dimensions
Efficacité clinique	L'efficacité clinique est une dimension de la performance dans laquelle, un hôpital, en ligne avec l'état actuel des connaissances, délivre à tous les patients susceptibles d'en bénéficier le plus, des soins ou des services cliniques de façon appropriée et compétente et réalise les résultats désirés.	-Conformité des processus de soins -Résultats des processus de soins -Soins appropriés
Efficience	L'efficience consiste en un usage optimal par l'hôpital de ses ressources pour l'obtention d'un résultat maximal dans les limites de ses ressources disponibles.	-Services appropriées -Ressources investies proportionnelles aux résultats -Utilisation des technologies disponibles pour la réalisation des meilleurs soins possibles
Orientation ressources humaines hospitalières	L'orientation ressources humaines hospitalières évalue dans quelle mesure le staff possède les qualifications nécessaires pour délivrer les soins au patient, a l'opportunité de continuer à apprendre et à se former, travaille dans des conditions favorables et est satisfait de son travail.	-Environnement de travail -Perspectives et reconnaissances des besoins individuels -Activités de promotion de la santé et de la sécurité du personnel -Attitudes, comportements et état de santé du personnel

Dimension	Définition	Sous-dimensions
Gouvernance adaptée aux besoins	La gouvernance adaptée aux besoins montre dans quelle mesure l'hôpital répond aux besoins de la communauté, assure la continuité et la coordination des soins, promeut la santé, est innovant et délivre des soins à tous les citoyens sans distinction quelle que soient leurs caractéristiques raciales, physiques, culturelles, sociales, démographiques ou économiques.	-Intégration de l'hôpital dans le système de santé et avec la communauté -Orientation santé publique
Sécurité	La sécurité est la dimension de la performance dans laquelle l'hôpital possède la structure appropriée et utilise des processus de délivrance des soins qui de façon mesurable préviennent ou réduisent les dommages ou les risques pour les patients et les prestataires de soins	-Sécurité du patient -Sécurité du staff -Sécurité pour l'environnement
Soins centrés sur les patients	Dans cette dimension de la performance, l'hôpital place les patients au centre des soins et des services en faisant particulièrement attention aux besoins du patient et de sa famille, à ses attentes, à son autonomie, à la confidentialité, à la dignité, au choix des prestataires et au désir du patient pour des soins rapides et délivrés en temps opportun.	-Orientation client -Respect pour les patients

Selon ce modèle, une haute performance devrait se baser sur des compétences professionnelles qui appliquent les connaissances actuelles, les technologies et les ressources à disposition, qui utilisent les ressources de façon efficiente, qui minimisent les risques pour le patient, qui lui portent toute l'attention nécessaire et qui contribuent de façon optimale aux résultats en termes de santé. Grâce à la dimension de gouvernance adaptée aux besoins, l'hôpital est resitué dans l'environnement global des soins de santé en général. Une performance hospitalière élevée doit donc également prendre en compte l'attention portée aux besoins et aux demandes de la communauté (population), l'intégration des services dans l'ensemble du système de fourniture de soins de santé et un engagement à promouvoir la santé. Une performance hospitalière élevée doit aussi s'évaluer en relation avec la disponibilité des services hospitaliers à tous les patients quelques soient les barrières physiques, culturelles, sociales, démographiques et économiques.

Un apport important de ce cadre conceptuel est aussi l'inter-relation des dimensions, la sécurité est analysée au niveau du patient mais aussi au niveau du personnel de santé (par exemple : le respect des doses d'irradiation, le monitoring des accidents par aiguilles mais aussi la prévalence du tabagisme au sein du staff) ou au niveau de la gouvernance adaptée (par la prise en compte de l'impact environnemental par exemple). Le croisement entre la sécurité et l'efficacité rappelle que la sécurité a un coût dont il faut tenir compte.

### 5.3.1 Les indicateurs

Pour définir le cadre conceptuel et sélectionner les indicateurs, l'équipe du Projet PAtH a réalisé les étapes suivantes (Veillard, Champagne et al.) :

1. Les systèmes de mesure de la performance hospitalière aux niveaux régional et national et leur mise en pratique ont été passés en revue pour établir une liste



préliminaire de 100 indicateurs potentiels. Cette liste a été revue par des experts qui ont ajouté et éliminés quelques indicateurs.

2. Les dimensions et sub-dimensions du cadre conceptuel qui ne sont pas bien couvertes ont été identifiées et des recherches ont été effectuées dans la littérature pour trouver des indicateurs
3. Une revue de la littérature a été effectuée pour chacun des 100 indicateurs identifiés pour recueillir des informations sur la prévalence, la validité et fiabilité, l'usage actuel, les relations démontrées et/ou suggérées avec d'autres indicateurs et les facteurs exogènes potentiels.
  - a. Pour les indicateurs d'efficacité clinique, de nombreuses études permettent de montrer leur validité.
  - b. Pour les indicateurs comme l'orientation « personnel » et la « responsive governance », très peu de recherches et d'expériences sont rapportées.
4. Une enquête a ensuite été réalisée dans 20 pays afin de déterminer la validité des indicateurs et leur utilité dans les contextes nationaux, leur impact potentiel sur l'amélioration de la qualité et la charge représentée par la collecte de données.
5. Les experts ont ensuite sélectionné les indicateurs et les ont répartis dans un set de base (core set) valable dans tous les contextes et un set adhoc (tailored set) pour des aspects spécifiques.
6. Un dernier workshop a été organisé afin de valider le set d'indicateurs.
7. Le set d'indicateurs a été pré-testé dans 6 pays dont la Belgique (37 hôpitaux).
8. en 2009, 16 pays participent à PATH : France, Allemagne, Espagne, Grèce, Pologne, Bosnie-Herzégovine, Hongrie, Albanie, Estonie, Croatie, Malte, Turquie, Tchéquie, Slovaquie, Lituanie, Slovaquie (<http://www.pathqualityproject.eu/path-organized,pcc.html>)

La liste finale des indicateurs comprend :

- Un set de base de 24 indicateurs qui pourront à terme être utiles pour une comparaison interhospitalière.
  - le taux d'accouchements par césarienne
  - l'utilisation d'antibiothérapie prophylactique pour certaines chirurgies électives (cancer colo-rectal, pontage coronaire, prothèse de hanche, hystérectomie)
  - Mortalité intra-hospitalière après infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, pneumonie communautaire, fracture de hanche, pontage coronaire ;
  - Réadmission dans les 30 jours pour infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, pneumonie communautaire, fracture de hanche, pontage coronaire, asthme et diabète ;
  - Taux d'hospitalisation de jour pour chirurgie : cataracte, arthroscopie du genou, hernie inguinale, curetage utérin, amygdalectomie et cure de végétations adénoïdes, cholécystectomie, ligature tubaire, cure de varices ;
  - Taux d'admission après chirurgie ambulatoire (même opérations qu'au point précédent) ;
  - Retour non planifié en unité de soins intensif dans les 48h après la sortie ;
  - Durée de séjour pour après infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, pneumonie communautaire, fracture de hanche, pontage coronaire ;
  - Durée des séjours pour infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, pneumonie communautaire, fracture de hanche, pontage coronaire ;

- Utilisation des salles d'opération ;
- Dépense en formation du staff
- Absentéisme
- Heures supplémentaires prestées ;
- Blessures par aiguille ;
- Tabagisme parmi le staff ;
- Allaitement à la sortie ;
- Mesure des soins de transition ;
- Attentes du patient ;

Pour chaque indicateur, une fiche descriptive a été établie, un exemple de fiche descriptive est montré en Figure 4.

**Figure 4 Exemple d'une fiche descriptive d'un indicateur du core set de PATH.**

Indicator name	C1. Caesarean section
Rationale (Including justification, strengths and limits)	<p>Caesarean section is an indicator of clinical effectiveness and, in case it is not indicated, may reflect a safety concern by exposing mothers to unnecessary surgery. Caesarean sections are associated with higher morbidity and mortality, including deep vein thrombosis, pulmonary embolism, post-thrombotic syndrome, endometritis and wound infections.</p> <p>WHO targets a Caesarean section rate of 10-15%. In the Nordic countries, the rate remains stable around this target, while it steadily increased in US, Canada and UK.</p> <p><b>Strengths:</b> Caesarean section is the most common operative procedure in US. There is evidence of major variations and of over-use for this procedure. The indicator may address large potentials for quality improvement in a number of settings.</p> <p><b>Limits:</b> The indicator is difficult to interpret due to its bi-directionality. Selection bias can be expected and there is a need to identify high-risk patients (such as HIV positive mothers). Patients for which Caesarean section is indicated can only to a limited extent be identified from administrative databases and non-clinical (cultural and socio-demographic) factors and patients' preferences are difficult to account for.</p>
Domain	Clinical Effectiveness / Safety
Definition	Percentage of Caesarean sections of total deliveries
Type of Indicator	Process measure
Numerator	<p>Number of Caesarean section sections</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICD9: 868.7</li> <li>- ICD9CM: 740, 741, 742, 744, 748.8</li> <li>- ICD10: O82</li> </ul>
Denominator	<p>All deliveries</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICD9: 840-876</li> <li>- AHRQ Delivery DRGs: 370, 373, 371, 374, 372, 375</li> <li>- ICD10: O1, O2, O4, O6-O8, O80-O82, O 85, O88, O89 with sixth digit 1 or 2, or Z1</li> </ul>
Optional	<p>a) Number of primary Caesarean section over number of primary deliveries</p> <p>b) Vaginal deliveries over all deliveries with a previous Caesarean section</p>
Inclusion	Delivery with > 37 weeks pregnancy
Exclusion	Abnormal presentation, fetal death, multiple gestation, breech procedure
Interpretation	There is evidence of overuse of Caesarean delivery, therefore lower rates are preferred. However, the indicator is bidirectional, i.e. too low rates may reflect underuse. Rates that are approximately below 15% and above 25% may indicate inappropriate care.
Data source	Birth register, theatre register, delivery suite register, maternity case notes, patient records, administrative database, discharge abstract, national specific register
Observation time	Observation time depends on case-load in individual facilities and data can be collected retrospectively or prospectively. If done retrospectively, all cases in 2006 should be included. If done prospectively, observation time should be between one to three months.
Further information	<p>This indicator is based on the definition as proposed by the Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Additional information on the evidence and technical specifications can be found under the following link: AHRQ Inpatient Quality Indicators: <a href="http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/quality_guide_v31.pdf">http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/quality_guide_v31.pdf</a> (page 60ff) and <a href="http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/quality_technical_specs_v31.pdf">http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/quality_technical_specs_v31.pdf</a> (p21ff)</p>

Un set de 27 indicateurs adhoc adaptés aux situations locales.

Les concepteurs de PATH (Veillard, Champagne et al.) insistent sur le fait que les indicateurs ne doivent pas être interprétés chacun de façon isolée mais bien dans l'ensemble et à l'aide du cadre conceptuel.

Deux indicateurs ont été construits dans ce but : un index de performance relative et un index de performance globale.

### 5.3.2 Mise en place/opérationnalisation

La collecte de données a commencé dans 6 pays de façon pilote (51 hôpitaux). Au terme de cette phase pilote, une évaluation a été menée par l'interview des coordinateurs régionaux et nationaux et des coordinateurs hospitaliers (dans 37 hôpitaux) (Groene, Klazinga et al. 2008). L'objectif de cette évaluation était d'identifier les facteurs facilitateurs ou obstructifs à la mise en place du projet et d'impliquer les utilisateurs dans le processus de révision de la description des indicateurs, la collecte de données et la procédure de reporting.

Il ressort de cette évaluation que PATH est utile pour attirer l'attention sur différentes dimensions de la qualité, sur les interactions entre les indicateurs et pour intégrer différentes bases de données au sein de l'hôpital. Il ressort aussi par contre que les index de performance relative et de performance globale n'ont pas été totalement compris. La plupart des coordinateurs hospitaliers a estimé que pour certains indicateurs (l'utilisation d'antibioprophylaxie, l'utilisation des salles d'opérations, les dépenses en formation et l'absentéisme), la collecte de données était fastidieuse, mais que les indicateurs génériques étaient applicable dans tous hôpitaux. Les coordinateurs hospitaliers demandent aussi à ce que le délai entre la collecte de données et le feedback soit réduit et à ce que d'autres outils soient offerts pour stimuler l'apprentissage de la mise en place de processus d'amélioration de la performance.

Parmi les challenges de PATH, l'équipe note qu'il faut absolument dissocier les réelles différences en performance des différences au niveau des mesures sur lesquelles sont basées les indicateurs de PATH.

Actuellement, le projet PATH continue dans 16 pays (France, Allemagne, Espagne, Grèce, Pologne, Bosnie-Herzégovine, Hongrie, Albanie, Estonie, Croatie, Malte, Turquie, Tchéquie, Slovénie, Lituanie, Slovaquie). Les hôpitaux participants reçoivent un feedback et sont invités à participer à des réunions de partage d'expérience. Les résultats sont fournis aux hôpitaux pour les aider à s'auto-améliorer.

### 5.3.3 Limitations/difficultés

Le cadre conceptuel très développé de PATH n'a pas été traduit dans un cadre opérationnel formalisé. L'équipe PATH suppose que la communication des résultats aux hôpitaux et la discussion de ceux-ci lors de réunion entres hôpitaux suffira à ce que les hôpitaux mettent spontanément en place des actions pour permettre d'améliorer leur performance.

Un certain nombre d'indicateurs de performance ont été proposés

([http://www.pathqualityproject.eu/upload/file/path\\_20092010\\_indicators\\_descriptive\\_sheets.pdf](http://www.pathqualityproject.eu/upload/file/path_20092010_indicators_descriptive_sheets.pdf)) mais les dimensions d'approche centrée sur le patient ou de gouvernance adaptée aux besoins n'y figurent pas.

Par ailleurs, la collecte de données peut être considérée par certains hôpitaux comme trop lourde. Par exemple, en Belgique, 22 hôpitaux avaient décidé de participer au projet, Cependant, après deux années de participation, la Belgique a décidé de ne plus participer parce que PATH demandait trop de collecte de données supplémentaires par rapport aux données déjà récoltées en routine.

Enfin, l'impact de l'utilisation du modèle PATH sur l'amélioration de la performance hospitalière n'a pas encore été analysé.

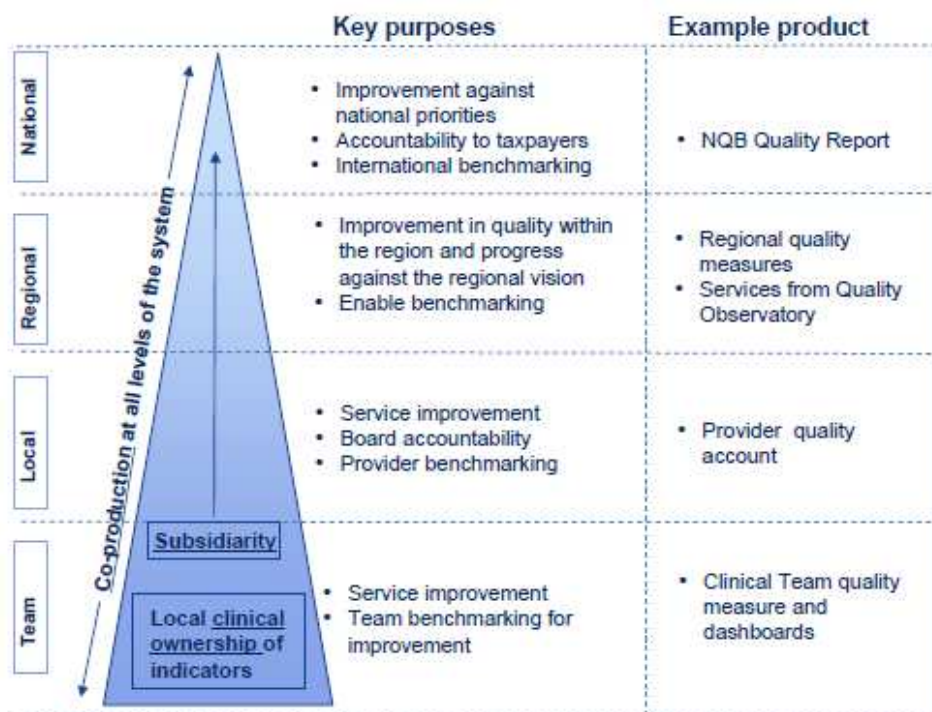
### 5.4 Mesure de la performance hospitalière en Grande-Bretagne

Beaucoup d'initiatives pour la mesure de la performance hospitalière ont vu le jour en Grande-Bretagne.

Le système de santé en Grande-Bretagne est constitué principalement par le Système National de Santé le NHS

- Le département de la santé (Department of Health) a développé un cadre conceptuel pour la mise en place d'indicateurs de santé.

#### Quality Pyramid Overview of the quality indicators framework



Sources of evidence-based indicators include Royal Colleges, specialist societies, NHS Information Centre, universities, commercial sector

- Une Commission indépendante, la Care Quality Commission (CQC) a publié différents rapports appelés « Annual Health Check » et ensuite « NHS performance rating » dont le dernier a été publié en 2008.

[http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?widCall1=customWidgets.content\\_view\\_1&cit\\_id=35456](http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?widCall1=customWidgets.content_view_1&cit_id=35456)

Dans ces rapports, la CQC adopte deux groupes de critères pour l'évaluation des hôpitaux : « Overall Quality » et « Financial Management ».

La partie management financier est évaluée sur base de vérification des comptes et d'audit financier.

La partie Qualité globale est la mesure du succès avec lequel l'organisation respecte les standards et progresse vers les objectifs de qualité fixés au niveau national. Cette qualité globale est mesurée à l'aide de 66 indicateurs.

4 scores sont attribués ,Excellent, bon, passable et faible.

➤ La réforme 2011-2015

En juillet 2010, le gouvernement a publié une déclaration 'Equity and excellence : Liberating the NHS » qui met un place une gigantesque réforme du NHS avec les objectifs de :

- Mettre les patients au centre des soins
- Délivrés de meilleurs résultats des soins
- Donner les moyens aux organisations locales et aux professionnels d'améliorer la qualité.

Cette réforme appelée « Quality Innovation Prodcutivity and Prevention Challenge QIPP veut avant tout améliorer la qualité tout en diminuant les coûts en améliorant la productivité et remodeler les services lorsque c'est possible. Elle introduit donc de très nombreux changements incluant la disparition et la refonte d'organisation comme la National Patient Safety Agency, le NHS Institute of Innovation and Improvement ; la promotion de la participation d'institution privée dans le système de santé, le changement de statut des hôpitaux et des pratiques de médecine générale.

Dans ce contexte, le National Quality Board (NQB) mis sur pied en 2009, met ensemble le Département de la santé, la CQC, « Monitor » The National Insitute for Health and Clinical Excellence (NICE) et le National Patient Safety Agency.

Pour NQB, la qualité est avant tout une question de responsabilité individuelle bien que ce soit également une question de système où le succès et l'échec sont déterminés par un set complexe d'interactions entre les individus et les organisations.

NQB insiste sur l'importance de la modification de la culture afin que les staffs se sentent responsables de déclarer les incidents (le contrat de travail du personnel est en voie d'être changer afin de les protéger s'ils dénoncent des malfonctionnements)

Le NQB ne veut pas du développement d'un set d'indicateurs de qualité auquel toutes les organisations devraient veiller. Selon lui, ce type de set donne de fausses réassurances. Le danger est que les organisations se focalisent uniquement sur les indicateurs qui sont dans le set aux dépens d'autres aspects des soins.

Le NQC préfère l'approche du CQC : l'établissement de profil de risque et de qualité (QRPs – Quality and Rissk Profile).

Le CQC a publié des recommandations que les prestataires de soins doivent suivre (<http://www.rcpa.org.uk/downloads/guidance-about-compliance---essential-standards-of-quality-and-safety-424.htm> ) et évalue pour l'établissement des QRP dans quelle mesure ses standards sont respectés.

Les résultats mesurés sont les suivants :

### **Involvement and information**

Outcome 1: Respecting and involving people who use services

Outcome 2: Consent to care and treatment



Outcome 3: Fees

### **Personalised care, treatment and support**

Outcome 4: Care and welfare of people who use services

Outcome 5: Meeting nutritional needs

Outcome 6: Cooperating with other providers

### **Safeguarding and safety**

Outcome 7: Safeguarding people who use services from abuse

Outcome 8: Cleanliness and infection control

Outcome 9: Management of medicines

Outcome 10: Safety and suitability of premises

Outcome 11: Safety, availability and suitability of equipment

### **Suitability of staffing**

Outcome 12: Requirements relating to workers

Outcome 13: Staffing

Outcome 14: Supporting workers

### **Quality and management**

Outcome 15: Statement of purpose

Outcome 16: Assessing and monitoring the quality of service provision

Outcome 17: Complaints

Outcome 18: Notification of death of a person who uses services

Outcome 19: Notification of death or unauthorised absence of a person who is detained or liable to be detained under the Mental Health Act 1983

Outcome 20: Notification of other incidents

Outcome 21: Records

### **Suitability of management**

Outcome 22: Requirements where the service provider is an individual or partnership

Outcome 23: Requirement where the service provider is a body other than a partnership

Outcome 24: Requirements relating to registered managers

Outcome 25: Registered person: training

Outcome 26: Financial position

Outcome 27: Notifications – notice of absence

Outcome 28: Notifications – notice of changes

Pour le moment, ces indicateurs ne sont pas publiés, les résultats sont renvoyés aux prestataires qui doivent s'améliorer si nécessaire.

Dans le futur, le CQC compte publier des Provider Profiles qui ne donneraient pas l'ensemble des résultats mais l'appréciation des auditeurs.

Par ailleurs, le NHS a instauré l'utilisation de Patient Reported Outcome Measures PROMS et de Patient Reported Experience Measures afin d'essayer de donner plus de pouvoir aux patients au sein du NHS et de mettre en place un partenariat avec les patients.

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/records/proms/Pages/aboutproms.aspx>

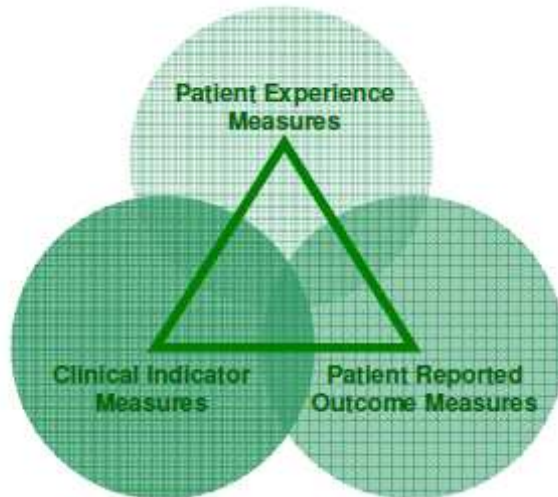
➤ Des projets régionaux ont été mis en place comme le projet « A North West Health System approach to Advancing quality » en 2008

<http://www.advancingqualitynw.nhs.uk/index.php>

Ce projet de Paiement à la Performance (P4P) est basé sur une méthodologie américaine (North Carolina) du HQID Hospital Quality Incentive Demonstration project.

Ce projet mesure la performance en termes de qualité à l'aide du set d'indicateur de la Figure 5 associés à des mesures de résultats rapportées par les patients (PROMs-Patient reported outcomes measures) et mesures de l'expérience des patients (PREMs-Patients experience measures). Les premiers résultats devraient être publiés en 2011.

Figure 5 A North West Health System approach to Advancing quality



## Advancing Quality measures

### Community-acquired pneumonia (CAP)

1. Percentage of patients who received an oxygenation assessment within 24 hours prior to or after hospital arrival
2. Initial antibiotic selection
3. Blood culture collected prior to first antibiotic administration
4. Antibiotic timing, percentage of pneumonia patients who received first dose of antibiotics within six hours after hospital arrival
5. Smoking cessation advice/counseling

### Hip and knee replacement

1. Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision
2. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
3. Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time
4. Recommended Venous Thromboembolism prophylaxis ordered
5. Appropriate Venous Thromboembolism prophylaxis within 24 hours prior to surgery to 24 hours after surgery

### Acute myocardial infarction (AMI)

1. Aspirin at arrival
2. Aspirin prescribed at discharge
3. ACE or ARB for LVSD
4. Smoking cessation advice/counseling
5. Beta blocker at arrival
6. Beta blocker prescribed at discharge
7. Thrombolytic received within 30 minutes of hospital arrival
8. PCI received within 90 minutes of hospital arrival
9. Inpatient mortality rate

### Coronary artery bypass graft (CABG)

1. Aspirin prescribed at discharge
2. Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision
3. Prophylactic antibiotic selection for surgical patients
4. Prophylactic antibiotics discontinued within 48 hours after surgery end time
5. Inpatient mortality rate

### Heart failure (HF)

1. Left Ventricular Systolic (LVS) assessment
2. Detailed discharge instructions
3. ACEI or ARB for LVSD
4. Smoking cessation advice/counseling



<http://www.rcpa.org.uk/downloads/guidance-about-compliance---essential-standards-of-quality-and-safety-424.htm>

- Des initiatives privées aussi existent comme Dr Foster- Health qui publie un « guide des hôpitaux ». <http://www.drfoosterhealth.co.uk/>

Cet institut organise aussi un benchmarking entre hôpitaux auquel participent certains hôpitaux belges.

## **5.5 France**

La France a développé deux grands programmes d'évaluation de la performance hospitalière par indicateurs, la certification et le projet Compaq-HPST.

### **5.5.1 La certification**

La certification a été initialement instituée par une ordonnance du 24 avril 1996 sous le nom d'« accréditation » ; son intitulé actuel lui a été donné de la loi du 13 août 2004 qui crée également la Haute autorité de santé (HAS), organisme qui en définit le cadre et pilote sa mise en œuvre.

La certification est une procédure d'accréditation comparable à l'agrément en Belgique et est renouvelée tous les quatre ans (de Walcq, Seuntjens et al. 2008). Son objectif premier est d'assurer la conformité de l'hôpital à un ensemble de normes de qualité. Mais elle vise également à mobiliser l'ensemble des professionnels de l'hôpital autour d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés au patient, et à renforcer la confiance des patients.

Elle s'appuie sur un référentiel, dont la première version date de 1999. La version actuelle (v2010) est la quatrième et comprend en tout 138 critères d'évaluation (Haute Autorité de la Santé 2009).

#### **5.5.1.1. Les indicateurs**

Le référentiel de certification est élaboré par la HAS.

Ses critères sont inspirés des standards utilisés par Agrément Canada (ex-CCASS), l'Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) et la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

La HAS, dans sa mission de contrôle, reconnaît également l'engagement des établissements dans des dispositifs complémentaires (certification de service sur un domaine, certification ISO 9001 de secteur ou d'établissement, accréditation JACIE sur une activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques, audit par l'Agence de la Biomédecine de l'activité de prélèvement, labellisation professionnelle de secteurs spécialisés, etc.) afin d'éviter les redondances entre les différentes procédures.

Les critères du référentiel ont été sélectionnés après consultation d'un échantillon de patients, dont les attentes ont été hiérarchisées selon la méthode « Kano », et d'un échantillon de professionnels de la santé (Haute Autorité de Santé 2010).

Le référentiel comprend 138 critères, répartis en deux chapitres : « management de l'hôpital » et « prise en charge du patient ». Le premier chapitre comprend trois parties : « management stratégique », « management des ressources », « management de la qualité et de la sécurité des soins ». Le second chapitre est subdivisé en cinq parties : « droits et place des patients », « gestion des données du patient », « parcours du patient », « prises charge spécifiques », « évaluation des pratiques professionnelles ». La vaste majorité des



critères renvoie au chapitre « prise en charge du patient » (90 contre 48). Le référentiel est clairement orienté vers la qualité : la gestion financière n'est évaluée que par deux critères, et la gestion des ressources humaines par quatre critères.

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, treize « pratiques exigibles prioritaires » sont introduites dans le manuel de certification. Ces pratiques exigibles prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. Par exemple, il est demandé aux hôpitaux de développer une fonction « gestion des risques », soit en employant un gestionnaire de risques, soit en créant une cellule spécialisée avec un responsable désigné.

Il est également attendu des hôpitaux que, lors de leur auto-évaluation, neuf critères fassent l'objet d'une évaluation par indicateurs. Ces critères sont les suivants : « indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement » ; « maîtrise du risque infectieux » ; « bon usage des antibiotiques » ; « prise en charge de la douleur » ; « gestion du dossier du patient » ; « troubles de l'état nutritionnel » ; « démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » ; « sortie du patient » ; « démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique ». Par exemple, le manuel v2010 précise que le critère « sortie du patient » doit être évalué par une mesure du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation aux patients.

Les indicateurs chiffrés correspondent à des données dont le recueil est déjà obligatoire du fait de législations antérieures ou de programmes de la HAS, tel l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), créé en 2006 par le ministère de la Santé et intégré au tableau de bord des infections nosocomiales ; les hôpitaux peuvent y adjoindre des indicateurs développés spontanément par eux.

#### **5.5.1.2. Mise en place / opérationnalisation**

La certification est opérée en trois étapes.

En premier lieu, les professionnels de l'établissement effectuent leur propre évaluation de la qualité des organisations et des pratiques mises en œuvre sur la base du manuel de certification. Les résultats sont ensuite transmis à la HAS.

En un second temps, des experts-visiteurs de la HAS effectuent « une visite de certification » dans l'établissement, vérifient la réalité de l'auto-évaluation et évaluent le niveau de qualité atteint.

Un rapport est établi par les experts-visiteurs suite à la visite. Des points sont affectés selon le degré de respect de chaque critère par l'établissement. Selon le nombre de points obtenus, les établissements sont classés sur une échelle de A à D menant de la certification simple à la non-certification, en passant par divers degrés de recommandations. La non-certification n'est prévue que pour les établissements ayant reçu une injonction à améliorer certains processus dans un délai impératif, et qui n'ont pas respecté ce délai. À l'issue de la procédure, le rapport est transmis à l'établissement de santé, à l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente et mis en ligne sur le site internet de la HAS.

La Haute Autorité de Santé a défini un canevas pour le rapport de certification des établissements, qui comporte une présentation de l'établissement, une représentation

graphique des « scores » obtenus par l'établissement sur les différents critères et un exposé des résultats suivant l'ordonnement du référentiel.

Ces rapports sont disponibles sur le site de la HAS. Les établissements sont encouragés à rendre également leur rapport disponible sur leur propre site.

#### **5.5.1.3. Limites / difficultés**

- La certification est centrée sur les établissements et ne permet pas une évaluation globale de la performance du système de qualité français.
- Les indicateurs utilisés sont peu nombreux et reprennent de toute façon des données déjà recueillies par ailleurs par le ministère de la Santé et la HAS.
- La certification n'offre qu'un regard très partiel sur la performance financière ou en termes de ressources humaines des établissements.
- Au sein même des établissements, la certification est perçue comme une obligation technocratique et ponctuelle. Même si elle permet une mise à niveau concernant de nombreux processus ou pratiques, il arrive fréquemment que cette effervescence retombe très rapidement et que les anciennes habitudes reviennent au bout de quelques mois, en attendant la prochaine épreuve de certification (Herrerros and Milly 2006).

### **5.5.2 Le projet Compaq-HPST**

Le projet COMPAQH (COordination de la Mesure et Amélioration de la Performance Hospitalière), soutenu par le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé, a débuté en mars 2003. Il s'est déjà développé sur deux cycles de trois ans (2003-2006 ; 2006-2009), et a été prolongé jusqu'en 2012 en devenant COMPAQ-HPST (Hôpital- Patient-Sécurité-Territoire). Son objectif est de développer des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé, d'établir une comparaison inter-hospitalière et d'établir des modes d'utilisation efficaces de ces indicateurs. Une fois définis et testés, les indicateurs sont proposés au ministère pour généralisation : ceux-ci deviennent alors obligatoires pour tous les établissements de santé. Certains de ces indicateurs obligatoires sont utilisés dans la procédure de certification.

Les indicateurs de COMPAQ-HPST sont développés en fonction d'objectifs de santé prioritaires. Dans sa première version (2003-2006), huit objectifs prioritaires avaient été définis à partir de la littérature internationale et après une concertation avec les partenaires hospitaliers ou administratifs du projet. Le projet s'articule aujourd'hui autour de neuf objectifs prioritaires :

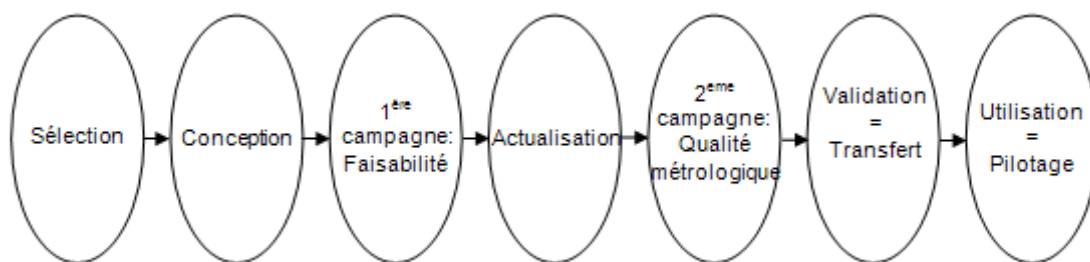
- 1) Lutter contre la douleur
- 2) Assurer la continuité de la prise en charge des patients
- 3) Lutter contre les troubles nutritionnels
- 4) Améliorer la sécurité des patients
- 5) Prendre en compte le point de vue des patients

- 6) Pratiques cliniques
- 7) Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient
- 8) Garantir l'accessibilité
- 9) Garantir la coordination des soins et améliorer la prévention secondaire

Dans COMPAQH 2 (2006-2009), l'accent a également été mis sur l'élaboration d'indicateurs prolongeant les plans nationaux de santé : plan « urgences », plan « douleur », plan « nutrition/santé », plan « AVC ». Toutefois, ces indicateurs n'ont pas vocation à analyser l'impact de ces plans : il s'agit simplement de générer une dynamique autour de ces enjeux dans les hôpitaux.

### 5.5.2.1 Les indicateurs

La sélection des indicateurs passe par plusieurs étapes, que synthétise ce graphique.



Source : [www.compaqh.fr](http://www.compaqh.fr).

#### 1) Sélection

Lors de la première phase, l'équipe du projet a, dans la foulée de la définition des objectifs prioritaires, identifié au sein de la littérature internationale un groupe d'indicateurs selon des critères de pertinence (importance du thème, possibilités d'actions correctives), de faisabilité (lourdeur, acceptabilité), de qualité de la mesure, de cohérence avec des démarches existantes.

Les représentants des hôpitaux participants au projet (36 en 2003, 42 en 2010) ont ensuite coté chacun de ces indicateurs en fonction des mêmes critères (la faisabilité ayant apparemment été le principal facteur discriminant), ce qui a permis de les hiérarchiser. Le consensus final a été obtenu par l'application d'une méthode Delphi (Grenier-Sennelier and al. 2005). Lors du premier round de concertation, 43 indicateurs ont été sélectionnés. Certains autres indicateurs ont été ajoutés au cours de la phase 2 pour s'inscrire dans la dynamique des plans de santé nationaux ou sur la suggestion ponctuelle de la HAS – mais toujours en concertation avec les partenaires.

#### 2) Conception

L'objectif de cette étape est de standardiser le mode de collecte. Un « cahier des charges » est réalisé pour chaque indicateur, décrivant ses modes de construction (taille d'échantillon, population de référence, variables recueillies). A ce cahier des charges est associée une «

grille de recueil » afin de permettre de recueillir les données nécessaires à la construction de l'indicateur sur le terrain. Enfin, des « consignes de remplissages » et des « foires aux questions » ont pu être créés selon les indicateurs.

### 3) Première campagne de recueil des données

La collecte est précédée d'une analyse de faisabilité permettant d'évaluer la capacité de l'établissement à recueillir d'une manière autonome les données demandées.

L'ensemble de ce recueil suit un calendrier défini préalablement avec les établissements participants. Il est également dépendant d'une actualisation. A ce titre, le recueil peut être différent d'une campagne à l'autre.

Les données ainsi collectées sont ensuite centralisées au sein d'une base de données.

### 4) Actualisation

A la suite des premiers résultats de faisabilité, une actualisation de l'indicateur est envisagée. Elle se définit en fonction de la pertinence des résultats (écart-type trop important, puissance statistique insuffisante, etc.) et de critères de faisabilité. Cette actualisation se concrétise par une modification des cahiers des charges et des grilles de recueil.

### 5) Deuxième campagne de recueil des données

La seconde campagne de test est généralement plus centrée sur les questions métrologiques.

### 6) Validation

A la fin de cette seconde campagne l'indicateur est à nouveau évalué avec en ligne de mire la possibilité d'émettre une recommandation en faveur de sa généralisation. Cette évaluation s'appuie sur une fiche signalétique qui rassemble les éléments de preuve en faveur de cette généralisation.

### 7) Utilisation des indicateurs à des fins de pilotage de l'établissement

Cette analyse se fait par des « retours d'expérience » transmis par les établissements. Parallèlement, un questionnaire a été adressé permettant d'établir un bilan des initiatives engagées autour des indicateurs COMPAQH.

A cette date, le projet a sélectionné 63 indicateurs, construit et testé 42 d'entre eux et proposé 32 à la généralisation. 24 de ces indicateurs ont été généralisés par les pouvoirs publics (Tableau 5) :

**Tableau 5 Indicateurs généralisés**

Objectif prioritaire	Indicateurs
1. Douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traçabilité de l'évaluation de la douleur</li> <li>○ Traçabilité de l'évaluation de la douleur en soins de suites et de réadaptation (SSR)</li> </ul>
2. Prise en charge des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation</li> <li>○ Conformité des demandes d'examen d'imagerie</li> </ul>

Objectif prioritaire	Indicateurs
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réunion de concertation pluridisciplinaire</li> <li>○ Conformité du dossier anesthésique</li> <li>○ Tenue du dossier patient en SSR</li> <li>○ Délai d'envoi des courriers en SSR</li> <li>○ Conformité du dossier patient en établissement psychiatrique</li> <li>○ Conformité du dossier patient en structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD)</li> </ul>
3. Troubles nutritionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte</li> <li>○ Dépistage des troubles nutritionnels en SSR</li> </ul>
4. Sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)</li> <li>○ Taux d'infections du site opératoire (SURVISO)</li> <li>○ Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient (ICSHA)</li> <li>○ Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient</li> <li>○ Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1000 journées-patient</li> </ul>
5. Point de vue des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Satisfaction du patient hospitalisé</li> </ul>
6. Pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë</li> <li>○ Prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral</li> <li>○ Prévention du risque d'escarres</li> </ul>
8. Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle</li> <li>○ Délai d'attente en consultation externe</li> </ul>

Le projet a également abandonné un certain nombre d'indicateurs en fin de première phase (Tableau 6), soit pour des raisons de faisabilité, soit qu'ils aient été regroupé avec un autre. Ainsi, les indicateurs « délai de rendez-vous pour une consultation externe » et « durée d'attente en consultation externe » ont été regroupés en un indicateur « délai d'attente en consultation externe », aujourd'hui généralisé.

**Tableau 6 Indicateurs abandonnés**

Objectif prioritaire	Indicateurs
1. Douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traitement des patients douloureux</li> </ul>
2. Prise en charge des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie</li> <li>○ Prise en charge sociale</li> <li>○ Coordination de la prise en charge</li> <li>○ Coordination de la prise en charge et suivi social</li> </ul>

Objectif prioritaire	Indicateurs
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluation médicale et sociale des patients hospitalisés en longue durée en psychiatrie</li> </ul>
4. Sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mortalité hospitalière pour les GHM à faible taux de mortalité attendu</li> <li>○ Actes de violence en psychiatrie</li> <li>○ Chutes des patients hospitalisés</li> <li>○</li> </ul>
6. Pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des effets secondaires des traitements</li> <li>○ Traitement par électro-convulsivothérapie</li> </ul>
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Turnover des professionnels au contact du patient</li> <li>○ Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient</li> </ul>
8. Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Délai de rendez-vous pour une consultation externe</li> <li>○ Délai de rendez-vous pour une consultation en Centre Médico-Psychologique (CMP)</li> <li>○ Durée d'attente en consultation externe</li> </ul>

#### 5.5.2.2 Mise en place / opérationnalisation

Le projet se préoccupe également de l'opérationnalisation des indicateurs généralisés.

Sur le site de la HAS sont disponibles une description exacte de chaque indicateur généralisé sous forme de fiche signalétique précisant également les améliorations que l'indicateur peut appuyer. Le site donne également « clés en main » d'autres outils pouvant aider les directions hospitalières, comme des logiciels de recueil des données ou des courriers-types à envoyer aux personnels de l'hôpital pour les avertir de l'introduction d'un indicateur.

Le projet COMPAQ-HPST a par ailleurs développé une réflexion sur le pilotage interne de la mise en œuvre des indicateurs de qualité. Cette étude est divisée en trois étapes : développement d'un outil visant à diagnostiquer les situations de non-conformité aux indicateurs concernés ; identification des facteurs-clés de succès de mise en œuvre d'un indicateur de qualité ; analyse à l'aide d'entretiens qualitatifs de l'appropriation par les acteurs de terrains de ces indicateurs. Les résultats de cette réflexion sont disponibles sur le site du projet. Un autre rapport consacré au thème de la diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité a également été mis en ligne.

Enfin, l'équipe du projet poursuit une réflexion sur les incitations financières à la qualité.

#### 5.5.2.3 Limites / difficultés

La méthodologie COMPAQ-HPST a de nombreux aspects positifs : la définition préalable d'objectifs prioritaires ; l'association de tous les partenaires hospitaliers à la sélection des indicateurs ; l'introduction très graduelle d'indicateurs généralisés ; le souci de cohérence

avec les autres dispositifs existant, notamment la certification et les plans sanitaires nationaux ; le développement d'outils de pilotage de la mise en œuvre des indicateurs.

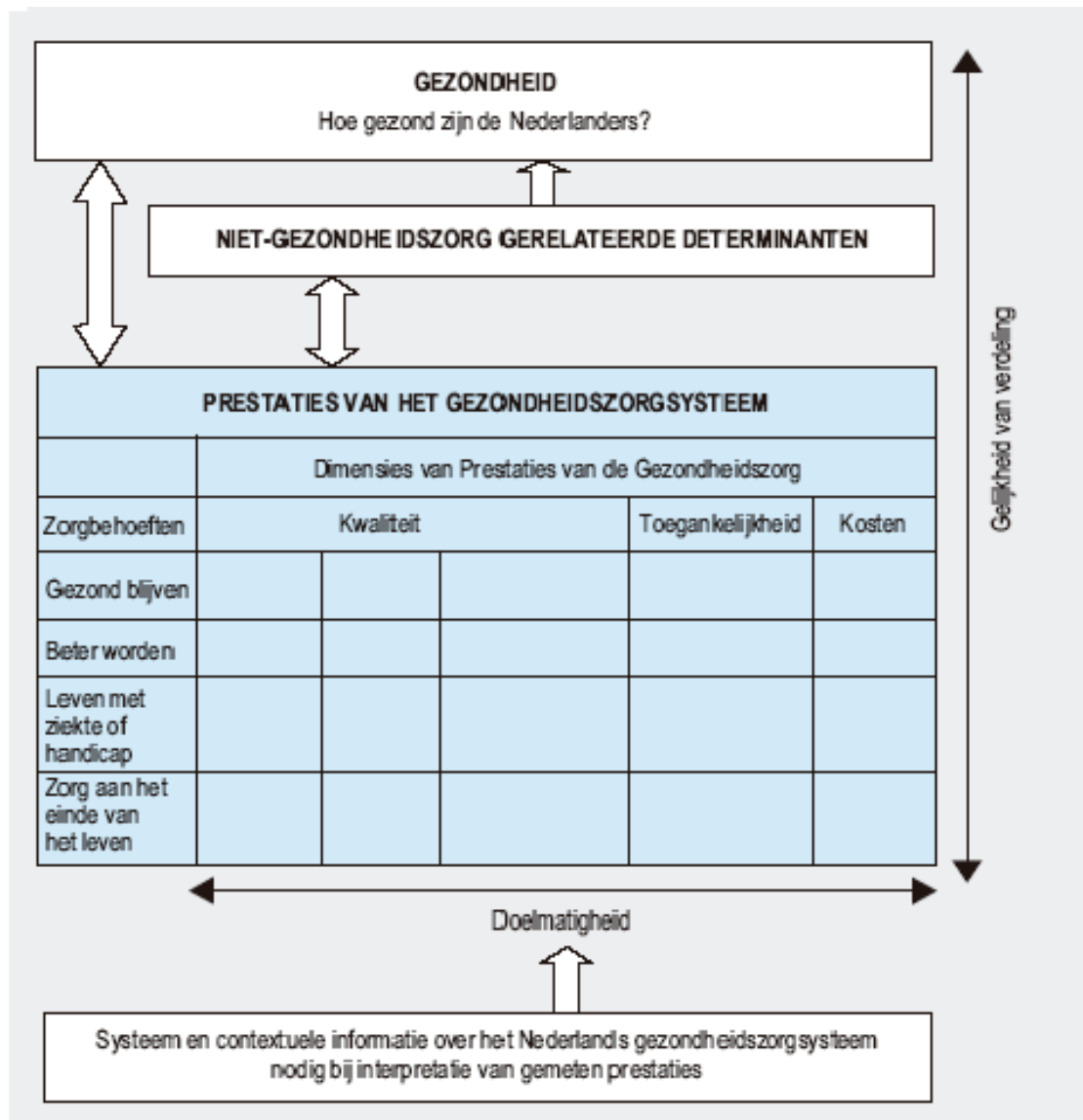
Elle comporte néanmoins quelques limites :

- Elle n'intègre que les aspects qualitatifs de la performance hospitalière, au détriment de la performance financière ou en termes de ressources humaines.
- La dimension de comparaison inter-hospitalière, qui était présente dans les objectifs initiaux du projet, semble avoir été implicitement abandonnée.
- Les indicateurs sont avant tout des outils destinés à générer des améliorations des prestations au sein des établissements. Leur construction n'est pas guidée par la volonté d'évaluer de manière générale la qualité des soins des hôpitaux français. En ce sens, l'objectif de COMPAQ-HPST est moins ambitieux de celui du projet HPI.be, qui vise à fournir tant un cadre d'évaluation global de la performance du système de soins qu'un support aux actions d'amélioration menées par les acteurs hospitaliers.

## 5.6 La performance hospitalière aux Pays-Bas

Les Pays-Bas ont développé un cadre conceptuel pour l'évaluation de leur système de santé dans son ensemble. Ils ont adapté le cadre conceptuel de l'OCDE, qui est bien ancré internationalement, aux prestations du système de santé en relation avec la santé publique aux Pays Bas.

Le ministère porte la responsabilité au niveau du système de 3 objectifs : la qualité, l'accessibilité et l'accessibilité financière qui ont été intégrés dans ce cadre conceptuel.



Figuur 1.1: Conceptueel raamwerk prestaties gezondheidszorgsysteem in relatie tot de volksgezondheid (Bron: Arah et al., 2006).

Sur base de la littérature (internationale), les trois objectifs du système ont été divisés en 13 domaines d'indicateurs.

Le premier objectif, la qualité, reprend les domaines : sécurité, coordination, orientation vers les demandes des patients.- ou orientation patient.



Le deuxième objectif, l'accessibilité reprend les domaines: accessibilité financière, accessibilité géographique, soins conformes à l'état actuel des connaissances, accessibilité en fonction des besoins, offre en personnel, liberté de choix et le dernier et troisième objectif reprend les domaines: dépenses en soins, efficacité, position financière des fournisseurs de soins et des assureurs en soins de santé.

A l'aide des indicateurs (au nombre de 125), le ministère publie un rapport « Zorgbalans » dont le dernier en date est celui de 2010 et qui présente les résultats du système de santé au niveau des trois objectifs pour la performance du système de santé néerlandais.

<http://www.gezondheidszorgbalans.nl/algemeen/menu/downloaden/>

D'autre part, aux Pays-Bas, les établissements de santé ont besoin d'une autorisation pour offrir des soins de santé en vertu de la Loi de l'assurance maladie et pour le remboursement. La WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) définit les autorisations et les règles à respecter concernant la bonne gestion des établissements. Une deuxième loi sur la qualité (KWZ) exige que les hôpitaux gèrent et améliorent la qualité. La loi identifie 4 exigences de qualité auxquelles les établissements doivent répondre : soins justifiées, gestion hospitalière en vue de la qualité, mise en place d'un système de qualité et production d'un rapport annuel.

L'IGZ (De Inspectie voor de Gezondheidszorg, l'inspection de la santé) a pour mission d'améliorer la santé publique en gérant la qualité des soins, la prévention et les produits médicaux. Elle donne des recommandations aux ministres et aux fournisseurs de soins. Elle leur propose de l'aide, stimule les hôpitaux et peut imposer des mesures en cas de non respect des règles et des lois. <http://www.igz.nl> L'IGZ peut prendre différentes mesures pour faire respecter les lois et règlements, les normes et les lignes directrices pour préserver la santé. Les mesures peuvent être légères mais elles peuvent aller jusqu'à imposer des sanctions disciplinaires, administratives ou judiciaires si la situation l'exige.

L'IGZ a développé en 2003 le premier set public d'indicateurs de performance pour les hôpitaux. Il s'agit d'un set de base et de normes de sécurité dans les hôpitaux. Le set est modifié et publié chaque année en concertation avec différents organismes: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) et Orde van Medische Specialisten (OMS). Ce set est publié six mois avant l'année d'application, ceci donne le temps aux hôpitaux de se mettre à jour.

Les données récoltées auprès des hôpitaux sont ensuite collectées dans une base de données du Dutch Hospital Data (DHD) créée par le NVZ et le NFU, afin de garantir la qualité des données.

L'hôpital rend ensuite ses données publiques dans un document : Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg ([www.ziekenhuistransparant.nl](http://www.ziekenhuistransparant.nl)) ainsi que sur son site internet. Ceci donne l'occasion à l'hôpital de « justifier » les données entrées par le site. Un rapport publié depuis 2004 compile l'ensemble des résultats de tous les hôpitaux : « Het resultaat telt ».

Depuis 2007, pour soutenir le secteur des soins, l'IGZ a développé le programme de « Zichtbare Zorg (=Soins Visibles)».

Le but de « Zichtbare Zorg » est d'améliorer la transparence au niveau des soins de santé. Par la production d'information valide, fiable et effective.

Zichtbare Zorg a pour mission de travailler pathologie par pathologie.

Le rapport 2011 'Het resultaat telt' collecte les informations suivantes : au niveau des indicateurs généraux :

1. Processus opératoire
  - a. Douleur après chirurgie
  - b. Pourcentage de chirurgie opérée le jour même
  - c. Révision de fracture de hanche
  - d. Chirurgie de la cataracte : enregistrement de données opératoires
  - e. Suffisamment de temps d'attente cataract
2. Procédure d'urgences
3. Soins infirmiers
  - a. Les ulcères de décubitus et les lésions cutanées d'incontinence
  - b. La malnutrition
  - c. Le delirium
4. Les soins intensifs
  - a. Indicateurs pour l'unité de soins intensifs
  - b. Nombre d'heure de ventilation
  - c. NICE
5. Oncologie
  - a. Concertation multidisciplinaire (COM)
  - b. Tissus mammaire résiduel
  - c. Disponibilité du rapport concernant la réunion multidisciplinaire du cancer du sein
  - d. Pancréas
  - e. Chirurgie de révision pour cancer colo-rectal
  - f. Dutch surgical colorectal audit (DSCA)
  - g. Carcinome de la vessie
  - h. Sécurité concernant les médicaments
  - i. Radiothérapie : positionnement pour le rayonnement
6. Coeur et vaisseaux
  - a. Volume des interventions risquées
  - b. Mortalité après la première consultation
  - c. Infarctus aigu du myocarde
  - d. Décès après Angioplastie coronaire percutanée
  - e. Evaluation après la pose d'un pacemaker
  - f. Accident vasculaire cérébral
7. Maladies infectieuses
  - a. Infections nosocomiales
  - b. Pneumonies (Community Acquired Pneumonia)
8. Hépto-gastro-entérologie
  - a. Infrastructure
  - b. Endoscopies dans les 24 heures
9. Obstétrique
  - a. Pourcentage d'accouchements spontanés dans le groupe 'NTSV'
10. Groupes vulnérables
  - a. Equipe multidisciplinaire 'Child Abuse'
  - b. Signaler 'Child Abuse'
11. Qualité globale
  - a. Évaluation de la performance des médecins spécialistes
  - b. IFMS 117
  - c. Contrôle des dysfonctions des médecins spécialistes

#### d. Registre des complications

Et des indicateurs par spécialité du IGZ

[Anesthesiologie](#)

[Cardiologie](#)

[Dermatologie](#)

[Geriatrie](#)

[Gynaecologie/ Verloskunde](#)

[Heelkunde](#)

[Intensive Care](#)

[Interne Geneeskunde](#)

[Kaakchirurgie](#)

[KNO](#)

[Kindergeneeskunde](#)

[Klinische Chemie](#)

[Klinische Farmacie](#)

[Klinische Pathologie](#)

[Longziekten](#)

[Maag- Darm- Leverziekten](#)

[Medische Microbiologie](#)

[Neurochirurgie](#)

[Neurologie](#)

[Nucleaire Geneeskunde](#)

[Oogheelkunde](#)

[Orthopedie](#)

[Plastische Chirurgie](#)

[Psychiatrie](#)

[Radiologie](#)

[Reumatologie](#)

[Urologie](#)

Ainsi que des indicateurs provenant du Zichtbare Zorg.

### **5.6.1 Méthode de sélection des indicateurs de Zichtbare Zorg.**

#### ***5.6.1.1 Sélection des indicateurs et mise en place des spécifications de mesure***

Pour chaque pathologie à évaluer, un groupe de travail constitué d'experts, de membres d'associations de patients, de prestataires de soins est mis sur pied. Une recherche systématique des indicateurs disponibles au niveau de la littérature, aussi bien nationale qu'internationale est présentée au groupe de travail. En fonction de la pertinence, transparence et faisabilité des indicateurs, le groupe choisit 5 indicateurs liés aux soins. Ils définissent ensuite les données nécessaires pour construire l'indicateur et comment les récolter.

#### ***5.6.1.2 Formulation des spécifications de mesure***

L'objectif de cette spécification des mesures est d'obtenir une manière uniforme de récolter des données. Ceci augmente la comparabilité des indicateurs. Par indicateur, les différents aspects sont notés dans des "factsheets" disponibles sur internet.

<http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Kwaliteitsindicatoren/Totstandkoming-indicatoren>

### **5.6.1.3 Commentaires et test**

Le set est proposé aux associations scientifiques et groupes de pilotage pour qu'ils commentent et valident les indicateurs. Parallèlement, les indicateurs sont testés dans quelques hôpitaux dans le but de vérifier la mesurabilité et la faisabilité des indicateurs. Les commentaires et les informations de la phase test sont discutés par le groupe de travail. Le set d'indicateurs est alors finalisé.

### **5.6.1.4 Tour d'autorisation**

Le set est diffusé aux associations scientifiques concernées.

### **5.6.1.5 Présentation formelle par le groupe de pilotage Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.**

Les sets d'indicateurs, auxquels les questions sur les préférences des clients ont été rajoutées, sont présentés formellement. A partir du moment que le groupe de pilotage a établi les nouveaux sets d'indicateurs, ils sont disponibles pour les hôpitaux.

## **5.6.2 Liste des indicateurs de Zichtbare Zorg**

Les indicateurs sont présentés par pathologie, il existe des indicateurs obligatoires et non obligatoires. Zichtbare Zorg demande aux hôpitaux qu'ils fournissent leurs set d'indicateurs non obligatoires volontairement, ces indicateurs (non obligatoires) évolueront et pourront devenir obligatoires par la suite. Les indicateurs non obligatoires sont formés sur base des observations dans les hôpitaux et servent de test pour une éventuelle mise en place l'année suivante.

Ici sont reprises les 22 pathologies pour lesquelles, des indicateurs étaient obligatoires en 2010 :

- ✓ AVC
- ✓ Cancer de la Vessie
- ✓ Cataracte
- ✓ Rhino sinusite Chronique
- ✓ Cancer colorectal
- ✓ Exéma constitutionnel
- ✓ Fibrose Kystique
- ✓ Diabète
- ✓ Prothèse totale de hanche
- ✓ Prothèse totale de genou
- ✓ Léger traumatisme crânien
- ✓ Opérations d'hernie inguinale
- ✓ Syndrome lombo-sacrée radiculaire
- ✓ Cancer du sein

- ✓ Syndrome d'apnée du sommeil chez les adultes
- ✓ Douleur à l'accouchement
- ✓ Douleur chez les adultes avec un cancer
- ✓ Arthrite rhumatoïde
- ✓ Incontinence de stress chez la femme
- ✓ Varices
- ✓ Maladies des adénoïdes et des amygdales.

Pour la pathologie l'AVC, nous reprenons les indicateurs obligatoires

- Door-to-needle time trombolysé :
  - 1.a Pourcentage des patients avec AVC qui a reçu un traitement par thrombolysé 1 heure après admission.
  - 1.b Pourcentage des patients avec AVC qui a reçu un traitement par thrombolysé après 1 heure et avant heures après admission.
  - 1.c Pourcentage des patients avec AVC qui a reçu un traitement par thrombolysé après 2 heures après admission
- Diagnostic AIT rapide

### **5.6.3 Mise en place/opérationnalisation**

Les hôpitaux ont accès sur le site internet de Zichtbare Zorg aux documents avec les indicateurs à mesurer environ six mois avant l'année concernée. Ils ont ainsi le temps de prendre leurs dispositions pour l'année suivante.

#### *5.6.3.1 Méthodologie de récolte des données, validation, suivi.*

Les hôpitaux doivent rentrer les données par le portail du Zichtbare Zorg 'Zizo', ils ont un login et mot de passe pour avoir accès aux questionnaires à remplir. Après avoir rentré les données (pour une date bien précise) les hôpitaux reçoivent un e-mail par pathologie avec les questions de « nettoyage » sur les indicateurs comme sur les questions de préférences des clients. Les questions sont posées lorsqu'il y a des données qui sont remarqués après les cross check, le contrôle de plausibilité statistique et de plausibilité interne (seulement pour les indicateurs liés aux soins). Ensuite les conseils d'administration de chaque hôpital doit approuver les données rentrées par le portail Zizo.

#### *5.6.3.2 Feedback aux hôpitaux par Zichtbare Zorg*

Le groupe de pilotage de Zichtbare Zorg rend les indicateurs de qualité publics sur base des analyses quantitatives des données rentrées par le portail Zizo.

Le rapportage général des données qualitatives, fait par pathologie, est publié sur le site internet par hôpital sur le site <http://www.ziekenhuizentransparant.nl> et chaque hôpital peut faire la demande pour avoir le détail de ses données.

Pour faciliter la collaboration avec le Zichtbare Zorg, les hôpitaux peuvent assister à des journées d'information, ils ont accès au site internet où il y a une rubrique de questions fréquemment posées et un helpdesk est à leur disposition.

### 5.6.3.3 Feedback par le document annuel de responsabilité sociale

L'hôpital lui-même fournit, à l'aide des indicateurs enregistrés, un document annuel « Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording » où il doit donner des informations sur les principes du reporting, le profil de l'organisation, la gouvernance et la gestion, les efforts et les prestations qui peuvent éventuellement « justifier » les données. Ils peuvent retrouver sur ce site : <http://www.jaarverslagenzorg.nl/overjaarverslagenzorg/maatschappelijkverslag> ce qu'ils doivent mettre comme informations dans le document annuel. Le rapport est disponible sur le site de chaque hôpital ou sur le site <http://www.ziekenhuizentransparant.nl>.

Il existe également un protocole d'entretien des indicateurs qui se déroule en deux phases, d'une part la révision et d'autre part l'entretien. Sur base d'une analyse des données et l'input des hôpitaux (questions au helpdesk, remarques dans les enquêtes, etc.) le set d'indicateurs est affiné dans la phase de révision. Dans la phase d'entretien, des petites modifications sont faites, sur base des analyses des données, qui n'apporteront pas beaucoup de charge supplémentaire d'enregistrement aux hôpitaux.

Zichtbare Zorg met en évidence la qualité des soins à l'aide des informations que les indicateurs leur apportent. Les actions d'améliorations ne sont pas fournies par eux, ce sont les organismes eux-mêmes qui en sont responsables.

### 5.6.3.4 Autres instances

NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) Développe des normes de qualité et les applique sur les institutions de soins. La demande d'accréditation se fait par l'institution elle-même et sur base volontaire. Elle est valable pendant 4 années. Dans le rapport annuel de responsabilité sociale l'hôpital peut justifier la qualité en indiquant qu'il est accrédité par NIAZ.

## 5.6.4 Limites / Difficultés

Les résultats de ZIZO sont utilisés par les Zorgverzekeraars. Ils exigent que les hôpitaux publient leurs données. Ceci permet aux hôpitaux de négocier des avantages avec différents Assureurs.

Zichtbare Zorg met en évidence la qualité des soins à l'aide des informations que les indicateurs leur apportent. Les actions d'améliorations ne sont pas fournies par eux, ce sont les organismes eux-mêmes qui en sont responsables. Zichtbare Zorg ne fournit aucune aide pour la mise en place d'actions d'amélioration, celles-ci sont de la seule responsabilité de l'hôpital.

### Sources :

- Sites internet mentionnées
- Entretien téléphonique avec PhD F. Vlems (Coordinateur de qualité chez Zichtbare Zorg) le 25-05-2011.

## 5.7 Allemagne

Rédigé par Dr. W. Kessler, MD, MSc Information Médicale ; CHC asbl 75, rue de Hesbaye  
4000 Liège

### 5.7.1 Contexte général des soins hospitaliers en Allemagne

Les soins de santé en Allemagne étaient décentralisés, organisés par « Land » et très cloisonnés, les hôpitaux ne s'occupaient que des patients hospitalisés, sans soins de polycliniques. Décentralisation et cloisonnement expliqués par le système de financement et d'assurance des soins de santé.

Depuis 2007, une nouvelle réforme du système vise d'une part une certaine centralisation de la prise de décision et d'autre par un appel à la concurrence. Par ailleurs le nombre de mutuelles ne cesse de diminuer depuis des fusions entre mutuelles de 'philosophie' différente sont devenues possibles. Actuellement on en compte encore plus de 200 mais on vise un nombre de 50 mutuelles à moyen terme.

L'Allemagne applique un paiement forfaitaire pour l'indemnisation des hôpitaux, basé sur un système de DRG, G-DRG (ICD10, à l'image du système australien) avec une nomenclature appropriée pour les interventions chirurgicales.

L'institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK [http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/layout/set/standard/](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/layout/set/standard/)) en charge de la mise à jour régulière de l'algorithme de groupage et les lignes de conduites pour le codage publie annuellement les règles en la matière et agrée aussi les sociétés qui mettent sur le marché les logiciels pour le groupage (une dizaine de sociétés).

En 2007, 1083 DRG étaient d'application. Toutefois avec 200 DRG différents, 75 % de toutes les hospitalisations étaient prises en compte. Les autres DRG servent au calcul d'hospitalisations très complexes et très chères. 500 hôpitaux utilisent plus de 500 DRG, tandis que 500 en utilisent moins de 250.

Depuis 2009, l'indemnisation par forfait doit être uniforme au niveau du pays. Ce qui veut dire qu'auparavant une négociation entre mutuelle et hôpitaux était possible.

Actuellement on vise à une harmonisation au niveau de toute la république.

Une Commission fédérale de l'Union ('Gemeinsamer Bundesausschuss' G-BA) mise en place depuis quelques années est devenue depuis la réforme de 2007, l'instance supérieure au niveau de la République pour conseiller le législateur en tous domaines concernant les soins de santé.

C'est ainsi que dans le domaine de l'assurance qualité dans les hôpitaux, les lignes de conduites en la matière ont été publiées en 2006, revues en 2010 et sont d'application depuis le 1 janvier 2011.

Le G-BA par appel d'offre international a confié l'exécution de ces directives à un Consortium universitaire (universités de Göttingen et Heidelberg et avec des collaborations avec l'université de Nijmegen..

Une autre innovation est actuellement en cours d'élaboration et comprend des directives pour l'assurance qualité intersectorielle : actuellement on prépare des indicateurs pour la PTCA, la coronarographie, la conisation du col utérin, la cataracte et le carcinome colo-rectal.

### 5.7.2 L'assurance qualité dans les hôpitaux

Depuis 2001, une obligation d'enregistrement des données spécifiques pour l'assurance qualité dans les hôpitaux est d'application.

L'identification des cas avec documentation obligatoire se fait de la manière suivante :

- L'institut en charge de qualité et de l'efficacité des soins de santé (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG <https://www.iqwig.de/institute-for-quality-and-efficiency-in-health.2.en.html>) met à disposition des hôpitaux un software qui leur permet d'identifier sur base de la nomenclature ICD10 (pe.ex. : Pneumonie) ou sur base de la nomenclature des interventions chirurgicales (P.ex. : accouchement) tous les cas hospitalisés qui entrent en ligne de compte ;
- Comme chaque hospitalisation est indemnisée sur base d'un forfait, l'identification de chaque cas est assurée ;
- L'institut met à disposition le soft nécessaire pour enregistrer les données supplémentaires pour l'assurance qualité.

#### 5.7.2.1 La sélection des indicateurs

Chaque année, pour chaque domaine sélectionné l'IQWiG élabore un guide qui reprend pour chaque indicateur de la pathologie :

- La motivation-pertinence du choix (Par exemple : Pour l'indicateur de la mesure O2 ou PaO2 : une oxygénation insuffisante selon le degré de sévérité d'une pneumonie peut mener à une surmortalité. La détection précoce des hypoxémies est donc essentielle, y compris pour les hypoxémies installées avant manifestations cliniques. : autre exemple : un retard dans l'installation de l'antibiothérapie après admission pour pneumonie peut mener à une augmentation de la létalité : d'où la recommandation de commencer au plus tôt dans les 4 heures après admission.)
- Une revue de la littérature scientifique
- Une description détaillée des données à récolter.

En 2009 : 30 pathologies ont été suivies avec en moyenne une dizaine d'indicateur par pathologie.

Les 30 pathologies qui ont fait l'objet d'assurance de qualité sont les suivantes :

- Intervention sur la carotide
- Aide à l'accouchement
- Fracture du col du fémur
- PTH première implantation
- PTH reprise complète ou partielle
- PTG première implantation
- PTG reprise complète ou partielle
- Cholécystectomie
- Transplantation poumon et cœur-poumon
- Pneumonie acquise en ambulatoire
- Chirurgie pour néo du sein



- Interventions gynécologiques
- La Pneumonie communautaire
- La prothèse totale de hanche (première implantation)
- Implantation de PCMK (Pacemaker)
- PCMK : changement agrégat (pile ou système électronique)
- PCMK : révision/changement ou retrait
- Coronarographie et PCTA
- Intervention sur valve aortique, approche conventionnelle
- Intervention sur valve aortique assistée par endoscopie
- Intervention combinée sur la valve aortique et coronaire
- chirurgie coronaires seule
- Transplantation cardiaque
- défibrillateur implantable : implantation
- défibrillateur implantable : changement d'agrégat
- défibrillateur implantable : révision, changement système et retrait
- transplantation du pancréas et pancréas-rein
- donneurs de foie
- transplantation de foie e
- donneurs de rein
- transplantation de rein
- Ulcère de décubitus

Parmi les 30 pathologies suivies, nous détaillons l'exemple de la pneumonie communautaire. Les indicateurs mesurés et les cibles à atteindre sont les suivantes :

1.1. Mesure de la PaO<sub>2</sub> (surtout O<sub>2</sub>)

- Objectif : systématiques dans les 8 heures après admission .

1.2. Antibiothérapie

- Objectif : le plus souvent et le plus vite possible  
Au maximum dans les 4 heures, et de préférence déjà aux services des urgences

1.3. Mobilisation précoce

- Objectif : le plus souvent que possible une mobilisation précoce et déjà dans les 24 heures après admission.

1.4. Suivi de la CRP et procalcitonine

- .Objectif : Contrôle régulier durant les 5 premiers jours

1.5. Contrôle du diagnostic et de la thérapie

- Objectif : révision des investigations thérapeutiques et de diagnostics en cas non-évolution favorable de la CRP et de la prolactine

1.6. Evaluation des signes cliniques de stabilisation

- Objectif : évaluation complète de la stabilisation clinique avant la sortie
- Critère :
  - TA systoliques  $\geq 9$  mmHG
  - Fréq cardiaques  $< 100$ /min
  - Fréq respiratoire  $< 24$ /min
  - PA  $> 90\%$
  - T°  $< 37,2$
  - Alimentation stabilisée
  - Pas de désorientation liée à la pneumonie

### 1.7. Signes cliniques de Stabilisation

- Objectif : proportion acceptable de patients qui ont satisfait au moins à 6 critères de stabilisation clinique.

### 1.8. Létalité intra-hospitalière

- Objectif : Létalité faible
  - Létalité la plus élevée (13 %, Höfken et al 2009) parmi les maladies infectieuses, corrélée à l'âge et facteurs de risques
  - Etablissement du score CRB-65 à l'admission permettent un pronostic, on peut y associer l'ajustement nécessaire pour la comparaison des résultats des différentes strates.

#### **5.7.2.2 Mise en place/ opérationnalisation**

Chaque année l'institut en charge de l'assurance qualité (IQWiG) publie un rapport ([www.sgd.de](http://www.sgd.de) et [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de) ou [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de)) qui reprend les différentes pathologies évaluées avec chacun des indicateurs pour toute la république. Par intervention, on retrouve le nombre de cas : nominateur/dénominateur et la tendance par rapport au passé

Pour chaque indicateur : le nombre d'hôpitaux qui ont enregistré des cas

Pour chaque indicateur le nombre d'hôpitaux avec des résultats suspects à définir.

Puis pour certains indicateurs des analyses plus détaillées.

Un deuxième Rapport par « Land » reprend les mêmes infos. La position de chaque hôpital est notifiée mais d'une manière anonyme. L'hôpital peut accéder à ses propres données via un login et mot de passe.

Chaque hôpital avec des données 'suspectes confirmées' est invité à s'expliquer : d'abord par écrit puis en cas de besoin par une visite pour un dialogue structuré. Ceci pour mettre en œuvre les mesures nécessaires pour l'amélioration.

Depuis, l'année 2000, les hôpitaux sont légalement obligés de mettre en place un management interne de la qualité. Ils sont également obligés de conclure des contrats avec les mutuelles qui assurent un contrôle de qualité externe sur base d'une documentation standardisée qui doit permettre une comparaison.

Depuis 2002, pour certaines interventions majeures, les hôpitaux (et/ou les médecins) doivent atteindre un nombre minimal sous réserve de ne pouvoir conclure de contrat avec les mutuelles pour ces opérations qui sont : les interventions oncologiques pour l'œsophage, le pancréas, le rein, la foie et la transplantation de cellules souches.

Les hôpitaux depuis 2005, doivent publier sur leur site internet leurs activités pour le management interne de la qualité mais pas leurs résultats.

#### **5.7.3 Limites / difficultés**

La mise en place de ce système n'a pas fait l'objet d'évaluation publiée.

#### **Sources :**

- Les sites internet cités dans le texte
- Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel : Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005.

## 5.8 Luxembourg

Le Luxembourg a développé successivement dans le temps deux initiatives importantes et intéressantes en matière de qualité. La deuxième initiative fait encore aujourd'hui d'améliorations importantes et il est très intéressant dans le cadre de notre projet de comprendre non seulement les programmes eux-mêmes mais aussi les raisons qui ont motivé les évolutions.<sup>3</sup>

### 5.8.1 Les programmes Incitants Qualité (1998 à 2002)

Suite à la réforme du système de financement de l'assurance maladie sur base de la loi du 27 juillet 1992, il a été instauré depuis 1995 le financement des frais de fonctionnement des établissements de santé sur base d'un budget prévisionnel.

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a confirmé les orientations déjà retenues par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé en fixant le nouveau cadre de fonctionnement des établissements hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg. Cette loi a notamment pour objet d'adapter la situation des établissements hospitaliers luxembourgeois à l'évolution incessante des connaissances et pratiques du monde de la santé.

La mise en œuvre des programmes « Incitants Qualité » convenue dans le cadre d'une convention entre l'association hospitalière luxembourgeoise (EHL) et l'Union des Caisses de Maladie (UCM) – nouvellement dénommée Caisse Nationale de Santé - intervient dans le cadre de cette loi et fut une totale nouveauté dans la gestion hospitalière luxembourgeoise.

Les programmes IQ

L'objectif des programmes IQ est triple :

- a) Aider au développement de la Qualité des prestations offertes aux patients
- b) Définir en consensus entre les partenaires un ou des programmes IQ nationaux
- c) Sensibiliser tous les acteurs hospitaliers à l'approche qualité

Les établissements hospitaliers gardaient un libre choix quant à leur participation à ces Incitants Qualité et quant au développement interne de la stratégie de mise en place et de changement.

L'hôpital est autonome dans sa stratégie de choix des programmes qualité. Néanmoins, pour chaque programme est définie une date ultime à partir de laquelle les programmes deviennent alors une **norme conventionnelle** entre les Caisses de Maladie et les Hôpitaux. Ils peuvent alors être réglementés par les organes de tutelle.

---

<sup>3</sup> La présente synthèse repose sur l'analyse de la législation, sur les différentes notes publiées par l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois et sur le contact établi avec Monsieur Sylvain Vitali de l'EHL que nous remercions vivement pour les échanges très fructueux.

### **5.8.1.1. Mise en place / opérationnalisation**

Les programmes IQ donnent lieu au versement d'une prime « Qualité » de maximum 2% du budget opposable.

L'évaluation des programmes Incitants Qualité est réalisée – sur base de critères et référentiels préétablis par la Commission d'Evaluation - par des experts externes et indépendants choisis de part et d'autre par l'EHL et l'UCM. Les experts procèdent pour leur évaluation par une visite sur site et se réfèrent également au rapport qualité annuel que chaque établissement doit remettre. La note attribuée engendre une prime financière. Le processus mis en œuvre dans le cadre des Incitants Qualité n'est pas un processus d'évaluation de la qualité des prestations hospitalières.

Il s'agit plus particulièrement de mettre en œuvre de manière unifiée sur le plan national, sur base de concertation, partenariat et volontariat dans un premier temps, des programmes améliorant la qualité des processus ou des moyens, et considérés comme aidant le développement de la qualité des prestations offertes à la personne soignée à l'hôpital.

La prime annuelle de 2 % maximum est donc un outil de dynamisation des processus d'amélioration continue de la qualité dans le secteur hospitalier. Il s'agit d'une enveloppe attribuée aux établissements qui acceptent en contrepartie de s'engager dans des programmes qualité définis de commun accord entre partenaires : Caisses de Maladie et Entente des Hôpitaux.

La prime qualité ne sert pas à financer les moyens à mettre en œuvre pour réaliser un programme qualité. Ceux-ci sont repris dans le budget de l'établissement. La prime qualité est en réalité une disponibilité financière supplémentaire pour l'hôpital qui est libre de décider de son utilisation.

La mise en œuvre des programmes Incitants Qualité au Grand-Duché de Luxembourg représente un coût financier supplémentaire à court terme pour les Caisses de Maladie, puisque la charge comprend :

- l'attribution d'une prime jusqu'à un maximum de 2 % du budget opposable
- les moyens nécessaires à la réalisation des programmes Incitants Qualité

Ainsi l'Union des Caisses de Maladie accorda aux hôpitaux les moyens financiers pour engager des coordinateurs Qualité dans chaque établissement afin de coordonner la Gestion Qualité de l'établissement. Les coordinateurs Qualité se réunissent également à intervalles réguliers au niveau national (EHL) pour se concerter et échanger leurs points de vue et leurs expériences. Ils participent également à la préparation des travaux de la Commission d'évaluation avec les représentants de l'EHL à cette commission.

### **5.8.1.2. Limites / difficultés**

En 2002 les partenaires EHL et UCM ont réalisé un bilan après 5 années d'expérience du modèle des Incitants Qualité.

Sur base de cette analyse les points forts suivants ont pu être dégagés :

- Participation de tous les établissements hospitaliers
- Prise de conscience de l'importance d'une réflexion « Qualité » et de la gestion des risques
  
- Une dynamique de mise en cause des pratiques entamée
- Une dynamique de processus d'amélioration engendrée

De nombreux points faibles ont toutefois été mis en évidence :

- Programmes au départ trop ambitieux mal adaptés par rapport aux missions spécifiques de certaines institutions
- Rapports d'évaluation des experts souvent contestés et parfois critiqués comme trop subjectifs
- Implication des cadres et de la direction des établissements prépondérante pour le succès des programmes et pourtant non uniforme.
- Implication et adhérence du corps médical aux Incitants Qualité pas homogènes.

Au vu de ces points faibles une nouvelle approche a donc été recherchée.

### **5.8.2 Le modèle EFQM et les indicateurs de qualité et de performance (depuis 2004)**

Les partenaires EHL et UCM suite à ce bilan et étant donné que la plupart des programmes venaient à leur fin en 2003 se sont mis d'accord de faire évoluer le principe des Incitants Qualité – au départ axé sur des programmes ciblés – vers une approche de « total quality management » en respectant les principes suivants:

1. Avoir comme centre d'intérêt le patient
2. Fédérer tous les acteurs des établissements de santé autour du même objectif
3. Opter pour le modèle le mieux adapté à la situation sanitaire, légale et professionnelle du GDL
4. Impliquer les cadres, la direction et le corps médical plus directement dans la gestion de la qualité
5. Utiliser un mode de communication et de sensibilisation le plus adapté
6. Confier l'évaluation à des experts externes
7. Maintenir la prime financière

#### **Le choix :**

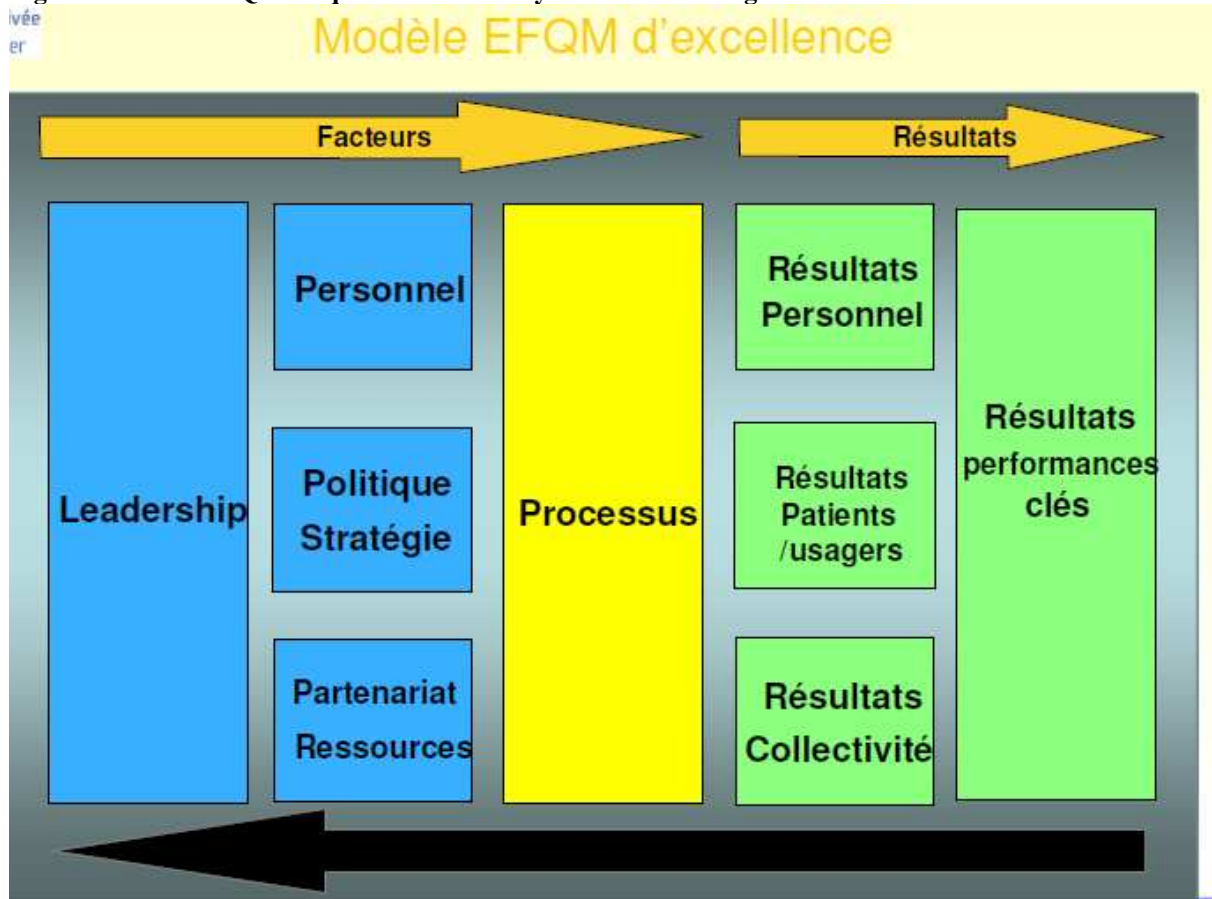
Après discussion dans les instances de EHL et de l'UCM, respectivement en Commission d'Evaluation sur différents choix possibles (ISO 9000, KTQ, EFQM), il a été décidé d'un

commun accord d'opter pour le modèle de management de la qualité selon EFQM. Le système EFQM tient compte d'un certain nombre de critères à considérer par rapport à **des processus et des résultats** et l'expérience acquise dans le cadre des incitants-qualité sera réinvestie dans la nouvelle approche de gestion totale de qualité dont le moteur sera la communication à tous les niveaux.

**La mise en place :**

L'application du modèle s'est fait progressivement, les hôpitaux ont eu 3 ans d'apprentissage. L'évaluation a lieu actuellement tous les deux ans. Elle se fait sous forme d'audit qui vérifie par audit l'application du modèle de management EFQM au niveau de l'institution : quelle est la qualité du leadership, la vision est-elle correctement formulée et communiquée, les orientations sont-elles déclinées en approches concrètes et efficaces, les aptitudes à atteindre les résultats visés sont-elles développées

**Figure 6** Modèle EFQM tel qu'utilisé dans le système luxembourgeois



**Bilan de l'utilisation du modèle EFQM**

Le niveau général de la performance s'est élevé :

- Presque tous les hôpitaux ont progressé en maturité
- Plusieurs hôpitaux sont au niveau d'un diplôme de reconnaissance de l'excellence (supérieur à 300 points)

- Un gros travail a été fait sur les résultats internes, les hôpitaux disposant de tableaux de bord d'indicateurs où l'on peut lire l'efficacité des actions et parfois la performance des principaux processus
- Bon nombre de processus clé sont décrits (cartographie stabilisée), les voies de progrès sont aujourd'hui concentrés sur les indicateurs clé de performance et sur la liaison entre les revues de processus et le pilotage stratégique de l'hôpital
- Le progrès le plus important accompli depuis 2006 concerne l'affinage des indicateurs de performance médicale. Tous les hôpitaux se sont engagés dans ce travail nécessaire, long et difficile. Il passe par une segmentation fine, par chemins cliniques, par groupes homogènes de patients, et par un travail nécessaire et critique des médecins avec leurs pairs (internationaux). C'est à ce niveau que se trouve l'un des principaux leviers d'amélioration pour les prochaines années.

### **5.8.2.1. La mise en œuvre des indicateurs de qualité des soins et de performance**

Plusieurs raisons ont poussé ensuite à la mise en œuvre des indicateurs de qualité et de performance actuels :

1. Le modèle EFQM ne permet pas de tirer des conclusions sur la qualité des prises en charge ;
2. Dans le cadre des missions de l'hôpital au niveau du service public et de la santé publique permettre une mesure des outcomes ;
3. Nécessité de mesurer la performance clinique et hospitalière avec une méthodologie uniforme ;
4. Permettre un benchmarking par rapport à des sets internationaux (p.ex. IQIP, PATH, ...)

Le projet PATH de l'OMS offre un cadre théorique pour la structuration des indicateurs.

Les indicateurs de qualité et de performance sont décrits avec précision dans des fiches individuelles reprenant pour chaque indicateur :

- Code
- Titre
- Domaine
- Définition de l'indicateur
- Objectif visé
- Population cible
- Formule de calcul

Au total 34 indicateurs de base sont retenus :

- 10 indicateurs de type « RESCLE » ou Résultats clés
- 17 indicateurs de type « RESPAT » ou résultats patient
- 2 indicateurs de type « RESPERS » ou résultats personnels

- 5 indicateurs de type « PROC » ou résultats procédures

L'ensemble de ces indicateurs sont pour certains subdivisés en sous-indicateurs dont les formules de calcul sont décrites avec précision.

L'ensemble de ces fiches descriptives contenant les indicateurs et les sous-indicateurs est communiquée en Annexe de ce rapport.

### **5.8.2.2. Limites / difficultés et développements récents**

Les faiblesses du système actuel des indicateurs peuvent être résumées comme suit:

- Implication non-homogène du corps médical
- Indicateurs de résultats cliniques sous-développés
- Fiabilité / robustesse des données recensées
- Méthodologies nationales pas toujours comparables aux sets internationaux.

La Commission d'Évaluation est d'avis qu'il faudra introduire davantage d'indicateurs relatifs à la santé publique dans l'évaluation. Par ailleurs, il suggère de procéder à moyen terme à des évaluations portant sur des laps de temps étendus (se procurer une vue longitudinale pour suivre p.ex. un patient ayant subi une opération de la hanche durant 5 ans). D'autres objectifs à poursuivre seraient la détermination de coûts globaux pour augmenter l'efficacité du système et bien évidemment le dossier informatisé unique.

Les actions futures de la Commission d'Évaluation EHL-CNS se résument dans:

- la stabilisation du système qualité dans les hôpitaux
- l'augmentation de l'implication du corps médical dans l'approche qualité
- l'harmonisation des méthodologies de calcul des indicateurs sur base de références internationales
- la création de liens directs entre l'incitant financier et les résultats obtenus (cf. depuis 2010 détermination de seuils de performance pour certains indicateurs)
- la mise en place d'un système de monitoring permanent qui permettra d'évaluer les prises en charges afin de supporter la politique de santé et/ou de prise en charge des soins de santé
- la promotion des projets innovants en la matière en guidant, facilitant et soutenant le développement qualitatif hospitalier et en aidant à l'implémentation des outils adaptés.

La Commission d'Évaluation estime néanmoins qu'il sera nécessaire – afin d'atteindre les objectifs susmentionnés – de disposer d'un système d'information performant (cf. Dossier patient informatisé), d'un système de codification médicale internationalement reconnu et de référentiels méthodologiques.

La clarification, d'une part, de la position de la direction et du médecin hospitalier dans la gouvernance du système hospitalier est également estimée comme préalable à la réussite des objectifs comme il sera d'autre part absolument nécessaire de connaître les stratégies gouvernementales concernant le développement de la politique de santé publique.



Une liste d'une trentaine d'indicateurs nouveaux possibles est aujourd'hui en discussion.

## **5.9 Danemark - Danish National Indicator project NIP**

Le projet danois mesure la qualité des soins fournis par les hôpitaux à des groupes de patients avec des conditions médicales spécifiques.

Le but de ce projet est d'assurer un fondement commun et des méthodes pour la documentation et le développement de la qualité dans les soins de santé pour le bénéfice des patients. Les buts spécifiques sont 1) d'améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et la réhabilitation, 2) de fournir de la documentation pour établir des priorités, 3) de fournir une source d'information pour les patients et les citoyens (consumers).

Le projet évalue la qualité au niveau du système de santé dans son ensemble et non au niveau des individus. Le but n'est donc pas de trouver des boucs émissaires mais d'établir la meilleure base possible pour l'amélioration de la qualité et le développement de la qualité dans le système de soins de santé.

Le 'Projet national danois d'indicateurs' (NIP) a été mis sur pied en 2000 comme une action concertée entre le ministère de la santé, le conseil national de la santé, les comtés, l'association des conseillers de chaque comté, l'association médicale danoise, l'association danoise des infirmières, les sociétés scientifiques, l'association danoise des physiothérapeutes (kinésithérapeutes) et l'association danoise des thérapeutes par l'occupation (ergothérapeutes). Le projet est financé par les 14 comtés et l'association des conseillers des comtés.

Le NIP possède une équipe fixe, le NIP-secrétariat qui assure la coordination et l'administration du projet.

Ces organisations de l'action concertée ont au départ en consensus donné la priorité à six maladies sur base de données DRG, pour arriver à un total de 10 'pathologies' actuellement. Les choix ont été effectués sur base du volume, de la sévérité, des opportunités pour des interventions cliniques et l'utilisation de ressources.

Le projet se concentre sur la documentation, l'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les soins de santé.

### **5.9.1 Les indicateurs**

Pour chaque pathologie sélectionnée, un groupe 'indicateur' est établi représentant les différents professionnels de santé en coordination avec les sociétés scientifiques, l'association médicale danoise, l'association danoise des infirmières etc. Ce groupe 'indicateur' reflète tous les professionnels de santé pertinents pour la pathologie dont le groupe est responsable. La composition de ce groupe doit garantir un haut niveau scientifique et clinique. Le groupe peut contenir entre 8 et 15 membres. Il est à noter que la participation pour les membres est obligatoire ; chaque membre signe un contrat qui garanti une compensation économique pour le travail effectué. Chaque groupe est soutenu par une équipe du 'secrétariat-NIP' composée d'un manager de projet, un consultant en soins de santé, tous deux responsables de la bonne marche du projet ; un épidémiologiste responsable pour tous les aspects épidémiologiques y compris les formulaires de récolte des données, l'analyse et l'interprétation des résultats ; et un documentaliste. Le documentaliste

réalise la revue de la littérature sur le sujet et attribue un niveau de preuves à l'information récoltée (Méthode Grade).

Le travail du groupe se réalise en 8 étapes :

#### I Introduction au travail

Première réunion pendant laquelle la pathologie est définie et le travail est organisé concrètement.

#### II. Etablissement d'une vue générale sur la connaissance et la pratique

La documentaliste présente sa revue des standards de soins et des indicateurs. Le groupe discute le travail qui doit être fait par l'épidémiologiste et les demandes supplémentaires à la documentaliste. Un modèle d'ajustement pour le case-mix est aussi élaboré à l'aide de 'facteurs de pronostics'

#### III. Détermination des standards et des indicateurs

Sur base du travail du documentaliste et de l'épidémiologiste, le groupe détermine les standards et les indicateurs basés sur des preuves et les méthodes pour collecter les données nécessaires. Lorsque des standards ou des indicateurs basés sur des preuves ne sont pas disponibles, ceux-ci sont élaborés au moyen de consensus d'experts.

#### IV. Collecte des données

Pour que la collecte de données puisse commencer, un processus structuré de mise en place coordonné par le 'secrétariat-NIP' est réalisé dans toutes les régions.

Le projet utilise dans la mesure du possible les bases de données déjà existantes : bases de données cliniques, registres et dossiers médicaux. L'épidémiologiste participe à la validation des données.

#### V. Analyse des données

L'épidémiologiste analyse les données et présente les résultats au groupe. Les données sont aussi interprétées aux niveaux national, régional et local.

#### VI. Audit clinique

Un processus d'audit structuré est initié pour expliquer les résultats. Le but est de mettre en avant une interprétation des professionnels eux-mêmes et d'évaluer aussi à la lumière d'incidents critiques.

#### VII. Amélioration de la qualité

D'après les résultats des étapes précédents, les actions d'amélioration de la qualité sont préparées et mise en place ;

#### VIII. Diffusion publique des résultats

En parallèle avec la mise en place des améliorations, les résultats sont présentés au public sur un site internet ([www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)), accompagnés de certains commentaires provenant des audits.

Sur base du volume, de la sévérité, des opportunités pour des interventions cliniques et l'utilisation de ressources, 10 pathologies font actuellement l'objet de suivi par indicateurs : accident vasculaire cérébral, fracture de hanche, la schizophrénie, chirurgie gastro-intestinale aigue, décompensation cardiaque et cancer du poumon, broncho-pneumopathie obstructive, diabète, dépression et soins autour de la naissance.

Pour chacune de ces conditions médicales, entre 6 et 10 indicateurs sont sélectionnés et comprennent des indicateurs de structure, de processus et de résultats (outcome).

**Figure 7 : Exemple d'un set d'indicateurs : la fracture de hanche**

**Hip Fractures<sup>1</sup>:** Indicators and Standards in The Danish National Indicator Project

Indicator domain	Indicator	Type	Standard
<b>Pain</b>	1. Proportion of patients who receive systematic pain assessment at rest and during mobilisation using a pain scale	Process	≥ 90%
<b>Early mobilisation</b>	2. Proportion of patients who are mobilised within 24 hours of the operation	Process	≥ 80%
<b>Basis mobility</b>	3. Proportion of patients whose basis mobility is assessed prior to the discharge. The indicator group recommends the use of Cumulated Ambulated Score (CAS) <sup>2</sup>	Process	≥ 90%
<b>Rehabilitation</b>	4. Proportion of patients where a rehabilitation plan is produced including an ADL functional level prior to the fracture and an ADL functional level prior to the discharge	Process	≥ 90%
<b>Secondary prevention Osteoporosis</b>	5. Proportion of patients where decision has been made regarding medical treatment to prevent future osteoporotic fractures	Process	≥ 90%
<b>Secondary prevention Falls</b>	6. Proportion of patients where decision has been made regarding future fall prevention	Process	≥ 80%
<b>Survival</b>	7. Proportion of patients who are alive 30 days after admission	Outcome <sup>3</sup>	≥ 90%
<b>Reoperation</b>	8a. Proportion of patients with an osteosynthesised undislocated medial fracture who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 15%
	8b. Proportion of patients with an osteosynthesised dislocated medial fracture who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 30%
	8c. Proportion of patients with an osteosynthesised subtrochanteric or trochanteric fracture who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 5%
<b>Reoperation Hemi- eller total alloplasty</b>	9. Proportion of patients with a hemi- or total alloplasty who are reoperated within 2 years	Outcome	≤ 10%
<b>Reoperation Deep wound infection</b>	10. Proportion of patients who are reoperated due to deep wound infection within 2 years	Outcome	≤ 2%

Figure 8: Exemple 2 d'indicateurs et chiffre cible : traitement du cancer du poumon

### Lung cancer - Indicators and Standards

Indicator Domain	Indicator	Type	Standard	Time Reference
<b>Survival, total</b>	a.) Proportion of patients alive after <b>one year</b> b.) Proportion of patients alive after <b>two years</b> c.) Proportion of patients alive after <b>five years</b>	Outcome	a.) $\geq 30\%$ b.) $\geq 15\%$ c.) $\geq 10\%$	From date of diagnosis
<b>Survival after surgery</b>	a.) Proportion of patients alive <b>30 days</b> after surgery b.) Proportion of patients alive <b>one year</b> after surgery c.) Proportion of patients alive <b>two years</b> after surgery d.) Proportion of patients alive <b>five years</b> after surgery	Outcome	a.) $\geq 95\%$ b.) $\geq 60\%$ c.) $\geq 55\%$ d.) $\geq 40\%$	From date of surgery
<b>Diagnosing and treatment time</b>	Proportion of patients, for whom the diagnostic package is completed within 28 days of referral	Process	$\geq 85\%$	End date of diagnostic procedures (i.e. patient acceptance of referral to surgical/oncological therapy) – date of referral (received)
	Proportion of patients having surgery within 14 days after acceptance of the further treatment course (i.e. referral to surgery)	Process	$\geq 85\%$	Date of surgery – date of patient acceptance of the further treatment course
	Proportion of patients having surgery within 42 days of referral to the diagnostic package	Process	$\geq 85\%$	Date of surgery – date of referral to the diagnostic package (received)
	Proportion of patients who initiate chemotherapy within 14 days after acceptance of the further treatment course (i.e. referral to chemotherapy)	Process	$\geq 85\%$	Date of chemotherapy – date of patient's acceptance of the further treatment course
	Proportion of patients who initiate chemotherapy within 42 days after referral to the diagnostic package	Process	$\geq 85\%$	Date of chemotherapy – date of referral to the diagnostic package (received)
	Proportion of patients who initiate radiation therapy within 14 days after acceptance of the further treatment course (i.e. referral to radiation therapy)	Process	$\geq 85\%$	Date of radiation therapy – date of patient's acceptance of the further treatment course
	Proportion of patients who initiate radiation therapy within 42 days of referral to the diagnostic package	Process	$\geq 85\%$	Date of radiation therapy – date of referral of referral to the diagnostic package (received)
<b>Stage classification</b>	Proportion of patients with consistency between cTNM and pTNM	Process	$\geq 85\%$	
<b>Resection rate</b>	Proportion of patients having radical surgery (i.e. no. of resections)	Process	$< 25\%$	

### 5.9.2 Mise en place/opérationnalisation

La mise en place s'est effectuée par pathologie par pathologie.

Lorsque le groupe 'indicateur' a déterminé les standards, les indicateurs et les facteurs de pronostic le projet est mis en place dans tous les hôpitaux publics du pays (hôpitaux publics qui représentent la majorité des hôpitaux). Ceci a nécessité le développement d'une organisation au niveau de l'unité de soins, de l'hôpital et de la région pour assurer que la collecte des données est complète, que les données sont reproductibles correspondant avec les définitions mises au point par le groupe 'indicateur'. L'unité a aussi un rôle à jouer dans la validation et l'interprétation des données. Une des volontés de ce projet est de s'intégrer dans la routine journalière des unités de soins.

Des conférences de 'mise en place' ont été organisées par l'équipe 'fixe' du projet (ou secrétariat) dans chaque région pour s'assurer que toutes les unités hospitalières sont informées et capables de collecter, valider et recevoir des données pour le projet. Un support logistique est également fourni dans quelques régions 'tests'.

Un manuel a également été rédigé pour expliquer les différentes étapes.

Les étapes sont

- 1) l'identification des problèmes et la mise en place de priorités,
- 2) le développement d'indicateurs et de standards 'basés sur des preuves'
- 3) la collecte de données,
- 4) l'analyse des données, l'évaluation et l'interprétation,
- 5) le feedback aux prestataires de soins et aux managers,

- 6) la réalisation d'audits,
- 7) la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité,
- 8) la diffusion publique de résultats.

De plus, les résultats de ces indicateurs sont pris en compte lors de la procédure d'accréditation pour les hôpitaux publics, accréditation réalisée par le DDKM qui dépend de l'IKAS, l'institut danois pour la qualité et l'accréditation dans les soins de santé.

### **5.9.3 Limitations/difficultés**

L'évaluation de ce système pilote était prévue dès sa conception, un article sur le sujet a réalisé une évaluation en 2008 après 5 ans de fonctionnement du projet (Mainz, Hansen et al. 2009 ). Les auteurs relèvent une amélioration de nombreux indicateurs mais estiment que les soins en cancérologie (cancer du poumon) ne sont pas satisfaisant et ne sont pas suffisamment améliorés. L'équipe du projet NIP a donc décidé d'élaborer des 'paquets' pour les patients avec cancer du poumon, 'paquets' qui expliquent en détail les soins que ces patients doivent recevoir ainsi que le timing de ceux-ci afin d'accélérer les processus de référence vers les centres de traitement principalement.

#### **Sources:**

[www.nip.dk](http://www.nip.dk)

Mainz J, Hansen AM, Palshof T, Bartels PD [National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project.](#) J Surg Oncol. 2009 Jun 15;99(8):500-4.

## **5.10 Suède**

Dans un cadre défini par une législation nationale, les comtés (counties) et les régions ont beaucoup de liberté pour l'organisation des soins de santé qui sont financés en grande partie par une taxe prélevée par les conseils des comtés (county councils).

Vu cette organisation très décentralisée, les autorités suédoises ont estimé nécessaire d'évaluer de manière comparative la performance en terme de soins de santé des différentes entités.

Le rapport sur le programme suédois de mesure de la performance appelé 'Qualité et efficacité dans les soins de santé suédois' a été publié en 2006 et est publié annuellement. Cette initiative est un projet commun de l'association des autorités locales (SALAR) et du conseil national suédois de la santé et de l'aide sociale (NBHW)

Ce programme publie à disposition des professionnels de santé et du grand public, des données comparatives sur la performance en soins de santé.

Le but de ce programme est double. Premièrement, les comparaisons sont un moyen d'informer et de stimuler le débat public sur la qualité et l'efficacité des soins de santé. Le public, comme patients et comme citoyens, a le droit de connaître les résultats disponibles concernant les soins de santé. Deuxièmement, les autorités suédoises estiment que la publication de données de comparaison est un puissant moyen pour stimuler les améliorations de la performance. Les comparaisons ont donc pour but de stimuler et supporter les autorités locales (responsables de l'organisation des soins de santé en Suède) et régionales à faire des efforts pour améliorer les services médicaux en termes de qualité clinique et de résultats (outcome) ainsi qu'en termes d'expérience des patients et d'utilisation efficace des ressources. Toutes les personnes impliquées dans les soins de santé, quelque soit le niveau de soins peuvent utiliser les données de comparaison pour identifier les forces et les faiblesses de leur système.

Les autorités souhaitent évaluer si leurs soins de santé sont 'evidence-based', efficaces, accessibles à tous, s'ils répondent aux besoins, s'ils sont délivrés dans de bonnes conditions de sécurité. Pour répondre à ces différentes questions, les indicateurs de performance en soins de santé sont répartis en quatre dimensions : A) Résultats des soins, B) Expérience des patients, C) Accessibilité aux soins, D) Coûts et productivité.

### **5.10.1 Les indicateurs**

L'équipe de recherche a sélectionné les indicateurs afin qu'ils présentent une image aussi complète que possible du système de soins de santé dans son ensemble, tout en tenant compte des données disponibles (données de soins de santé, registres de qualité. . . ). Lorsque cela s'avère possible, les indicateurs se réfèrent à des recommandations de bonne pratique ou des buts à atteindre.

Le set contenait 57 indicateurs en 2006, 101 en 2008 et 124 en 2009.

Parmi ces indicateurs, la majorité est présentée au niveau du comté.

Dans le domaine A) Résultats des soins, 12 sous-domaines sont définis : Mortalité, hospitalisation et vaccination ; Thérapie médicamenteuse ; Soins intensifs ; Taux de survie après cancer ; Soins maternels et néonataux ; Soins aux diabétiques ; Soins psychiatriques ;

Soins après accident vasculaire cérébral ; Soins cardiaques ; Soins orthopédiques ; Soins rénaux ; Autres méthodes de traitement.

Il est à noter aussi que 8 indicateurs font l'objet d'une analyse socio-économique :

- Mortalité évitable par des politiques (comme les cancers du poumon liés au tabac et les accidents de circulation) et pays d'origine
- Mortalité évitable liées aux soins de santé (comme les complications du diabète par exemple) et pays d'origine
- Hospitalisations évitables et niveau d'éducation
- Survie relative après cancer du sein et niveau d'éducation
- Pourcentage de nouveau-né avec un score d'Apgar < 7 et niveau d'éducation et tabagisme
- Patients diabétiques sous anti-hypertenseurs et niveau d'éducation
- Mortalité à 28 jours après infarctus du myocarde et niveau d'éducation
- Prise d'hypolipémiants après infarctus du myocarde et niveau d'éducation.

Parmi l'ensemble des indicateurs sélectionnés, 19 indicateurs sont aussi déclinés au niveau de l'hôpital.

Ce sont les indicateurs suivant :

- Ré-intervention pour cancer rectal
- Déchirure du périnée du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degré lors de l'accouchement
- Mortalité à 28 jours – hospitalisation pour 1<sup>er</sup> accident vasculaire cérébral (AVC)
- Patients traités dans une unité spéciale pour les AVC
- Habilité pour les activités journalières 3 mois après un AVC
- Mortalité à 28 jours – Patients hospitalisés pour infarctus aigu du myocarde
- Angiographie coronaire après infarctus du myocarde sans élévation du segment ST
- Prise de clopidogrel après infarctus du myocarde sans élévation du segment ST
- Temps d'attente pour un pontage coronaire
- Prise d'hypolipémiants après infarctus du myocarde
- Réadmission après décompensation cardiaque
- Ré-opération après intervention pour prothèse totale de hanche
- Résultats rapporté par les patients (Patient reported outcome) après prothèse totale de hanche
- Temps d'attente pour la chirurgie après fracture de hanche
- Accès vasculaire durant la dialyse
- Ré-opération pour hernie inguinale
- Chirurgie de la cataracte, acuité visuelle en dessous de 0,5 à l'œil qui a la meilleure vision

### **5.10.2 Mise en place/opérationnalisation**

Depuis 2006, les résultats de ces indicateurs figurent sur un site internet à destination à la fois des professionnels de santé et des citoyens-patients.

Les résultats par comtés sont présentés sous forme de classement avec un intervalle de confiance.

Les résultats par hôpital figurent également sur ce site internet.

Les résultats par hôpital sont présentés sans intervalle de confiance et sans classement parce que :

- les résultats ne sont standardisés que pour l'âge des patients et non pas par la sévérité des maladies et les caractéristiques des patients, les autorités estimant que le but du benchmark étant l'amélioration de la qualité, cette standardisation n'est pas nécessaire et pas toujours faisable ;
- le système de santé est échelonné et qu'en conséquence, les hôpitaux de référence traitent des patients différents que les hôpitaux locaux ;
- les patients arrivent à l'hôpital atteints plus ou moins sévèrement atteints en fonction des possibilités locales de prise en charge à domicile ou dans les maisons de retraite ;
- le nombre de cas est tellement petit pour certains hôpitaux locaux qu'un seul cas peut affecter les résultats de l'hôpital.

Tous les résultats sont activement analysés au niveau des comtés et des régions dont les hôpitaux dépendent et qui décident des actions d'amélioration à mettre en place.

**Sources:**

« Quality and efficiency in Swedish Health Care Regional Comparison 2008, Swedish Association of Local Authorities and Regions ; Socialstyresen the National Board of Health and Welfare

« Quality and efficiency in Swedish Health Care Regional Comparison 2009, Swedish Association of Local Authorities and Regions ; Socialstyresen the National Board of Health and Welfare

disponibles sur [www.skl.se](http://www.skl.se)



## **5.11 Italie**

Après une revue de l'ensemble des initiatives en cours en Italie, nous avons retenu deux projets qui nous paraissent particulièrement intéressants dans le cadre l'étude HPI : le projet SiVeAS et le projet MERCURIO.

### **5.11.1 Le projet SiVeAS**

Le SiVeAS, le système national de vérifications et de contrôles sur les soins de santé a été créé par décret du 17 Juin 2006 au ministère de la Santé.

SiVeAS vise à s'assurer de la conformité avec les critères de pertinence et de qualité des services de santé fournis.

Le ministère, grâce au travail de SiVeAS, effectue deux tâches fondamentales:

1. fournir un appui général pour la production des outils d'évaluation et de mise en œuvre des meilleures pratiques sur le plan de l'efficacité et de la qualité des soins de santé dans les différentes régions
2. s'assurer que toutes les activités requises pour l'encadrement et le contrôle de la région sont bien intégrées dans le plan de remboursement.

Le programme SiVeAS

Le ministère de la Santé a confié le projet SiVeAS au Laboratoire Gestion et Santé de l'école supérieure Sant'Anna de Pise. A titre expérimental, un premier groupe d'indicateurs a été construit pour mesurer la pertinence, l'efficacité et la qualité des services de santé fournis. Le projet répond à l'objectif commun à tous les systèmes de santé nationaux de comparaison systématique des résultats entre les opérateurs afin d'identifier et de promouvoir les meilleures pratiques et permettre l'apprentissage, améliorer la qualité des services et assurer la transparence vers le public des résultats. Cela vise également à ce que les niveaux de service de base soient assurés d'une manière équitable.

Le projet en est encore à ses débuts et doit être complété par des indicateurs supplémentaires auxquels les chercheurs et le Ministère travaillent. Si le défi est complexe, la transparence des résultats et la comparaison comme mécanismes pour la croissance et l'amélioration du système national de santé sont considérés comme des objectifs cruciaux pour les années à venir.

#### **5.11.1.1. Mise en place / opérationnalisation**

Les premiers résultats ont été présentés en avril 2010.

Il s'agit d'un ensemble de 34 indicateurs développés pour évaluer la performance des systèmes de santé régionaux. Pour cette première évaluation les domaines suivants ont été retenus : gestion de la demande, efficacité, pertinence des soins médicaux et chirurgicaux, qualité clinique, support efficace des maladies chroniques, assistance pharmaceutique, assistance sanitaire collective et de prévention.

### **Gestion de la demande**

H1.1	Taux d'hospitalisation ordinaire pour 1000 résidents
H1	Taux d'hospitalisation global pour 1000 résidents
H1.2	Taux d'hospitalisation en hôpital de jour pour 1000 résidents
H1.3	Poids moyen DRG hospitalisations ordinaires

### **Efficacité**

H2	Indice de performance période d'hospitalisation moyenne -DRG chirurgie
H2.1	Indice de performance période d'hospitalisation moyenne
H2.2	Indice de performance période d'hospitalisation moyenne -DRG médecine
H13	Période d'hospitalisation moyenne pré-opératoire pour les interventions chirurgicales programmées

### **Pertinence des soins chirurgicaux**

H3	% DRG médicaux / chirurgicaux
H4	% colecistectomie laparoscopique en intervention de jour et hospi. ordinaire
H5	DRG chirurgicaux : % d'hospitalisation de jour

### **Pertinence des soins médicaux**

H6	DRG médicaux : taux d'hospitalisation pour 10 000 résidents
H14	% d'hospitalisations de court séjour
T9	% d'hospitalisations à finalité diagnostique

### **Qualité clinique**

H9	Taux de césariennes
H10	% d'hospitalisations répétées en 30 jours pour le même MDC
H10.	% d'hospitalisations répétées dans les 30 jours
H10.1.1	% d'hospitalisations répétées en médecine dans les 30 jours
H10.1.2	% d'hospitalisations répétées en chirurgie dans les 30 jours
H11	% de fractures du fémur opérées en 2 jours

### **Support efficace des maladies chroniques**

T2	Taux d'hospitalisation pour insuffisance/déséquilibre par 100 000 résidents (50-74 ans)
T3	Taux d'hospitalisation pour un diabète global pour 100 000 résidents (20-74 ans)
T4	Taux d'hospitalisation BPCO pour 100 000 résidents (50-74 ans)

### **Assistance pharmaceutique**

AF5	Dépense brute par personne dans le domaine pharmaceutique
-----	---

AF5.1	Ecart avec la moyenne nationale des consommations des domaines pharmaceutiques de classe A
AF5.3	% sur la dépense totale nette de la dépense territoriale des médicaments de classe A
AF5.4	% sur le total des DDD de la consommation territoriale des médicaments équivalents de classe A

### **Assistance sanitaire collective et de prévention**

P1	Degré de couverture pour le vaccin antigrippe pour 100 habitants (> =65 ans)
P2	Degré de couverture pour le vaccin RRO (rougeole, rubéole, oreillons) pour 100 habitants (< =2ans)
P3	Etendue du dépistage mamographique
P4	Participation au dépistage mamographique
P5	Etendue du dépistage colorectal
P6	Participation au dépistage colorectal

Les résultats sont présentés sous forme graphique où les résultats les plus proches du centre ont les meilleures performances, tandis que les plus éloignés du centre sont les résultats les plus critiques. Il s'agit donc d'un résumé photo des forces et des faiblesses de chaque système de santé régional qui peut alors entrer dans les détails de chaque indicateur calculé pour les années 2007 et 2008.

Sur cette base chaque système de santé régional peut alors redescendre à un niveau plus fin par exemple celui de l'hôpital.

#### **5.11.1.2. Limites / difficultés**

Nous pouvons identifier deux limites au projet :

- Son caractère encore expérimental à ce stade qui va amener le projet à évaluer dans l'avenir et qui va sans aucun doute générer le développement de nouveaux indicateurs.
- Son focus au départ essentiellement régional qui obligera les régions à développer de nouveaux projets pour impliquer les différents acteurs en particulier les acteurs hospitaliers.

#### **5.11.2 Le projet Micronet**

MICRONET (D'Ancona, Rizzo et al.) est réseau de collecte et d'échanges des données épidémiologiques à partir des laboratoires de microbiologie. Il s'agit également d'un système d'alerte au niveau des hôpitaux qui font partie du réseau.

Micronet est un projet de l'ISS – Institut Supérieur de Santé financé par le Centre national de prévention et de contrôle des maladies du Ministère de la Santé (CCM). Il est conçu pour créer un système de surveillance sentinelle épidémiologique des infections et des maladies basé sur la détection et la transmission automatique des résultats.

Il constitue un instrument important pour la détection rapide des épidémies et l'analyse des tendances observées par la mise à disposition en temps réel de données up-to-date et complètes.

Le projet Micronet

MICRONET a donc parmi ses objectifs principaux la mise sur pied d'un système d'alerte partagé entre les différents laboratoires.

L'approche méthodologique commence à partir des demandes d'examens de laboratoire et s'appuie sur la possibilité d'exporter tous les résultats (positifs et négatifs) réalisés dans le laboratoire de microbiologie et tous les rapports disponibles dans le laboratoire.

Pour ce faire, il a été nécessaire d'atteindre les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier des indicateurs et des normes pour l'échange de données entre les différents laboratoires pilotes.
- Développer un prototype pour la détection et la transmission automatique des résultats à travers un réseau de laboratoires
- Expérimenter avec le prototype de surveillance la fréquence de l'identification de certains agents pathogènes circulant dans les zones pilotes.
- Expérimenter un outil de surveillance pour les régions consistant à intégrer les données de laboratoire avec celles provenant de sources d'informations cliniques
- Etudier l'intégration de ce système de surveillance avec les réseaux existants sur le territoire national

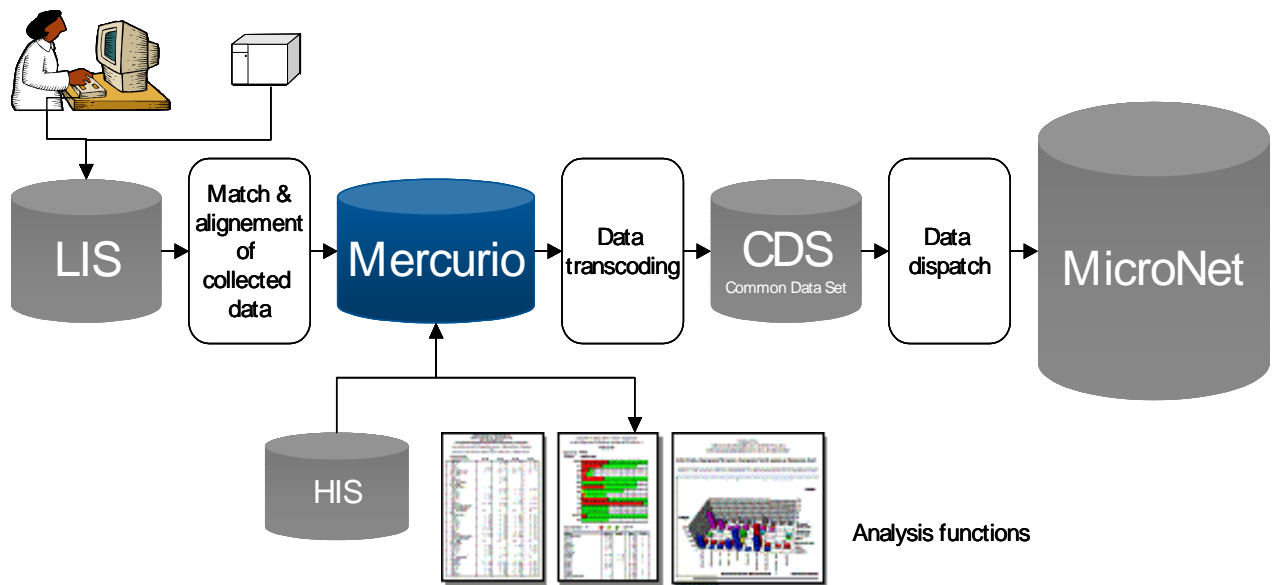
#### **Les outils du projet**

- La collecte et l'échange de données provenant des systèmes de laboratoire et de gestion de l'information existants (LIS)
- La création d'un échange standard de données entre les laboratoires à travers une feuille de route, un ensemble commun de données (CDS) qui consiste en une série de tableaux normalisés, et enfin un format d'échange de données entre le laboratoire et le serveur central (Sidle).

##### ***5.11.2.1. La mise en œuvre des indicateurs de qualité et de performance***

Initié dans la région de Bologne, le projet utilise le logiciel de gestion de Laboratoire Mercurio développé par la société Noemalife, société spécialisée dans l'informatique Santé dont le siège central est basé à Bologne.

La mise en œuvre du projet s'effectue selon le schéma suivant :



### 5.11.2.2. Limites / difficultés et développements récents

L'aspect expérimental et pionnier du projet constitue ici aussi incontestablement sa limite essentielle.

Des outils très précieux ont toutefois été développés et une généralisation de ce type d'approche pourrait constituer une réelle plus value tant sur la plan régional que national ou international. Cela permet de disposer presque en temps réel de données permettant de réagir rapidement à l'émergence et au développement de maladies infectieuses. Cela permet également d'enclencher un mouvement de réflexion et d'échanges sur les pratiques entre collègues. Des projets similaires ont été développés aux Pays-Bas (Widdowson, Bosman et al. 2003) mais avec une approche méthodologique légèrement différente (collecte uniquement des résultats positifs aux tests de laboratoire).

## **6 Les initiatives de mesure et d'amélioration de la performance hospitalière en Belgique**

### **6.1 Les projets du SPF SCAE**

#### **6.1.1 FBI – Feedback multidimensionnel intégré**

Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières – Phase exploratoire Avril 2006 SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins.

Feedback Multidimensionnel pour les hôpitaux – Avril 2008 SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins.

##### **6.1.1.1. Historique**

La Belgique a participé avec 22 hôpitaux pilotes au projet PATH (en page 46) mais n'a pas continué dans cette voie pour différentes raisons, dont la plus importante est que la demande de récolte de données spécifiques par les hôpitaux demandait beaucoup de temps et de moyens alors que les hôpitaux envoient déjà par ailleurs beaucoup de données aux autorités. Le projet PATH a néanmoins permis d'identifier un intérêt des hôpitaux pour des feedbacks qui leur permettraient de se situer par rapport aux autres hôpitaux belges. Le SPF SCAE a donc décidé d'exploiter au mieux les données en sa possession et a publié deux feedbacks multidimensionnels intégrés en avril 2006 et en avril 2008. Pour avril 2011, un troisième feedback est attendu.

##### **6.1.1.2. Objectifs**

Le SPF SCAE veut par ce feedback exploiter les nombreuses données administratives disponibles et les mettre à disposition des hôpitaux sous forme d'indicateurs de performance hospitalière dans un souci de transparence vis-à-vis de ceux-ci.

Le SPF SCAE souhaite par ce feedback fournir aux hôpitaux un outil qui leur permette de se comparer à l'ensemble des hôpitaux du pays et de définir des priorités d'améliorations possibles. Dans la version 2008, l'auteur du rapport précise que démarrer des actions d'amélioration demande une analyse et un examen minutieux des processus existants ainsi qu'une réflexion sur les objectifs poursuivis par l'établissement.

Le feedback n'est pas conçu comme un outil d'évaluation externe.

##### **6.1.1.3. Nature**

Les documents Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières – Phase exploratoire Avril 2006 SPF SCAE DG Organisation des établissements de soins et Feedback Multidimensionnel pour les hôpitaux – Avril 2008 SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins sont des documents sous forme papier qui sont envoyés aux directions générales et au médecin-chef de tous les hôpitaux aigus de Belgique.

#### **6.1.1.4. Auteurs**

Les feedbacks sont édités et diffusés par le SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins.

La personne responsable de la conception et la réalisation de ce feed-back est Wim Aelvoet, MD, MPh.

#### **6.1.1.5. Participants/stakeholders**

A l'issue du 1<sup>er</sup> feedback, une Commission d'accompagnement de la Performance Hospitalière fut mise sur pied avec 2 groupes de travail distincts, un groupe de travail chargé des indicateurs non cliniques et un groupe chargé des indicateurs cliniques. Ces groupes de travail ont entamés une réflexion sur les indicateurs utiles aux hôpitaux et ont réalisés certaines analyses critiques.

Certains indicateurs ont été analysés avec les Collèges de Médecins concernés.

Les feedbacks de 2006 et de 2008 ne concernent que les hôpitaux aigus.

#### **6.1.1.6. Fréquence du feedback**

Le feedback a été publié jusqu'à présent tous les deux ou 3 ans.

Le feedback de 2006, présente des données des RCM des années 2000 à 2003, des données FinHosta des années 2001 à 2004, des données du bilan social de l'année 2003 et de l'enquête « Statistiques hospitalières annuelles » 2002 et 2003.

Le feedback de 2008, présente des données RCM jusqu'au 1<sup>er</sup> trimestre 2005, des données FinHosta jusque 2005 compris et le feedback 2011 porte sur 8 semestres de données RCM (2004 à 2007) et des données Finhosta 2002 à 2007.

#### **6.1.1.7. Type d'indicateurs**

Tout comme le projet PATH, le feedback multidimensionnel intégré, se veut multidimensionnel pour refléter différentes dimensions de la performance. Les dimensions envisagées sont la performance clinique, la performance financière, la capacité et l'innovation ainsi que l'orientation-patient. Ces 4 dimensions sont présentées de façon résumée pour chaque hôpital sur une 'Balanced ScoreCard'.

Le feedback de 2006 a présenté 11 indicateurs chacun décrit par une fiche technique.

Dans la dimension performance clinique

- Résultat des soins :

Mortalité pour des pathologies traceuses : Infarctus aigu du myocarde, pneumonie non iatrogène, fracture de la hanche

- Processus de soins :

Taux d'accouchements par césariennes, taux de cholécystectomie par voie laparoscopique

Dans la performance financière

- Indépendance financière
- Cash flow étendu en pourcentage du passif,
- Acid test

Dans la dimension Capacité et Innovation

- Indice d'utilisation des technologies de l'information
- Maintien de l'outil (ratio de continuité)
- Turn over du personnel

Aucun indicateur n'a été retenu dans la dimension Orientation Patient.

Le feedback de 2008 en présentés 29 indicateurs tous décrits dans une fiche qui inclut une définition de l'indicateur, ses objectifs et les restrictions à observer lors de son interprétation destinée aux niveaux stratégiques de l'établissement et une fiche technique avec une description détaillée. La fiche technique est différente pour les indicateurs cliniques et non-cliniques.

Dans la dimension performance clinique

- Processus de soins :

Taux d'accouchements par césariennes, létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu de myocarde, létalité hospitalière après une admission pour fracture de hanche, létalité hospitalière après une admission pour pneumonie, taux de cholécystectomie par voie laparoscopique, létalité hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu, létalité hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive

Dans la performance économique

- Taux d'indépendance financière
- Acid test
- Couverture financière
- Niveau de Cash flow
- Rentabilité 1
- Rentabilité 1 bis
- Rentabilité 2
- Rentabilité 2bis
- Performance en durée de séjour 1
- Performance en durée de séjour 2

Dans la dimension Capacité

- Utilisation de la capacité d'hospitalisation
- Maintien de l'outil « matériel médical » (ratio de continuité)
- Maintien de l'outil « maintien de l'outil non médical » (ratio de continuité)
- Taux d'hospitalisation de jour

Dans la dimension Ressources Humaines

- Degré de qualification du personnel de soins
- Degré de spécialisation des infirmiers
- Vacances de postes infirmiers
- Taux de turn over du personnel
- Taux de personnel intérimaire

Dans la dimension Innovation

- Coûts informatiques
- Itinéraires cliniques



- Elimination des déchets

Dans la dimension Orientation Patient

- Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient
- Information du patient
- Possibilité de scolarité à l'hôpital
- Médiation

Le feedback de 2011 présente 26 indicateurs tous décrits dans une fiche.

Dans la dimension performance clinique

- Processus de soins :

Taux d'accouchements par césariennes, létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu de myocarde, létalité hospitalière après une admission pour fracture de hanche, létalité hospitalière après une admission pour pneumonie, taux de cholécystectomie par voie laparoscopique, létalité hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu, létalité hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive

Dans la comptabilité et gestion des hôpitaux

- Taux d'indépendance financière
- Acid test
- Couverture financière
- Niveau de Cash flow
- Rentabilité 1
- Rentabilité 1 bis
- Rentabilité 2
- Rentabilité 2bis
- Ration de continuité: matériel médical
- Ration de continuité: matériel non médical
- Coût moyen informatique
- Performance en durée de séjour 1
- Performance en durée de séjour 2
- Itinéraires cliniques

Dans la dimension Ressources Humaines

- Vacances de postes infirmiers

Dans la dimension Orientation Patient

- Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient
- Information du patient
- Possibilité de scolarité à l'hôpital
- Médiation

#### **6.1.1.8. Méthodologie Incl. Récolte des données, validation, suivi,...**

Dans le feedback 2006, les auteurs précisent leurs critères de choix des indicateurs : 1) la disponibilité des données au niveau du SPF SCAE 2) leur potentiel pour susciter un

questionnement en interne sur la performance 3) la disponibilité de documents scientifiques justifiant leur validité. Une revue exhaustive de la littérature scientifique a été réalisée (la méthodologie est dite décrite dans les fiches techniques) et sur les expériences nationales et internationales similaires.

Dans le rapport 2008, les auteurs précisent que pour les indicateurs cliniques, les fiches techniques font référence aux rapports de l'AHRQ (en page 36) et à la contribution des Collèges des médecins.

Les feedbacks sont basés sur les données administratives collectées en routine et transmises au SPF SCAE soit les Résumé Clinique Minimum (RCM), FinHosta, le bilan social et l'enquête « Statistiques hospitalières annuelles ». Pour une description détaillée de ces bases de données, nous vous renvoyons au site internet du SPF SCAE

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/index.htm>

### **6.1.1.9. Rapports/Feedback**

Chaque feedback accompagné de la « Balanced ScoreCard » résumant la situation de l'hôpital et d'une lettre d'introduction est envoyé au directeur de l'hôpital ainsi qu'au médecin-chef. Aucune obligation d'utilisation des résultats n'existe.

Le feedback est entièrement anonyme, l'hôpital reçoit un numéro différent pour s'identifier dans chaque graphique ou tableau. Il ne connaît pas la position des autres hôpitaux.

### **6.1.1.10. Plus-value de l'initiative**

L'initiative a eu l'avantage de sensibiliser certaines directions hospitalières à l'utilisation des indicateurs de performance hospitalière et à la nécessité de mettre des actions en place pour améliorer celle-ci.

Elle a proposé des indicateurs validés qui ont déjà fait leur preuve et qui ne demande aucun encodage de données supplémentaires.

### **6.1.1.11. Limitations**

Ces indicateurs étant basés sur ceux de l'AHRQ, ils en partagent les mêmes limitations : focus sur tout sur la chirurgie, vulnérabilité aux pratiques de codage.

Le RCM servant avant tout pour le financement montre sur le site de la cellule technique dans le Feedback Financier par pathologie<sup>4</sup> que d'année en année, la proportion de patients dans les degrés de sévérité 1 et 2 diminue pour augmenter dans les degrés de sévérité 3 et 4 mieux financer. Ces pratiques d'encodage obligent à beaucoup de prudence lors de l'interprétation des résultats et des comparaisons inter hospitalières.

Le questionnaire « Statistiques hospitalières annuelles » ne fait quant à lui l'objet d'aucun contrôle ni validation (voir son évaluation plus loin dans ce chapitre)

Lors de nos interviews dans les hôpitaux, de nombreux commentaires sur ce feedback ont été recueillis, nous vous renvoyons au chapitre 8 page 204.

---

<sup>4</sup> <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymus?lang=fr>

#### **6.1.1.12. Perspectives d'avenir**

Ce feedback s'inspirera des résultats de la présente étude qui fournira des pistes pour son évolution.

## **6.1.2 Contrat QS - Contrat « Coordination qualité et sécurité des patients »**

### **6.1.2.1. Historique**

En 2006, le Conseil National des Etablissements hospitaliers a émis un avis sur la nécessité du financement de la qualité dans les hôpitaux.

Depuis juillet 2007, un financement complémentaire a été approuvé dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers pour la coordination de la qualité et de la sécurité dans les hôpitaux belges.

L'option retenue est celle de contrats annuels entre l'autorité fédérale (SPF SCAE) et les hôpitaux volontaires.

### **6.1.2.2. Objectifs**

Le principal objectif de ces contrats est de stimuler et soutenir la coordination de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges.

### **6.1.2.3. Nature**

Les contrats '2007-2008' et '2008-2009' d'une durée de 12 mois chacun ont fait l'objet d'un rapport.

Le contrat '2009-2010' d'une durée de 18 mois est en cours.

#### **6.1.2.3.1. Le contrat '2007-2008'**

Ce premier contrat a bénéficié d'un montant de 6,8 millions d'€ sur 12 mois. Parmi les hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés, 80% ont signé un contrat.

Ce contrat était constitué de 6 grandes parties :

1. Mission, vision, objectifs et stratégie concernant la qualité et la sécurité des patients

Cette partie du contrat apprend que la majorité des hôpitaux disposent d'une mission rédigée, d'une vision et d'objectifs stratégiques et opérationnels.

Néanmoins, la mission ne répond pas toujours à des critères cohérents, le lien explicite entre la mission, la vision et les objectifs stratégiques est peu présent, le nombre d'objectifs stratégiques est très variable. Ces mission et vision sont communiquées par différents canaux.

Seul 30% des hôpitaux utilisent des cadres généraux d'amélioration de la qualité (type EFQM ou PATH).

Le SPF SCAE conclut qu'une harmonisation et une standardisation du concept 'qualité et sécurité' des patients s'impose.

2. Structures et fonctions concernant la qualité et la sécurité des patients

Les hôpitaux devaient répertorier sur un organigramme les structures existantes pour la qualité et la sécurité des patients exigées par la loi.

Les comités cités sont le comité de direction, le comité qualité et le comité sécurité, ce dernier mis en place en 2008 par plus de la moitié des hôpitaux participants.

Un coordinateur qualité (au maximum un équivalent temps plein) est en place dans la majorité des hôpitaux.

### 3. Evaluation de la culture de sécurité des patients

Les hôpitaux ont à l'aide du 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' de l'AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality in USA) ont mesuré leur culture concernant la sécurité des patients.

96% des hôpitaux participants ont réalisé la mesure. Le taux de participation des médecins s'est montré inférieur à celui des autres professions. Un benchmarking a été réalisé avec 132 hôpitaux. La moitié des hôpitaux participants ont formulé des actions d'amélioration suite à la mesure.

### 4. Déclaration et analyse des incidents et presqu'incidents

Une grande majorité des hôpitaux dispose d'un système de déclaration mais c'est système sont très variables quant aux thèmes susceptibles de faire l'objet d'une déclaration. Ces systèmes sont anonymes ou non mais le plus souvent confidentiels, soit papier soit électronique.

Un tiers des hôpitaux utilise des méthodes spécifiques d'analyse des incidents et presqu'incidents. Les analyses sont le plus souvent effectuées par le coordinateur qualité.

### 5. Description de trois projets dans le domaine de la qualité

La description de 3 nouveaux projets qualité était demandée un pour le domaine performance économique ou compétence et innovation, un pour la performance clinique et un pour la sécurité des patients. 500 projets ont été déposés, la sécurité du médicament est le thème le plus souvent abordé.

### 6. Feedback multidimensionnel avec définition de douze indicateurs sélectionnés

Les hôpitaux devaient choisir 12 indicateurs répartis en 4 domaines et définir des actions d'amélioration.

Les hôpitaux devaient choisir 3 indicateurs dans le domaine 'Performance économique', l'indicateur le plus choisi était : le degré d'indépendance financière ; 3 indicateurs dans le domaine 'Compétence et innovation' le plus choisi était les itinéraires cliniques ; 3 indicateurs dans le domaine 'performance clinique' le plus choisi était le taux d'accouchements par césarienne ; et 3 dans la dimension 'sécurité des patients' et le plus choisi était les escarres.

#### **6.1.2.3.2. Le contrat '2008-2009'**

A partir de 2008 et jusqu'en 2012, le contrat repose 3 piliers :

- Structure : le développement d'un système de gestion de la sécurité
- Processus : l'analyse de processus
- Résultats : le développement d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels

### **1. Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité**

Il est demandé aux hôpitaux de

- Développer un plan pluriannuel de sécurité des patients avec des objectifs stratégiques et opérationnels ;
- Réaliser deux actions d'amélioration sur base des résultats de la mesure de la culture de sécurité effectuée dans l'hôpital ;
- Identifier des indicateurs utilisés en rapport avec les actions d'amélioration
- Indiquer si le comité pour la sécurité des patients est responsable de la coordination et du suivi des activités concernant la sécurité des patients.

### **2. Pilier 2 : Analyse et (re)développement d'un processus**

Les hôpitaux doivent :

- Sélectionner un processus qui pour les hôpitaux aigus peut être soit un processus de transfert intramuros, soit un processus basé sur les résultats des indicateurs cliniques du feedback multidimensionnel intégré pour les hôpitaux, soit un processus de soins sélectionné dans une liste de pathologies données ;
- Indiquer si pour le processus sélectionné une équipe multidisciplinaire a été créée ;
- Indiquer si des conventions entre service ont été utilisées ;
- (Re)développer, améliorer et/ou analyser le processus selon un plan en 10 étapes ;
- Identifier les indicateurs utilisés et les interventions-clés par rapport au processus d'amélioration sélectionné.

### **3. Pilier 3 : Indicateurs**

La présente étude se déroulant notamment dans le cadre de ce pilier 3, nous allons détailler un peu plus cette partie du contrat.

#### Objectif du pilier 3 'Indicateurs'

L'objectif du pilier 3 est de faire un état des lieux des indicateurs utilisés par les hôpitaux en 2009 pour piloter la sécurité et la qualité des soins aux patients.

Cet état des lieux permettra au SPF SCAE une meilleure compréhension des indicateurs utilisés et de leurs aspects 'multidimensionalité' et 'répartition équilibrée entre les différentes dimensions considérées comme importantes par le SPF pour piloter la qualité des soins et la sécurité des patients : a) la performance clinique, b) la sécurité des patients, c) la performance économique, financière et IT et d) le personnel et l'orientation équipe. Il permettra également à faire comprendre aux hôpitaux les concordances entre les résultats des différents indicateurs.

Cet état des lieux est également important vu l'objectif du SPF SCAE de développer un set national d'indicateurs concernant la performance hospitalière clinique et non clinique. Ce set d'indicateurs pourrait être utilisé comme une justification publique de

l'utilisation des moyens disponibles mais pourrait aussi servir de base pour une future politique d'incitants financière à la qualité (P4Q) qui se baserait comme dans d'autres pays sur des indicateurs provenant des bases de données administratives.

### Contexte et méthodologie

Les définitions utilisées sont les suivantes :

Définition de la qualité et de la sécurité des patients :

La définition choisie est celle de l'Institute of Medicine' (IOM) : la qualité en soins de santé est le degré dans lequel le soin aux individus et à l'ensemble de la population augmente la probabilité d'obtenir les résultats souhaités et ce, selon l'état actuel de la science. L'IOM donne les dimensions suivantes à la qualité des soins : l'efficacité, l'efficacité, la sécurité, la temporalité, l'équité, l'accessibilité et le patient au centre des soins.

Le SPF comme nous l'avons vu plus haut a développé son propre système de classification de a) à d). Les dimensions présentées ne sont pas mutuellement exclusives.

Définition des indicateurs :

Un indicateur de performance est défini comme «une indication de la quantité et de la qualité de la performance ou des résultats qui sont souhaités (*ex ante*) ou qui sont réalisées (*ex post*) et qui sont quantifiables ».

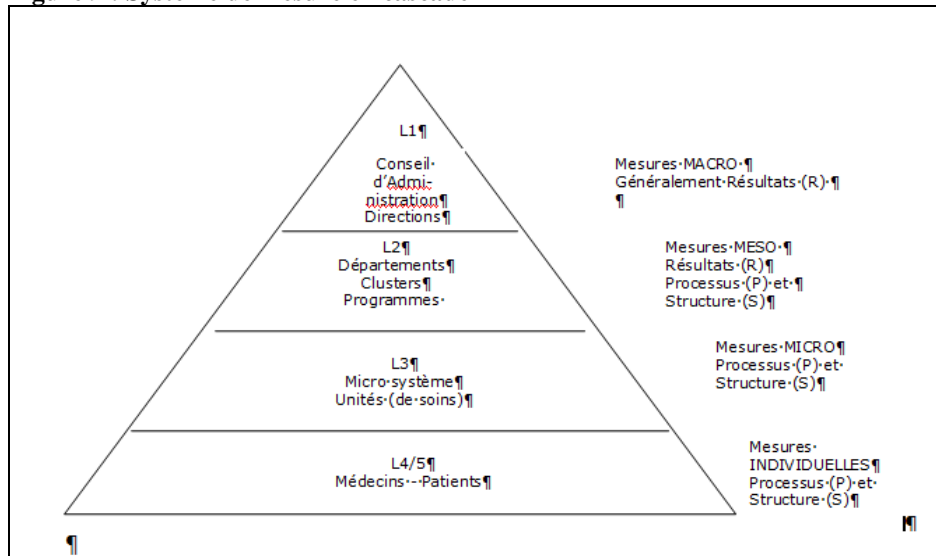
Un indicateur de qualité est une donnée mesurable donnant une indication sur la qualité des soins.

Les différents types d'indicateurs sont les indicateurs de structure, de processus et de résultat.

Les indicateurs doivent présenter différentes qualités : validité, fiabilité et pertinence. Différents type d'indicateurs doivent être utilisés en fonction des différents niveaux d'une organisation. Le SPF se réfère ici au système de mesure en cascade décrit par l'IHI et représenté dans la Figure 9.

Les indicateurs doivent donc être adaptés à leur niveau décisionnel pour être utilisables.

**Figure 9 : Système de mesure en cascade**



### Collecte des indicateurs

Il a été demandé aux hôpitaux de

- Faire un état des lieux de indicateurs utilisés pour piloter la qualité et la sécurité des patients ;
- Communiquer les méthodes appliquées pour la sélection et le suivi des indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des patients.

Une liste détaillée des *indicateurs individuels* leur a été transmise, en utilisant les rubriques du système d'indicateurs de Navigator page **Erreur ! Signet non défini.** Ils avaient également la possibilité d'ajouter des indicateurs supplémentaires par rubrique via une section particulière «autres».

Il a également été demandé aux hôpitaux d'indiquer les *sources* sur lesquelles ils se sont appuyés pour développer leurs indicateurs. Une liste écrite de sources a également été présentée tout en laissant la possibilité d'en ajouter d'autres. Les ensembles d'indicateurs propres aux hôpitaux sont également pris en considération comme source possible d'indicateurs.

Les indicateurs envoyés par les hôpitaux ont été classés par les collaborateurs du SPF SCAE dans les 4 dimensions développées par celui-ci a) la performance clinique, b) la sécurité des patients, c) la performance économique, financière et IT et d) le personnel et l'orientation équipe

### Les indicateurs cités par les hôpitaux

#### *Les sources d'indicateurs*

Les hôpitaux ont cités 65 sources pour leurs indicateurs (5,7 sources en moyenne pour les hôpitaux aigus). Les sources sont soit nationales ou internationales soit des ensembles d'indicateurs propres aux hôpitaux (dans 40% des hôpitaux). Les indicateurs développés par certains groupes professionnels ne sont utilisés que dans 25% des hôpitaux et ceux



développés par certaines spécialités médicales ne sont utilisés que dans 20% des hôpitaux. 30% des hôpitaux utilisent des indicateurs internationaux : OMS, NHS, PATH, OECD. Le SPF SCAE s'étonne de ce que peu d'hôpitaux mentionnent les indicateurs de dernière génération, les PROM ou 'Patient Reported Outcome Measures'. Les plaintes de patients par exemple ne sont mentionnées comme source pour le développement d'indicateurs que par 2% des hôpitaux et le résultat d'une enquête de satisfaction par un seul hôpital. A noter que les indicateurs de la Communauté Flamande sont cités comme source par plus de la moitié des hôpitaux en Flandre. Les indicateurs de Navigator sont cités par 33 hôpitaux en Flandre, 17 en Wallonie et deux à Bruxelles.

#### *Le nombre total d'indicateurs*

Les indicateurs sélectionnés par les hôpitaux sont au nombre de 3944 dont 2235 indicateurs pour les hôpitaux aigus. Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 95. Le nombre d'indicateurs 'Autres' est trois fois plus élevé que le nombre d'indicateurs provenant de la liste proposée.

#### *Les indicateurs selon les dimensions*

Après classement des indicateurs dans les dimensions, il s'avère que

Dimension	Indicateurs les plus souvent cités
A. la performance clinique 14% des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Césariennes</li> <li>- Mortalité en milieu hospitalier</li> <li>- Incidence des septicémies en USI</li> </ul>
B. la sécurité des patients, 26% des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidence de MRSA acquis à l'hôpital</li> <li>- Nombre de plaintes au service de médiation</li> </ul>
C. la performance économique, financière et IT 47% des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cash flow</li> <li>- Utilisation de la capacité d'hospitalisation</li> <li>- Taux d'indépendance financière</li> <li>- Niveau de rentabilité</li> <li>- Performance en durée de séjour</li> </ul>
D. le personnel et l'orientation équipe 43%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'équivalent temps plein infirmiers par service</li> <li>- Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical</li> <li>- Degré de qualification du personnel de soins</li> </ul>

Lors de l'analyse du Top 5 des indicateurs pour les hôpitaux aigus, il s'est avéré que 65% des indicateurs sont des indicateurs de résultats, 20% des indicateurs de structure et 15% des indicateurs de processus. Le Tableau 7 ci-dessous présente le Top 20 des indicateurs cités par les hôpitaux aigus.

**Tableau 7 Top 20 des indicateurs sélectionnés (quelle que soit la dimension) hôpitaux aigus (n=108)**

Nom de l'indicateur	N	%
incidence de MRSA acquis à l'hôpital	105	97,22 %
Nombre de plaintes au service de médiation	105	97,22 %
Nombre d'équivalents temps plein par service	104	96,30 %
MRSA: participation à la surveillance nationale	102	94,44 %
Clostridium difficile: participation à la surveillance nationale	100	92,59 %
Participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains	99	91,67 %
Nombre de réactions transfusionnelles	98	90,74 %
Chiffre de résistance au staphylocoque aureus	97	89,81 %
Mesures de la satisfaction des patients	96	88,89 %
Niveau de cash-flow	96	88,89 %
Utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains*	95	87,96 %
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	94	87,04 %
Taux d'indépendance financière	93	86,11 %
Proportion de MRSA acquis à l'hôpital par rapport au MRSA total à l'hôpital	92	85,19 %
Consommation totale d'alcool pour l'hygiène des mains*	92	85,19 %
Incidence du clostridium difficile	91	84,26 %
Niveau de rentabilité	91	84,26 %
Utilisation d'antibiotiques dans l'ensemble de l'hôpital	90	83,33 %
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	88	81,48 %
Pourcentage de césariennes	88	81,48 %

\* Indicateurs de niveaux hiérarchiques différents

#### 6.1.2.4. Discussion

L'équipe du SPF retire quatre conclusions de ce chapitre.

1. Une variabilité entre hôpitaux très importante quant au nombre et au choix des indicateurs désignés pour piloter la stratégie concernant la qualité et la sécurité des patients.

Les hôpitaux ont probablement utilisé des définitions différentes de la « qualité et sécurité des patients » d'une part et d'autre part pour la notion de pilotage.

Le SPF suggère de réaliser des corrélations entre l'emploi de systèmes de qualité à l'hôpital (par exemple EFQM) et le nombre ou le choix des indicateurs et de standardiser la notion de gestion de la qualité et de la sécurité des patients selon le type d'hôpital et en collaboration avec le secteur.

2. Les hôpitaux interprètent différemment la notion d'indicateurs

Ce nombre d'indicateur élevé s'expliquerait par une mauvaise compréhension de la notion d'indicateurs, tout élément suivi dans le cadre de la qualité et de la sécurité des patients recevant automatiquement la dénomination 'indicateur'. Une part substantielle des indicateurs n'est pas conforme à la définition d'un indicateur (qui comprend un numérateur, un dénominateur et un chiffre cible).

3. Il existe une répartition déséquilibrée entre le nombre d'indicateurs entre les 4 dimensions.

Seulement 15% des indicateurs concernent la dimension A performance clinique.

4. Les indicateurs de résultats sont nettement plus fréquents

Il s'avère cependant dans la littérature que les indicateurs de structure comme l'effectif en personnel par exemple ou la qualification des professionnels de santé sont en grande partie déterminants pour les résultats obtenus en termes de processus ou de résultats cliniques.

### **Plan d'accompagnement et de soutien**

Les hôpitaux ont formulé une demande claire de soutien proactif et de coaching pour les trois piliers du contrat.

Pour y répondre l'équipe QS du SPF SCAE a

- Organiser des workshops, journées d'études et d'ateliers ;
- Mis à disposition un relevé des formations existantes hors SPF ;
- Mis en place un accès facile et interactif de la QS team pour les hôpitaux ;
- Mis à disposition un document template pour faciliter le rapportage ;
- Développer un site internet ;
- Organiser une semaine et un symposium sur la sécurité des patients 'Eviter l'évitable'
- Stimuler et soutenu des réseaux hospitaliers ;
- Soutenu le projets TIM Transfert intramuros des patients.

#### **6.1.2.5. Auteurs**

SPF SCAE ; Direction générale Organisation des Établissements de Soins Service des Soins Aigus, Chroniques et aux Personnes Âgées : Liesbeth Borgermans, Christiaan Decoster, Davy De Groot, Dominique Dicker, Margareta Haelterman, Agnès Jacquerye, Stéphanie Maquoi, Peter Osten, Hilde Peleman, David Sauwens

#### **6.1.2.6. Plus-value de l'initiative**


L'initiative a fait entrer différentes notions liées à la sécurité des patients et la qualité des soins dans des institutions où ces notions ne faisaient pas l'objet d'une attention structurée.

#### **6.1.2.7. Limitations**

L'initiative est souvent perçue comme une contrainte administrative.

La responsabilité du contrat QS reste souvent sur les épaules du coordinateur qualité et est considérée comme une activité à part peu intégrée avec le reste de l'activité de l'hôpital.

## 6.1.2.8. Perspectives d'avenir

PLAN PLURIANNUEL POUR LA COORDINATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES PATIENTS 2007-2012			
	PILIER 1: SGS	PILIER 2: PROCESSUS	PILIER 3: SET D'INDICATEURS
2011-2012	Intégration système de gestion de la sécurité	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>extramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels	Set d'indicateurs multidimensionnels de <b>base</b>
2010-2011	1. <b>Evaluation de la culture de sécurité des patients</b> (deuxième mesure) 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse <b>prospective</b> utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>extramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels	1. Evaluation d'un set d'indicateurs <b>national</b> 2. Analyse des indicateurs issus du set <b>national</b>
2009-2010	1. <b>Système de rapportage et d'apprentissage</b> pour les (presqu') incidents 2. Décrire 5 incidents analysés ainsi que la méthode d'analyse <b>rétrospective</b> utilisée, les actions d'amélioration et utiliser la taxonomie de l'OMS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>intramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels  Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Evaluation du set <b>individuel</b> d'indicateurs sur base de la cartographie 2008-2009 2. Analyse des indicateurs issus du set <b>individuel</b>
2008-2009	1. Rédaction d'un <b>plan de sécurité pluriannuel</b> reprenant des objectifs stratégiques et opérationnels 2. <b>Deux actions d'amélioration</b> sur base de la mesure de la culture PS	Amélioration d'un processus multidisciplinaire <b>intramuros</b> accompagné d'indicateurs multidimensionnels  Choix entre: processus clinique, transfert intramuros, grand nombre d'admissions (Psy et Sp), priorité en matière de politique de gestion (Psy), agression (Psy)	1. Indiquer les <b>organes</b> (comité, groupe de soutien,...) et les <b>méthodes</b> 2. Réalisation d'une <b>cartographie</b> des indicateurs utilisés
2007-2008	1. Mission, vision, objectifs et stratégie concernant qualité et la sécurité des patients 2. Structures qualité et fonctions des membres: mise en place du comité de sécurité des patients 3. Evaluation de la culture de sécurité des patients (première mesure) et benchmarking 4. Déclaration et analyse des incidents et presqu'incidents: description 5. Description de trois projets dans trois dimensions de la qualité 6. Hôpitaux aigus: analyse de 12 indicateurs dans 4 dimensions (issus des rapport FMH et PSI) <b>RAPPORT: QUALITE ET SECURITE DES PATIENTS DANS LES HOPITAUX BELGES EN 2008</b>		 17 novembre 2009

Selon l'équipe QS, il apparaît inévitable que les objectifs à atteindre en matière de qualité et sécurité des patients imposés à l'avenir aux hôpitaux par l'autorité fédérale soient de plus en plus contraignants.

Ceci signifie que, d'une part, les hôpitaux devront rapidement et mieux s'organiser dans le but d'atteindre ces objectifs et que, d'autre part, les attentes en matière de qualité et de sécurité des patients seront plus précises. L'importance de l'utilisation d'indicateurs valides ne peut être suffisamment soulignée. C'est pourquoi l'autorité veut présenter aux hôpitaux, dans un délai de cinq ans, un set national d'indicateurs qui comprendrait un nombre limité d'indicateurs essentiels pour la qualité et la sécurité des patients.

À la lumière de ces objectifs, le principe du «pay for quality» or «No quality, no pay» semble une évolution logique. Ceci suppose que l'hôpital installe des structures adaptées et réoriente ses fonctions dans le but d'optimiser la qualité et la sécurité des patients. Les processus devront aussi être rationalisés en introduisant ou en consolidant des itinéraires cliniques (transmuraux). Enfin, l'autorité devra soutenir ces évolutions par une informatisation adaptée et un soutien méthodologique.

L'autorité voit quatre fondements pour une politique hospitalière performante, à savoir: l'orientation client, l'innovation, l'entrepreneuriat/sens de l'initiative et la collaboration et/ou création de réseaux.

### **6.1.3 Feedback PSI**

Feedback des Patient Safety Indicators – La sécurité des patients dans les hôpitaux belges. Avril 2008 SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins.

Feedback des Patient Safety Indicators – La sécurité des patients dans les hôpitaux belges. Avril 2011 SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins.

#### **6.1.3.1. Historique**

Le CHU de Liège a réalisé, à la demande du SPF SPSCAE, une étude consacrée à la faisabilité de l'extraction de "Patient Safety Indicators" (PSI) au départ de la base de données RCM. Le rapport de recherche initial a alors été adapté pour arriver aux deux « Feedbacks des Patient Safety Indicators ».

#### **6.1.3.2. Objectifs**

Le SPF SPSCAE veut, par ces feedbacks, sensibiliser les hôpitaux à la sécurité des patients. Par ce biais, l'autorité souhaite soutenir et encourager les hôpitaux à travailler de façon systématique avec les indicateurs sécurité des patients au sein de leur institution, et ce afin d'améliorer la sécurité des patients de façon dynamique et continue.

#### **6.1.3.3. Nature**

Le premier « Feedback des Patient Safety Indicators » a été envoyé sous format papier aux directions générales et au médecin-chef de tous les hôpitaux de Belgique.

Le second « Feedback des Patient Safety Indicators » peut être téléchargé à partir du portail PortaHealth. Des documents de synthèse et une présentation powerpoint des résultats nationaux sont également disponibles pour faciliter sa diffusion au sein des hôpitaux.

#### **6.1.3.4. Auteurs**

Les feedbacks sont édités et diffusés par le SPF SCAE, DG Organisation des établissements de soins.

#### **6.1.3.5. Participants/stakeholders**

En 2007, un groupe de travail « sécurité des patients » a été mis en place. Ce groupe de travail est composé de membres de l'administration fédérale, de personnel académique et de professionnels du secteur des soins de santé qui manifestent un intérêt marqué, ont une expertise et sont impliqués dans le domaine de la sécurité des patients. Le groupe de travail a élaboré une note stratégique relative à la politique à mener en vue de poursuivre la mise en place de la sécurité des patients dans le secteur des soins de santé. Cette note est axée sur l'amélioration de la culture de la sécurité du patient, la notification d'incidents, leur analyse, l'élaboration d'actions correctrices, la consultation d'informations provenant d'autres sources. Elle insiste aussi à travailler avec des indicateurs de la sécurité du patient.

#### **6.1.3.6. Fréquence du feedback**

Le feedback a été publié deux fois : avril 2008 et avril 2011.

Le feedback de 2008 se base sur les données RCM des années 1999 à 2004. Le feedback de 2008 sur les données RCM 2000 à 2007.

### **6.1.3.7. Type d'indicateurs**

Les PSI sont des indicateurs développés par l'AHRQ. Ils tentent d'identifier au travers des bases de données administratives des séjours ayant présenté une complication de soins évitables

Les PSI tentent de repérer des événements iatrogènes susceptibles d'être survenus au cours d'une hospitalisation et qui pourraient être évités par des changements de pratique ou d'organisation (AHRQ Quality Indicators, 2003). Vingt indicateurs composent le module PSI. Ces indicateurs ont été sélectionnés selon une méthodologie rigoureuse incluant une revue de la littérature, la consultation d'experts médicaux et de la codification et des analyses empiriques.

Les 20 PSI sont les suivants :

1. Complications d'anesthésie
2. Mortalité hospitalière dans les DRG de faible mortalité
3. Ulcère de décubitus
4. Échec à la réanimation
5. Corps étranger laissé au cours d'une procédure
6. Pneumothorax iatrogène
7. Certaines infections liées à la prise en charge médicale
8. Fracture de hanche chez des patients opérés
9. Hémorragie ou hématome postopératoire
10. Complications physiologiques et métaboliques postopératoires
11. Détresse respiratoire postopératoire
12. Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire
13. Infection postopératoire
14. Réouverture d'une cicatrice après chirurgie abdominale
15. Lacération ou piqûre accidentelle
16. Accident transfusionnel lié à une incompatibilité
17. Traumatisme obstétrical à la naissance
18. Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale
19. Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale
20. Traumatisme obstétrical au cours d'une césarienne

Ces indicateurs permettent de repérer des situations potentiellement iatrogènes. Ils ne permettent pas d'affirmer que tous les événements identifiés sont consécutifs à un problème iatrogène ni d'identifier les causes des erreurs survenant chez les patients hospitalisés. Ils doivent être utilisés comme un outil de dépistage permettant de mettre en avant les processus de soins qui nécessitent une évaluation plus approfondie (AHRQ Quality Indicators, 2003). Les différentes complications de soins ciblées sont généralement des complications chirurgicales. Celles-ci sont en effet plus facilement identifiables au travers des données médico-administratives.

L’AHRQ met à la disposition des utilisateurs qui s’intéressent aux PSI toute la documentation nécessaire à leur mise en œuvre à l’adresse suivante : [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)

#### **6.1.3.8. Méthodologie Incl. Récolte des données, validation, suivi,...**

Les feedbacks sont basés sur les données administratives collectées en routine et transmises au SPF SCAE soit les Résumé Clinique Minimum (RCM). Pour une description détaillée de cette base de données, nous vous renvoyons au site internet du SPF SCAE

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/index.htm>

#### **6.1.3.9. Rapports/Feedback**

Le rapport est élaboré comme suit: l’introduction et le contexte général portent sur l’évolution nationale et internationale de l’utilisation des PSI. Les objectifs du rapport s’inscrivent dans le cadre du développement de la sécurité des patients. Les limitations des PSI sont abordées dans un chapitre sépare. Le chapitre sur la méthodologie donne un aperçu des divers éléments décrits dans les chapitres spécifiques correspondant à chacun des PSI. Les travaux récemment menés par l’AHRQ sur l’utilisation et la validation d’indicateurs sont résumés dans ce chapitre. Trois indicateurs provenant de la liste initiale de l’AHRQ n’ont pas été repris dans le second rapport. Pour chacun des 17 autres indicateurs, les éléments suivants sont décrits dans des chapitres séparés: la définition ou la description du numérateur et du dénominateur, les résultats par année et pour la période 2000-2007, avec le nombre de séjours sélectionnés (dénominateur) et le nombre de séjours pour lesquels une complication des soins ou un incident a été détecté (numérateur), le taux national pour 1.000 séjours, la tendance observée au fil du temps, le nombre d’incidents (moyenne et médiane) par hôpital et les taux (/1.000 séjours) moyens et médians. Là où cela s’avère pertinent, des analyses supplémentaires ont été effectuées, comme la scission entre l’hospitalisation classique et l’hospitalisation de jour ou la répartition des incidents en fonction des codes ICD-9-CM. Les résultats de la littérature sont résumés. La validité de l’indicateur et la possibilité d’utilisation de l’indicateur pour une comparaison entre les hôpitaux et entre pays sont commentées. Chaque chapitre reprend la structure de décision arborescente utilisée pour l’extraction à partir de la banque de données RCM. Le dernier chapitre comporte un tableau de synthèse reprenant les différents résultats.

Outre ce rapport, les hôpitaux reçoivent également un tableau de synthèse des 17 indicateurs et, pour certains indicateurs, une liste des séjours. Dans le tableau de synthèse figurent, pour chaque indicateur, le dénominateur (nombre de séjours sélectionnés), le numérateur (nombre de séjours pour lesquels une complication des soins ou un incident a été identifié) et le taux de l’hôpital (/1.000 séjours). Le taux belge (/1.000 séjours) est également mentionné. À l’aide de la liste des séjours détectés (numéros de séjour) les dossiers médicaux de ces séjours peuvent être ressortis et analysés.

#### **6.1.3.10. Plus-value de l’initiative**

Le rapport permet de montrer la richesse des bases de données en possession du SPF SCAE et leur possible utilisation comme instrument de promotion de la sécurité des patients.

Les indicateurs sont scientifiquement validés et sont utilisés de longue date par l’AHRQ. Ils ne nécessitent pas de collecte de données supplémentaires.

#### **6.1.3.11. Limitations**

Les limitations sont semblables à celles du feed-back multidimensionnel.

### **6.1.4 Feedback FINhosta**

Rédigé par Nancy Laport – SIME – CHU de Liège

#### **6.1.4.1. Cadre légal et Objectifs**

En application de l’arrêté royal du 14 décembre 1987, les données comptables annuelles de l’hôpital doivent être communiquées au Service Public Fédéral Santé publique, sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF-SPSCAE). A cette fin, l’hôpital doit envoyer les fichiers nécessaires via PortaHealth, au format imposé par le SPF SPSCAE.

#### **L’APPLICATION REPOSE SUR :**

- Les directives annuelles relatives aux formats des données de Finhosta
- La circulaire du 12 février 1998
- L’Arrêté Ministériel du 29 décembre 1997
- L’Arrêté Royal du 16 décembre 1997
- Les modifications aux Arrêtés Royaux du 28 mai 1991, du 1er février 1993, du 29 mars 1994, du 6 mai 1997 et du 18 novembre 1998.
- Le plan comptable général minimum pour les hôpitaux (annexe 1 de l’Arrêté Royal du 14 août 1987)
- La circulaire du 24 décembre 1987 relative à l’Arrêté Royal du 14 août 1987 définissant le plan comptable général minimum des hôpitaux.
- L’Arrêté Royal des 7 et 14 août 1987 définissant le plan comptable général minimum des hôpitaux.
- L’Arrêté Royal du 14 décembre 1987 modifiant l’Arrêté Royal du 14 août 1987.
- Les Lois du 23 décembre 1963 et du 17 juillet 1975 sur les hôpitaux.

La production de fichiers de données à partir des applications informatisées existantes au sein des établissements permet d’introduire de façon automatique les éléments nécessaires à l’application «FINHOSTA : Collecte des données statistiques et financières» que le **Service Public Fédéral Santé Publique**, service **Comptabilité et Gestion des Hôpitaux**, met à la disposition de tous les établissements hospitaliers afin de permettre un contrôle à la source des données comptables à transmettre au SPF SP en vertu de l’Arrêté Royal du 14 décembre 1987.

L’application FinHosta permet :

- de vérifier la concordance des chiffres transmis
- d’effectuer des contrôles de concordance de valeurs entre différents tableaux
- de permettre aux hôpitaux un contrôle immédiat des informations transmises
- de faciliter le contrôle et l’analyse de ces informations pour le SPF Santé Publique et pour les hôpitaux



- d'assurer une cohérence des données inter-établissements
- d'offrir un instrument de reportage EXCEL sur les informations considérées (prévu mais non encore disponible).

#### **6.1.4.2. Procédure de collecte et contenu**

Le SPF Santé publique met à disposition un accès protégé à l'Internet (Portahealth) pour l'envoi des données. Dans cet environnement, les données peuvent être contrôlées et un feedback est donné.

Depuis 2006, la reprise de l'application en interne et les nouveaux développements ont pris plus de temps que prévu, la récolte des données de 2006 à 2010 a donc pris du retard et est encore en cours.

A partir de 2011, les délais suivants devraient être d'application:

**Le bloc TRIMESTRIEL : 30 avril (données de l'année en cours), 31 juillet (données de l'année en cours), 31 octobre (données de l'année en cours) et 31 janvier (données de l'année n-1)**

**Le bloc REVISEUR : 30 juin (données n-1)**

**Le bloc BUDGET : 1er septembre (données n-1)**

**Le bloc ANNUEL : 31 décembre (données n-1)**

**Le bloc ACCORDS SOCIAUX : 31 décembre (données n-1)**

Ces données ont été récoltées en continu depuis 1988, pour tous les établissements de soins incluant tous les hôpitaux généraux, psychiatriques et spécialisés ainsi que les maisons d'accueil de jour financé par le BMF.

##### 1. Le bloc Trimestriel

Le bloc trimestriel reprend le nombre de lits agréés par service et par mois, les nombres de journées, d'admissions (grandes portes et transferts), de sorties et de décès par mois, par site, par organisme assureur, par type de patient et par centre de frais (Tableau 4).

Jusqu'à 2009, les nombres de forfaits par mois, par site, par organisme assureur, par type de patient et par centre de frais pour une série de code INAMI étaient également demandés en nombre et en euro (Tableau 7). Depuis 2010, ce tableau n'est plus demandé.

##### 2. Le bloc Réviseur

Le bloc réviseur reprend le bilan, le compte de résultats et la répartition des frais et produits par service hospitalier sous sa forme abrégée (Tableaux 21, 22 et 23).

Bien que le bloc Budget reprend plus en détail ces mêmes informations, le bloc Réviseur permet d'avoir de façon rapide et succincte les résultats financiers des établissements de soins dès leur acceptation par les réviseurs et conseils d'administration, et ceci dès la fin juin, délai légal pour la parution des comptes.

##### 3. Le bloc Budget

Le bloc budget contient le détail des comptes de bilan - comptabilité générale (tableau 1), tous les comptes de charges et produits par centre de frais – comptabilité analytique

(tableau 2), les clés de répartition de frais par service (tableau 3), certaines données complémentaires nécessaires pour le calcul du Budget des Moyens Financiers (BMF) comme le nombre moyen d'ETP, les montants bruts de prestations irrégulières et rémunérations brutes du personnel infirmier et soignant, le nombre d'accouchement, d'appareils lourds, etc. (tableau 5). Les surfaces budgétaires et calculées sont également nécessaires au calcul du BMF (tableau 6). Pour terminer, le tableau 8 reprend par mois pour l'ensemble de l'année, le nombre d'admission, de journées, de décès, de transferts, de sorties et de lits agréés par service, par organisme assureurs et par le statut belge ou étranger du patient. Ces données sont demandées par site.

#### 4. Le bloc Annuel

Le bloc annuel reprend un détail important d'informations financières et de personnel. C'est pourquoi ce bloc est demandé en fin d'année et clôture l'envoi des données d'une année.

Ce bloc reprend toutes les annexes du bilan et les données de personnel dans les tableaux 9 à 20, c'est à dire :

- La justification des loyers par centre de frais
- Les charges d'emprunts investissements par organisme financier
- Les charges de crédits à court terme par organisme financier
- Les amortissements par centres de frais
- Les charges et données de personnel par centre de frais, par type de personnel, par sexe et par grade-fonction
- Les prestations irrégulières par centre de frais, par type de personnel, par sexe et par grade-fonction
- Les effectifs du personnel (personnes physiques) par centre de frais, par type de personnel, par sexe et par grade-fonction
- Le bilan social avec les travailleurs inscrits au registre du personnel, les intérimaires et personnes mises à la disposition de l'hôpital, les mouvements du personnel, les mesures en faveur de l'emploi et les formations pour les travailleurs
- Les états des frais d'établissement, immobilisations incorporelles et financières
- Les états des immobilisations corporelles
- Les dettes garanties
- Les dettes fiscales, salariales et sociales

#### 5. Le bloc Accords sociaux

Ce nouveau bloc, demandé en 2010 pour des données à partir de 2006, intègre en Finhosta des données qui étaient demandées par ailleurs concernant les accords sociaux avec l'aménagement de fin de carrières et les statutaires.

Ce bloc est demandé de façon séparée du bloc annuel, afin de ne pas retarder l'envoi de ce dernier. La version de 2010 n'a pas encore le format définitif et sera modifié en 2011.

### **6.1.4.3. Utilisation par le SPF-SPSCAE**

Les principales utilisations des données par le SPF SCAE sont :

- Collecte et validation des données (FINHOSTA,...) nécessaires à la fixation du budget des hôpitaux pour le 1er octobre de l'exercice suivant. Ce délai a été postposé de par le passage en année décalée juillet-juin du BMF.
- Fixer le budget des institutions dans un délais de 4 mois. (après collecte et validation des données)
- Revision : Etablir dans l'année T+2 ans l'exercice concerné
  - la révision des prix et Fin de Carrière
  - La consolidation des résultats -> budget
- Fournir un feedback ( national & individuel) financier et budgétaire aux institutions dynamiquement, en temps réel.
- Calcul des déficits des hôpitaux publics.(T+ 3 ans)
- Soutien et conseil en gestion aux structures de soins qui le désirent (simulation de fermeture de lits, modifications, ...)
- Chiffres et indicateurs, permettent :
  - de réaliser un tableau de bord de la situation comptable et financière des hôpitaux, MSP, ...
  - une approche comparative: chaque hôpital peut se positionner par rapport aux autres hôpitaux de son groupe d'appartenance
- Analyses et études diverses pour le Cabinet, pour des questions parlementaires, pour les chercheurs, etc.

Une brochure reprenant les statistiques financières et comptables des hôpitaux, de 1997 à 2001, et évolutions de 1991 à 2001, disponible sur :

102 Inventaris van databanken gezondheidszorg KCE reports vol. 30 S

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Finhosta\(HospitalFinancing\)/Publications/index.htm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Finhosta(HospitalFinancing)/Publications/index.htm)

Sur base des données bilantaires de 2003, 2004 et 2005 (tableaux 21, 22 et 23), le SPF SCAE a réalisé un Tableau de bord des hôpitaux (TBH) dynamique et accessible sur le web :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Dashboardofthehospitals\(DBH\)/index.htm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Dashboardofthehospitals(DBH)/index.htm)

Que ce soit statique (brochure) ou dynamique (TBH), le SPF SCAE présente une évolution et une analyse financière du secteur hospitalier belge par type d'hôpitaux, par secteur privé/public et par taille d'hôpitaux. Une série de ratios financiers ont été calculé afin de comparer les groupes d'hôpitaux, chaque hôpital ayant la possibilité de se comparer au groupe dans la version dynamique. Les ratios reprennent des ratios de Cash-Flow et mouvements de capitaux, des ratios de liquidité et de solvabilité, ainsi que des ratios de gestion (chiffres d'affaires, amortissements, charges et coût moyen du personnel).

Le TBH est particulièrement intéressant de par la présentation graphique des ratios montrant leur évolution sur 3 ans avec un positionnement des quartiles et comparative entre l'hôpital et son groupe, ou un groupe par rapport à l'ensemble des hôpitaux.

#### **6.1.4.4. Discussion**

La récolte des données Finhosta se fait par l'envoi d'un seul fichier texte au format strict devant passer les contrôles imposés par le portail PortaHealth.

Ces contrôles permettent une vérification de la cohérence des données par rapport aux centres de frais autorisés pour l'hôpital, une cohérence inter-tableaux et inter blocs. Les contrôles sont effectués par le SPF SCAE qui renvoie à l'hôpital les erreurs détectées sur base de fichiers PDF et Excel. L'explication est parfois difficile pour des utilisateurs financiers et non informaticiens et les corrections sont difficiles sans une application annexe.

Les données ne sont acceptées définitivement par le SPF SCAE que lorsque l'entièreté des contrôles bloquants est satisfaisante. Comme toutes les informations ne sont pas acceptées en même temps, il arrive régulièrement qu'une erreur dans un bloc déjà accepté définitivement ne permette pas de valider le bloc suivant. Ces problèmes doivent être étudiés au cas par cas par le SPF SCAE qui devra permettre parfois une ré-ouverture du portail pour un bloc déjà accepté.

En ce qui concerne l'utilisation des données, le principal problème est le délai qui sépare l'année de production et l'année de leur mise à disposition. Si tous les délais fixés étaient respectés, une vision financière globale de tous les hôpitaux devrait être connue pour le mois de juillet de l'année qui suit, une vision financière détaillée en automne et un détail du personnel pour la fin de l'année. Or depuis que l'application est en place, ces délais n'ont jamais été respectés, que ce soit de la part des hôpitaux qui rentrent leurs données avec beaucoup de retard, ou de la part du SPF SCAE à accepter les données comme cela a été le cas avec le développement du Portail (3 ans de retard).

Ces délais font que la brochure des statistiques financières de 1991 à 2001 n'est sortie qu'en 2005. L'année suivante, le TBH permettait d'accéder aux données et ratios des hôpitaux pour les années 2003 à 2005, ce qui était absolument acceptable. Mais depuis, aucune mise à jour de cette application.

Le retard du SPF SCAE dans la récolte des données est tel que la motivation des hôpitaux à rentrer des données anciennes (3 à 4 ans pour certains hôpitaux) est fortement écornée, que le BMF a été calculé sur d'autres bases et que les révisions de budget pour 2006 et 2007 sont pratiquement terminées. De plus les directives sont modifiées régulièrement, et il est parfois difficile de retrouver les données antérieures.

De manière générale, les hôpitaux n'ont pas trop de problème à fournir les données financières qui doivent être fournies de toute façon à la BNB. C'est vrai que le format est strict et la cohérence demandée pas toujours facile à fournir. Mais les feedbacks et le TBH sont des rapports appréciés, pour autant qu'ils soient produits dans des délais raisonnables, c'est-à-dire dans l'année qui suit.

**Source :**

- Directives du SPF SCAE explicitant le contenu et la forme des données Finhosta. Brochures Finhosta version 2.6 à 3.0 trimestrielles et réviseur, budget, annuel et accords sociaux.
- Tableau de bord des hôpitaux (T.B.H.) sur le site du SPF SCAE.

## **6.1.5 Feedback questionnaires statistiques annuels**

### **6.1.5.1. Objectif et Historique**

Ce questionnaire a pour objectif de fournir au SPF-SPSCAE un aperçu complet du paysage hospitalier sur base de données actualisées, comme le prévoit l'article 92 de la loi sur les hôpitaux. Il a été mis en place afin de permettre d'orienter de manière optimale la politique de santé ainsi que d'évaluer la qualité des services. Il offre une description analytique des aspects importants du paysage hospitalier belge. Il est le fruit d'une collaboration entre l'administration fédérale, l'INAMI et les administrations régionales et communautaires wallonne, bruxelloise et flamande.

Le questionnaire concerne les hôpitaux belges, aigus, spécialisés et psychiatriques et couvre les différents domaines suivants :

- informations à caractère général sur les hôpitaux ;
- nombre et type d'institutions ;
- organisation hospitalière ;
- activités sociales ;
- informatique et télématique médicale ;
- assurance qualité, organisation et gestion de la qualité dans les hôpitaux ;
- information spécifique sur les programmes de soins, les services médicaux et médico-techniques, fonctions et département (28 chapitres);
- équipement ;
- organisation générale ;
- organisation et gestion spécifiques de la qualité.

Ce questionnaire existe depuis 1974. Le contenu et la forme ont été entièrement revus une première fois en 1996. Il a été testé en 1998 sur un échantillon représentatif d'hôpitaux et est entré en application en 2000 (A.R. du 12/2/1999 (M.B.5/8/99) et A.M. du 2/4/1999 (M.B. 13/10/1999)). L'information demandée par site d'hospitalisation a été ajoutée. La version 2005 a été une nouvelle fois revue en collaboration avec les Administrations régionales et communautaires wallonne, bruxelloise et flamande. Les modifications ont concerné une réactualisation de la partie IV Performance, qualité, sécurité et orientation patient et une restructuration des différentes questions afin de les aborder dans un ordre plus logique.

Cette enquête illustre la situation au 31/12 de l'année précédente.

### **6.1.5.2. Procédure de collecte**

Le Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, en collaboration étroite avec les Communautés et les Régions, gère l'ensemble du processus annuellement selon le planning idéal suivant :

- distribution des formulaires d'enquête sur support électronique en début d'année (les hôpitaux doivent modifier les données qui ont évolué d'une année à l'autre)
- réception des questionnaires complétés et contrôles techniques à partir du 1er mai jusqu'en 2007, avancé au 1er mars à partir des données 2008.

- validation des données et procédures de contrôle automatique avec aller-retour si données incomplètes ou incohérentes. Deux procédures de validation:
  - o cohérence par rapport à l'année précédente : aller et retour si incohérence
  - o cohérence par rapport à l'ensemble de la population hospitalière : idem
- Octobre pour les envois réceptionnés au 1<sup>er</sup> mai, avancé en juillet depuis la réception au 1<sup>er</sup> mars : compilation et analyse des données validées et transmission aux Communautés et Régions des données des établissements les concernant.

### **6.1.5.3. Utilisation par le SPF-SPSCAE**

#### ***Feedbacks***

Le SPF-SPSCAE a publié deux feedback à partir de cette enquête. Ceux-ci concernent les années 2000 et 2001 et sont disponibles sur le site du SPF-SPSCAE (<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Hospitalstatistics/Feedback/index.htm> )

Ces feedbacks sont des rapports descriptifs d'une soixantaine de pages des valeurs rapportées par les hôpitaux. On y retrouve essentiellement le pourcentage d'institutions déclarant disposer d'un certain type d'équipement<sup>5</sup>, d'organisation<sup>6</sup> ou de gestion de la qualité<sup>7</sup>. Les valeurs chiffrées (surtout des données des ressources humaines) sont présentées en moyenne. Les résultats sont illustrés par des graphiques en barres et rarement des boxplots. Les résultats y sont ventilés par type d'hôpital (hôpital aigu, psychiatrique ou spécialisé) et type de service, de programme ou de fonction.

#### ***Le Feedback Intégré (FBI)***

Les données de cette enquête sont utilisées pour le calcul de certains indicateurs du Feedback Intégré 2008.

#### **Postes Infirmiers vacants**

L'indicateur est construit sur base d'items issus du chapitre I.2.5 «Postes vacants, nombre de postes vacants pour l'effectif médical et infirmier au 31/12» et du chapitre I.2.4. «Effectif médical et infirmier selon le type d'activité».

#### **Itinéraires cliniques**

L'indicateur est construit sur base d'items issus du chapitre IV.5. «Itinéraires cliniques et continuité des soins, estimation du pourcentage de patients éligibles admis au cours de l'année ayant suivi l'itinéraire clinique»: <25%, 25-75%, >75%, ne sait pas. Il s'agit d'une question introduite dans le questionnaire 2005.

<sup>5</sup> **Type d'équipement** : un appareil, un service, un programme, une fonction, un service médico-technique.

<sup>6</sup> **Type d'organisation** : un comité, une personne qualifiée, des réunions multidisciplinaires.

<sup>7</sup> **Type de gestion de la qualité** : présence de registres, de rapports annuels, de diffusion de ceux -ci, l'existence d'audits, de collèges.

## **Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient**

Cet indicateur est construit sur base d'items issus du chapitre IV.6.1. «Possibilités de communication pour le patient, procédez-vous systématiquement à des enquêtes de satisfaction des patients?

- si oui, à combien de patients le questionnaire a-t-il été distribué au cours de l'année?
- quel est le taux moyen de réponse (%)?
- dans le questionnaire de satisfaction, les domaines suivants sont-ils couverts par au moins une question : respect des patients, continuité et coordination des soins, information/éducation, participation aux soins, prises de décision du patient et/ou de la famille, qualité des soins, qualité de l'environnement, facilité d'accès et/ou rapidité de service ».

## **Information au patient**

L'indicateur est construit sur base de l'item issu du chapitre IV.6.2. «Information du patient, éditez-vous des brochures explicatives pour les patients? Si oui, lesquelles».

## **Possibilité de scolarité à l'hôpital**

L'indicateur est construit sur base de l'item issu du chapitre I.4.2. «Activités sociales pour les patients hospitalisés, les enfants hospitalisés peuvent-ils bénéficier d'un suivi scolaire? Si oui, nombre d'enseignants (ETP)».

## **Médiation**

L'indice est construit sur base de l'item issu du chapitre IV.6.1. «Possibilités de communication pour le patient, avez-vous une fonction de médiation pour traiter les plaintes des patients? Nombre de plaintes déposées auprès de la fonction de médiation»

## ***Demandes diverses et ponctuelles***

Les données de cette enquête sont fréquemment utilisées par le SPF- SPSCAE dans le cadre de demandes ponctuelles variées :

- Soutien aux Collèges
- Notes de cabinet ou questions parlementaires
- Feedbacks thématiques non publiés pour soutien aux différents services du SPF- SPSCAE
- Mémoires et recherches universitaires

Ces données de l'enquête sont également transmises aux Communautés et Régions comme support de leur visite d'agrément. Un protocole d'accord est d'ailleurs en vigueur afin que les différentes instances fédérées ne collectent plus ces données.

#### 6.1.5.4. Discussion

La récolte des données de l'enquête « Statistiques hospitalières annuelles » se fait par le biais d'une application Access pré-remplie avec les valeurs encodées l'année précédente.

La gestion centralisée de l'enquête à partir d'une application unique est peu commode pour l'organisation interne de la récolte des données, et ce aussi bien pour l'encodage des informations que pour l'envoi des questions aux services concernés.

L'application Access présente d'autres biais de conception ou de contexte :

- Menus déroulants non adéquats avec les spécificités du métier. Les fonctions ou dénominations suivantes ne sont par exemple pas reprises : médecin-chef adjoint, infirmier en environnement, pharmacologue, Conférence des hôpitaux académiques, Service 100 – urgences **pédiatriques**, Service 100 – urgences **Hospitalisation Provisoire, Infectiologie**, Chirurgie **Cardio-vasculaire, Psychiatrie**
- Incohérence entre les enregistrements existants. Les services médicaux sont toujours référencés en numéros RIM alors que le RHM est enregistré depuis 2008.
- Formats parfois non supportés. On ne peut par exemple pas encoder les unités RIM au format RHM. Pour certaines questions, l'application ne supporte pas l'encodage de nombres à trois chiffres. L'hôpital est donc parfois contraint de remplir des données erronées.
- Les forfaits en Hôpital de jour sont toujours exprimés en Forfait A, B, C, D, ... alors que ceux-ci ne sont plus d'application.
- L'application ne fonctionne pas correctement sur un chapitre en particulier (Services Sp). L'information doit alors être répétée afin de ne pas générer d'erreurs empêchant l'envoi des données au SPF-SPSCAE.

Au-delà de ces aspects pratiques et techniques, le manque d'un référentiel commun aux hôpitaux constitue la principale contrainte, entravant la construction d'indicateurs pertinents et empêchant d'ailleurs la comparaison inter-hospitalière. Nous l'avons vu au travers de différents exemples. En imagerie médicale, il est demandé le nombre d'exams réalisés. Cependant, l'examen en imagerie médicale peut se définir de plusieurs façons : nombre d'exams facturés, nombre de passages aux guichets des inscriptions, nombre de patients sur une machine d'imagerie. Ces différentes visions de l'examen réalisé en imagerie médicale changent fortement les résultats obtenus et biaisent dès lors les comparaisons inter-hospitalières. Le manque de définition du référentiel s'applique à presque tous les indicateurs testés dans ce travail.

Cette enquête se compose de plus d'un millier de questions à compléter par site hospitalier. Les questions concernent des domaines aussi variés que la gestion des déchets ou l'activité de différents services médicaux, en passant par la description des comités et commissions hospitalières. Elle représente une charge de travail considérable pour un hôpital aigu. Le nombre de personnes à contacter pour la compléter pouvant aller jusqu'à une cinquantaine. Tant que l'utilisation des données d'une telle enquête n'est pas transparente pour les hôpitaux, il n'est pas possible de garantir la cohérence et l'exhaustivité des données communiquées.



Les feedback 2000 et 2001, disponibles sur le site du SPF- SPSCAE, mentionnaient déjà que « la qualification du répondant est très variable : aucune recommandation n'est donnée au directeur pour déléguer le remplissage du questionnaire ».

Le feedback intégré 2008 souligne quant à lui « la motivation variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données ». Le feedback Intégré 2008 indique de plus que « les institutions ne mettent pas toujours à jour chaque année leurs données dans l'enquête ». Pour certaines données, le taux de réponse peut être assez faible (Postes Infirmiers vacants : 72 institutions n'y ont pas répondu ; Itinéraires cliniques : taux de non-réponse important) ou très hétérogène (Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient : 41 institutions n'ont pas répondu au taux de distribution et au taux de retour et 18 n'ont pas répondu au nombre de domaines couverts par le questionnaire.) Le manque de directives est probablement à l'origine des grandes variabilités observées dans les résultats des indicateurs développés pour le Feedback Intégré en 2008.

En 2009, au CHU de Liège, il a été convenu de revoir l'entièreté du processus de récolte des données de cette enquête. Cette révision a nécessité la constitution de fichiers électroniques pouvant être facilement diffusés aux services concernés et l'élaboration d'un référentiel et d'un périmètre de définition des résultats envoyés. Cette démarche permet non seulement de valider les résultats transmis mais aussi de les pérenniser au fil du temps afin de les utiliser au sein de l'hôpital. Cette année-là, les ressources dégagées ont été l'équivalent d'un ETP pendant 4 mois. La méthode mise en place fonctionne bien. Elle a amélioré le temps de récolte et la fiabilité des résultats. Les ressources utilisées pour compléter l'enquête sont actuellement estimées à 1 ETP durant un mois.

Une autre contrainte importante est le délai d'envoi de l'enquête au SPF- SPSCAE. En effet, bien que la version du questionnaire soit restée identique entre 2006 et 2010, le délai au cours duquel les hôpitaux doivent envoyer leurs données a été avancé de 2 mois, et ce sans raison apparente. En effet, à partir des données 2008, l'envoi est fixé au 1er mars au lieu du 1er mai. Cependant, certains résultats peuvent être issus de la facturation. Or, celle-ci n'est pas encore clôturée le 1er mars. Les hôpitaux qui travaillent sur cette base peuvent donc être amenés à transmettre des données erronées ou incomplètes.

Dans leurs différentes circulaires, le SPF annonce la mise en place de rapports descriptifs annuels. En 2007, il annonce en outre que des rapports thématiques en lien avec les dimensions de la performance adaptées par le SPF Santé Publique seront édités. Ces rapports pourraient être utilisés par les hôpitaux soucieux d'améliorer leur performance et de les aider à définir des plans d'action concrets. Il promet en 2008 que les thèmes qui donneront lieu à de tels rapports thématiques porteront sur les dimensions de safety (transfusion sanguine, distribution des médicaments, hygiène hospitalière, incidents/accidents, sécurité du personnel), patient-centeredness (enfant et adulte), gestion des ressources humaines (engagements, départs, encadrement des secteurs d'activité, degré de spécialisation du personnel,...) Ces rapports semblent exister mais n'ont malheureusement pas été diffusés ni publiés.

De manière générale, les hôpitaux ont le sentiment de ne pas être partie prenante de ce questionnaire et de remplir une formalité administrative peu utile. Lorsqu'ils formulent des

remarques, celles-ci sont peu prises en compte et peuvent rester en suspend parfois durant plusieurs années. Pour les prestataires, les questions de cette enquête ne sont pas le reflet des activités réalisées sur le terrain.

**Source :**

- A.R. du 12/2/1999 (M.B.5/8/99) modifiant l'A.R. du 14/12/1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement.
- A.M. du 2/4/1999 (M.B. 13/10/1999) explicitant le contenu des données statistiques et fixant les modalités de récolte et de transmission au Ministère de la Santé Publique.

## **6.2 *Projet de l'Institut de santé publique : Etablissement d'un set d'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière***

Rédigé par Natacha Viseur, Marie-Laurence Lambert  
Direction Opérationnelle Santé Publique & Surveillance, Institut Scientifique de Santé  
Publique (ISP), Bruxelles.

### **6.2.1. Historique**

Ce projet émane d'une demande du gouvernement (SPF Santé Publique) concernant l'utilisation d'indicateurs de qualité dans le domaine de l'hygiène hospitalière, déjà présente dans l'Arrêté Royal du 28/06/2007.

Ce projet, financé par le SPF Santé Publique, a été contracté par l'Universitair Ziekenhuis d'Antwerpen (Pr Herman Goossens) en 2008 et a été sous-traité à l'Institut de Santé Publique en 2010. Le rapport final sortira en septembre 2011.

### **6.2.2. Objectifs**

Les objectifs du projet sont :

- Définir les objectifs d'un système d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière
- Proposer une liste d'indicateurs par objectif
- Proposer et tester un modèle d'opérationnalisation de la récolte et de l'utilisation des données par objectif

### **6.2.3. Méthodologie**

La méthodologie utilisée est une revue des expériences internationales et nationales existantes, une consultation d'un groupe de travail d'experts en hygiène hospitalière (personnes de terrain et personnes du SPF) pour sélectionner et définir les indicateurs de qualité, un plan d'opérationnalisation de la récolte et de l'utilisation des données et une étude pilote de faisabilité de la récolte des données des indicateurs sur le terrain.

Les objectifs du système d'indicateurs de qualité sont :

- Evaluer l'impact de la politique en hygiène hospitalière au niveau national dans le cadre de la protection de la santé publique
- Evaluer l'utilisation des moyens, l'engagement et les efforts de chaque hôpital dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins
- Contribuer à l'amélioration locale de la qualité en incitant les hôpitaux à mesurer et à améliorer leurs actions et résultats dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins

A chaque objectif correspond un set d'indicateurs et un plan d'opérationnalisation. Ces sets d'indicateurs et plans d'opérationnalisation ne sont pas mutuellement exclusifs.

En résumé, ci-dessous, les principales caractéristiques des trois objectifs du système d'indicateurs de qualité :

**Tableau 8 Caractéristiques principales des trios objectifs du système d'indicateurs de qualité**

	<b>Objectif 1 : suivi au niveau national</b>	<b>Objectif 2 : « accountability », jugement</b>		<b>Objectif 3 : amélioration locale</b>	
<b>But</b>	Impact de la politique en hygiène hospitalière au niveau national	Engagement et efforts des hôpitaux  Transparence (Public)		Contribuer à l'amélioration locale de la qualité	
<b>Public cible</b>	Autorités	Autorités	Public	Hôpital lui-même (unité, département, direction)	
<b>Type d'indicateurs</b>	Résultats Structure Processus	Structure Processus		Résultats Structure Processus	Cliniques (résultats/processus)
<b>Périodicité</b>	1x/an	1x/an		1x/an	En continu
<b>Récolte données</b>	- Obligatoire - Indicateurs imposés	- Obligatoire - Indicateurs imposés		- Obligatoire - Indicateurs imposés	- Volontaire - Indicateurs choisis par hôpital
<b>Utilisation données/output</b>	- Analyses agrégées - Suivi des tendances	- Analyses par hôpital - Jugement % standard ou position % moyenne nationale		Données collectées par l'hôpital	Données choisies et analysées par l'hôpital lui-même
<b>Réaction Qui</b>	Autorités/décideurs politiques	Communautés		Hôpital lui-même	Hôpital lui-même
<b>Contrôle externe des données à la source</b>	Pas indispensable Orientation : politique nationale	Indispensable		Pas indispensable	Pas indispensable

#### **6.2.4. Timing**

Le rapport sortira en septembre 2011.

Aucune information n'est donc encore disponible sur la mise en place et les effets.

#### **6.2.5. Plus-value**

La plus-value de ce projet est l'élaboration d'un système d'indicateurs qualité qui intègre à la fois :

- les objectifs du système et son public cible
- la définition d'un set d'indicateurs / objectif
- un plan d'opérationnalisation / objectif

De plus, cet instrument de mesure se veut dynamique afin d'évoluer au cours du temps en fonction des nouvelles priorités en matière de lutte contre les infections liées aux soins

### **6.2.6. Limitations**

Les limitations de ce projet sont :

En vue d'un objectif de jugement et de contrôle, il est indispensable que les autorités compétentes mettent en place une action envers les hôpitaux qui ne répondent pas au standard ou qui se situent bien en-dessous de la moyenne nationale. Il est également impératif d'avoir un contrôle externe de qualité des données à la source pour garantir la validité des données.

Ces 2 compétences, réaction et contrôle, sont du ressort des communautés et non du fédéral.

Pour que ce système d'indicateurs de qualité soit utile, une collaboration entre le SPF Santé Publique et les communautés est indispensable.

## **6.3 Associations hospitalières**

### **6.3.1 Projet d'Indicateur de Qualité flamand – ICURO – Zorgnet Vlaanderen**

#### **6.3.1.1 Historique**

Le Projet d'Indicateur de Qualité flamand vise en premier lieu l'amélioration de la qualité des soins en stimulant et en facilitant l'utilisation d'indicateurs de résultat et de processus cliniques. En même temps, les informations ainsi obtenues deviennent disponibles pour les hôpitaux et fournisseurs dans leur mission de justification sociale.

Le projet peut être considéré comme une initiative commune des différents réseaux hospitaliers (ICURO et Zorgnet Vlaanderen), L'Association Flamande de Médecins en chef et le Gouvernement flamand (Agence Soins et Santé et l'Agence Inspection des soins). Ces parties sont désignées en tant qu'initiateurs dans ce projet.

Outre ces initiateurs, un nombre de parties collaboratrices sont impliquées, de sorte que leur expertise et expérience en matière de développement, implémentation et travail avec des indicateurs peuvent être intégrées dans ce projet. On peut mentionner ici, entre autres, les mutualités, la plateforme des patients flamands, le SPF et les universités flamandes. En raison du trajet préalable déjà parcouru par le réseau des hôpitaux de Louvain en matière de travail avec les indicateurs de qualité, il a été désigné comme une partie collaboratrice préférentielle.

Un protocole a été élaboré fixant les objectifs et accords de travail et qui sera formalisé le 1<sup>er</sup> juin 2011. De ce fait, un forum d'indicateurs sera créé, dont le fonctionnement sera préparé au Bureau. Monsieur Dirk Ramaekers (Association flamande des Médecins en Chef - ZNA) a été élu comme président de cette initiative.

En partant des réseaux hospitaliers (ICURO et Zorgnet Vlaanderen) le projet doit être cadré dans la vision intégrée sur la qualité telle que reprise dans le plan de politique de l'ICURO. L'ICURO et Zorgnet Vlaanderen (dénommé ci-après les réseaux hospitaliers) souhaitent coopérer activement à une bonne justification sociale du fonctionnement de l'hôpital en Flandre. L'ICURO et Zorgnet Vlaanderen ont conclu un accord de coopération à cet effet, de sorte que les forces peuvent être unies au niveau de la qualité, de la sécurité des patients, des accréditations, ....

Lorsque les hôpitaux souhaitent rendre des comptes externes, cela concerne surtout la fourniture d'informations correctes et pertinentes sur le fonctionnement de l'hôpital. Plus simplement, il s'agit alors de la demande de justification de la dépense des moyens publics accordés d'une part et l'information de la communauté sur le niveau de qualité des soins offerts d'autre part. L'importance de la fourniture d'informations correctes par les hôpitaux est très pertinente d'un point de vue social et constitue donc une partie explicite des droits du patient. Des informations correctes sur le fonctionnement de l'hôpital et les résultats obtenus,

deviendront une composante de plus en plus explicite de la bonne gestion des hôpitaux. Afin de souligner l'importance de la justification sociale, une note de politique 'Justification externe dans les hôpitaux flamands' a été élaborée par l'ICURO en 2010.

La fourniture d'informations sur le fonctionnement des hôpitaux peut se faire de différentes manières, où la sincérité sur le fonctionnement des hôpitaux et leurs résultats, l'obtention d'une accréditation internationale d'hôpital reconnu et l'inspection par le gouvernement, occupent une place importante. A ce sujet, il est plaidé, dans la note de politique, pour un travail proactif mais également intégré. Intégré signifie ici que l'accréditation de l'hôpital, objectiver les résultats des soins et la sincérité externe sont considérés comme un ensemble à part entière où les hôpitaux font leurs propres choix et peuvent définir leur propres priorités. Ici, la proactivité signifie que les réseaux hospitaliers sont eux-mêmes initiateurs dans ces domaines.

Bien que les différentes composantes d'une approche intégrée ne peuvent être dissociées, l'attention dans ce chapitre sera orientée sur l'objectivation de la qualité des soins par le biais d'indicateurs pertinents d'outcome et de processus.

### **6.3.1.2 Objectifs**

Le projet d'indicateurs vise en premier lieu à améliorer la qualité des soins en stimulant et en facilitant l'utilisation d'indicateurs cliniques de résultats et de processus. Le développement, la définition et l'implémentation des indicateurs pertinents permettent d'adapter les processus sur bas des résultats et de mettre en œuvre un perfectionnement continu. En outre, l'action suite aux résultats obtenus permet de justifier les dépenses des moyens publics accordés et d'informer la communauté sur le niveau de qualité des soins offerts.

### **6.3.1.3 Projet**

Au sein du protocole élaboré, un timing a été convenu et fixé pour ce projet.

En 2011, un set de base d'indicateurs de résultat et de processus sera élaboré par les parties initiatrices et collaboratrices. En première instance, cinq domaines ont été fixés au sein desquels les indicateurs seront développés, notamment des indicateurs généraux de l'hôpital, la cardiologie, l'orthopédie, l'oncologie et mère et enfant. En ce qui concerne le choix de ces domaines, un nombre de critères explicites de la littérature ont été utilisés:

- l'impact des affections sur les soins de santé:
  - volume des populations de patients (grande incidence ou prévalence)
  - contribution significative à la mortalité et la morbidité,
  - coûts sociaux (in)directs élevés,
- le niveau d'évidence ou le lien entre les processus mesurés et les résultats des soins  
Le lien entre le processus de soins et le résultat des soins est crucial tant pour les indicateurs de processus que ceux liés au résultat;
- le potentiel d'amélioration de la qualité: il doit être évident que la qualité des soins pour l'affection pour laquelle les indicateurs sont développés soit variable et qu'il y ait des possibilités d'amélioration;
- la possibilité de contrôle par les administrateurs: les administrateurs de soins doivent avoir eux-mêmes une influence sur la qualité de l'aspect à évaluer.

A partir de 2012, les données nécessaires pour les indicateurs concernés seront récoltées, soit depuis les données secondaires (données récoltées à d'autres fins), soit depuis les données primaires (données récoltées avec une orientation explicite sur la qualité des soins).

A partir de 2012, un rapportage consolidé et feedback sur les résultats des indicateurs de processus et d'outcome des hôpitaux participants sera prévu. En outre, le set de base sera élaboré ultérieurement et si nécessaire corrigé.

Dès 2013, outre le rapportage consolidé des indicateurs de processus et d'outcome, les hôpitaux seront stimulés pour rapporter en externe sur base volontaire les données individuelles de l'hôpital.

Le fonctionnement sera évalué fin 2013 et ensuite, en fonction des opportunités, un nouveau protocole pourra être élaboré.

#### **6.3.1.4 Evolution des hôpitaux participants**

Etant donné que le projet se trouve encore dans une phase de développement, où des indicateurs pertinents de processus et d'outcome sont déterminés, peu d'informations seulement peuvent être données sur l'implication du nombre d'hôpitaux participants.

Le nombre d'hôpitaux participant au forum des indicateurs est élevé. La structure au sein du projet d'indicateurs tel qu'il a été élaboré actuellement, s'efforce donc également de soutenir au maximum la base nécessaire au développement, l'implémentation, le travail et la publication externe d'indicateurs.

Une rétroaction agrégée est prévue pour 2012. Seulement à ce moment là, lorsque les hôpitaux devront mettre à disposition les données qu'ils ont enregistrées, il sera possible d'apporter plus de clarté à ce sujet.

#### **6.3.1.5 Timing du feedback**

Comme il a été précité, les résultats seront utilisés de manière agrégée dès 2012. Etant donné que les hôpitaux participent sur base volontaire à ce projet, il est évident que seuls les résultats de ces hôpitaux seront repris dans ce feedback.

Dès 2013, les hôpitaux seront stimulés, outre la rétroaction agrégée, de publier à l'extérieur leurs propres résultats sur le site web de l'hôpital.

#### **6.3.1.6 Types d'indicateurs**

Un indicateur est un instrument pour la visualisation de certains aspects mesurables de la qualité des soins. Une conséquence directe de la définition est que seuls les composantes mesurables des soins soient considérées comme indicateur.

Les indicateurs fournissent des données quantitatives en chiffres absolus ou sont représentés comme ratio. Ces résultats mesurables quantitatifs ne jugent pas la qualité des soins. Ils donnent à l'hôpital/l'administrateur des informations qui leur permettent de se créer un avis sur la qualité des soins qu'ils donnent.

Les indicateurs de qualité sont des instruments de mesure et doivent donc disposer de toutes les caractéristiques d'un bon instrument de mesurage: valide, fiable, sensible, spécifique... Concrètement pour les soins il s'y ajoute l'exigence d'un caractère basé sur l'évidence et une pertinence pour la pratique des soins. Ce dernier mot indique entre autres qu'ils doivent contenir un potentiel d'amélioration.

Nous distinguons trois types d'indicateurs:

- **Indicateurs de structure**

Ces indicateurs donnent des informations sur la capacité de fournir de bons soins, mais



informent peu sur le résultat des soins (organisation, équipement du système, circonstances).

- **Indicateurs de processus:**

Mant (2003) donne une bonne définition et affirme: *‘process indicators, aim to measure the extent of the application of ‘good’ health care. They are usually defined by reference to best practice guidelines or standards for specific health interventions. Process indicators are usually more sensitive to differences in quality than are outcome measures and they can be easier to interpret. They may be preferred to outcome indicators where the link between process and outcome is clearly established.*

- **Indicateurs de résultat ou d’outcome:**

Mainz (2003) décrit les indicateurs outcome comme suit: *‘states of health or events that follow care, and that may be affected by health care. An ideal outcome indicator would capture the effect of care processes on the health and wellbeing of patients and populations. Outcomes can be expressed as ‘The five Ds’ [5]: (1) death: a bad outcome if untimely; (2) disease: symptoms, physical signs, and laboratory abnormalities; (3) discomfort: symptoms such as pain, nausea, or dyspnea; (4) disability: impaired ability connected to usual activities at home, work, or in recreation; and (5) dissatisfaction: emotional reactions to disease and its care, such as sadness and anger’.*

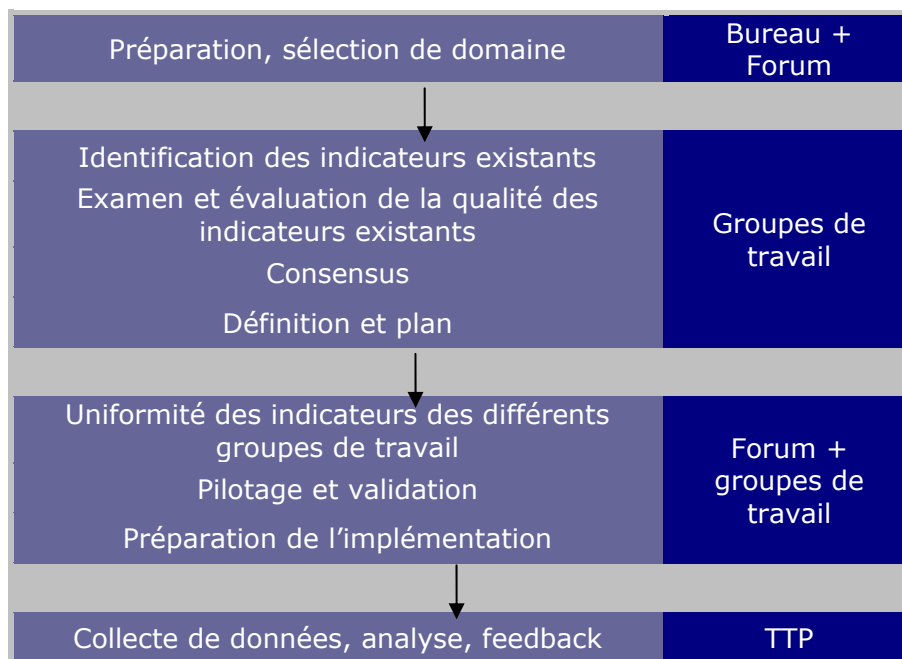
Lors du jugement de la qualité des soins administrés, l’attention primaire est donnée aux indicateurs de processus et de résultats.

### **6.3.1.7 Méthode de travail**

Pour le développement du set de base des indicateurs, 5 domaines ont été déterminés pour lesquels des indicateurs de processus et d’outcome seront d’abord développés (voir supra).

Pour chaque domaine, un groupe de développement a été créé.

Afin d’appliquer une méthode de travail uniforme entre les différents groupes de développement, une note de concept a été élaborée par les membres du bureau. Dans cette note de concept, la méthode de travail a été déterminée de façon univoque. Les grandes lignes peuvent être consultées dans le schéma ci-dessous.



D'après le schéma ci-dessus, 6 phases peuvent être distinguées, notamment le planning, le développement, l'introduction, l'enregistrement, l'analyse et le feedback des indicateurs. Pour chaque étape, il a été repris quelles activités elles incluent.

Afin d'obtenir également l'uniformité dans les indicateurs définis, un template a été créé comprenant les différentes composantes essentielles d'un indicateur, comme, entre autres, le numérateur, le dénominateur, la source des données et le degré d'évidence).

### **6.3.1.8 Rapportage / feedback**

Comme précité, un planning en phases a été établi pour permettre une rétroaction des résultats obtenus. Alors qu'en 2012 une rétroaction agrégée est proposée, dès 2013 les hôpitaux seront stimulés pour publier leurs propres résultats sur leur propre site web.

Un feedback ne sera considéré comme définitif que lorsque les hôpitaux auront reçu l'opportunité de consulter leurs propres résultats, de donner leurs propres réflexions à ce sujet; lesquelles devront ensuite être transposées de façon pertinente dans la version définitive.

### **6.3.1.9 Plus-value de l'initiative**

Comme indiqué dans les objectifs du projet, ce projet représente une plus-value importante pour l'amélioration de la qualité du secteur des soins de santé en Flandre. Un avantage qui en découle est que ces indicateurs permettent de justifier socialement en ce qui concerne la qualité des soins donnés.

### **6.3.1.10 Limitations de l'initiative**

L'initiative est basée sur une participation volontaire par les hôpitaux, ce qui signifie que tous les hôpitaux n'y participent pas effectivement.

L'initiative démarre avec un set de base qui sera progressivement développé. Cela représente une quantité de travail élevée de sorte que le rythme reste modéré. Il est explicitement opté pour un travail de profondeur et non de volume.

Le rapport entre l'orientation générale de l'hôpital et l'orientation de spécialisation est encore insuffisamment clair. Ici également il est opté pour un scénario de développement pragmatique.

Il y a relativement peu d'expertise académique et d'expériences dans le développement d'indicateurs de processus et d'outcome, mais c'est un problème qui dépasse ce projet.

#### **6.3.1.11 Perspectives pour l'avenir**

Ce projet présente des perspectives importantes vers le futur du fait que:

- Il peut y avoir un soutien clinique solide via l'Association flamande des Médecins avec le fonctionnement de l'hôpital en pratique. Pour le travail avec les indicateurs, c'est en effet un facteur impératif du succès.
- Les hôpitaux et professionnels sont impliqués dans le développement des indicateurs, via des groupes de développement, élargissant ainsi la base.
- Par cette initiative il est créé une plateforme d'indicateurs en Flandre, qui peut atteindre des points de repère au niveau fédéral et flamand. Sur base de cette initiative, une harmonisation avec ces niveaux de politique peut également être attendue.
- Le projet anticipe sur les attentes sociales, mais également sur les attentes de l'UE.

## **6.3.2 Benchmarking SANTHEA**

### **6.3.2.1 Historique**

Santhea est l'association professionnelle regroupant les hôpitaux du secteur privé non confessionnel et du secteur public francophones. Elle a initié un projet de benchmarking nommé AWAGES en 2007 et l'a ensuite développé sur une base récurrente annuelle.

### **6.3.2.2 Objectifs**

Les objectifs du projet sont les suivants :

- d'automatiser la récolte de certaines données administratives hospitalières existantes
- de créer une base de données sectorielles financières et d'activité hospitalière à caractère régional, actuellement inexistante
- de produire, sur base d'une méthodologie d'analyse, une série d'indicateurs sectoriels pertinents
- de permettre aux institutions de soins de se positionner par rapport aux autres établissements de même taille, de même région ou de même type.
- de mettre l'information à disposition plus rapidement afin de disposer d'outils d'aide à la décision tant au niveau de l'Association, que de la région ou des établissements de soins ou de réaliser des études ponctuelles

### **6.3.2.3 Nature**

Dans le cadre de leur fonctionnement et de leur financement, les hôpitaux sont contraints de transmettre périodiquement bon nombre de données à différents organes de tutelle ou autre. Parmi ces informations, on relève :

- Les fichiers de facturation qui sont mensuellement transmis aux organismes assureurs.
- Les données semestrielles du RCM (résumé clinique minimum) et le dossier FINHOSTA (Financial Hospital Statistics) envoyés au SPF (Service public fédéral) Santé publique.

L'analyse de ces données par les organes compétents se réalise toujours avec un retard important ce qui paralyse les institutions hospitalières durant ce délai et aucun « feed-back » n'est prévu vers la Région Wallonne.

Au vu de la situation, le Conseil d'Administration de l'AFIS du 22 février 2005 avait pris la décision de principe de créer au niveau de l'AFIS un « Datawarehouse » issu des données de facturation, de pathologie et de comptabilité. Ces données devraient être accessibles à tous les établissements de façon anonyme afin d'améliorer les indicateurs de gestion actuellement disponibles.

L'avenir institutionnel incertain des soins de santé, la nécessité croissante d'obtenir des informations de gestion plus complètes et comparatives et l'existence de bases de données similaires au Nord du pays ont ainsi amené à souhaiter la création d'une banque de données hospitalières au niveau wallon.

Ce projet a vu le jour grâce au soutien de la Région Wallonne et porte le nom d'AWAGES (Agence Wallonne d'Aide à la Gestion des Etablissements de Soins).

#### **6.3.2.4 Auteurs**

Le projet est réalisé par une équipe constituée d'un chef de projet détaché de IRIS, d'une économiste affectée pour 9/10<sup>ième</sup> temps au projet et de trois personnes complémentaires qui y consacrent de une à deux journées semaines.

#### **6.3.2.5 Participants**

Tous les hôpitaux membres de SANTHEA y participent soit aujourd'hui 42 (sur base des numéros d'agrément différents).

Il s'agit d'un service dont le coût est inclus dans la cotisation d'adhésion à Santhea.

#### **6.3.2.6 Timing**

Les analyses sont réalisées annuellement sur base des données communiquées par les hôpitaux membres.

#### **6.3.2.7 Type d'indicateurs**

Les rapports d'analyse sont composés des parties suivantes :

- Analyse du budget des moyens financiers
- Analyse des forfaits pharmacie
- Analyse des montants de référence
- Analyse des Résumés psychiatriques Minimum (RPM)
- Analyses liées à l'actualité et utile au rôle de lobbying de Santhea
- Analyses liées à une demande spécifique

#### **6.3.2.8 Méthodologie**

Les hôpitaux communiquent leurs données sur base d'un certain nombre de modules structurés :

- un module « Budget des moyens financiers » reprenant les données figurant sur les circulaires SPF pour chaque institution
- un module facturation relatif à la production médicale des hôpitaux concernés
- un module RCM (résumé clinique minimum) relatif aux pathologies prises en compte dans les établissements concernés.
- un module reprenant certaines données FINHOSTA considérées comme essentielles dans le cadre du benchmarking à réaliser.

Avec le module facturation, la possibilité existe de faire de la prévision et de ne pas utiliser seulement les données BMF datant de plusieurs années mais jusqu'à ce jour cela n'a pas été réalisé pour des problèmes de confidentialité et de respect de la législation vie privée. Ce

problème pourrait être résolu dans le futur en sous traitant l'anonymisation des données à un tiers.

### **6.3.2.9 Feedback**

Un rapport est distribué chaque année en décembre lors du Comité de Pilotage aux membres et à la Région Wallonne. Le rapport BMF 2010 se base sur les données 2007.

Au-delà du rapport les membres ont accès aux données via une liaison sécurisée où ils peuvent retrouver leurs données et la moyenne mais les institutions recourent de manière très limitée à ce service.

### **6.3.2.10 Plus-value de l'initiative**

L'étude permet aux institutions de se positionner par rapport aux autres hôpitaux sur base des données récurrentes communiquées ou des analyses spécifiques réalisées

Elle permet également à Santhea de réaliser des études ponctuelles pour analyser des thématiques spécifiques ou répondre à des demandes particulières.

### **6.3.2.11 Limites de l'initiative**

- Délai d'analyse des données par rapport à l'année de référence
- Processus d'injection des données dans la base très lourd vu le nombre de contrôles nécessaires
- Retour de fichiers (format de données, bugs ...)
- Partie encodée manuellement pour le BMF qu'il faut valider
- Ecart entre ce que les hôpitaux demandent comme information et feedbacks et ce qu'ils sont prêts à fournir comme données.

### **6.3.2.12 Perspectives pour le futur**

L'idée de la Région Wallonne est d'étendre l'initiative au-delà de Santhea vers d'autres associations professionnelles de manière à couvrir l'ensemble des hôpitaux francophones .Le problème le plus délicat de cette extension est le problème de la confidentialité.

L'objectif est aussi d'évoluer vers des groupes de travail qui se mettent autour de la table par exemple les acteurs psychiatriques autour du RPM ou les cadres en charge des études de satisfaction pour échanger sur les résultats et sur les pratiques de collecte des données.

Le module d'étude de la satisfaction des patients est en développement à partir du travail réalisé par la Région Wallonne et une réflexion est en cours sur les tableaux de bord et les trajets de soins.

Santhea souhaite établir une collaboration dans le futur avec le projet HPI.be et le SPF en général, un souhait exprimé et développé de manière très positive lors d'une réunion fin du mois.

## **6.4 Initiatives liées à des universités**

### **6.4.1. NAVIGATOR<sup>®</sup> - Centre des sciences hospitalières et infirmières (K.U.LEUVEN)**

#### **6.4.1.1 Historique**

En 1999, le centre des sciences hospitalières et infirmières a coordonné un projet de recherche financé par le Gouvernement flamand et où 17 hôpitaux généraux (Belgique et Pays-bas) et 2 hôpitaux psychiatriques ont participé au "Projet d'Indicateur de Qualité". Ce système international d'indicateur fonctionnait avec siège en Amérique, mais un manque de flexibilité, de propriété et de reconnaissance fut alors ressenti. En outre, la participation au système était chère et le financement a été coupé en 2003.

À la demande des organisations participantes à cette époque, le CSHI a développé son propre système d'indicateur qui se rallie plus étroitement au contexte belge, compte tenu des développements nationaux et internationaux et systèmes (WIV, SPE, MKG, QIP, AHRQ, OECD, Helics, ...)

#### **6.4.1.2 Objectifs**

Navigator est un système d'indicateurs pour la surveillance et l'amélioration continue de la qualité clinique et organisationnelle des soins. À l'aide de ces indicateurs, les processus et résultats des soins deviennent plus visibles et mesurables et ils permettent un suivi continu. En donnant un feedback chaque trimestre, navigator souhaite donner la possibilité aux organisations de réagir rapidement.

#### **6.4.1.3 Projet**

Le système d'indicateur comprend un set d'indicateurs déterminé de façon uniforme et bien structuré, un logiciel de soutien, un site web interactif et un réseau.

Les organisations choisissent librement quelles données elles souhaitent récolter. Chaque trimestre, les données sont envoyées et un feedback est prévu sous forme de rapports. L'évaluation de la performance s'effectue localement dans la propre organisation. L'anonymat des organisations reste garanti tout au long de cet événement.

#### **6.4.1.4 Auteurs**

Professeur Dr. Arthur Vleugels, Prof. Em. Dr. Paul Quaethoven, Mme. Leen De Paepe, Mme. Geert Van de Water, Mme. Sofie Breugelmans  
Logiciel: HIGIS sous direction de Jos Vanlanduyt et collaborateur Paul Winnen

#### **6.4.1.5 Evolution des hôpitaux participants**

Navigator pour les hôpitaux généraux a démarré le 1 janvier 2004 avec 22 hôpitaux. Ce nombre n'a cessé d'augmenter au cours des années avec une forte augmentation en 2009, lorsqu'un groupe d'hôpitaux francophones ont rejoint le Réseau Santé Louvain (UCL). Le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 58 hôpitaux généraux y participaient.

Navigator pour les hôpitaux psychiatriques a démarré le 1<sup>er</sup> janvier 2005 avec 2 participants. Le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 12 hôpitaux psychiatriques participent au projet.

Navigator pour les centres de logement et de soins a démarré le 1 janvier 2005 avec 20 participants. Le 1<sup>er</sup> janvier 2011, il y en avait 26.



#### **6.4.1.6 Timing du feedback**

Les données sont récoltées chaque mois et envoyées en ligne à la base de données chaque trimestre. Le délai pour l'introduction des données est chaque fois 6 semaines après la fin du trimestre. Le feedback devient disponible en ligne après 5 jours ouvrables. Cela signifie que les organisations reçoivent les rapports du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année à la fin du mois de mai. Etant donné que pour certains indicateurs, les définitions sont basées sur des DRG, ces données ne sont pas toujours disponibles à temps dans les hôpitaux, car ils attendent les données de MKG, désormais MZG. Pour le délai de l'introduction de ces données, navigator suit le délai du SPF pour les données MZG, ce qui provoque normalement un retard d'un semestre.

#### **6.4.1.7 Sortes d'indicateurs**

Le set d'indicateurs contient principalement des indicateurs de résultat et de processus des hôpitaux généraux sur la qualité clinique des soins. Au total, un set pour hôpitaux généraux se compose de plus de 460 indicateurs, répartis en 16 domaines:

- Mortalité de l'hôpital
- Décubitus
- Incidents de chute
- Limitation de la liberté de mouvement par le biais de fixation
- Réadmission imprévue à l'hôpital
- Modification imprévue dans le processus des soins
- Soins aux patients obstétricaux et nouveaux-nés
- Soins aux patients au service des urgences
- Soins aux patients en hospitalisation de jour
- Complications Thromboemboliques
- Infections
- Réactions aux transfusions
- Utilisation et distribution de médicaments
- Antibiotiques
- Sécurité des patients
- Indicateurs spécifiques aux soins

#### **6.4.1.8 Méthode de travail**

Les organisations participantes sont formées et reçoivent un manuel à disposition avec la description de tous les indicateurs et les critères d'exclusions qui s'y rapportent, leurs règles d'enregistrement et définitions. Les organisations choisissent sur base de la faisabilité, les priorités,... pour quels indicateurs ils souhaitent récolter des données. À cet effet, les accords nécessaires sont convenus en interne. Le coordinateur est responsable de la récolte et de l'encodage des données en ligne.

Durant l'encodage des données, le coordinateur est interpellé lorsqu'il encode des valeurs extrêmes afin d'inviter que des fautes de frappe ou des erreurs ne soient encodées dans la base de données. Chaque trimestre, des questions de confidentialité sont posées, où des cas fictifs sont utilisés pour voir si tout le monde interprète les indicateurs et les définitions de la même façon.

Les organisations reçoivent des rapports en pdf et sous forme d'un fichier excel. Ceux-ci contiennent des informations sur l'évolution de la propre organisation dans le temps, ainsi qu'une comparaison avec les autres organisations dans la base de données. Ensuite, ils peuvent continuer à explorer les données sur le site web et effectuer des contrôles de processus statistiques. Les résultats du benchmarking ne seront donnés que lorsqu'au moins 4 organisations ont encodé des données pour un indicateur. Si un groupe est plus petit, aucune donnée statistique ne peut être calculée et l'anonymat des organisations n'est plus garanti.

En moyenne, les hôpitaux participants encodent une quarantaine d'indicateurs, variable de 5 à 110 indicateurs. Pour éviter que chaque hôpital n'enregistre d'autres indicateurs et que donc aucun benchmarking ne puisse être calculé, un set commun a été convenu avec les organisations participantes. Il a été convenu que chaque organisation reprenne autant d'indicateurs que possible dans sa sélection, de sorte que l'on ait déjà un large groupe pour ces indicateurs. Les critères les plus importants pour ces indicateurs du set commun sont la pertinence pour le benchmarking et la faisabilité de l'enregistrement. Les 15 indicateurs suivants appartiennent au set commun:

- Mortalité totale de l'hôpital
- Mortalité de l'hôpital de patients avec un risque de mortalité de classe 1
- Mortalité de l'hôpital de patients avec un risque de mortalité de classe 2
- Prévalence total de décubitus
- Prévalence totale de décubitus qui s'est développé durant l'hospitalisation
- Total d'incidences de chute
- Incidences de chute avec lésions classe de gravité 3 comme conséquence
- Patients avec plusieurs incidences de chute durant une seule hospitalisation
- Réadmission imprévue sur un service pour soins intensifs
- Nombre d'urgences internes
- Accouchements vaginaux après une ancienne césarienne
- Durée de séjour de patients au service des urgences > 8 heures
- Total d'hospitalisations imprévues après une hospitalisation de jour
- Incidence de MRSA obtenue à l'hôpital MRSA
- Utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains

L'évaluation des résultats se fait en interne. Durant les réunions des coordinateurs (2x par an), les expériences sont échangées et les résultats sont évalués. À la demande des organisations, certains thèmes sont abordés dans de plus petits groupes en présence des personnes et des experts concernés. Ainsi, des groupes ont déjà été créés autour des incidences de chute, le service des urgences, les soins intensifs, les césariennes et l'induction.

Les organisations peuvent toujours joindre le forum de discussion avec toutes leurs questions et remarques. Durant les heures de travail, elles reçoivent un soutien de l'équipe navigator via téléphone et par e-mail.

#### **6.4.1.9 Rapportage / Feedback**

Chaque trimestre, les organisations reçoivent des informations sur leur propre évolution dans le temps et une comparaison avec la base de données. Ces informations sont disponibles en pdf et en excel. Avec la fonction d'exploration elles peuvent consulter toutes sortes d'informations sous forme de tableau ou de graphique et effectuer des contrôles de processus statistiques. Il est également possible de se comparer à un groupe restreint, ayant la même caractéristique que la propre organisation, par exemple, sur base de la taille de l'organisation.

Navigator n'est pas standardisant ni doctorant. L'évaluation des résultats se fait en interne. Pour l'année 2010, un rapport annuel sera établi des indicateurs du set commun.

#### **6.4.1.10 Plus-value de l'initiative**

- uniforme, facile à l'emploi, système structuré et dynamique
- feedback rapide
- réseau solide, dans lequel des informations sont échangées
- bon soutien

#### **6.4.1.11 Limitations de l'initiative**

- pas de normalisation, l'évaluation doit se faire en interne
- participation sur base volontaire, de sorte que le groupe benchmark est plus petit ou trop restreint pour certains indicateurs

#### **6.4.1.12 Perspectives pour l'avenir**

- créer des rapports annuels (publiques ou non)
- collaborer plus étroitement avec les médecins
- accorder plus d'attention aux indicateurs spécifiques aux pathologies

### **6.4.2. Réseau d'hôpitaux flamands K.U.Leuven (Vznkul)**

#### **6.4.2.1 Historique**

En mars 2003, l'UZ Leuven a été créé ensemble avec neuf Hôpitaux flamands K.U.Leuven. Entre temps, vers la moitié de 2011, ce réseau comptait 19 membres. Ainsi il représente plus de 11.000 lits (37% des lits flamands et 20% des lits belges).

#### **6.4.2.2 Objectifs**

Grâce au développement d'un système durable, de connaissances, les objectifs suivants sont poursuivis avec comme idée centrale l'optimisation commune de la qualité des soins et de la performance de la gestion commerciale dans tous les secteurs en partageant et en valorisant les connaissances au sein de ce réseau:

- Livrer une contribution essentielle à la réalisation d'une offre accessible et de haute qualité des soins des patients en Flandre, suivant des principes de multidisciplinarité, coopération transmurale et d'accords mutuels sur les tâches;

- La création d’une plateforme de formations de haute qualité des étudiants et assistants médicaux en formation, pour la formation post-graduat et le transfert d’innovations au sein du réseau;
- Le développement ultérieur d’une recherche scientifique appréciée au niveau international grâce à une intégration poussée entre la recherche fondamentale et appliquée et une collaboration entre l’UZ Leuven et les hôpitaux régionaux, impliqués dans ce protocole;
- L’utilisation des opportunités pour la collaboration dans le domaine de la gestion administrative et logistique;
- Livrer une contribution au développement d’une vision intégrale et innovatrice sur la surveillance de la qualité et sur la structuration et le financement du secteur des soins de santé.

### **6.4.2.3 Projet**

Les objectifs sont concrétisés en différents groupes de travail dans lesquels les membres délèguent des représentants.

### **6.4.2.4 Auteurs**

GT Information politique: responsables rapportage de direction

GT gestion financière: directeurs financiers

GT Médecins en chef – Présidents du Conseil Médical

Plateforme HRM: directeurs HRM

GT Environnement et énergie: coordinateurs d’environnement et conseiller de prévention

GT services techniques: responsables des services techniques

GT directeurs infirmiers

### **6.4.2.5 Evolution des hôpitaux participants**

Etant donné que VznuL peut construire sur un réseau qui existe déjà depuis neuf ans, la confiance entre les membres pour échanger leurs données a évolué de benchmarking anonyme en l’échange ouvert de données.

### **6.4.2.6 Timing feedback**

En fonction des indicateurs c’est par mois, par trimestre ou par année.

### **6.4.2.7 Types d’indicateurs**

D’une part, les indicateurs cliniques qui sont énumérés, d’autre part, les indicateurs de performance pour la gestion commerciale des hôpitaux.

Pour les indicateurs cliniques, les indicateurs internationaux validés présentant une plus-value pour le processus d’accréditation ont été recherchés.

### **6.4.2.8 Méthode de travail**

Le groupe de travail respectif détermine quels indicateurs il estime utile pour leur discipline. Les données sont récoltées avec Excel.

#### **6.4.2.9 Rapportage/ feedback**

Jusqu'à présent, les benchmarks ont été à moitié systématisés.  
La liste des indicateurs sera disponible dès le 25 mai 2011

#### **6.4.2.10 Plus-value de l'initiative**

Les indicateurs sont choisis par les groupes de travail mêmes et ne sont donc pas imposés. Ceci présente comme plus-value que l'implication est grande. Grâce à la confiance entre les membres les difficultés dans les différents processus ont été abordées ouvertement. Le processus qui a été évalué collectivement lors de la sélection des indicateurs et la campagne de mesurage contribue à la création d'une culture de mesurage dans les hôpitaux concernés. Le benchmarking et l'échange ouvert de ces résultats peuvent constituer une bonne base pour des actions d'amélioration organisées.

#### **6.4.2.11 Limitations de l'initiative**

La participation dans les différents groupes de travail est encore trop libre. Il en va de même pour la fourniture de données.  
Pour les membres, cela représente une charge de travail supplémentaire.  
Le projet n'est pas encore automatisé de sorte que le feedback ne suit pas assez rapidement.

#### **6.4.2.12 Perspective pour l'avenir**

Automatisation de la récolte de données  
Automatisation du traitement des données  
Publication sur une partie sécurisée du site web du VznkuL  
Attacher les trajets d'amélioration aux benchmarks

### **6.4.3. Benchmarking CIES**

#### **6.4.3.1 Historique**

Le CIES – Centre d'Etudes Interdisciplinaires en Economie de la Santé – intégré à l'Ecole de Santé Publique de l'UCL a entamé dès 1985 avec Marie-Christine Closon et le Professeur Francis Roger de l'UCL le premier benchmark avec trois hôpitaux universitaires – l'ULB, l'UCL et la KUL et une vingtaine d'hôpitaux volontaires. Cette initiative s'est poursuivie jusqu'à ce jour et de nouveaux développements sont planifiés aujourd'hui avec les hôpitaux néerlandophones – nous les développerons dans le point 12.

#### **6.4.3.2 Objectifs**

L'objectif initial de la Base de Données est d'aider à analyser et à mettre en œuvre les politiques de Santé Publique. Le feedback vers les hôpitaux n'était pas l'objectif initial. Il s'agissait d'assister les politiques de Santé Publique et d'aider les hôpitaux à réagir et à comprendre pourquoi ils sont pénalisés ou non. Peu à peu, avec l'arrivée du KCE, le feedback est devenu le seul objectif du projet.

### **6.4.3.3 Nature**

Les hôpitaux communiquent tous les ans la base de données RCM et la base de données facturation. Les bases de données sont les bases de données validées par le Ministère. Une présentation globale des résultats est prévue pour l'ensemble des hôpitaux mais ils peuvent ensuite grâce au software fourni analyser en profondeur leurs résultats et revenir s'ils le souhaitent jusqu'aux données brutes du patient.

### **6.4.3.4 Auteurs**

Marie-Christine Closon assure la direction du projet. Elle est assistée de deux chercheurs qui connaissent tout le système de financement depuis plus de 20 ans : Isabelle Pouplier et Isabelle Roch.

### **6.4.3.5 Participants**

Aujourd'hui 23 hôpitaux composent la base de données aux caractéristiques suivantes :

- 5 hôpitaux universitaires – 18 hôpitaux généraux
- 16 hôpitaux privés – 7 hôpitaux publics

L'ensemble représente plus de 600.000 séjours dont 67 % pour les hôpitaux généraux et 33 % pour les hôpitaux universitaires. Les hôpitaux publics représentent 34 % des séjours et les hôpitaux privés 66 %.

Ces hôpitaux sont très majoritairement francophones mais l'on retrouve quelques hôpitaux néerlandophones comme les hôpitaux universitaires de Gand et d'Anvers.

La participation est payante en fonction du nombre de séjours de l'hôpital, celle-ci couvrant à peine le financement des deux chercheurs affectés temps-plein au projet.

### **6.4.3.6 Timing**

Le timing suit la validation des bases de données par le Ministère. Ainsi la prochaine base de données qui va être analysée est la base de données 2009. Celle-ci va être validée par le Ministère en septembre. Elle sera ensuite traitée à la fin de cette année 2011 pour être présentée aux hôpitaux début 2012.

### **6.4.3.7 Type d'indicateurs**

Les feedbacks suivants sont communiqués :

Feedback RCM :

- Activité justifiée
- Durée de séjour standardisée
- Taux de mortalité standardisé

Feedabck RCM – RFM

- Durée et principaux postes de dépenses en hospitalisation classique
- Dépenses en médicaments par catégories ATC1
- Répartition, distribution et standardisation du taux d'hospitalisation de jour

Pharmachallenge : forfaitarisation des médicaments

Les niveaux de désagrégation des feedbacks suivants sont proposés :

- a. Hôpital
- b. Cas chirurgicaux/médicaux
- c. Spécialités chirurgicales / médicales
- d. APRDRGs
- e. APRDRGs par classe de sévérité
- f. APRDRGs par classe de sévérité et catégorie d'âge
- g. Séjour hospitalier

#### **6.4.3.8 Méthodologie**

L'équipe du Professeur Closon a été précurseur dans le développement des méthodologies qui ont été suivies par la suite par les autres initiatives :

- APR-DRG
- Outlier
- Limites
- Liste de médicaments à exclure...

#### **6.4.3.9 Feedback**

Les feedback sont communiqués annuellement. Ils se rattachent toujours à une réforme de financement. Ci-dessous pour l'ensemble les indicateurs fournis, les réformes de financement concernées :

Feedback RCM :

- Activité justifiée – Réforme Activité justifiée
- Durée de séjour standardisée - Réforme Activité justifiée
- Taux de mortalité standardisé – Réforme Inter-hospitalière générale

Feedback RCM – RFM

- Durée et principaux postes de dépenses en hospitalisation classique – Réforme Montant référence + Réforme Inter-hospitalière générale
- Dépenses en médicaments par catégories ATC1 – Réforme forfaitarisation pharmacie + Réforme Inter-hospitalière générale
- Répartition, distribution et standardisation du taux d'hospitalisation de jour – Réforme activité justifiée + Réforme Inter-hospitalière générale

#### **6.4.3.10 Plus-value de l'initiative**

La valeur essentielle de l'initiative est d'aider les hôpitaux dans la compréhension de leurs problèmes pour trouver des solutions. Sur base de clignotants qui signalent par exemple un excès de dépenses, ils peuvent réaliser une analyse approfondie et détecter l'origine du problème.

Par rapport aux autres initiatives, une plus-value très importante est la validation approfondie réalisée sur la base de données avant l'envoi des résultats aux hôpitaux. Non seulement les résultats ne sont traités qu'une fois que la base de données envoyée par chaque hôpital au SPF a été validée par le SPF. Mais en outre, une validation complémentaire est encore réalisée sur cette base de données. Cela procède de la démarche de rigueur scientifique qui a prévalu dans le projet depuis le début de l'initiative.

#### **6.4.3.11 Limites de l'initiative**

Les difficultés essentielles rencontrées résident dans l'absence de clarté des règles et dans la capacité des hôpitaux à leur envoyer les données de départ.

Une autre limite est la conséquence de l'attente du processus de validation par le SPF qui introduit un délai important dans le traitement des données.

#### **6.4.3.12 Perspectives pour le futur**

Une nouvelle ASBL va être constituée regroupant les hôpitaux membres du projet avec les 46 hôpitaux néerlandophones constitutifs du groupe Matrix initialement créé par l'ACC – Administrative Centrum Caritas.

Grace à cet ensemble plus important, des économies d'échelle pourront être réalisées et des moyens plus importants dégagés. Il deviendra ainsi possible de pérenniser les chercheurs, de développer des nouveaux outils et d'assurer la formation dans les hôpitaux.

Cette nouvelle structure sera dotée d'un Conseil d'Administration et d'un Comité d'Ethique pour être sûr que tout ce qui est fait est conforme à la sécurité des données, au respect de la vie privée et à l'utilisation scientifique et éthique des données.

Les chercheurs souhaiteraient - comme par le passé - une collaboration plus importante avec le SPF, une collaboration qui pourrait être fructueuse pour les deux parties vu le niveau d'expertise très élevé atteint.



## **6.5 Initiatives privées de benchmarking**

### **6.5.1. Benchmarking MAHA**

#### **6.5.1.1 Historique**

L'étude a été initiée au départ par la banque BACOB en 1993 et reprise ensuite après fusion par la banque Dexia en 2002.

#### **6.5.1.2 Objectifs**

MAHA (*Model for Automatic Hospital Analyses*) est un modèle d'analyse des **données financières et de quelques données d'activités** de l'ensemble des hôpitaux en Belgique. Il couvre trois secteurs : les hôpitaux généraux, les hôpitaux universitaires et les hôpitaux psychiatriques qui font l'objet de trois études séparées. Il s'agit d'abord d'une étude interne dont la synthèse des trois études est publiée sur le site de Dexia.

#### **6.5.1.3 Nature**

Les hôpitaux communiquent individuellement les données qu'ils peuvent récupérer de FINHOSTA ou de leur comptabilité. Le modèle MAHA prévoit des checks de validation des données communiquées. Sur base de ces données trois types de services sont proposés aux hôpitaux : résultats globaux pour l'ensemble des hôpitaux – positionnement individuel pour chaque hôpital et simulation financière (cfr point 9 pour plus de détails).

#### **6.5.1.4 Auteurs**

L'étude est réalisée par le département research de la banque qui compte une petite dizaine de personnes sous la direction de Frank Lierman, chief economist.

#### **6.5.1.5 Participants**

La participation des hôpitaux a évolué graduellement au fil des années pour atteindre aujourd'hui un taux de participation de 100 % au niveau des hôpitaux généraux et des hôpitaux universitaires et un taux de participation de 80 % au niveau des hôpitaux psychiatriques. Le taux d'adhésion à l'initiative a été progressif et trouve aujourd'hui un assentiment général.

### **6.5.1.6 Timing**

L'étude est réalisée annuellement depuis une quinzaine d'années. Les résultats sont disponibles 9 mois après la fin de l'exercice comptable pour les hôpitaux généraux et 11 mois pour les hôpitaux universitaires et psychiatriques.

Le délai de traitement est donc excessivement rapide puisque la plupart des hôpitaux clôturent leurs comptes à la fin du semestre et les communiquent ensuite à Dexia. Grâce à un traitement automatisé durant les mois de congés, les résultats peuvent être présentés en septembre.

### **6.5.1.7 Type d'indicateurs**

Les indicateurs suivants sont présentés (liste non exhaustive et exemplative) :

- Postes de bilan et de comptes de résultats
- BMF + décomposition
- Nombreuses statistiques de personnel : nombre et coût ETP/lit/service...
- Deux ratios d'investissement : la continuité des investissements ou la mesure dans laquelle les nouveaux investissements permettent de compenser les anciens et l'ancienneté des investissements qui permet d'analyser la vétusté du parc
- Les ratios de bilan et compte de résultats de type liquidité, solvabilité et rentabilité
- Les statistiques MARIBEL de personnel
- Les ratios d'activité par service (journées, durée de séjour, taux d'occupation ...)
- Test sur quatre critères solvabilité, liquidité, cash flow, continuité des investissements et analyse de l'évolution temporelle du nombre d'hôpitaux qui répondent à un, deux, trois ou quatre critères

### **6.5.1.8 Méthodologie**

Un questionnaire est envoyé aux hôpitaux qu'ils doivent renvoyer pour juillet – août. Les hôpitaux doivent compléter ce questionnaire dans le cadre d'un schéma spécifiquement développé pour l'étude. Ces résultats sont immédiatement introduits dans le modèle sur base duquel sont produits les slides communiqués au mois de septembre. Le modèle MAHA prévoit des checks de validation de la cohérence des données communiquées mais n'effectue pas de check de comparaison par rapport aux autres sources officielles de publication.

### 6.5.1.9 Feedback

Trois types de feedback sont aujourd'hui proposés à partir de l'étude :

- Service de type 1 - Deux séances de présentation des résultats séparées en FR et en NL sont organisées chaque année à la fin du mois de septembre pour les hôpitaux généraux après une conférence de presse. Ces séances de présentation concernent les résultats de l'année précédente, ce qui constitue un output excessivement rapide sachant que les assemblées générales des hôpitaux ont lieu dans le premier semestre de l'année. A l'issue de cette conférence les slides reprenant les évolutions du point de vue national sont remises aux participants. Certaines différences public/privé ou régionales sont évoquées durant la conférence mais ne sont pas intégrées dans les slides distribués qui ne contiennent que des données nationales. Des séances de présentation ont également lieu dans le dernier trimestre de l'année pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux psychiatriques. Seule une synthèse des résultats est disponible sur le site. Ce service est totalement gratuit.
- Service de type 2 – Un positionnement individuel de chaque hôpital est proposé sur base des souhaits exprimés individuellement (public/privé, Wallonie ...). Les résultats soit sont envoyés uniquement individuellement soit présentés au conseil d'administration. Ce deuxième type de service s'inscrit dans le cadre d'une démarche commerciale et fait l'objet d'une facturation de moins de 1000 euros. Environ 40 % des hôpitaux recourent à ce service et ce nombre augmente chaque année.
- Service de type 3 – Une simulation de la situation financière de l'institution pour les trente prochaines années est également réalisée lors de grandes projets d'investissements et de construction sur base d'un modèle MAHASIM. Il s'agit là d'un travail de longue haleine payant et qui ne s'inscrit pas directement dans le cadre de l'étude MAHA.

### 6.5.1.10 Plus-value de l'initiative

- Pour les hôpitaux : positionnement par rapport à l'ensemble du secteur, positionnement individuel, networking lors des journées de séminaire
- Pour la banque : bonne maîtrise du risque dans l'octroi des prêts au secteur, image et fidélisation, contacts directs avec les décideurs et les conseils d'administration

### 6.5.1.11 Limites de l'initiative

Le projet est exécuté de manière professionnelle et rapide. Sa limite essentielle réside dans le caractère privé de l'initiative qui pourrait priver les hôpitaux d'un instrument crucial en cas de décision de la banque d'interrompre le service et qui n'assure pas aux autorités

publiques une maîtrise du processus. D'autre part les données collectées étant traitées telles quelles, elles ne permettent pas d'aller vers des analyses beaucoup plus fines qui nécessiteraient des réflexions approfondies entre hôpitaux sur les techniques d'imputation qui peuvent varier d'hôpital à hôpital.

### 6.5.1.12 Perspectives pour le futur

L'objectif est de garder la dimension actuelle du projet centré sur l'ensemble de la Belgique et de ne pas s'engager dans des initiatives à dimensions plus régionales ou en collaboration avec d'autres acteurs.

Le département recherche effectue également des études sur les maisons de repos (modèle Mara), sur les handicapés et sur le vieillissement avec l'établissement d'un topo des communes pour analyser l'évolution du vieillissement. DEXIA France réalise des études avec HOPE portant sur l'évolution de l'investissement et du parc immobilier en France.

## 6.5.2. Benchmarking 3M

### 6.5.2.1 Historique

3M a développé une activité importante dans le secteur hospitalier belge par la vente de logiciels spécialisés aux hôpitaux liés au financement par pathologie. Ce développement important de l'activité a été consécutif à l'utilisation par le SPF du modèle 3M pour l'établissement du système de financement.

Cette vente de licences s'est articulée autour de trois produits :

- **3M™ Coding and Grouping** - logiciel intégré qui aide l'hôpital dans tous les aspects du processus de codification. Il permet de travailler avec les règles et la terminologie ICD-9-CM grâce à un logiciel qui intègre toutes les règles de codification et les directives imposées par le Ministère de la Santé Publique. 3M™ Data Quality Editor
- **3M™ Data Quality Editor** qui permet aux codeurs de passer au crible 100 % de leurs fiches patient, et de détecter précocement tout problème de compliance.
- **3M™ PARM Software** logiciel d'analyse, graphiques, tableaux de bord, simulations, calcul des coûts, cohérence clinique des données de patients.

Le service de benchmarking a été développé par 3M dans la continuité et le prolongement de la vente de ces produits. Il existe en Belgique depuis 2006.

### 6.5.2.2 Objectifs

L'objectif du benchmarking est de fournir aux médecins et aux gestionnaires des rapports standardisés à partir des bases de données RCM leur permettant d'analyser l'évolution de leur situation par rapport aux années antérieures et de se comparer par rapport aux autres hôpitaux.

### 6.5.2.3 Nature

Trois rapports sont produits et transmis aux hôpitaux deux fois par an. Ces rapports sont améliorés chaque année par l'ajout de statistiques complémentaires

- Un rapport général où ont été rajoutés les processus de qualité
- Un rapport montants de référence
- Un rapport pharmacie

Il s'agit d'un service payant calculé en fonction des caractéristiques de l'hôpital et de l'utilisation des software 3M.

### 6.5.2.4 Auteurs

Une équipe dédiée au sein de la société 3M assure la réalisation et la rédaction du rapport.

Le dernier rapport daté du 25.11.2010 est cosigné par A. Claeys, C. Licoppe, J. Heylen, D. Vaneeckoute, K. Moerenhout.

### 6.5.2.5 Participants

Cinquante hôpitaux participent aujourd'hui au benchmarking général, ce qui correspond à 47 % des hôpitaux aigus (51 sur 109) et 44 % des lits (23000 lits sur 52305 lits). Cela représente plus de 6 millions de patients sur 4 ans.

Vingt huit hôpitaux participent au rapport pharmacie et montants de référence.

### 6.5.2.6 Timing

Deux feedbacks sont organisés chaque année : un premier feedback au mois de mai qui concerne les données RCM du premier semestre de l'année précédente et un feedback au mois de novembre concernant les données du deuxième semestre de l'année précédente. La transmission des bases de données par l'hôpital à 3M peut se faire jusqu'à un mois avant la production du rapport soit en avril pour le rapport présenté en mai. En principe ces bases de données doivent être communiquées pour fin mars/début avril.

### 6.5.2.7 Type d'indicateurs

Rapport général

- Taille et structure
- Evolution du case-mix
- Analyse de la codification (nombre de diagnostics et de procédures par RCM ou par APR-DRG, qualité de la codification)
- Indicateurs de qualité et de performance (indicateurs AHRQ et indicateurs 3M incluant risque de mortalité, réadmissions et complications potentiellement prévisibles). Certains indicateurs sont identiques au feedback intégré.
- Evaluation durée de séjour / nombre de lits justifiés

- APRDRG's qui consomment le plus de ressources

#### Pharmacie

- Profil de l'hôpital (exemple consommation dans les différentes catégories ATC ; TOP5 des DRG's les plus déficitaires, TOP20 des consommations les plus élevées)
- Calcul de l'enveloppe
- Indicateurs de qualité (par exemple pertinence du traitement pour les patients qui sortent)

#### Montants de référence

- Profil groupe
- Calcul des montants récupérables et remboursables
- Impact potentiel du statut d'outlier sur les résultats

### 6.5.2.8 Méthodologie

Les hôpitaux communiquent telle quelle à 3M la base de données préparée pour le Ministère : ils la communiquent dans l'état d'avancement actuel, cela signifie que certains hôpitaux n'ont pas complètement finalisé l'encodage et qu'il sera encore possible après la présentation des résultats de procéder à des ajustements avant l'envoi de la base de données définitive au SPF.

De manière générale les données sont utilisées telles quelles mais pour certaines statistiques il est procédé à des ajustements afin d'assurer la comparabilité par exemple le retrait de ce qui est très lourd (chirurgie cardiaque) ou plus léger (maternité).

### 6.5.2.9 Feedback

Deux réunions d'une journée sont organisées par an pour la présentation des résultats à l'ensemble des participants. Les résultats sont communiqués sous trois formes : rapports / présentations powerpoint / data. Ils contiennent les résultats globaux -le positionnement de l'hôpital par rapport à ces résultats globaux et la norme idéale de best practice. Les hôpitaux l'utilisent ensuite pour les présentations en interne au comité de direction, à la cellule RCM, aux chefs de service ...

### 6.5.2.10 Plus-value de l'initiative

Elle permet, vu le feedback très rapide d'analyser les indicateurs, de les comprendre et de mettre en place dans un délai court des actions correctrices. Ces actions peuvent porter sur le volume d'activité trop faible, mal valorisé ou mal répertorié. Elles peuvent également porter sur l'encodage réalisé de manière non optimale. L'analyse reprenant l'ensemble des exercices antérieurs déjà consolidés permet de se situer par rapport à une tendance.

Il s'agit d'une information utile pour le gestionnaire mais aussi pour le médecin. Les médecins apprécient particulièrement la simplicité et la compréhension immédiate des indicateurs utilisés. Le positionnement/classement précis de l'hôpital semble plus

opérationnel que l'écart par rapport à la moyenne où il faut être assez loin pour être mal côté. Le best practice semble plus parlant que l'intervalle de confiance.

#### **6.5.2.11 Limites de l'initiative**

L'initiative ne rassemble aujourd'hui que la moitié des hôpitaux belges. Elle est entièrement dans les mains d'un opérateur privé et pourrait amener des biais en matière de codage induits par la comparaison opérée avant la transmission de la banque de données définitive au SPF.

D'autre part le processus de validation n'est pas développé puisque la Base de Données est utilisée avant la validation par le Ministère et le processus est fortement automatisé pour produire les résultats dans un délai rapide.

#### **6.5.2.12 Perspectives pour le futur**

A chaque session le tronc commun s'étoffe progressivement. Si l'ensemble des participants jugent une statistique non pertinente, celle-ci est abandonnée. L'idée pour l'avenir est de créer des groupes homogènes d'hôpitaux pour effectuer du benchmarking au sein de chaque groupe.

### **6.5.3. Données des soins – CENTRE D'ETUDES DU SECTEUR DES SOINS DE SANTE (ATHENA)**

#### **6.5.3.1 Historique et objectifs**

L'asbl centre d'études du secteur des soins de santé, une organisation indépendante qui oriente exclusivement ses activités sur le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale, a été créée en 1992.

L'objectif initial se rapportait à la réalisation d'une étude réalisée pour ces secteurs sur base scientifique. Plus tard, le centre d'études a développé ses activités avec l'organisation de sa formation.

En 1997, le centre d'études du secteur des soins de santé a commencé une troisième activité principale, notamment le traitement de données. Le projet reçut le nom Zorgdata et a comme objectif d'offrir un soutien aux hôpitaux dans le développement et l'implémentation des applications afin de traiter des informations concernant les pathologies et générer des informations en vue de décisions de gestion et de direction. À cet effet, une base de données a été créée dans laquelle les hôpitaux participants peuvent puiser des informations concernant leur propre fonctionnement en comparaison avec le secteur global et/ou d'autres hôpitaux individuels. En première instance, en 1997, le traitement de données infirmières minimales (MVG), fut démarré et en 1998, il fut suivi par le traitement de données cliniques minimales (MKG). En 2001, une base de données a été établie pour les données de médication minimales (MGG), et un lien fut établi entre les MKG et les MVG.

### 6.5.3.2 *Projet*

Les projets MVG, MKG et MGG se basent en première instance sur la méthodologie par laquelle le gouvernement utilise ces données dans le financement des hôpitaux. En outre, il a été essayé de relier ces informations à un niveau supérieur de détail ou dans d'autres domaines que ceux qui sont importants pour le financement (politique de l'hôpital, qualité,...).

En principe, les projets sont "dirigés" par les hôpitaux participants. Par application, un moment de concertation est prévu chaque trimestre, où les éventuelles adaptations ou mises à jour du feedback sont abordées.

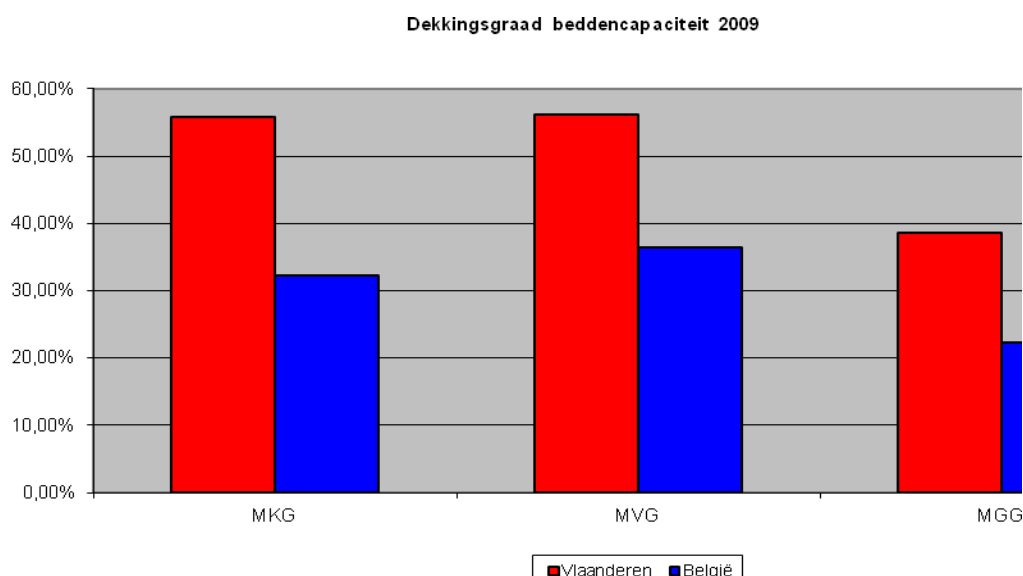
### 6.5.3.3 *Auteurs*

Actuellement, outre le gérant Dr. Stevens, 3 membres du personnel sont actifs au Centre d'études du secteur des soins de santé. Linda Ludikhuyze et Tom Avermaete se chargent du développement technique et du contenu des projets MVG, MKG et MGG. Martine Dehennin assure le soutien administratif.

### 6.5.3.4 *Evolution du nombre d'hôpitaux participants*

Le nombre d'hôpitaux participant varie selon l'application. MVG, MKG et MGG sont offerts comme des ensembles distincts. Les hôpitaux ne doivent donc pas nécessairement participer à tous les projets.

Le projet MVG a démarré en 1997 avec environ 16 participants et MKG en 1998 avec environ 12 participants. Depuis, le nombre d'hôpitaux participants a fortement augmenté jusqu'à un maximum en 2005/2006. En 2007, le nombre de participants a diminué un peu, également en raison des fusions au sein des hôpitaux participants. Le degré de couverture en pourcentage de la capacité de lits en Flandre et en Belgique est toutefois resté plus ou moins le même depuis 2007. L'image ci-dessous montre le degré de couverture en pourcentage de la capacité de lits en Flandre et en Belgique pour les différentes applications pour l'année 2009.





### **6.5.3.5 Timing du feedback**

L'objectif primaire a toujours été de fournir aux hôpitaux des informations aussi récentes que possible pour qu'ils puissent mener leur politique.

C'est pour cette raison que le feedback de MVG (actuellement VG-MZG) est créé et envoyé aux hôpitaux à la même fréquence que celle à laquelle les données doivent être enregistrées (par trimestre). Les données sont chaque fois consultées trois mois après la clôture de la période d'enregistrement, *i.e.* les données du quatrième trimestre 2010 (1/15-décembre 2010) ont été commandées pour le 15 mars 2011. Les hôpitaux reçoivent le feedback dans un délai de deux semaines à 1 mois.

Après la clôture d'une année d'enregistrement entière, une année de feedback est également prévue.

Le feedback de MKG (actuellement MG-MZG) est créé trois fois par an: un par trimestre et un pour l'année calendaire complète (ou l'année utilisée par le SPF pour le financement). En principe, les données sont consultées huit mois après la clôture de la période d'enregistrement. Les hôpitaux reçoivent le feedback dans un délai de 2 semaines à 1 mois. Etant donné que au cours de ces dernières années, les hôpitaux ont accumulé un grand arriéré dans l'encodage des données MKG, il devient de plus en plus difficile de maintenir les délais fixés. Dans le cas de MKG, il faut donc comparer un pôle suffisamment large au feedback des informations récentes. De nombreux autres traitements sont liés à MKG, lesquels sont offerts gratuitement une fois par an aux hôpitaux participants: analyse du marché, analyse de la région et l'analyse des montants de référence (pour autant que les hôpitaux fournissent des données nécessaires à cet effet).

Le feedback de MGG est créé deux fois par an. Les données de facturation de médicaments sont généralement disponibles plus rapidement. Etant donné qu'ils doivent être liés pour le traitement aux données MKG, le feedback de MGG suit la séquence du feedback MKG.

### **6.5.3.6 Types d'indicateurs**

Dans les différents projets, il est tenté de donner des indicateurs qui peuvent être d'une importance dans différents domaines pour la gestion hospitalière. En première instance, les indicateurs de performance basés sur l'utilisation des données concernées pour le financement des hôpitaux. Deuxièmement un nombre d'indicateurs qui doivent mettre en évidence la qualité de l'enregistrement et des soins.

En outre, récemment, il est donné plus d'attention aux indicateurs qui peuvent mettre en évidence l'évolution au sein du propre hôpital en comparaison avec le pôle.

### **6.5.3.7 Méthode de travail**

Pour MVG et MKG nous nous sommes toujours basé sur les fichiers txt officiels tels qu'ils doivent être envoyés au SPF de Santé publique. Etant donné que ces données doivent répondre à une structure de fichier préalablement définie et qu'elles ont été contrôlées sur le PortaHealth, aucun contrôle supplémentaire n'a été effectué. Les fichiers encodés ont été

sauvegardés sur le serveur de données. Ce processus a été suivi administrativement et si nécessaire des rappels ont été prévus.

Depuis le passage vers MZG, nous sommes tellement en avance sur les délais du SPF, que ces dernières années nous avons travaillé sur des fichiers non contrôlés. En outre, dans la phase initiale du VG-MZG, un grand nombre d'hôpitaux n'étaient pas en mesure de livrer une structure de fichier telle qu'imposée par le SPF. Dans ce cas, nous avons autorisé les hôpitaux d'envoyer d'autres fichiers, à condition qu'une description claire de lay-out soit respectée. Ces fichiers sont d'abord contrôlés sur leur structure et sur leur complétude. En ce qui concerne le contenu, il est vérifié si les données de structure nécessaires de l'hôpital sont présentes et si pour toutes les variables des données "autorisées" ont été enregistrées. L'apparition simultanée d'éléments "exclusifs" est corrigée.

### **6.5.3.8 Rapportage/Feedback**

Les feedbacks pour différentes applications sont constitués de façon très similaire. Pour chacune des applications, un aperçu html est prévu d'où différents tableaux et images peuvent être consultés simplement via des liens. Le traitement des données se fait en SAS d'où la sortie XML est générée. Via XLS les tableaux Excel avec la mise en page nécessaire. Pour MKG et MGG, outre le feedback normal, un nombre de fichiers bruts sont livrés qui peuvent être chargés directement par les hôpitaux dans la base de données. De plus, une application est également prévue par laquelle les fichiers XML peuvent être analysés graphiquement de manière rapide et interactive.

#### MKG (MG-MZG)

Les grandes composantes du feedback MKG sont les suivantes:

- Financier
- Clinique
- Qualité
- Audit
- Soins intensifs
- Hospitalisation de jour médicale
- Urgences
- Evolution

Pour l'output financier, les données sont traitées selon la méthodologie telle que décrite par la loi sur le financement des hôpitaux. Outre l'utilisation de la référence nationale la plus récente, une comparaison est également faite avec la référence Zorgdata, qui est souvent plus récente d'une demie année comparée à la référence nationale. Sur différents niveaux (global, APR-MDC, APR-DRG, index severity, groupe d'âge, spécialisme) la performance est mesurée sur base de la différence (absolue ou relative) entre le nombre de jours/lits facturés et le nombre de jours/lits justifiés. L'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour chirurgicale en font partie. Dans les tableaux de bord, un nombre d'indices sont rassemblées par spécialisme et par médecin, permettant de se constituer rapidement une idée de la performance et éventuellement pour détecter les "zones problématiques".

Pour l'output clinique, les hôpitaux des mêmes niveaux décrits ci-dessus, sont comparés sur base de la durée effective d'alitement, indépendamment de toutes les règles de financement.

L'output de qualité et l'audit permettent aux hôpitaux de suivre un nombre d'indicateurs qui permettent de donner un aperçu de la qualité des soins/ de l'enregistrement.

L'output Soins intensifs calcule le NpercIZ, tel qu'il est utilisé par le SPF dans le financement des hôpitaux.

Les urgences et l'hospitalisation de jour médicale doivent également être enregistrés par MKG bien que ces données ne puissent être utilisées dans le financement des hôpitaux. Sur base d'un nombre de tableaux de fréquence, les hôpitaux peuvent suivre leur propre évolution dans ces domaines et se positionner vis-à-vis des autres hôpitaux dans le pôle.

Dans la composante de l'évolution, il est tenté de donner une image de l'évolution du propre hôpital et le pôle au cours des cinq dernières années, tant globalement pour l'hôpital que par spécialisme.

### MVG (VG-MZG)

Les grandes composantes du feedback MVG sont les suivantes:

- Résultats du propre hôpital
- Comparaison trimestrielle
- Comparaison entre les hôpitaux

Les paramètres suivis au sein du MVG sont moins nombreux que pour le MKG. D'une part le pourcentage de répartition du score est évalué par élément, soit pour toutes les unités d'infirmierie d'un hôpital en comparaison avec le résultat pour la caractéristique significative pour tout le pôle Zorgdata, soit pour une seule caractéristique de comparaison entre les différents hôpitaux individuels.

Ensuite, les indicateurs suivants sont suivis, tant entre les hôpitaux sur les différents trimestres que dans l'hôpital même: le nombre de périodes de soins, le nombre d'éléments marqués par période de soins, le nombre de points KCE par période de soins et le nombre d'heures WIN par période de soins. Les deux derniers paramètres sont une indication pour la lourdeur des soins étant donné qu'ils utilisent une conversion sur base du "poids" accordé aux différentes activités infirmières.

Finalement, à différents niveaux (global, par caractéristique, par unité infirmière) et en utilisant différentes références (référence par caractéristique, référence propre hôpital) des empreintes digitales sont créées. Les empreintes digitales sont des histogrammes qui en un clin d'oeil donnent un aperçu du profil des soins du département/de la caractéristique concerné en comparaison avec la référence choisie. Des dérogations vers la gauche sur l'histogramme indiquent que les soins en question sont moins donnés que dans la référence et vice versa pour les dérogations vers la droite. Dans une forme plus avancée, de cette manière il est offert aux hôpitaux une comparaison entre les hôpitaux pour que chaque hôpital puisse exactement se positionner pour chaque activité infirmière au sein du groupe hospitalier Zorgdata.

## MGG

Le feedback MGG consiste en une analyse de l'utilisation complète des médicaments pour toutes les hospitalisations de jour et classiques d'une part en d'autre part, l'analyse de l'utilisation de médicaments compris dans le forfait pour hospitalisations classiques.

Ces analyses sont créées pour les catégories suivantes:

- Hôpital
- APR-MDC
- APR-DRG
- Severity index
- ATC2
- ATC4
- Produit

Ces catégories sont également combinées, permettant ainsi une analyse plus approfondie. Sur la plupart de ces niveaux plus approfondis, aucune comparaison n'est possible avec les autres hôpitaux.

À tous les niveaux, une comparaison est faite avec le pôle Zorgdata, pour un nombre d'analyses à un niveau supérieur il est également possible de se comparer aux données nationales de la dernière année disponible.

Dans l'analyse relative au forfait des médicaments, les résultats sont d'ailleurs générés par médecin, par médecin-produit et par médecin-séjour-produit.

### **6.5.3.9 Plus-value de l'initiative**

Pour les différentes applications, mais surtout pour MKG et MGG, il a toujours été tenté de prévoir dans un seul système et de la même manière structurée, tant des informations générales que des informations très détaillées. L'élargissement jusqu'au niveau du spécialisme et le médecin individuel est considéré par un nombre d'hôpitaux comme une plus-value importante.

Une deuxième plus-value de l'initiative a toujours été la rapidité à laquelle les hôpitaux pouvaient disposer des informations pour orienter leur politique. Comme précité, en raison de l'arriéré de certains hôpitaux, il faut de plus en plus évaluer le pour et le contre entre cet avantage et le maintien de la taille/stabilité des données du pôle.

Enfin, Zorgdata, en tant que petite entreprise, peut travailler de façon personnalisée et flexible, ce qui peut être un avantage comparé aux initiatives de plus grande ampleur.

### **6.5.3.10 Limitations de l'initiative**

Des tentatives ont été entreprises pour élargir nos initiatives vers la Wallonie, mais cela ne semble pas si évident pour une petite asbl flamande. Depuis quelques années, quelques hôpitaux wallons collaborent au MGG, mais ils restent une petite minorité.

### **6.5.3.11 Perspectives pour l'avenir**

En première instance Zorgdata souhaite s'orienter sur l'amélioration/affinage continu des applications existantes. L'intégration ultérieure des différents feedback et l'application des nouvelles technologies dans la présentation et la fourniture de données y occupent un place centrale.

## **6.5.4. MATRIX – PARTEZIS**

### **6.5.4.1 Historique**

Le début de Matrix se situe en 1998 suite à l'inquiétude d'un groupe d'hôpitaux de connaître l'effet de la transition de AP-DRG vers APR-DRG sur les calculs PAL/NAL.

Quelques précisions: les calculs PAL/NAL concernent le mécanisme utilisé par le SPF Santé publique pour pénaliser (PAL) les hôpitaux qui gardaient 'trop longtemps' leurs patients, compte tenu de leur pathologie et récompenser (NAL) les hôpitaux qui fonctionnaient de façon 'efficace' (durée d'alitement plus court, compte tenu de la pathologie). Afin de mesurer la pathologie, l'algorithme de groupement AP-DRG (3M) fut appliqué. Etant donné qu'il était prévu que le SPF Santé publique passe à un algorithme plus affiné (APR-DRG (3M)), les hôpitaux souhaitaient disposer d'une simulation de l'effet de cette transition sur le PAL/NAL de l'hôpital.

À cet effet, les données MKG des hôpitaux étaient récoltées et sauvegardées dans une base de données benchmark.

Durant cette période, les premiers signaux apparurent concernant l'utilisation des données de pathologie afin de 'orienter' l'utilisation de médicaments et le profil de prestation des médecins. C'était le moment d'élargir la base de données benchmark avec les données de facturation et de la coupler aux données MKG.

### **6.5.4.2 Objectifs**

L'objectif de base consiste en l'anticipation des modèles de financement du Gouvernement.

Ici nous pensons surtout aux

- Lits justifiés
- Forfait médicaments
- Montants de référence des prestations

Ceux-ci sont réalisés par le Gouvernement avec un time-lag de plusieurs années et sont toujours basés sur les normes (moyennes) avec le même time-lag, mais sont toutefois déterminants pour les budgets des hôpitaux à l'avenir.

Il faut donc anticiper. Comment les normes (moyennes) évoluent-elles pour ces modèles de financement? Quelle est l'influence de cette évolution sur l'hôpital?

La disponibilité d'une base de données élargie et détaillée ouvre des perspectives pour atteindre également d'autres objectifs, notamment des comparaisons plus poussées entre les hôpitaux. Permettant ainsi la comparaison entre les hôpitaux pour une pathologie sélectionnée où il est possible de détailler jusqu'au niveau du médicament, la prestation et depuis peu les soins infirmiers administrés.

### **6.5.4.3 Projet**

Les hôpitaux participants fournissent chaque semestre des fichiers MZG et de facturation chargés dans une base de données centrale qui sert de base pour tous les traitements. En ce qui concerne la périodicité, les traitements de base même (lits justifiés, forfaits médicaments, montants de référence) sont harmonisés avec a périodicité utilisée par le Gouvernement mais avec un time-lag considérablement plus court.

Le positionnement vis-à-vis du Gouvernement et la validation des modèles sur base du feedback du Gouvernement en sont des composantes essentielles. Il garantit la qualité des modèles utilisés et des résultats simulés.

L'étendue de la base de données, permet des traitements plus détaillés. Ceux-ci sont planifiés en concertation avec le groupe de participants au projet benchmark.

#### **6.5.4.4 Auteurs**

Le projet benchmark de Matrix a débuté au sein de Partezis. Les auteurs sont donc les employés de Partezis, souvent assistés par les experts des hôpitaux participants.

#### **6.5.4.5 Evolution des hôpitaux participants**

Le nombre d'hôpitaux participants a augmenté au cours des dernières années. Initialement, le terrain d'action se situait uniquement en Flandre et au sein des membres Partezis, mais il s'est élargi vers les institutions qui n'en sont pas membre et grâce à la collaboration avec le CIES-UCL une voie est créée vers Bruxelles et la Wallonie. Actuellement, il s'agit d'une participation de 65 hôpitaux généraux, répartis en Flandre, Bruxelles et Wallonie, soit 60% du pays.

#### **6.5.4.6 Délai du feedback**

Le Feedback sur les modèles de financement de base est donné aux hôpitaux participants endéans les 6 mois, suite à la fourniture obligatoire des fichiers MZG par les hôpitaux au SPF Santé publique via Portahealth (délais fixés par le SPF Santé publique) et correspondant à la base de données benchmark.

Pour le feedback non relié aux modèles de financement, un plan annuel détaillé est établi en concertation avec les hôpitaux participants.

#### **6.5.4.7 Types d'indicateurs**

Les indicateurs se situent dans 4 domaines

- Financement (lits justifiés, forfait médicaments, montants de référence)
- Casemix (clignoteurs, répartition severity, profil de diagnose)
- Performance clinique (analyse détaillée des groupes de patients spécifiques)
- Qualité (patient safety, mortalité, ...)

#### **6.5.4.8 Méthode de travail**

Les données sont fournies et chargées chaque trimestre par les hôpitaux.

Durant le processus de chargement, des contrôles de qualité intensifs sont effectués. Les hôpitaux sont informés des problèmes de qualité qui peuvent donner lieu à un re-encodage des données.

Durant le chargement, un lien est également établi entre les données MZG d'un séjour et les données facturées.

Seulement après approbation, les données sont transférées vers la base de données benchmark définitive qui constitue la base pour le feedback donné aux hôpitaux participants.

#### **6.5.4.9 Rapportage / feedback**

Le feedback donné aux hôpitaux participants est composé, pour chaque projet, de 3 niveaux

- Comparaison globale anonyme entre les hôpitaux, où l'accent est mis sur les évolutions, médicaments, ....
- Rapports de synthèse par hôpital avec les résultats les plus importants pour l'hôpital même.
- Fichiers détaillés pour l'hôpital sur base desquels les hôpitaux pourront ensuite effectuer des analyses ultérieures orientées sur l'évaluation des résultats pour l'hôpital.

#### **6.5.4.10 Plus-value de l'initiative**

Basé sur un modèle de coopération avec les hôpitaux participants (projet benchmark de et pour les hôpitaux)

- Hôpitaux répartis sur la Belgique grâce à la collaboration de Matrix avec CIES-UCL (60% des hôpitaux généraux en Belgique)
- Modèles de financement comme base mais des analyses plus poussées, orientées sur l'avenir comme dérivé important.
- Possibilités pour les hôpitaux pour effectuer des analyses plus en profondeur les résultats globaux des hôpitaux sur base des fichiers détaillés.
- La "moyenne nationale" prévue se est très proche de la moyenne que le gouvernement semble finalement utiliser (<1% de dérogation)

#### **6.5.4.11 Limitations de l'initiative**

Pour la fourniture des fichiers MZG définitifs, le projet est dépendant de l'évolution au sein de Portahealth (SPF Santé publique). Les retards au sein de Portahealth provoquent des retards dans la fourniture de données par les hôpitaux avec comme conséquence principale le retard dans le feedback aux hôpitaux.

Etant donné que l'on part d'une entrée normalisée (MZG) comme standard, chaque élargissement (en largeur ou en profondeur) en dehors de ce set de données représente un élargissement considérable de la portée, ce qui mobilise du temps et des efforts. C'est une caractéristique propre à tous les benchmarks partant du MZG.

#### **6.5.4.12 Perspectives pour l'avenir**

La coopération avec les autres projets consolident les bases du projet et offrent une base pour explorer de nouveaux domaines. A court terme, ceci est orienté sur l'utilisation des données infirmières pour le financement de l'hôpital. A plus long terme, les benchmarks



seront en construction dans plusieurs domaines qui n'ont pas encore été explorés  
actuellement: benchmarks sur la politique des achats, benchmarks sur les résultats du labo,  
...

## **6.6 Le centre Fédéral d'Expertise en soins de santé (KCE) et les indicateurs de performance hospitalière.**

### **6.6.1. Historique**

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) est un **organisme fédéral** (parastatal de la catégorie B) créé par la loi programme du 24 décembre 2002 et actif depuis 2003.

**Sa mission:** produire des analyses et des rapports pour documenter les pouvoirs publics dans leur prise de décision en matière de politiques de santé et d'assurance-maladie.

Le KCE **n'intervient pas dans les décisions** en elles-mêmes, ni dans leur implémentation, mais il entre dans sa mission de suggérer les solutions les plus performantes. Son rôle principal est donc d'œuvrer à **la plus grande accessibilité des soins de haute qualité en tenant compte de la croissance des besoins et de la limitation des budgets disponibles.**

### **6.6.2. Objectifs**

La mission du KCE est de produire des analyses et des rapports à destination des pouvoirs publics afin de les aider dans leur prise de décision en matière de politiques de santé et d'assurance-maladie. Le KCE n'intervient pas dans les décisions en elles-mêmes, ni dans leur implémentation, mais il entre dans sa mission de suggérer les solutions les plus performantes.

Son rôle principal est donc d'œuvrer à la plus grande accessibilité des soins de haute qualité en tenant compte de la croissance des besoins et de la limitation des budgets disponibles.

### **6.6.3. Nature**

Les études du KCE peuvent être réparties en trois domaines d'investigation :

Evaluation des pratiques cliniques, développement de recommandations de bonnes pratiques et guidelines (Good Clinical Practice)

Evaluation des technologies médicales et des médicaments (Health Technology Assessment)

Etude de l'organisation et du financement des systèmes de soins (Health Services Research)

### **6.6.4. Auteurs**

Le KCE est constitué d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins, des épidémiologistes, des économistes et économistes de la santé, des sociologues, des statisticiens et datamanagers, des sociologues, des juristes en plus d'une équipe de management et d'une équipe administrative et logistique.

### **6.6.5. Les projets relatifs aux indicateurs de performance hospitalière.**

#### ***Rapport 30B : Inventaire des bases de données de soins de santé – 2006***

Ce rapport a été mis à jour dans le supplément S2 du rapport 128B résumé plus loin.

## **Rapport 41B : Indicateurs de qualité cliniques - 2006**

### **Objectifs**

Le principal objectif de ce rapport est de fournir un cadre conceptuel relatif au développement et à l'utilisation d'indicateurs cliniques au niveau politique (en se limitant aux interventions médico-techniques dans les hôpitaux aigus et leur action sur la condition du patient).

Le second objectif est d'évaluer l'utilisation potentielle des bases de données administratives (RCM/RFM) pour la mesure en Belgique des indicateurs de qualité cliniques basés sur des données probantes.

### **Revue de littérature**

Une revue de la littérature indexée et non indexée a été réalisée.

De cette revue de littérature ressortent deux définitions principales de la qualité des soins, celle de Donabedian qui définit le soin de haute qualité comme un soin censé améliorer le bien-être du patient, en tenant compte des avantages et des inconvénients inhérents à chaque processus de soins et celle de l'« Institute of Medicine » IOM qui définit la qualité des soins comme étant la mesure dans laquelle le soin aux individus et à l'ensemble de la population augmente la probabilité d'obtenir les résultats souhaités et ce, selon l'état actuel de la science. L'IOM donne 6 dimensions à la qualité des soins : la sécurité, l'effectiveness (en réservant les soins basés sur la connaissance scientifique à ceux qui peuvent en bénéficier), l'efficience (en évitant le gaspillage), l'orientation en fonction du patient, l'équité et ce en temps opportun.

Aucune définition opérationnelle des indicateurs de qualité n'a été trouvée.

Par contre différents type d'indicateurs de qualité clinique sont distingués : indicateurs de processus versus indicateurs de résultats, indicateurs génériques versus indicateurs spécifiques de maladies etc

Les qualités d'un bon indicateur de qualité clinique sont la validité, la fiabilité, la sensibilité et la spécificité. Ils doivent de plus être mesurables et faciles à interpréter. L'indicateur doit aussi comporter un potentiel pour l'amélioration.

Mesurer la qualité au moyen d'indicateurs de qualité peut avoir des objectifs multiples, la mesure neutre de la qualité, l'amélioration de celle-ci, le soutien de décisions politiques, l'évaluation de politiques de santé, sa justification ou le financement.

Les systèmes de qualité cliniques sont des initiatives au sein desquelles les données relatives aux indicateurs de qualité cliniques sont collectées de manière systématique et sont analysées en vue d'un feedback aux personnes concernées. Lors du développement de sets d'indicateurs de qualité cliniques, plusieurs étapes doivent être suivies :

1. La définition des priorités basée sur des critères explicites
2. La définition du public cible et des objectifs des indicateurs
3. La composition d'une équipe avec l'ensemble des personnes concernées
4. L'identification des sources possibles d'indicateurs dans les bases de données existantes, dans la littérature indexée et dans les recommandations pour la pratique clinique  
Il convient de tenir compte des avantages et inconvénients des différentes sources, de la possibilité de manipulation des données, des biais liés à l'enregistrement etc
5. L'évaluation des niveaux d'évidence liés aux données probantes existantes
6. La sélection des indicateurs de qualité basée sur les données probantes existantes (et en combinaison avec l'avis des experts)

7. La définition des spécifications des indicateurs de qualité cliniques : numérateur et dénominateur, critères d'inclusion et d'exclusion, stratégies d'ajustement des risques éventuels, établissement des sources de données et définition des procédures en matière de collecte de données
8. Test pilote

### **Proposition de cadre conceptuel au niveau belge**

Pour développer un cadre conceptuel au niveau belge pour le développement et l'utilisation d'indicateurs de qualité clinique au niveau politique, différentes conditions sont nécessaires ;

1. La définition d'une politique de qualité au niveau national.

Le système de santé belge a avant tout besoin d'une politique de santé comportant des objectifs clairs. La politique de qualité aide à atteindre ces objectifs en veillant à la qualité des soins et doit décrire les objectifs et la coordination de la collecte de données.

2. L'établissement des priorités

En tenant compte des objectifs de la politique de santé publique et de critères explicites décrits dans la littérature : impact de l'affection sur la santé publique, existence de données probantes, potentiel pour une amélioration et possibilité de contrôle par les prestataires de soins. Il faut également déterminer le domaine que concerne le système d'indicateurs de qualité soit un domaine générique soit un domaine spécifique à une affection.

3. Le développement d'un set d'indicateurs de qualité selon les étapes citées plus haut.
4. La diffusion et la mise en place du système d'indicateurs de qualité

Cette étape de mise en place implique la justification et l'explication du système d'indicateurs de qualité, de ses objectifs et de sa relation avec la politique de santé et de qualité; la définition de limites relatives à l'utilisation du système; le soutien logistique pour les utilisateurs ainsi que l'évaluation et la mise à jour du système à intervalles réguliers.

### **Indicateurs de santé et de qualité disponibles en Belgique**

De nombreux projets existent en Belgique : le projet PATH, le feedback multidimensionnel du SPF SCAE, les indicateurs de santé de l'Institut de Santé publique, les indicateurs de qualité de l'Initiative for Quality Promotion and Epidemiology in Diabetes Care', les collèges des médecins, les indicateurs de l'INAMI, les indicateurs de performance clinique pour la politique de qualité des hôpitaux flamands, les indicateurs du gouvernement flamand, Navigator, les indicateurs pour la prévention en médecine générale, les indicateurs des mutualités.

Certaines de ces initiatives se chevauchent et demandent les mêmes informations aux hôpitaux.

### **Les banques de données en Belgique**

Différentes bases de données sont identifiées soit génériques comme les RCM, RFM et d'autres sont spécifiques comme le Registre du Cancer, le Centre d'étude d'épidémiologie

périnatale. Ces bases de données fonctionnent séparément et ne sont pas intégrées dans un système national d'information de santé.

### **Evaluation des bases de données RCM et RFM pour la mesure des indicateurs de qualité cliniques en Belgique**

Quatre affections ont été sélectionnées : accidents vasculaires cérébraux, soins périnataux, soins aux personnes âgées, prothèses totales de hanche.

Pour ces affections, des indicateurs de qualité ont été recherchés dans les sets d'indicateurs existants, les recommandations pour la pratique clinique et la littérature. Les indicateurs ont ensuite été sélectionnés suivant des critères successifs: lien avec l'activité clinique, applicabilité dans un contexte hospitalier aigu, données probantes existantes et pertinence clinique ainsi que faisabilité de la mesure, notamment sur la base de discussions avec des experts cliniques.

Le set final d'indicateurs a été utilisé pour évaluer les bases de données RCM et RFM. Les données RCM et RFM de quatre hôpitaux ont été confrontées aux données sources des hôpitaux individuels pour en contrôler la qualité.

Seize indicateurs ont été trouvés pour la prothèse totale de hanche à 231 indicateurs pour les soins aux personnes âgées. La majeure partie de ces indicateurs était constituée par des indicateurs de processus.

#### **Seuls 44 % des indicateurs de qualité cliniques semblaient étayés par des données probantes (niveau 1a ou 1b).**

Des concertations avec des experts ont eu lieu, certains indicateurs ont été reformulés afin de permettre leur mesure. Les experts ont exclu 21 indicateurs originellement sélectionnés en raison de leur pertinence clinique limitée. Ils en ont inclus plusieurs, non basés sur des données probantes, en raison de leur pertinence clinique. Après l'évaluation de la faisabilité de la mesure des indicateurs, un set final de 30 indicateurs de qualité cliniques a été composé. La principale raison justifiant la 'non faisabilité' d'un indicateur était le manque d'informations cliniques dans les bases de données RCM et RFM (comme les antécédents médicaux). De même, le manque d'information sur les médicaments non remboursés ou sur le moment d'administration était un problème important.

Pour plusieurs des 30 indicateurs finalement sélectionnés, une grande dispersion de résultats a été trouvée au niveau des hôpitaux. Cela s'explique en partie par différents cas-mix dans les hôpitaux mais aussi par des données manquantes dans les bases de données RCM et RFM. **D'une manière générale, les données RCM et RFM correspondaient bien aux données individuelles des hôpitaux.** Certaines différences peuvent être expliquées par des incidences peu élevées.

Plusieurs lacunes ont été mises en évidence : le manque de validation primaire des données, le délai de couplage des données RCM/RFM, le manque de données cliniques.

### **Conclusions et recommandations**

Le KCE conclut que ce rapport constitue un cadre pour le développement d'indicateurs de qualité clinique, que le manque de coordination entre les différentes institutions et autorités a comme conséquence l'absence de système de qualité généralisé pour les patients des hôpitaux belges.

Les recommandations du KCE sont les suivantes :

1. Les objectifs et l'utilisation de tout système d'indicateurs de qualité doivent au préalable être clairement énoncés et explicités.

2. La mise en place d'un système d'indicateurs de qualité nécessite une base de données valide et exhaustive.  
Il faut éviter les doubles enregistrements, un feedback doit être fourni en temps opportun aux utilisateurs.
3. L'existence de données probantes de qualité est importante pour le développement d'indicateurs de qualité clinique. L'implication de manière transparente d'experts cliniciens est une nécessité et apporte une plus-value dans la sélection et la formulation des indicateurs de qualité cliniques.

### ***Rapport 128B : Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge - 2010***

Les résultats de ce rapport ont été déjà en partie présentés lors de la description du cadre conceptuel belge en début de notre présent rapport.

L'objectif du rapport est d'étudier les manières possibles de concevoir un système d'évaluation de la performance du système de soins de santé et d'examiner leur application possible en Belgique tout en construisant et en mesurant un premier ensemble d'indicateurs.

Sur base de la revue de la littérature, un cadre conceptuel présenté plus haut a été développé.

Ensuite, un ensemble d'indicateurs de performance ont été choisis.

Les sets d'indicateurs néerlandais (n=229) et canadiens (n=46) ont été choisis comme base, des initiatives belges et les indicateurs de l'AHRQ ont été aussi pris en compte. Après une procédure de sélection et consultation d'experts externes, 55 indicateurs ont été choisis. Parmi ces indicateurs, 23 sont des indicateurs d'efficacité, 8 de durabilité, 8 de sécurité, et 7 d'adéquation.

Vu que notre étude concerne la performance dans les hôpitaux, nous nous limitons dans ce résumé à citer les indicateurs qui peuvent concerner les hôpitaux :

1. Dans la dimension efficacité réelle : •

Pour les soins curatifs : Taux de survie à 5 ans dans le cancer du côlon, Taux de survie à 5 ans dans le cancer du sein, Taux de survie à 5 ans dans le cancer du col de l'utérus, Mortalité à l'hôpital après une fracture de la hanche, Mortalité à l'hôpital consécutive à une pneumonie d'origine communautaire

2. Dans la dimension adéquation :

Pour les soins curatifs : Utilisation et vitesse de diffusion des techniques chirurgicales peu invasives, Utilisation de protocoles ou de recommandations de bonne pratique spéciaux dans les procédures à haut risque ou complexes, Nombre de césariennes pour 1000 naissances d'enfant vivant, Hystérectomie par classe sociale

Comme indicateur générique : • Prescription conformément aux recommandations de bonne pratique

3. Dans la dimension sécurité :

Pour les soins curatifs : Incidence des effets indésirables graves d'une transfusion sanguine, Incidence des infections liées aux soins de santé, Incidence des escarres dans les hôpitaux, Incidence des infections postopératoires du site chirurgical

Comme indicateurs génériques : Nombre d'infections nosocomiales à MRSA, Nombre de prescriptions d'antibiotiques, Exposition aux radiations médicales

4. Dans la dimension continuité des soins : Durée moyenne de séjour
5. Dans la dimension accessibilité : Montant de la participation aux coûts et du ticket modérateur

Pour l'efficacité : Hospitalisations de jour chirurgicales

Pour la durabilité : Niveau de qualification des prestataires de soins de santé, Nombre de jours-patients en soins aigus par tête, Nombre de lits en soins aigus.

Ce set d'indicateurs suite à la stratégie de sélection choisie présente des lacunes dans certaines dimensions de la performance comme l'équité, la continuité, la centralité du patient.

A partir de ce set d'indicateurs principalement cliniques, une étude pilote a été réalisée.

Pour chaque indicateur, une fiche a été réalisée et les données les plus récentes (2007) ont été utilisées pour calculer l'indicateur.

Les résultats obtenus à partir du nombre très limité d'indicateurs sont à prendre avec précaution. Ils montrent un score assez bon pour l'accessibilité, moyen à bon pour la sécurité, moyen pour l'efficacité des soins préventifs, l'adéquation et le caractère justifié des soins, l'efficacité et la durabilité.

Une enquête a également été réalisée auprès des parties prenantes (stakeholders) : autorités régionales et fédérales en matière de santé publique, associations de prestataires de soins, décideurs politiques, mutuelles, instituts scientifiques et organisations non gouvernementales.

L'enquête a consisté en l'administration d'un questionnaire à réponses ouvertes. Les besoins exprimés sont un besoin d'évaluation des décisions prises, un besoin d'amélioration du système de santé, un besoin de transparence, un besoin de comparaisons internationales. Les obstacles à l'instauration du système de mesure de la performance sont la résistance des parties prenantes qui peuvent se sentir menacées par les résultats, la culture actuelle et la complexité du système belge. Les risques sont l'absence de concrétisation, la complexité de l'évaluation et du sujet, l'utilisation à mauvais escient des résultats et une focalisation sur les comparaisons plutôt que sur les améliorations.

Les recommandations du KCE sont

1. Un système de mesure de la performance n'a de sens que par rapport à des objectifs préalablement fixés. Les indicateurs doivent être adaptés en fonction de la politique de santé que l'on souhaite menée en Belgique ;
2. Toutes les dimensions de la performance doivent être mesurées et les déterminants non médicaux de la santé doivent être pris en compte ainsi que le contexte du système de santé ;
3. La participation de toutes les administrations de santé et une bonne collaboration entre elles sont indispensables pour permettre la mise en place d'un système d'évaluation ;
4. La disponibilité des données doit être améliorée ;
5. Un conseil scientifique consultatif reflétant toutes les compétences doit épauler le groupe responsable du processus.

### ***Rapport 81B : Assurance de qualité pour le cancer rectal – phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité – 2008***

Le projet et les indicateurs est décrit au niveau de la description des projets du registre du cancer (page 173)

Les conclusions et recommandations du KCE sont les suivantes :

- Les informations sont disponibles pour la plupart des indicateurs sélectionnés, seuls quelques uns nécessitent une adaptation ;
- L'enregistrement actuel de Procare est fort lourd, il convient de mettre à disposition des hôpitaux une application Internet (ce qui est actuellement fonctionnel) ; d'adapter le formulaire d'enregistrement des données en diminuant le nombre d'informations demandées en ne sélectionnant que les indicateurs clés, en intégrant les données administratives et prospectives (l'accès aux données administratives nécessaires devrait être octroyé automatiquement au registre du cancer ;
- La Fondation registre du cancer ou registre du cancer est un partenaire crucial pour des projets similaires futurs ;
- Le couplage entre les bases de données du registre du cancer et de l'IAM-IMA est le plus pertinent. L'apport des données RCM-RFM est limité.
- Actuellement, l'interprétation des indicateurs étant difficile, le feedback doit être envoyé aux hôpitaux sans interprétation (à revoir en 2009) ;
- L'enregistrement de Procare doit être garanti dans sa totalité (via un couplage avec les bases de données administratives) et un nombre plus élevé de patients doit être inclus.

### ***Rapport 149B : Indicateurs de qualité en oncologie : cancer du testicule - 2010***

En guise de préparation à la mise sur pied d'un système de qualité pour l'oncologie en Belgique, la ministre a demandé au KCE d'appliquer les leçons du Projet à un cancer fréquent le cancer du sein (rapport 150B) et à un cancer rare, le cancer du testicule.

Le KCE a dans un premier temps, actualisé et publié les recommandations pour les 2 types de cancer (rapports 142 et 143).

Ensuite, un ensemble d'indicateurs de qualité ont été développés.

Pour le cancer du testicule, un indicateur a été trouvé dans la littérature et 31 sont formulés sur base des recommandations belges. De cette liste de 32 indicateurs, 12 ont été retenus sur base de critères de pertinence, niveau de preuve, lien avec les recommandations, fiabilité. Parmi ces 12 indicateurs, 5 ont été retenus comme étant mesurables, un partiellement mesurable et pour deux indicateurs, un proxy a été utilisé. Quatre indicateurs n'ont pu être mesurés.

Les indicateurs mesurables ont fait l'objet de mesure en 2001 et 2006.

- Le taux de survie (observée et relative) à 5 ans est élevé et en légère augmentation.
- Part des patients atteint d'un cancer du testicule chez qui une évaluation des marqueurs tumoraux est réalisée avant tout traitement : modérée à bon.



- Part des patients dont la situation a été débattue en Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM) : en augmentation mais assez faible par rapport à d'autres types de cancers.
- Proportion des patients atteints d'un cancer du testicule qui sont traités chirurgicalement : cette proportion semble faible, en l'absence de code de nomenclature spécifique pour l'orchidectomie radicale simple, un code de nomenclature erroné est sans doute utilisé.
- Part des patients atteints d'un non séminome au stade I traités par surveillance active : ce taux est faible par rapport aux recommandations.

Les résultats montrent également une variabilité considérable entre les centres de traitement surtout en termes d'indicateurs de processus.

Les soins sont très fragmentés, 40% des cancers du testicule sont traités dans 14 centres et les 60% restants dans 83 centres. Un tiers des centres ayant pratiqué une orchidectomie ou moins par an entre 2004 et 2006.

Les résultats de ce premier rapport-feedback sont bruts, la nécessité de l'ajustement des risques n'a pas encore été évaluée.

Le KCE conclut et recommande que

- La mise en œuvre d'un set d'indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer du testicule est réalisable. Cependant vu la faible incidence de ce cancer, il convient de déterminer la méthode la plus appropriée pour améliorer la qualité, soit la mise en place d'un set d'indicateurs de qualité, soit la revue des dossiers médicaux des patients décédés.
- Certaines améliorations doivent être apportées lors de l'enregistrement des cancers.
- La nécessité d'un ajustement des risques doit être évaluée pour chacun des indicateurs.
- Des valeurs limites adéquates doivent être définies également pour chaque indicateur en collaboration avec le Collège d'Oncologie.
- Les bases de données registre du cancer et AIM-IMA suffisent pour l'évaluation de l'ensemble des indicateurs.
- Des codes de nomenclature plus adéquats pour les opérations chirurgicales du testicule doivent être mis en place. Les codes pour le CT et l'IRM doivent être spécifiques à une localisation anatomique.
- Cette analyse primaire montre un tableau mitigé de la qualité des soins en Belgique.
- Sans ajustement des risques, la comparaison inter hospitalière peut être moins fiable. Ces résultats préliminaires montrent néanmoins une variabilité considérable de la qualité des soins entre les centres. La fragmentation des soins et le faible

nombre de patients atteints de cancer du testicule traités annuellement dans de nombreux centres suscite des interrogations. Ne faut-il pas centraliser ces soins dans un nombre limité de centres ?

### **Rapport 150B : Indicateurs de qualité en oncologie : cancer du sein - 2010**

Pour le cancer du sein, 229 indicateurs ont été identifiés dans la littérature et 47 ont été formulés sur base des recommandations belges. De cette liste de 276 indicateurs, 32 ont été retenus sur base de critères de pertinence, niveau de preuve, lien avec les recommandations, fiabilité.

Parmi ces 32 indicateurs, 13 ont été retenus comme étant mesurables et pour un indicateur, un proxy a été utilisé. Les impossibilités de mesure sont principalement causées par une absence de codes administratifs ou de code de nomenclature ou une absence des résultats des processus ou des tests dans les bases de données.

Les indicateurs mesurables ont fait l'objet de mesure en 2001 et 2006.

#### **Indicateurs généraux : résultats**

- Survie à 5 ans par stade p I, p II, p III, p IV : une légère amélioration de la survie à 5 ans pour les cancers invasifs non métastasés est constatée.

#### **Indicateurs généraux : Processus**

- Part des femmes atteintes d'un cancer du sein dont on discute à la COM

#### **Diagnostic et classification**

- Part des femmes récemment diagnostiquées comme atteintes d'un cancer du sein de stade I-III qui ont subi une mammographie à double vue ou une échographie mammaire dans les trois mois précédant la chirurgie
- Part des femmes chez qui une évaluation des récepteurs hormonaux (statut ER et PgR) a été effectuée avant tout traitement systémique ;
- Part des femmes atteintes d'un cancer du sein qui bénéficient d'une évaluation cytologique et/ou histologique avant une chirurgie ;

#### **Traitement néo-adjuvant**

- Part des femmes cT2-T3 opérables ayant reçu un traitement systémique néoadjuvant

#### **Chirurgie**

- Part des femmes de stade c I et II qui subissent une chirurgie mammaire conservatrice (CMC) / mastectomie

#### **Traitement adjuvant**

- Part des femmes recevant un traitement systémique adjuvant après une chirurgie pour cancer du sein invasif
  - o Chimiothérapie dans le s4 mois après la chirurgie
  - o Traitement endocrinien dans les 9 mois suivant la chirurgie
- Part des femmes ayant reçu un traitement systémique en tant que traitement de première et / ou deuxième ligne
- Part des femmes atteintes d'un cancer du sein métastasé et de métastases osseuses lytiques ayant reçu des biphosphonates

#### **Suivi**

- Part des femmes bénéficiant d'une mammographie annuelle après un antécédent de cancer du sein

Certains indicateurs montrent des résultats suboptimaux.

Les résultats montrent de plus une variabilité considérable entre les centres aussi bien pour les indicateurs de processus que pour les indicateurs de résultats. Plus de la moitié des hôpitaux soignent moins de 50 femmes par an. La survie à 5 ans est plus élevée dans les centres à volume élevé et de nombreux indicateurs de processus y sont meilleurs aussi.

Le KCE conclut que

- La mise en œuvre d'un set d'indicateurs de qualité pour le cancer du sein est réalisable. Sur base de la nomenclature actuelle et des données du registre du cancer, 14 indicateurs sont mesurables.
- Le rapportage de données essentielles doit être amélioré.
- Cette analyse préliminaire montre un tableau globalement positif avec des améliorations possibles ;
- Une grande variabilité entre les centres au niveau des approches diagnostiques et thérapeutiques est constatée.
- Le volume annuel de femmes traitées par centre est faible et il existe globalement une relation entre le volume et la survie (ce qui n'est pas toujours valable au niveau individuel). Une nouvelle réglementation du 20 juillet 2007 impose des critères pour que les centres puissent être reconnus Clinique du sein : en 2008 et 2009 chaque centre soit traiter un minimum de 100 femmes par an et 150 nouvelles femmes à partir de 2010. Tous les chirurgiens qui traitent une pathologie mammaire devront atteindre un volume de 50 femmes opérées par an.

### ***Rapport 152B : Indicateurs de qualité en oncologie - 2011***

Le but de ce rapport est de formuler des recommandations pour la mise sur pied d'un système de qualité en oncologie.

Les expériences des trois études pilotes (81b, 149b, 150b) que nous avons relatées plus hauts et les expériences internationales forment la base de ces recommandations qui sont les suivantes :

- Avant de mettre en place un système de qualité pour l'oncologie en Belgique, les objectifs du système doivent être clairement définis par les preneurs de décision en concertation avec toutes les parties prenantes ;
- Le système de qualité doit être intégré et contenir les éléments suivants :
  - Le développement et la diffusion de recommandations de bonne pratique clinique ;
  - Le développement des indicateurs de qualité qui en découlent ;
  - L'évaluation de la mise en place des recommandations de bonne pratique ;
  - La fourniture de rapports de feedbacks aux prestataires de soins et aux centres ;

- La mise en place d'actions ciblées d'amélioration.
- Le système de qualité doit combiner des indicateurs de qualité génériques pertinents pour tous les types de cancer en combinaison avec des indicateurs plus spécifiques pour les cancers les plus fréquents. Toutes les dimensions de la qualité doivent être intégrées dans le système de qualité y compris les dimensions « orientation patient », « action en temps opportun » et « équité ».
- Les indicateurs de qualité doivent faire un usage étendu de la combinaison de données déjà disponibles : données du registre du cancer, de l'Agence Intermutualiste, du résumé Clinique Minimum et les données de mortalité.
- Le nombre d'indicateurs doit être réduit au strict minimum pour que le système soit durable, et pour pouvoir mener à des actions correctrices.
- Il faut veiller à l'utilisation réelle des données du feedback, à la mise en place d'actions d'amélioration là où elles s'avèrent nécessaires. Des incitants adéquats ou des sanctions peuvent s'avérer nécessaires.
- L'étape suivante est le développement de scénarios pour la construction d'un système de qualité effectif et durable en concertation avec toutes les parties concernées.

## **6.7 Le Registre du cancer**

### **6.7.1. Historique**

Commencé dans les années 1950, l'enregistrement reposait exclusivement sur les données que les mutuelles demandaient aux médecins traitants. L'enregistrement n'était pas obligatoire. En 1983, le Registre National du Cancer (RNC) fut créé par l'Œuvre Belge contre le Cancer. Une évaluation de ces données a montré un important sous-enregistrement. A la fin des années quatre-vingt débutèrent, en Flandres, différentes initiatives d'enregistrement du cancer à côté du RNC. Ces systèmes d'enregistrement isolés n'offraient aucune image précise de la maladie en Flandres. Les autorités flamandes subsidièrent, de 1994 à 2005, le développement du réseau d'enregistrement du cancer en Flandres. La coordination fut confiée à la Ligue Flamande contre le Cancer.

En 2001, les données pour la Flandre furent intégrées, pour la première fois, dans la publication réputée « Cancer Incidence in Five Continents » de l'« International Association of Cancer Registries » (IACR).

En 2003 fut introduit le remboursement pour les concertations multidisciplinaires oncologiques (CMO) et les programmes de soin en oncologie. Outre la participation obligatoire à l'enregistrement du cancer, l'utilisation d'un formulaire standard d'enregistrement dans les hôpitaux fut introduite.

En 2005, La Fondation Registre du Cancer a été créée en vue d'assurer la continuité de l'enregistrement du cancer en Belgique.

Cette nouvelle structure indépendante relie les différentes initiatives de la Flandre, de la Wallonie et de Bruxelles. Depuis sa création, le Fondation Registre du Cancer s'attelle au développement d'un réseau d'enregistrement du cancer complet pour la Belgique.

Le 13 décembre 2006, [la loi reprenant diverses dispositions en matière de santé](#) fut ratifiée. L'article 39 de cette loi décrit en détail l'organisation de l'enregistrement du cancer en Belgique.

### **6.7.2. Objectifs**

Le Registre du Cancer garantit la collecte, le contrôle de qualité, le traitement, l'analyse le codage, le stockage, les rapports, l'accessibilité et la protection des données sur le cancer.

Par la conjonction des forces et des moyens au sein d'un réseau fédéral, la Fondation Registre du Cancer veut réaliser une plus-value qualitative et quantitative dans l'enregistrement du cancer, pas seulement sur le plan national mais aussi sur le versant international. Ceci est rendu possible par à une étroite collaboration entre les différentes autorités, les hôpitaux, les mutuelles et les services d'anatomo-pathologie.

Les données du Registre du Cancer sont une source importante d'informations pour:

- **Etablir des rapports** relatifs à l'incidence et à la prévalence de différentes formes de cancer et de la survie des patients.

- **Réaliser des études** (cas-contrôle et cohorte) sur les causes du cancer.
- **Participer à l'évaluation** des programmes de dépistage du cancer, en particulier pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.
- **Evaluer la qualité des traitements**, en particulier dans le cadre du programme de soins en oncologie.
- **Analyser la distribution géographique** des différents types de cancers, de leur incidence, de leur évolution et de leurs conséquences, afin de permettre d'émettre des hypothèses causales, des projections et d'établir des politiques de prévention.
- **Etablir des rapports** destinés aux agences internationales, notamment pour l'Organisation Mondiale de la Santé et l'International Agency for Research on Cancer.

### 6.7.3. Les projets

- PROCARE (Project on Cancer of the Rectum) est un projet multidisciplinaire de travail sur la qualité de la prise en charge du cancer du rectum. Le principal objectif de ce projet est de réduire la variabilité diagnostique et thérapeutique et d'améliorer les résultats de la prise en charge des patients atteints de cancer du rectum au moyen de standardisation des pratiques par la réalisation de guidelines, la mise en place de ces guidelines, un processus d'assurance de qualité grâce à un enregistrement spécifique et à des feedbacks et des formations.

Procure est multidisciplinaire et est dirigé par des sociétés scientifiques<sup>8</sup>, l'INAMI, le KCE et le registre du cancer apportent leur support. 83 sites hospitaliers participent. Les indicateurs de qualité ont été déterminés de façon multidisciplinaire et testé comme le décrit le rapport 81B du KCE Assurance de qualité pour le cancer rectal – phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité.

La liste des indicateurs est dans le Tableau 9.

**Tableau 9 Aperçu des indicateurs de qualité sélectionnés**

<b>Indicateurs de qualité généraux</b>
Survie absolue à 5 ans par stade Survie spécifique à 5 ans par stade Proportion de patients avec récurrence locale Proportion de patients dont le cas a été débattu au cours d'une concertation multidisciplinaire Délai entre le premier diagnostic histopathologique et le premier traitement
<b>Diagnostic et staging</b>
Proportion de patients avec une distance documentée de la marge anale Proportion de patients chez qui un CT du foie et une RX ou un CT du thorax ont été effectués avant le traitement Proportion de patients chez qui un CEA a été déterminé avant le traitement Proportion de patients soumis à une imagerie préopératoire de la totalité du côlon avant une chirurgie élective

<sup>8</sup> <http://coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem=8000000&id=59&lang=fr> ,

<p>Proportion de patients ayant subi une échographie transrectale du rectum et une CT ou une IRM du petit bassin avant le traitement</p> <p>Proportion de patients de stade clinique II-III avec cCRM rapporté</p>
<p><b>Traitement néo-adjuvant</b></p>
<p>Proportion de patients de stade clinique II-III ayant bénéficié d'un schéma court de radiothérapie néoadjuvante du petit bassin</p> <p>Proportion de patients de stade clinique II-III ayant bénéficié d'un schéma long de radiothérapie néoadjuvante du petit bassin</p> <p>Proportion de patients de stade clinique II-III ayant reçu une irradiation néo-adjuvante en combinaison avec une chimiothérapie néo-adjuvante à base de 5-FU</p> <p>Proportion de patients de stade clinique II-III ayant reçu une chimioradiothérapie néo-adjuvante de type 5-FU et chez qui le 5-FU a été administré en perfusion continue</p> <p>Proportion de patients de stade clinique II-III ayant bénéficié d'un schéma long de radiothérapie néoadjuvante du petit bassin et ayant finalisé le traitement dans le délai prévu</p> <p>Proportion de patients de stade clinique II-III ayant bénéficié d'un schéma long de radiothérapie néoadjuvante du petit bassin et ayant été opérés dans les 6 à 8 semaines après la fin de la radiothérapie.</p> <p>Proportion de complications aiguës de degré 4 associées à la radio(chimio)thérapie</p>
<p><b>Chirurgie</b></p>
<p>Proportion de résections R0</p> <p>Proportion de résections abdominopérinéales et de procédures de Hartmann</p> <p>Proportion de patients avec une stomie 1 an après une chirurgie conservatrice sphinctérienne</p> <p>Proportion de patients présentant une fuite majeure résultant d'une anastomose après une chirurgie conservatrice sphinctérienne</p> <p>Mortalité à l'hôpital ou à 30 jours</p> <p>Proportion de perforations rectales intraopératoires</p>
<p><b>Traitement adjuvant</b></p>
<p>Proportion de patients stade (y)p III ayant subi une résection R0 qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante</p> <p>Proportion de patients stade (y)p II-III ayant subi une résection R0 qui ont reçu une (chimio)radiothérapie adjuvante</p> <p>Proportion de patients stade (y)p II-III ayant subi une résection R0 qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans les 3 mois qui suivent la résection chirurgicale</p> <p>Proportion de patients stade (y)p II-III ayant subi une résection R0 qui ont reçu une chimio(radio)thérapie adjuvante à base de 5-FU</p> <p>Proportion de complications aiguës de degré 4 associées à la radiothérapie ou à la chimiothérapie</p>
<p><b>Traitement palliative</b></p>
<p>Proportion de patients stade clinique IV ayant reçu une chimiothérapie</p> <p>Proportion de complications aiguës de degré 4 associées à la chimiothérapie chez des patients de stade IV</p>
<p><b>Follow-up</b></p>
<p>Proportion de patients ayant suivi un traitement curatif chez qui une coloscopie totale a été réalisée dans l'année suivant le traitement</p> <p>Proportion de patients ayant bénéficié d'un follow-up selon les recommandations PROCARE</p> <p>Proportion de complications tardives de degré 4 associées à la radio- ou chimiothérapie</p>

<b>Examen histopathologique</b>
Utilisation du rapport de pathologie Qualité de l'excision mésorectale totale définie selon les critères de Quirke et mentionnée dans le rapport de pathologie Marge de sécurité distale mentionnée dans le rapport de pathologie Nombre de ganglions lymphatiques examinés (y)pCRM mentionné dans le rapport de pathologie en millimètres Degré de régression tumorale mentionné dans le rapport de pathologie (après traitement néo-adjuvant)

Trois feedbacks ont déjà été envoyés aux hôpitaux. Les premiers feedbacks étaient adressés uniquement aux chirurgiens qui se chargeaient de les envoyer aux autres participants. . Actuellement, les participants aux COM (Consultations oncologiques multidisciplinaires) dont les noms sont communiqués au Registre du Cancer reçoivent tous le feedback. Le Registre du Cancer a effectué une enquête pour connaître l'usage qui est fait de ces feedbacks mais les résultats ne sont pas encore connus actuellement. Toutes les possibilités de PROCARE n'ont pas été utilisées de façon optimale. PROCARE offrait un système de formation de chirurgien par des pairs 'accrédités', très peu de chirurgiens ont fait appel à cette possibilité de formation. Il existe également un système de deuxième lecture pour l'estimation des stades TNM par les radiologues, système qui n'est pas encore utilisé de façon optimale non plus.

- Le cancer du testicule et le Cancer du sein

Ces projets sont décrits parmi les projets du KCE vu que le rapport est publié sur leur site internet.

Ces feedbacks ne sont pas distribués automatiquement.

Le feedback sur le cancer du testicule a été extrêmement peu demandé. Celui sur le cancer du sein l'a été plus par les directions des hôpitaux soucieuses de l'agrément de leur Clinique du sein.

- Les tumeurs de l'oropharynx

Un enregistrement a débuté mais comme ces cancers sont rares, aucun feedback ne peut être réalisé pour le moment.

- La brachythérapie du cancer de la prostate

A l'initiative du Collège des radiothérapeutes, un enregistrement est en cours. Des indicateurs sont en voie d'élaboration.

- Le projet RALP concerne l'enregistrement de la chirurgie de la prostate par robot imposé par l'INAMI aux hôpitaux pour que ceux-ci puissent demander le remboursement des 'disposables'.
- Pour les tumeurs du larynx, du cerveau, les cancers de l'endomètre et les néoplasmes hématologiques, des enregistrements sont en voie d'élaboration à la demande des organisations scientifiques de médecins.
- Le Cancer de l'estomac et de l'œsophage : un projet est en cours avec le KCE



#### **6.7.4. L'équipe du registre**

L'équipe du Registre du Cancer est constituée de: médecins, data managers, personnel administratif, collaborateurs scientifiques, auxquels s'ajoutent régulièrement des travailleurs temporaires pour des tâches plus ponctuelles. En outre, quelques personnes sont affectées à un projet multidisciplinaire d'évaluation du traitement du cancer du rectum: le projet Procure.

#### **6.7.5. Les données**

Dans le cadre des programmes de soins oncologiques, les hôpitaux sont obligés d'envoyer l'information concernant tous les nouveaux cas de cancer au registre du cancer. La majorité des hôpitaux renvoie ces données sous format électronique à l'exception de 13 hôpitaux qui utilisent encore le format papier.

Les laboratoires d'anatomopathologie envoient également les informations de diagnostic de cancer établis à partir des analyses histologiques.

Ce double enregistrement permet d'obtenir un enregistrement complet (population based cancer registration) et d'améliorer l'exhaustivité des données venant des programmes de soins oncologiques ce qui n'est malheureusement pas encore le cas. Certains hôpitaux ne déclarant que les cas discutés en COM (consultation oncologique multidisciplinaire)..

Pour calculer la survie, les données du registre du cancer sont couplées avec la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (date de décès, statut vital).

Actuellement, à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2011, les données des nouveaux cas diagnostiqués en 2007-2008 sont consolidées, à la fin de 2011, les données d'incidence 2009 seront disponibles. De plus, l'analyse de 5 années de survie existe pour les personnes traitées en 2004-2005.

Dans le cadre du projet PROCARE, un enregistrement spécifique est organisé.

#### **6.7.6. Participants/stakeholders**

Ceux-ci varient en fonction des projets.

Le Registre reçoit des données des hôpitaux.

Les feedbacks se font en collaboration avec les associations professionnelles, le KCE et l'INAMI dans certains cas.

Le Registre a également des contacts avec différentes organisations internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé et l'International Agency for Research on Cancer.

#### **6.7.7. Plus-value de l'initiative**

Le Registre du cancer grâce à son enregistrement 'de base' et ses différents projets permet d'obtenir des données de qualité sur l'incidence des cancers, le lieu et la qualité de leur prise en charge.

Ces données peuvent être utilisées pour des comparaisons internationales. Elles permettent également de comparer le type de prise en charge et les résultats entre les hôpitaux. Cette comparaison peut amener à la mise en place de programmes d'amélioration de cette prise en charge.

#### **6.7.8. Limitations**

Aucun enregistrement dans le contexte des projets n'est actuellement exhaustif et les données envoyées ne sont pas auditées sur place.

Certains projets comme ceux pour le cancer du testicule et du sein ont permis d'évaluer la faisabilité de ce type d'études même si les résultats demandent encore une interprétation prudente. Les projets de faisabilité permettent de formuler des recommandations pour une éventuelle mise en place d'un système d'évaluation dynamique et longitudinal.

Au niveau de PROCARE qui est mis en place au départ par les sociétés scientifiques, la dynamique qualité semble bien présente malgré le fait que les chirurgiens rechignent à se former et que la double lecture pour les RMN du pelvis ne se mette pas en place dans beaucoup de services de radiologie.

Mais de manière générale, les projets proposés par les sociétés scientifiques sont relativement mieux accueillis que les projets proposés par les administrations.

### **6.7.9. Perspectives d'avenir**

Dès 2011, la transmission des nouveaux cas de cancer se fera de façon entièrement électronique.

Les différents projets cités qui n'en sont qu'à leur début vont continuer.

Commentaires de la directrice du registre.

Ik denk dat de betrokkenheid van een brede groep van specialisten cruciaal is voor het laten slagen van prospectieve registratiestudies. Retrospectieve studies op basis van administratieve gegevens (IMA-nomenclatuur) vraagt altijd een voorzichtige interpretatie van de resultaten, maar heeft het voordeel om population based te zijn in tegenstelling tot prospectieve studies, waar een exhaustieve deelname altijd wel een probleem is...

Sources :

<http://coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem=2000000&id=34&lang=fr>

Discussion avec Liesbet Van Eycken et Julie Francart, directrice et directrice-adjoint du registre du cancer

## **6.8 Agence Intermutualiste AIM-IMA et les feedbacks organisés par les mutualités**

### **6.8.1. Historique**

L'Agence Intermutualiste (AIM) est une association sans but lucratif qui a été fondée par les unions nationales des organismes assureurs (OA's), en octobre 2002.

### **6.8.2. Objectifs**

L'AIM a pour [objectif](#) de rassembler et d'analyser ces données en provenance des différentes unions nationales, sous leur propre initiative et dans le cadre de [missions](#) spécifiques commanditées entre autres par l'Etat.

### **6.8.3. Nature**

L'AIM est devenue une **source** d'informations ainsi qu'un **partenaire** de recherches pour une série d'analyses et d'études relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie.

L'AIM principalement sous forme de projets à l'intention des organismes assureurs ou de tierces parties (le KCE, le registre du cancer, le SPF SCAE)

Voici en exemple quelques projets

#### **Dans le cadre de la promotion de la qualité**

Sous la supervision du **Conseil National de Promotion de la Qualité**, en collaboration avec les [associations professionnelles et scientifiques de médecins](#), avec le [Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé](#) et avec l' [INAMI](#) .

<b>Mnémonique</b>	<b>Publication</b>	
Feedback Antibiotiques Généralistes	2003 2004 2007	
Feedback Antibiotiques Spécialistes	2003	
Feedback Antihypertenseur	2003	
Feedback Examens préopératoires	2005	
Feedback Dépistage du cancer du sein	Mai 2006	
Le suivi prénatal (Feedback et rapport AIM)	Janvier 2007	

#### **Dans le cadre de l'évaluation des mesures politiques**

<b>Mnémonique</b>	<b>Publication</b>	
Kinesithérapie et influence de la perception du ticket modérateur	2003	
Dépistage du cancer du sein	2002 2004 2005 2006 2007 2009 <b>2010</b>	
Convention d'autogestion du diabète	2006	

Nomenclature des prestations d'accoucheuses	août 2006	
Dépistage du cancer du col de l'utérus	septembre 2006	
Sous la direction du KCE notamment Rapport 17b Evaluation des montants de Référence Rapport 94b Soins maternels intensifs en Belgique		

### **Dans le cadre d'initiatives de "health monitoring"**

<b>Mnémonique</b>	<b>Publication</b>	
Grossesses d'adolescentes en Région wallonne et en région de Bruxelles-Capitale : "Chaire Quetelet" (UCL)	Novembre 2004	
Recours à la césarienne	Avril 2006	
Adolescentes : Sexualité & santé de la reproduction – État des lieux en Wallonie et à Bruxelles	Mai 2006	
Vaccination contre la grippe pendant l'hiver 2006-2007	Juin 2009	

Parallèlement à cette activité au sein de l'Agence Intermutualiste, les différentes mutualités continuent à publier des études propres<sup>9</sup> et se penchent soit sur la variation des pratiques médicales (par exemple pour les prothèses de hanche ou les hystérectomies) soit sur les coûts à charge des patients, le recours à certaines formes de soins ou même la compliance médicamenteuse.

#### **6.8.4. Auteurs**

Le fonctionnement journalier de l'Agence Intermutualiste repose entièrement sur de petites équipes ad hoc qui prennent chacune en charge l'un des projets.

Ceux-ci, d'une durée déterminée, concernent en général des thèmes bien spécifiques.

Les équipes de projets sont composées de collaborateurs provenant des différents Organismes Assureurs.

Pour le support technique, l'AIM peut compter sur cinq collaborateurs fixes. Ceux-ci ont, dans leurs attributions, entre autres, la supervision et le contrôle qualitatif des livraisons de données par les Organismes Assureurs.

#### **6.8.5. Participants/stakeholders**

Les partenaires de l'AIM sont le KCE, l'INAMI, le Registre du cancer principalement. L'AIM collabore aussi avec les communautés sur certains projets ponctuels.

#### **6.8.6. Fréquence du feedback**

La plupart des projets sont des recherches ponctuelles.

<sup>9</sup> [http://www.mc.be/fr/135/info\\_et\\_actualite/dossiers\\_et\\_etudes/index.jsp](http://www.mc.be/fr/135/info_et_actualite/dossiers_et_etudes/index.jsp),  
<http://www.mutsoc.be/Mutsoc/MeDocumenter/Etudes/>

Certains feedbacks comme le dépistage du cancer du sein ou les feedbacks en collaborations avec l'INAMI sont plus réguliers.

### 6.8.7. Type d'indicateurs

Variables en fonction des projets.

### 6.8.8. Méthodologie Incl. Récolte des données, validation, suivi,...

Les [Organismes Assureurs](#) disposent de données relatives à leurs membres, dans le cadre de l'exécution de leur mission légale en rapport avec l'assurance maladie obligatoire.

Ces données sont relatives aux remboursements des frais médicaux et à l'incapacité de travail ou à l'invalidité ainsi qu'aux indemnités pour cause de maternité.

Les données intermutualistes sont exhaustives et contiennent de l'information détaillée relative aux soins de chaque patient de manière continue et intégrale, et ceci sur un long laps de temps. En outre, les soins procurés peuvent être mis en corrélation avec un **dénominateur population** dont toute une série de caractéristiques socio-démographiques sont connues.

En fonction du sujet à examiner, chaque OA exécute des **sélections et des livraisons de données** de manière ciblée et précise, tout en respectant un schéma standard.

Ces fichiers sont rendus anonymes et rassemblés par l'entremise d'une organisation intermédiaire. Les données sont ensuite mises à la disposition de l'équipe du projet correspondant, qui les analyse à l'aide d'outils de "business intelligence".

Une fois le projet clôturé, les données y relatives disparaissent des fichiers de l'AIM.

Pour certains projets réalisés en collaboration avec le KCE ou avec le Registre du cancer, ces données peuvent être couplées avec les données RCM/RFM ou avec les données du registre du cancer.

En collaboration avec l'INAMI, l'Agence Intermutualiste a aussi constitué l'échantillon permanent<sup>10</sup>

L'échantillon permanent est un échantillon de données de consommation de soins de santé anonyme, représentatif de la population belge. Il est composé des données qui sont disponibles au niveau administratif au sein des mutualités dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Il concerne tant les données de population que les données de facturation soins de santé et les données Pharmanet (données de consommation de médicaments en ambulatoire).

L'échantillon met à disposition d'un certain nombre d'institutions un instrument important pour la connaissance de la consommation de soins de santé en Belgique.

Ces institutions sont : l'INAMI, le SPF santé publique y compris l'Institut scientifique de santé publique, le SPF Sécurité sociale, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et le Bureau fédéral du Plan.

---

<sup>10</sup> <http://www.inami.fgov.be/information/fr/sampling/index.htm>

Le niveau d'observation de l'échantillon est celui de l'individu (le bénéficiaire). L'échantillon permanent est formé d'un échantillon de base de 1/40 de tous les bénéficiaires, complété par un échantillon supplémentaire de 1/40 pour les plus de 65 ans, ce qui aboutit à un échantillon de 1/20 pour ce groupe. Cet échantillon compte 300.000 personnes.

Une actualisation annuelle des données permet d'analyser si certains résultats varient au cours du temps. Une structure panel (les mêmes personnes font partie de l'échantillon durant plusieurs années) permet un suivi longitudinal. Les données sont conservées 10 années successives.

L'échantillon permanent contient des données pour les années de prestations 2002 à 2009 inclus. Les données de l'année "t" sont à chaque fois disponibles le 31/12 de l'année "t+1".

### **6.8.9. Rapports/Feedback**

Les rapports et feedbacks sont adhoc.

Certaines études publient des résultats comparatifs anonymes dans la presse comme la comparaison interhospitalière des taux de césariennes. Le relais par la presse de ces résultats donne lieu à des débats entre professionnels de santé notamment au sein des collèges des médecins.

### **6.8.10. Plus-value de l'initiative**

L'AIM dispose de données longitudinales permettant de suivre les patients sur plus de 10 ans, de suivre les réadmissions et les transferts vers des institutions différentes. Comme elle dispose à la fois des données sur les soins ambulatoires et hospitaliers, elle est la seule organisation à pouvoir reconstituer pour les patients des épisodes de soins. Elle est aussi capable de suivre la compliance des patients aux traitements remboursés.

Les données de l'AIM peuvent également être couplées soit avec des données RHM soit avec les données du Registre du Cancer ou d'autres données si nécessaire.

### **6.8.11. Limitations**

L'AIM ne dispose que de données de facturation des prestations de soins de santé. Elle n'a pas accès aux données de diagnostics ni de résultats des soins. Elle ne dispose pas non plus de données concernant les soins et les médicaments non remboursés.

Les couplages de données bien que techniquement possible nécessitent un temps et une charge administrative considérable ainsi qu'un accord de la Commission de la vie privée ce qui les rend assez peu réalisables.

### **6.8.12. Perspectives d'avenir**

L'AIM se positionne comme un partenaire incontournable pour la fourniture de données de soins de santé et leur analyse (voir registre du cancer et KCE).

## **7 ANALYSES EMPIRIQUES SUR DES BANQUES DE DONNEES EXISTANTES**

Dans le cadre de ce projet, deux types de données ont été explorées afin d'évaluer leur potentiel d'utilisation dans un set national d'indicateur de performance hospitalière. Il s'agit des données du questionnaire des statistiques hospitalières et des données médico-administratives (Résumé Clinique Minimum- RCM) plus particulièrement dans le cadre des PSI.

### ***7.1 Exploration des données du questionnaire des statistiques hospitalières***

Dans le cadre de ce projet, le questionnaire des statistiques hospitalières a fait l'objet d'analyses. Les données utilisées dans cette analyse concernent l'année 2008. L'analyse est réalisée par numéro d'hôpital anonymisé.

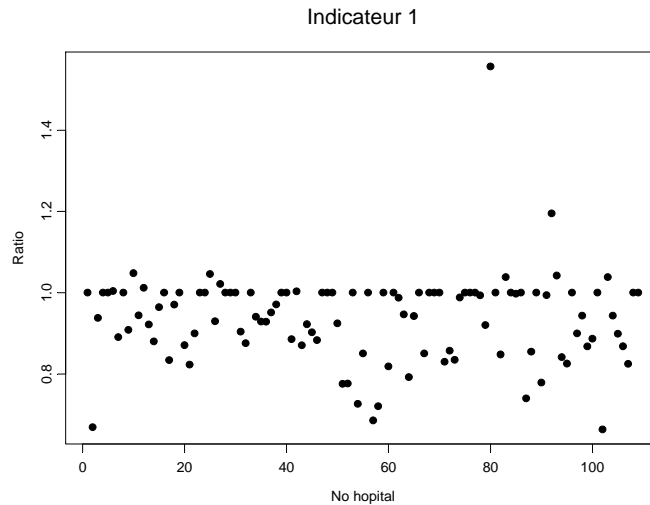
Le présent chapitre tente d'illustrer à titre exploratoire des exemples d'indicateurs pouvant être issus de cette enquête. Ceux-ci concernent, tant que possible, des problématiques présentes dans la plupart des hôpitaux belges. Ils sont également susceptibles d'être utilisés par les pouvoirs interne ou externe comme indicateurs de performance selon les différents axes clinique, processus et ressources humaines.

#### **7.1.1 Ratio Nombre de lits**

Pour valider les données communiquées par les hôpitaux, il est possible de comparer le nombre total de lits dans l'institution avec la somme du nombre de lits référencés par index et par unité de soins, ce que nous appelons le Ratio Nombre de lits. Ce ratio doit équivaloir à 1 si les données sont correctement encodées et si les questions sont correctement comprises.

On constate dans la Figure 10 que ce ratio varie entre 0,66 et 1,56. Le percentile 75 équivaut à 1, signifiant que les trois-quarts des hôpitaux ont un ratio inférieur ou égal à la valeur attendue. Ces valeurs indiquent que la déclinaison du nombre de lits par index et par unité de soins ne correspond pas toujours au nombre de lits total dans l'institution référencé dans l'enquête. Or le nombre de lits est une notion importante qui intervient dans de nombreux indicateurs.

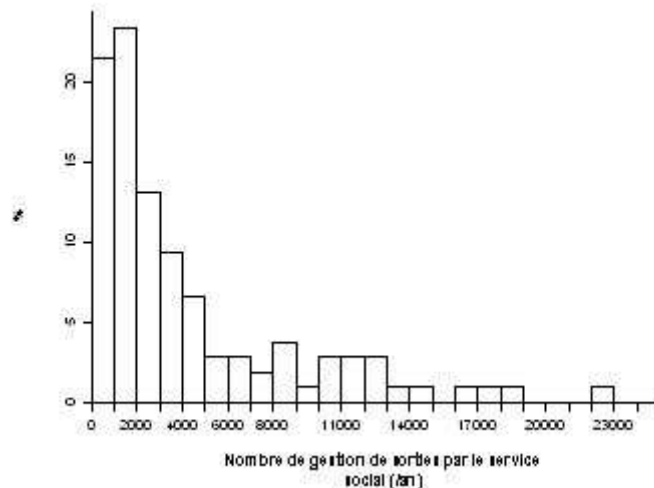
**Figure 10 Représentation du ratio Nombre de lits par hôpital**



### 7.1.2 Gestion de la sortie par les travailleurs sociaux

L'enquête mentionne le nombre total d'interventions par an des travailleurs sociaux pour la gestion de la sortie. Cette valeur est en moyenne de 4.578 interventions avec un coefficient de variation de 108 et une valeur P50 à 2319. La distribution de cette donnée est présentée dans la Figure 11.

**Figure 11 Distribution du nombre de gestion de sorties par le service social (/an /hôpital)**



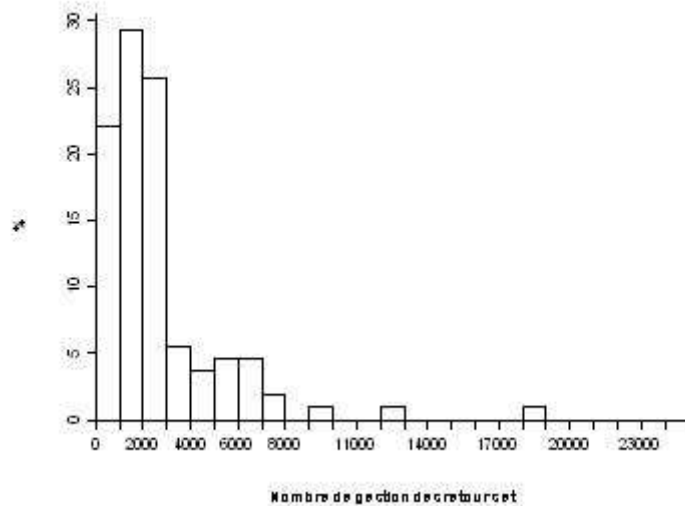
L'enquête reprend également le nombre de gestion des retours et placements, correspondant à la somme du 1- nombre de retours à domicile ayant nécessité une assistance de soins ou logistique effectués par les travailleurs sociaux, 2- nombre de placements transitoires effectués par les travailleurs sociaux, 3- nombre de placements en MR effectués par les travailleurs sociaux, 4- nombre de placements en MRS effectués par les



travailleurs sociaux et 5- nombre d'autres placements de longue durée effectués par les travailleurs sociaux.

Le nombre de gestion des retours et placements est en moyenne de 2.567 avec un coefficient de variation de 104 et une valeur P50 à 1.904. La distribution de cette donnée est présentée dans la Figure 12.

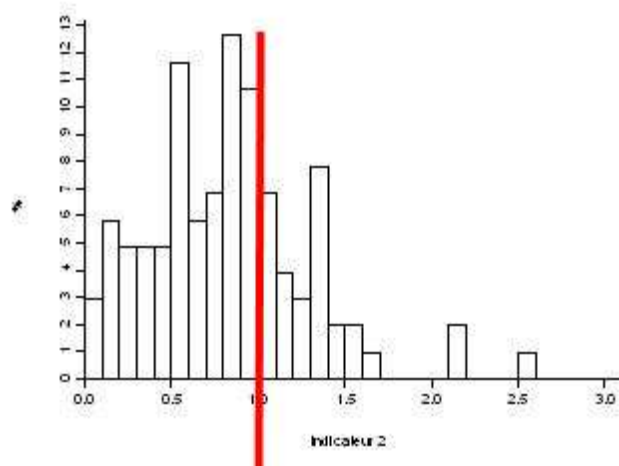
**Figure 12 Distribution du nombre de gestion des retours et placements (/an /hôpital)**



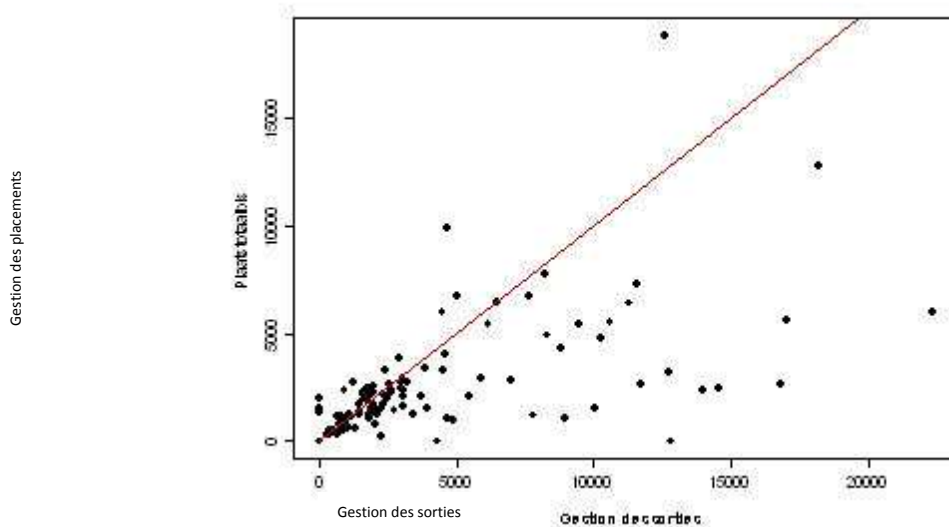
Il est donc possible de voir la proportion de la gestion des sorties présentant un caractère plus lourd (provisaires, MR, MRS, long séjour et domicile) sur l'ensemble de la gestion de sortie du service social de l'hôpital. Ce ratio se calcule par le rapport entre la gestion des retours et placements sur la gestion des sorties.

Ce ratio présente une valeur moyenne de 0,82 (CV=56) avec une valeur P50 à 0,83 (Figure 13).

**Figure 13 Distribution du ratio de la gestion des sorties par le service social**



**Figure 14 Relation entre la gestion des placements et la gestion des sorties**



La différence entre le nombre de gestion des sorties par le service social et le nombre de gestion des retours et des placements n'est pas claire. En effet, à quoi peuvent correspondre les gestions de sorties qui ne correspondent pas à un des placements proposés dans l'enquête ? Plusieurs hypothèses sont possibles :

1. Le nombre de gestion de sorties pourraient en fait correspondre au nombre d'avis donnés par le service social et plusieurs avis sont donc possible pour un même patient, alors qu'un seul placement n'est possible par patient. On estime en effet que 2 ou 3 interventions auprès d'un patient sont nécessaires pour son placement. Cette hypothèse pourrait expliquer les ratios supérieurs à 1.
2. Les gestions des sorties comprennent une catégorie supplémentaire non prévue dans l'enquête.
3. Le différentiel peut encore être lié à des erreurs d'encodage par les hôpitaux avec une mauvaise stratification des résultats globaux dans les groupes.
4. Enfin, certains hôpitaux pourraient avoir surévalué leurs gestions de sortie ou au contraire sous-évaluer la gestion des sorties (entraînant un ratio supérieur à 1)

Comme l'illustre la Figure 14, les hôpitaux avec un nombre élevé au numérateur ne sont pas forcément ceux qui rapportent un nombre élevé au dénominateur.

L'ensemble de ces résultats illustrent donc la grande variabilité intra hospitalière dans les données rapportées pour évaluer le service social. Celle-ci est probablement liée au manque de définition des différents éléments fournis (nombre de patients, nombre d'avis ?) et à la non utilisation de ces données.

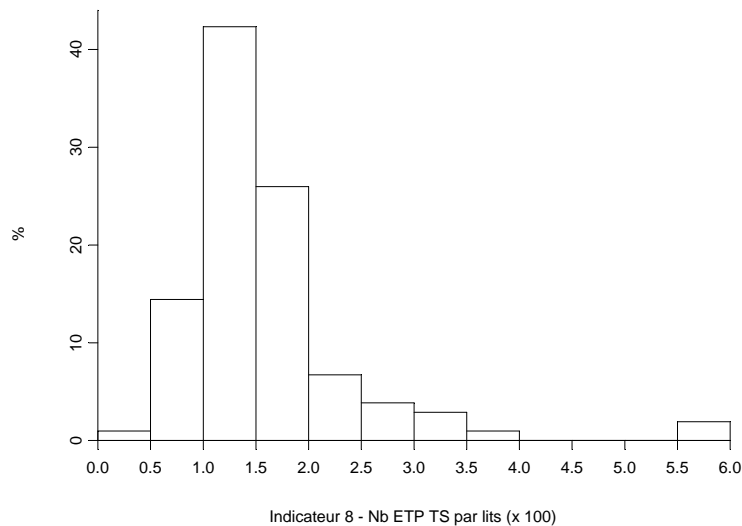
### **7.1.3 ETP de travailleurs sociaux pour 100 lits**

La prise en charge sociale du patient peut également être appréciée par le nombre d'ETP de travailleurs sociaux disponibles pour 100 lits agréés. Ce ratio ne tient pas compte des

bénévoles puisque l'enquête annuelle indique le nombre de bénévoles au sein de l'hôpital (et non le nombre d'ETP)

Les hôpitaux présentent en moyenne 1,6 ETP pour 100 lits agréés, avec un minimum rapporté de 0,5 et un maximum de 5,9 (CV=52). La médiane se situe quant à elle à 1,5 ETP pour 100 lits agréés.

**Figure 15 Distribution du nombre d'ETP de travailleurs sociaux par 100 lits agréés**



Les ressources humaines dont doit disposer l'hôpital ne sont pas soumises à une norme univoque. Toutefois, différentes règles et agréments imposent certaines ressources sociales, tel est l'exemple des conventions INAMI. La large distribution du nombre d'ETP de travailleurs sociaux indique soit un investissement différents par les hôpitaux dans ce service car leur profil de patient (casemix) varie, soit un biais de saisie de l'information (doit-on compter tous les EPT du service, seulement ceux relevant du BMF, est-il logique d'inclure les EPT INAMI, ... ?)

#### **7.1.4 Evolution et stabilité du personnel médical et infirmier**

L'enquête annuelle indique le nombre de personnes en début d'année et en fin d'année pour différentes catégories de personnel (médecins salariés, médecins indépendants, infirmiers A1 salariés, infirmiers A1 indépendants et infirmiers A2). Il est donc possible d'évaluer l'attractivité et l'évolution des différents métiers de l'hôpital.

Pour évaluer la pertinence des données transmises dans l'enquête, une validation est possible au travers des différentes questions rapportées. En effet, les statistiques hospitalières disposent également du nombre de personnes entrées en cours d'année et du nombre de personnes sorties en cours d'année. Dès lors, le nombre de personnes au 31/12 devrait correspondre au calcul suivant : (nombre de personnes au 01/01 + nombre de personnes entrées – nombre de personnes sorties en cours d'année).

Catégorie personnel	Au 31/12 (enquête) A	Au 01/01 (enquête) B	Entrées en cours d'année (enquête) C	Sorties en cours d'année (enquête) D	Au 31/12/2008 (calculé) E=B+C-D	Différence calculé – enquête E-A
Médecins salariés	6.330	6.306	1.678	1.598	6.386	56
Médecins indépendants	20.528	19.509	1.663	1.111	20.061	- 467
Infirmiers A1 salariés	48.939	47.945	4.294	3.299	48.940	1
Infirmiers A1 indépendants	25	19	8	1	26	1
Infirmiers A2	23.538	23.175	2.176	1.788	23.563	25
<b>Total</b>	<b>99.360</b>	<b>96.954</b>	<b>9.819</b>	<b>7.797</b>	<b>98.976</b>	<b>-384</b>

Le différentiel entre la valeur calculée au 31/12 et la valeur rapportée au 31/12 estime la validité des données de l'enquête. Il apparaît que les données peuvent être considérées comme fiables, à l'exception des données des médecins indépendants.

Deux indicateurs peuvent être déduits :

- a. L'évolution du staff, qui correspond au (nombre d'entrées – nombre de sorties durant l'année) / total au 31/12.
- b. La stabilité du staff, qui correspond au (nombre d'entrées + nombre de sorties durant l'année) / total au 31/12.

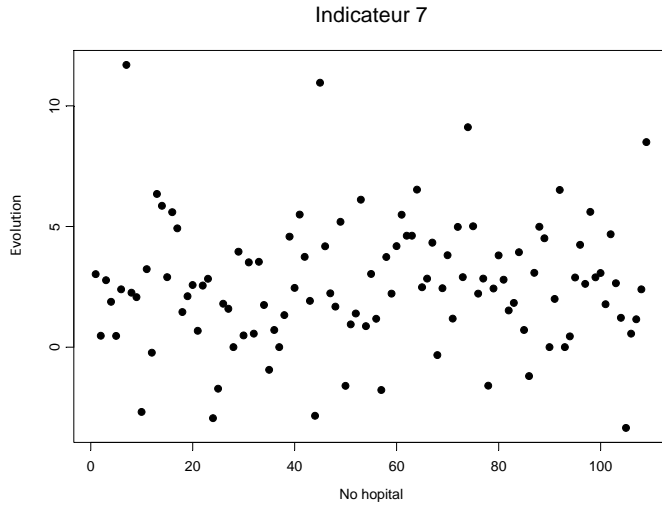
On remarque ainsi que les médecins salariés présentent le taux de stabilité le plus élevé mais une évolution relativement stable avec légèrement plus d'entrées en cours d'année que de sorties.

Catégorie personnel	Au 31/12 (enquête) A	Entrées en cours d'année (enquête) B	Sorties en cours d'année (enquête) C	Evolution du staff (B-C)/A	Stabilité du staff (B+C)/A
Médecins salariés	6.330	1.678	1.598	1,3 %	51,8 %
Médecins indépendants	20.528	1.663	1.111	2,7 %	13,5 %
Infirmiers A1 salariés	48.939	4.294	3.299	2,0 %	15,5 %
Infirmiers A2	23.538	2.176	1.788	1,6 %	16,8 %
<b>Total</b>	<b>99.335</b>	<b>9.811</b>	<b>7.796</b>	<b>2,0 %</b>	<b>17,7 %</b>

Les mouvements des médecins salariés sont importants et s'expliquent certainement par le renouvellement des médecins candidats spécialistes. Ces derniers constituent presque la moitié des médecins salariés de notre pays. On observe également qu'une infirmière sur 6 sera en mouvement dans l'année. Ce taux est plus élevé pour les infirmiers A2 (16,8%) que pour les médecins indépendants (13,5%).

Bien qu'au niveau de tous les hôpitaux, l'évolution du staff par exemple semble relativement constante (2% toute catégorie confondue), les valeurs calculées pour chaque hôpital fluctuent fortement (Figure 16). En moyenne, elle est de 2,8% (CV=101), avec un minimum de -3% et un maximum de 11%.

**Figure 16 Evolution du staff par hôpital**



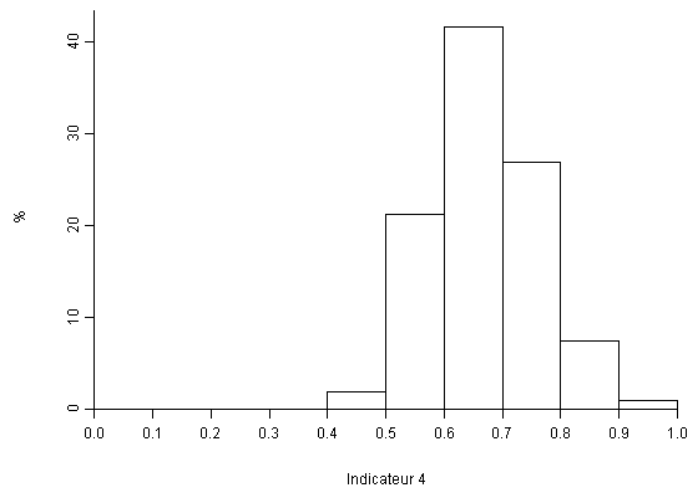
Les grandes variations des effectifs au sein des hôpitaux soulignent la nécessité de valider les données transmises dans l'enquête. Celles relatives aux données de personnel pourraient être comparées au bilan social pour validation.

### 7.1.5 Taux de qualification des infirmiers

Le taux de qualification des infirmiers peut se calculer par le rapport : nombre d'infirmiers A1/ (nombre d'infirmiers A1 + nombre d'infirmiers A2)\*100

Le taux de qualification moyen est de 66% (CV=13), avec un minimum de 48% et un maximum de 90%.

**Figure 17 : Distribution du taux de qualification des infirmiers**



Cette donnée pourrait faire l'objet d'analyses complémentaires : répartition de ce taux selon le caractère de l'hôpital ou encore évolution du taux dans le temps, illustrant le degré de qualification des hôpitaux.

### 7.1.6 Volume d'activité par appareillages médicaux

L'enquête annuelle dispose de données d'activité en imagerie médicale et médecine nucléaire ainsi que le nombre d'appareils dont dispose l'hôpital. Ceux-ci sont illustrés dans le Tableau 10. Le KCE a récemment étudié les coûts et l'utilisation de l'IRM en Belgique (Obyn, Cleemput et al. 2009). Il rapporte 92 appareils d'IRM en Belgique en 2008. Les hôpitaux n'en rapportent que 58 dans l'enquête annuelle. Il semble donc que l'enquête ne soit pas complétée de manière exhaustive.

**Tableau 10 Nombre d'appareillages médicaux rapportés (2008)**

Type appareillage	Nombre
Angiographes	142
Monoplan	122
Biplan	20
Appareils de mammographie	206
Tomographes axial transverse	462
CT-Scan	143
Spiralé	120
Multibarette	199
Tomographes à résonance magnétique nucléaire	58
< 1 tesla	2
>= 1 et < 2 teslas	47
>= 2 et < 3 teslas	0
>= 3 teslas	9

A partir de ces données, il est toutefois possible de calculer divers taux d'occupation des machines en rapportant le nombre d'examens réalisés au nombre de machines par hôpital.

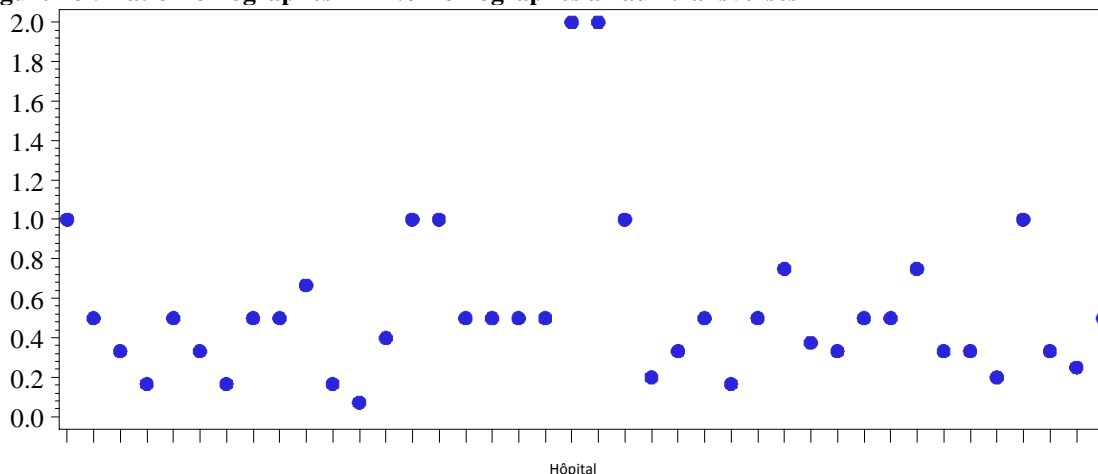
	Nombre d'hôpitaux concernés	Nombre moyen d'examens par appareillage	CV	Médiane
Nombre d'examens en médecine nucléaire par gamma caméra	102	2.002	42	1.923
Nombre d'examens d'angiographie par Angiographe	87	318	137	172
Nombre d'examens de mammographie par Appareil de mammographie	107	3.499	75	2.725
Nombre d'examens de tomographie axiale transverse par Tomographe axial transverse	107	5.944	57	4.876
Nombre d'examens de Tomographie à RMN par Tomographes à RMN	36	6.294	58	5.594

Notons également que certains hôpitaux rapportent un nombre d'examens d'un certain type alors qu'il mentionne ne disposer d'aucun appareil de ce type. Ces erreurs ne devraient pas être permises par l'enquête. Elles révèlent le manque de validité de ces données.

Les grandes dispersions observées dans les taux d'utilisation des machines entre les hôpitaux soulèvent une nouvelle fois le manque de définition de l'enquête. Est-on certain que le nombre d'examen d'imagerie soit compris par tous les hôpitaux de la même manière afin de permettre les comparaisons ? En effet, en imagerie, il est possible de compter le nombre de codes de nomenclature facturés mais aussi le nombre de type d'images, le nombre de demandes d'image, le nombre de passage patient aux guichets ou encore le nombre de passages sur une machine. Ces différentes mesures peuvent être comprises comme le nombre d'examen en imagerie. De plus, l'exhaustivité des machines comptées doit être assurée par une définition claire et pertinente. Doit-on, en effet, considérer les machines inactives ou encore les machines obsolètes et peu actives car réservées à une seule modalité d'examen ? Ces précisions apportées dans la définition des mesures pourraient permettre de construire des indicateurs fiables reflétant le taux d'occupation et donc de rentabilité des machines.

Le ratio tomographes à RMN / tomographes axial transverse peut également être étudié. La dispersion de ce ratio est illustré dans la figure 18. Celle-ci illustre une grande variabilité du ratio. Deux hôpitaux seulement présentent un rapport de deux tomographes à RMN pour un tomographe axial transverse et cinq hôpitaux un rapport de un pour un. Le récent rapport du KCE sur ce sujet indique que les appareils à Résonance Magnétique sont relativement trop peu utilisés par rapport aux CT-Scanner. Et pourtant, le scanner à Résonance Magnétique qui n'utilise pas de rayons X, est à préférer au CT-Scanner pour des raisons de sécurité lorsque c'est médicalement pertinent.

**Figure 18 : Ratio Tomographes RMN / Tomographes axiaux transverses**



### 7.1.7 Ressources humaines dégagées par les laboratoires

Le nombre d'examen de laboratoire par ETP de personnel (Médecins et pharmaciens, Techniciens, Administratifs) peut être estimé. Trois indicateurs se définissent comme suit :

1. Nombre d'examen de (Chimie + Chimie : hormonologie + Chimie : toxicologie + Chimie : monitoring thérapeutique + Microbiologie et microscopie + Sérologie infectieuse + Hématologie + Coagulation et hémostase) / Nombre d'ETP (Médecin spécialiste en biologie clinique avec reconnaissance en RIA (Radio-immuno assay))

+ Médecin spécialiste en biologie clinique sans reconnaissance en RIA (Radio-immuno assay) + Médecin spécialiste en médecine nucléaire + Médecin (autre que spécialiste en biologie clinique) avec reconnaissance en RIA + Médecin (autre que spécialiste en biologie clinique) sans reconnaissance en RIA +Pharmacien biologiste.

2. Nombre d'examens de (Chimie + Chimie : hormonologie + Chimie : toxicologie + Chimie : monitoring thérapeutique + Microbiologie et microscopie + Sérologie infectieuse + Hématologie +Coagulation et hémostase) / Nombre d'ETP Personnel administratif
3. Nombre d'examens de (Chimie + Chimie : hormonologie + Chimie : toxicologie + Chimie : monitoring thérapeutique + Microbiologie et microscopie + Sérologie infectieuse + Hématologie +Coagulation et hémostase) / Nombre d'ETP Technicien de laboratoire

Le tableau 11 présente les résultats de ces indicateurs. En moyenne, environ 324.000 examens sont réalisés pour un ETP médecins ou pharmacien. Un ETP technicien génère quant à lui environ 58.000 examens et un ETP administratif un peu moins 440.000. La dispersion des résultats est relativement large.

Tableau 11 Nombre moyen d'examens de laboratoire par ETP

	Nombre moyen d'examens par ETP	CV	Médiane
Nombre d'examens de laboratoire par ETP Médecins et Pharmaciens	337.594	61	323.961
Nombre d'examens de laboratoire par ETP Techniciens	58.186	45	54.709
Nombre d'examens de laboratoire par ETP Administratifs	439.839	75	349.840

Le rapport entre les indicateurs décrit l'équipe « standard » dont les laboratoires bénéficient : pour un ETP médecin ou pharmacien, il y a 0,8 ETP administratif et 6 ETP techniciens.

### 7.1.8 L'activité du SMUR

L'activité du SMUR peut être évaluée par trois indicateurs. Ceux-ci permettent de juger de la lourdeur du SMUR et/ou de la finesse du tri.

Ainsi, on remarque que trois patients sur 4 arrivés par le SMUR aux urgences sont hospitalisés. Parmi ces patients hospitalisés, un tiers environ passe par l'unité des soins intensifs. Enfin, sur l'ensemble des patients accueillis aux urgences par le SMUR, un sur cinq est hospitalisé aux soins intensifs.



Tableau 12 Indicateurs issus des statistiques annuelles relevant de l'activité du SMUR

		CV	Médiane
Nombre de patients accueillis aux urgences et ensuite hospitalisés arrivés par le SMUR / Nombre de patients accueillis aux urgences et arrivés par le SMUR	0,75	71	0,68
Nombre de patients accueillis aux urgences et ensuite hospitalisés arrivés par le SMUR et transférés aux Soins intensifs / Nombre de patients accueillis aux urgences et ensuite hospitalisés arrivés par le SMUR	0,28	58	0,26
Nombre de patients accueillis aux urgences et ensuite hospitalisés arrivés par le SMUR et transférés aux Soins intensifs / Nombre de patients accueillis aux urgences et arrivés par le SMUR	0,21	99	0,15

Pour deux indicateurs, nous relevons des valeurs aberrantes supérieures à 1. Ces erreurs ne devraient pas être permises par le programme d'encodage de l'enquête annuelle. Il est en effet impossible par exemple que le nombre de patients arrivés aux urgences par le SMUR et hospitalisés soit plus élevé que l'ensemble des patients arrivés par le SMUR aux urgences.

L'analyse devrait être poursuivie par région, province et taille de l'hôpital.

### 7.1.9 Discussion

Le manque d'un référentiel commun aux hôpitaux constitue la principale contrainte, entravant la construction d'indicateurs pertinents et empêchant d'ailleurs la comparaison inter-hospitalière. Nous l'avons vu au travers de différents exemples. En imagerie médicale, il est demandé le nombre d'exams réalisés. Cependant, l'examen en imagerie médicale peut se définir de plusieurs façons : nombre d'exams facturés, nombre de passages aux guichets des inscriptions, nombre de patients sur une machine d'imagerie. Ces différentes visions de l'examen réalisé en imagerie médicale changent fortement les résultats obtenus et biaisent dès lors les comparaisons inter-hospitalières. Le manque de définition du référentiel s'applique à presque tous les indicateurs testés dans ce travail.

Cette enquête se compose de plus d'un millier de questions à compléter par site hospitalier. Les questions concernent des domaines aussi variés que la gestion des déchets ou l'activité de différents services médicaux, en passant par la description des comités et commissions hospitalières. Elle représente une charge de travail considérable pour un hôpital aigu. Le nombre de personnes à contacter pour la compléter pouvant aller jusqu'à une cinquantaine. Tant que l'utilisation des données d'une telle enquête n'est pas transparente pour les hôpitaux, il n'est pas possible de garantir la cohérence et l'exhaustivité des données communiquées.

Les feedback 2000 et 2001, disponibles sur le site du SPF- SPSCAE, mentionnaient déjà que « la qualification du répondant est très variable : aucune recommandation n'est donnée au directeur pour déléguer le remplissage du questionnaire ».

Le feedback intégré 2008 souligne quant à lui « la motivation variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données ». Le feedback Intégré 2008 indique de plus que « les institutions ne mettent pas toujours à jour chaque année leurs données dans l'enquête ». Pour certaines données, le taux de réponse peut être assez faible (Postes Infirmiers vacants : 72 institutions n'y ont pas répondu ; Itinéraires cliniques : taux de non-réponse important) ou très hétérogène (Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient : 41 institutions n'ont pas répondu au taux de distribution et au taux de retour et 18 n'ont pas répondu au nombre de domaines couverts par le questionnaire.) Le manque de directives est probablement à l'origine des grandes variabilités observées dans les résultats des indicateurs développés pour le Feedback Intégré en 2008.

Une autre contrainte importante est le délai d'envoi de l'enquête au SPF- SPSCAE. En effet, bien que la version du questionnaire soit restée identique entre 2006 et 2010, le délai au cours duquel les hôpitaux doivent envoyer leurs données a été avancé de 2 mois, et ce sans raison apparente. En effet, à partir des données 2008, l'envoi est fixé au 1er mars au lieu du 1er mai. Cependant, certains résultats peuvent être issus de la facturation. Or, celle-ci n'est pas encore clôturée le 1er mars. Les hôpitaux qui travaillent sur cette base peuvent donc être amenés à transmettre des données erronées ou incomplètes.

Dans leurs différentes circulaires, le SPF annonce la mise en place de rapports descriptifs annuels. En 2007, il annonce en outre que des rapports thématiques en lien avec les dimensions de la performance adaptées par le SPF Santé Publique seront édités. Ces rapports pourraient être utilisés par les hôpitaux soucieux d'améliorer leur performance et de les aider à définir des plans d'action concrets. Il promet en 2008 que les thèmes qui donneront lieu à de tels rapports thématiques porteront sur les dimensions de safety (transfusion sanguine, distribution des médicaments, hygiène hospitalière, incidents/accidents, sécurité du personnel), patient-centeredness (enfant et adulte), gestion des ressources humaines (engagements, départs, encadrement des secteurs d'activité, degré de spécialisation du personnel,...) Ces rapports semblent exister mais n'ont malheureusement pas été diffusés ni publiés.

De manière générale, les hôpitaux ont le sentiment de ne pas être partie prenante de ce questionnaire et de remplir une formalité administrative peu utile. Lorsqu'ils formulent des remarques, celles-ci sont peu prises en compte et peuvent rester en suspend parfois durant plusieurs années. Pour les prestataires, les questions de cette enquête ne sont pas le reflet des activités réalisées sur le terrain.

## ***7.2 Les Patient Safety Indicators (PSI) en Belgique : un outil fiable de détection ?***

### **7.2.1 Introduction**

En 2003, l'Agence fédérale américaine pour la recherche en soins de santé et qualité des soins (Agency for Healthcare Research and Quality -AHRQ) a développé les « Patient Safety Indicators » (PSI)(Agency for Healthcare Research and Quality). Ces indicateurs visent à repérer des complications de soins survenues au cours du séjour hospitalier et

potentiellement évitables par une évaluation des processus ou pratiques de soins. Leur intérêt est multiple :

- Ils se construisent à partir des données médico-administratives, données enregistrées en routine généralement dans un but de financement. Les bases de données constituées sont donc directement disponibles et ne nécessitent pas de consommation de ressources supplémentaires.
- Ils utilisent les codes de la classification ICD-9-CM.
- Ils sont largement étudiés et utilisés dans différents pays (OECD, USA, ...)
- Les données nécessaires pour construire les PSI sont disponibles en Belgique grâce au Résumé Clinique Minimum (RCM) qui, pour sa codification, utilise également la classification ICD-9-CM.

Initialement, la démarche des PSI visait à inciter les prestataires de soins à réaliser une revue de dossiers des séjours hospitaliers repérés par les indicateurs afin de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité. Toutefois, leur utilisation s'est étendue. Ils sont maintenant utilisés pour évaluer la performance hospitalière et sont même inclus dans des programmes « pay-for-performance ». Neuf états US utilisent les PSI pour une information vers le public, le National Quality Forum approuve dix indicateurs PSI pour la mesure de la performance hospitalière et les Centres for Medicare et Medicaid Services ont adopté quatre PSI et une mesure composite pour comparer la qualité et la sécurité des patients entre les hôpitaux (Cevasco, Borzecki et al. 2011).

Parallèlement au recours de plus en plus fréquent des PSI dans l'évaluation de la performance hospitalière, de nombreuses études de validation des PSI ont été publiées. Celles-ci tentent d'estimer la valeur prédictive positive (VPP) des indicateurs, c'est-à-dire d'évaluer la proportion de cas qui présentent effectivement la complication de soins parmi l'ensemble des séjours identifiés. Ces études montrent que, par rapport au dossier médical considéré comme le « gold standard », la capacité des PSI à identifier de réelles complications est très variable. Les VPP varient de 44% à 91% selon les PSI étudiés (Weller, Gallagher et al. 2004; Gallagher, Cen et al. 2005; Zhan, Battles et al. 2007; Henderson, Recktenwald et al. 2009; Kaafarani and Rosen 2009; Utter, Zrelak et al. 2009; White, Sadeghi et al. 2009; Utter, Cuny et al. 2010; White, Garcia et al. 2010; Kaafarani, Borzecki et al. 2011; Zrelak, Sadeghi et al. 2011). En Belgique, la VPP de trois PSI a été testée dans huit hôpitaux volontaires (Verelst, Jacques et al. 2010). L'étude menée rapporte également des différences importantes de ces taux, variant de 74.5% pour le PSI 3 Ulcère de décubitus à 58.5% pour le PSI 12 Thrombose veineuse profonde/Embolie pulmonaire postopératoire et 45.0% pour le PSI 13 Sepsis Postopératoire. En ne considérant que les complications survenues en cours de séjour, ces taux diminuent respectivement à 54.3%, 49.6% et 44.2%.

Le recours grandissant aux PSI pour l'évaluation de la qualité, le financement et la communication vers le public ont poussé cliniciens, chercheurs et autres professionnels de la santé à émettre certaines réserves face à ces indicateurs (Kaafarani, Borzecki et al. 2011). Ainsi, il est souvent rappelé que les bases de données médico-administratives manquent de fiabilité et de constance en raison de l'ambiguïté des règles de codage, du manque de précision de certains codes ICD-9-CM, des différences dans les pratiques de codage entre les hôpitaux, de l'impossibilité de distinguer au travers des codes les complications développées au cours du séjour de celles présentes à l'admission et enfin de la qualité des dossiers

médicaux. Ces facteurs sont également les déterminants expliquant les faibles valeurs de VPP obtenues (Kaafarani, Borzecki et al. 2011).

Dans le cadre du projet « HPI.be », nous avons été amenés dans un premier temps à mettre à jour le feedback des PSI à destination de tous les hôpitaux belges (SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins). Celui-ci fournit aux hôpitaux aigus et subaigus de notre pays ses taux PSI et la liste des séjours identifiés pour une éventuelle revue de dossiers. Il contient également un rapport scientifique présentant les valeurs nationales et dégageant certaines pistes aidant à l'interprétation. Dans un second temps, nous avons tenté de déterminer la variabilité des taux entre les hôpitaux belges. Nous avons également essayé de dégager les facteurs qui permettent d'expliquer les variations observées.

### **7.2.2 Matériel et Méthode**

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins - Service Data management a calculé les PSI au cours du second semestre 2010. Ceux-ci ont concerné les années 2000 à 2007, incluant 14.453.394 séjours hospitaliers classiques survenus dans 134 hôpitaux fusionnés. Sur les 20 PSI initialement définis par l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), trois indicateurs n'ont pas été retenus par manque de pertinence clinique (PSI 4 Failure to Rescue, PSI 10 Complications physiologiques et métaboliques et PSI 20 Traumatisme obstétrical au cours d'une césarienne). Trois indicateurs ont été destinés à une communication aux hôpitaux des séjours identifiés, sans calcul du dénominateur (PSI 1 Complications d'anesthésie, PSI 5 Corps étranger laissé au cours d'une intervention, PSI 16 Réaction de transfusion). Le PSI 2 Décès dans les DRG de faible mortalité n'a pas fait l'objet de cette étude. La définition de cet indicateur a été reconstruite car le système belge se réfère aux APR-DRG et non aux DRG utilisés par l'AHRQ. Quelques rares adaptations ont été apportées aux définitions proposées par l'AHRQ selon les spécificités des données belges. La modification la plus importante a concerné la notion de procédure principale, inexistante dans le RCM. Nous l'avons remplacée par la première procédure du séjour (PSI 8 Fracture de hanche postopératoire, PSI 9 Hématome ou hémorragie postopératoire, PSI 11 Insuffisance respiratoire postopératoire, PSI 12 Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde, PSI 14 Déhiscence de plaie opératoire après une chirurgie abdominopelvienne).

La variabilité des taux a été étudiée sur base des données anonymisées des hôpitaux. Les données disponibles contenaient pour chaque PSI: le numéro de l'hôpital, l'année, le nombre de lits (< 300 lits, 300-450 lits et >450 lits), la classe (aigu ou subaigu), le caractère de l'hôpital (universitaire ou non, spécialisé ou gériatrique), le nombre de séjours au numérateur, le nombre de séjours au dénominateur, le nombre de diagnostics et de procédures codés pour les séjours du numérateur et du dénominateur, la durée de séjour du numérateur et du dénominateur.

Dans un premier temps, nous décrivons, pour chaque indicateur, la distribution des taux entre les hôpitaux belges. Les résultats sont exprimés en taux pour 1 000 séjours. La distribution asymétrique à gauche des taux nous a incités à les analyser à partir de la médiane et non de la moyenne. Nous présentons donc pour chaque indicateur la médiane,

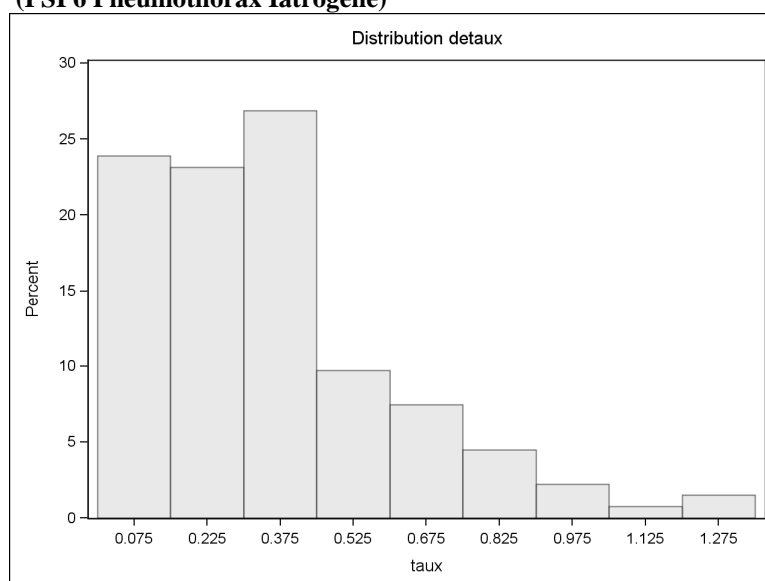
le minimum, le maximum, les quartiles inférieurs et supérieurs. L'espace interquartile calcule la distance entre les quartiles. La variabilité a été appréciée par le coefficient de variation, calculé de la manière suivante : écart interquartile/Médiane. Nous avons également privilégié des tests statistiques non paramétriques, plus robustes et moins sensibles aux valeurs extrêmes. Dans un second temps, à l'aide de modèles de régression linéaire multivariée et des données disponibles citées précédemment, les variations inter-hospitalières ont été quantifiées afin de déterminer dans quelle mesure elles pouvaient s'expliquer par certaines caractéristiques des établissements de soins ou par des effets de codification ou de casemix. Nous avons utilisé les logarithmes des taux afin de normaliser leur distribution. Enfin, des corrélations de Spearman ont permis d'établir si un lien existait entre une codification plus exhaustive du RCM et un taux de PSI élevé.

## 7.2.3 Résultats

### 7.2.3.1 Analyse de la distribution des taux

Tous les PSI montrent une distribution asymétrique à gauche comme la Figure 19 l'illustre pour le PSI 6 pneumothorax iatrogène. En conséquence, nous avons étudié la distribution des taux à partir des paramètres de position.

**Figure 19 Distribution des taux par hôpital (/1000 séjours)  
(PSI 6 Pneumothorax Iatrogène)**



Les paramètres de position décrivent, pour chaque indicateur, la distribution des taux entre les hôpitaux belges (Tableau 13). La médiane la plus élevée est observée pour le PSI 3 Ulcère de décubitus (13,21 événements pour 1000 séjours). Deux PSI présentent une médiane à 0 (PSI 8 Fracture de hanche postopératoire, PSI 14 Déhiscence de plaie après une chirurgie abdominopelvienne) Les taux varient entre les hôpitaux selon l'événement ciblé. La variation est la plus faible pour le PSI 12 PE/DVT postopératoire avec un coefficient de variation de 74%. Elle est la plus élevée pour le PSI 17 Traumatisme du nouveau-né, dont le coefficient de variation est de 281%.

Le Tableau 13 présente également l'ensemble des résultats au sein des hôpitaux académiques (n=7). Au sein de ces hôpitaux, la variabilité est nettement moins importante pour la plupart des PSI. Lorsque la variabilité n'est pas moindre, la dispersion reste constante (PSI 11 Détresse respiratoire postopératoire par exemple). Les variations les plus faibles sont observées pour les PSI 9 Hémorragie et hématome postopératoire (46%), PSI 12 DVT/PE postopératoire (49%), PSI 7 Infection liées aux soins (53%), PSI 6 Pneumothorax iatrogène (58%).

<i>PSI</i>	<i>Hôpitaux belges (n=134)</i>							<i>Hôpitaux académiques (n=7)</i>				
	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Quartile inférieur</i>	<i>Médiane</i>	<i>Quartile supérieur</i>	<i>Ecart interquartile</i>	<i>Coefficient de variation</i>	<i>Quartile inférieur</i>	<i>Médiane</i>	<i>Quartile supérieur</i>	<i>Ecart interquartile</i>	<i>Coefficient de variation</i>
PSI 3 Decubitus Ulcer	0	200	7,93	13,21	22,89	14,96	113%	5,49	7,89	11,42	5,93	75%
PSI 6 Iatrogenic Pneumothorax	0	6,85	0	0,26	0,52	0,52	200%	0,41	0,65	0,79	0,38	58%
PSI 7 Selected Infections Due to Medical Care	0	32,72	0,22	0,63	1,16	0,94	149%	1,2	1,8	2,16	0,96	53%
PSI 8 Postoperative Hip Fracture	0	58,82	0	0	0,29	0,29	N/A	0	0,15	0,23	0,23	153%
PSI 9 Postoperative Hemorrhage or Hematoma	0	6,85	0,57	1,17	1,98	1,41	121%	2,22	2,58	3,4	1,18	46%
PSI 11 Postoperative Respiratory Failure	0,12	71,43	0,72	1,47	2,71	1,99	135%	0,79	2,25	3,68	2,89	128%
PSI 12 Postoperative PE/DVT	0	68,18	3,04	4,39	6,28	3,24	74%	4,46	6,54	7,66	3,2	49%
PSI 13 Postoperative Sepsis	0	31,07	3,72	6,23	9,41	5,69	91%	7,25	10,66	15,19	7,94	74%
PSI 14 Postoperative Wound Dehiscence	0	15,63	0	0	1,85	1,85	N/A	0	1,1	2,95	2,95	268%
PSI 15 Accidental Puncture or Laceration	0	37,26	0,15	0,81	1,82	1,67	206%	2,85	5,46	14,15	11,3	207%
PSI 17 Birth Trauma – Injury to Neonate	0	132,6	0	0,83	2,33	2,33	281%	1,19	2,79	4,26	3,07	110%
PSI 18 Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument	0	200	0	7,69	20,41	20,41	265%	0	16,89	27,03	27,03	160%
PSI 19 Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument	0	120,54	0	2,34	6,13	6,13	262%	0	4,19	6,43	6,43	153%

**Tableau 13 Distribution des taux par hôpitaux (/1000 séjours)**

### 7.2.3.2 Facteurs influençant les taux

Des variations dans les taux de PSI existent de manière plus ou moins marquée : très élevée pour le PSI 17 Traumatisme du nouveau-né et la plus faible pour le PSI 12 DVT/PE postopératoire.

A partir de régressions logistiques multivariées, l'impact de diverses variables sur les disparités des taux a été quantifié (Tableau 14). De manière générale, les modèles développés expliquent peu les disparités inter-hospitalières des taux de PSI. Le pouvoir explicatif varie de 54% (PSI 15 Piqure ou laceration accidentelle) à moins de 5% (PSI 8 Fracture de hanche postopératoire). Bien qu'une augmentation des taux au cours du temps soit observée, l'année est rarement significativement liée à la variation des taux. La taille de l'hôpital, approchée par le nombre de lits, a une influence modérée sur les taux. Enfin, le nombre moyen de diagnostics codés est toujours significativement lié aux taux, à l'exception des PSI 8 Fracture de hanche postopératoire et PSI 14 Déhiscence de plaie opératoire après une chirurgie abdomino-pelvienne. Le nombre moyen de procédures codées ne l'est que rarement.

**Tableau 14 Régressions multiples analysant la relation entre les taux de PSI et les facteurs hospitaliers (Estimate (B) et p-value)**  
**Références : année 2000, <300 lits, Subaigu, nombre moyen de diagnostics codés et nombre moyen de procédures codées.**

PSI	R <sup>2</sup>	Année (Ref: 2000)	300-450 lits (Ref: <300 lits)	>450 lits (Ref: <300 lits)	Type hôpital (Ref: Subaigu)	Nombre moyen de diagnostics par hôpital	Nombre moyen de procédures par hôpital
PSI 3 Decubitus Ulcer	0,10	0,44 (<.0001)	0,34 (0.0007)	0,10 (0.5331)	-0,04 (0.0747)	0,87 (<.0001)	-0,00 (0.9675)
PSI 6 Iatrogenic Pneumothorax	0,39	0,10 (0.0711)	0,36 (<.0001)	1,21 (<.0001)	0,00 (0.7738)	0,46 (<.0001)	-0,01 (0.8363)
PSI 7 Selected Infections Due to Medical Care	0,40	0,48 (<.0001)	0,51 (<.0001)	1,65 (<.0001)	-0,03 (0.0299)	0,70 (<.0001)	0,06 (0.1751)
PSI 8 Postoperative Hip Fracture	0,05	0,25 (0.0004)	0,3 (<.0001)	-0,19 (0.3230)	0,00 (0.7853)	0,17 (0.0544)	0,11 (0.2505)
PSI 9 Postoperative Hemorrhage or Hematoma	0,20	0,26 (0.0018)	0,47 (<.0001)	1,80 (<.0001)	-0,02 (0.2141)	0,54 (<.0001)	-0,05 (0.6372)
PSI 11 Postoperative Respiratory Failure	0,05	-0,02 (0.8606)	-0,00 (0.9886)	-0,41 (0.2021)	-0,04 (0.0053)	0,49 (<.0001)	-0,16 (0.0890)
PSI 12 Postoperative PE/DVT	0,11	0,05 (0.4047)	0,09 (0.1125)	0,78 (<.0001)	-0,07 (<.0001)	0,45 (<.0001)	-0,12 (0.0874)
PSI 13 Postoperative Sepsis	0,22	0,26 (0.0040)	0,56 (<.0001)	126,3 (<.0001)	-0,01 (0.5372)	0,72 (<.0001)	0,27 (0.0053)
PSI 14 Postoperative Wound Dehiscence	0,06	-0,17 (0.1944)	0,36 (0.0069)	1,00 (0.0903)	0,04 (0.1572)	0,21 (0.2666)	0,59 (0.0001)
PSI 15 Accidental Puncture or Laceration	0,54	0,25 (0.0011)	0,62 (<.0001)	2,16 (<.0001)	0,02 (0.2373)	0,79 (<.0001)	0,01 (0.8151)
PSI 17 Birth Trauma – Injury to Neonate	0,28	0,09 (0.4652)	0,53 (<.0001)	0,56 (0.3181)	-0,01 (0.6338)	111,23 (<.0001)	-0,03 (0.7312)
PSI 18 Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument	0,12	-0,27 (0.2958)	0,45 (0.0703)	-1,41 (0.1530)	0,06 (0.1780)	1,68 (<.0001)	0,48 (0.0635)
PSI 19 Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument	0,8	-0,06 (0.6972)	0,71 (<.0001)	-0,95 (0.1801)	0,04 (0.2248)	0,60 (0.0036)	0,41 (0.0073)



### 7.2.3.3 Relation entre les taux et la codification

Pour évaluer l'impact des pratiques de codification sur les taux de PSI, nous avons cherché à savoir s'il existait une relation entre le nombre moyen de diagnostics codés et la valeur du taux (

Tableau 15). Pour tous les PSI, à l'exception du PSI 6 Pneumothorax iatrogène, plus le nombre moyen de diagnostics codés est élevé et plus le taux de PSI sera haut. Les relations mises en évidence sont toutefois faibles.

**Tableau 15** Corrélations entre les taux de PSI et le nombre moyen de diagnostics codés

<i>PSI</i>	<i>R Spearman</i>	<i>p-value</i>
PSI 3 Decubitus Ulcer	0.35	<.0001
PSI 6 Iatrogenic Pneumothorax	0.04	0.2051
PSI 7 Selected Infections Due to Medical Care	0.14	<.0001
PSI 8 Postoperative Hip Fracture	0.16	<.0001
PSI 9 Postoperative Hemorrhage or Hematoma	0.30	<.0001
PSI 11 Postoperative Respiratory Failure	0.13	0.0007
PSI 12 Postoperative PE/DVT	0.22	<.0001
PSI 13 Postoperative Sepsis	0.34	<.0001
PSI 14 Postoperative Wound Dehiscence	0.16	<.0001
PSI 15 Accidental Puncture or Laceration	0.10	0.0009
PSI 17 Birth Trauma – Injury to Neonate	0.50	<.0001
PSI 18 Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument	0.32	<.0001
PSI 19 Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument	0.19	<.0001

### 7.2.4 Discussion

Les taux de PSI varient entre les hôpitaux belges. Toutefois, les variations ne sont pas homogènes entre les PSI. En effet, nous avons pu constater que certains PSI tels que les indicateurs obstétricaux variaient fortement alors que le PSI 12 PE/DVT postopératoire ou le PSI 13 Sepsis postopératoire présentait des variations modérées. Ceci suggère que chaque PSI doit être étudié individuellement, surtout lorsqu'on envisage une utilisation de ces indicateurs autre que la revue de dossier comme suggéré initialement.

Trois principaux facteurs permettent, selon nous, d'expliquer ces dispersions : les pratiques de codification, la comorbidité ou casemix de l'hôpital et de réelles différences de sécurité dans les hôpitaux.

La littérature démontre une relation entre les pratiques de codification et les PSI (Raetzman, Stranges et al. 2008; Drösler, Romano et al. 2009; Drösler, Klazinga et al. 2009; Drosler, Romano et al. 2011). Ainsi, une codification plus exhaustive induirait des taux de PSI plus élevés, probablement car la chance de rencontrer les codes recherchés est plus forte. Cette relation a été mise en évidence dans une comparaison internationale (Drösler, Romano et al. 2009; Drösler, Klazinga et al. 2009; Drosler, Romano et al. 2011) et au sein de 37 états

US(Raetzman, Stranges et al. 2008). Dans ces deux études, le financement ainsi que les guidelines de codification et les pratiques qui en découlent diffèrent entre les entités comparées. Dans notre étude, à une échelle nationale, cette relation n'est pas évidente. En effet, nous avons tenté de déterminer, à partir de régressions logistiques, les facteurs qui permettraient d'expliquer les variations des taux PSI au sein des hôpitaux belges. Bien que le nombre moyen de diagnostics codés soit un facteur statistiquement associé aux PSI, les modèles développés n'expliquent que très peu les variations observées. Le modèle présentant le plus haut pouvoir explicatif est celui développé par rapport au PSI 15 Coupure ou piqure accidentel. Il permet toutefois d'expliquer à peine un peu plus de la moitié de la dispersion des taux. Pour deux PSI (PSI 8 Fracture de hanche postopératoire et PSI 14 Déhiscence de plaie après une chirurgie abdominopelvienne), le facteur de codification n'est pas associé à la variation du taux. Cette absence de relation se retrouve dans l'analyse de la corrélation entre les PSI et la codification, toujours approchée par le nombre moyen de diagnostics codés. Une fois encore, la relation mise en évidence est relativement faible, n'excédant pas 25%. Au niveau international, cette relation entre taux de PSI et codification est plus forte, allant de 23% à 56% (Drosler, Romano et al. 2011).

Tout comme la comparaison au sein des états US(Raetzman, Stranges et al. 2008), notre analyse décrit une relation non significative entre la codification et le PSI 6 Pneumothorax iatrogène. Il semblerait donc que les PSI s'appuyant sur des codes ICD-9-CM précis soient également ceux qui sont les moins sensibles aux effets de la codification. Ainsi, le PSI 17 Traumatisme du nouveau-né utilise des codes ICD-9-CM non spécifiques, pour lesquels les règles de codification peuvent être interprétées différemment. Cet indicateur serait fortement influencé par les pratiques de codification dans les hôpitaux, d'autant plus que des effets de sur codification aussi bien que de sous-codification peuvent être suspectés. A l'inverse, le PSI 6 Pneumothorax iatrogène fait appel à un code ICD-9-CM sans ambiguïté. Sans doute sous-enregistré, sa VPP est cependant élevée(Sadeghi, Baron et al. 2010; Kaafarani, Borzecki et al. 2011). Les pratiques de codification ne semblent pas l'influencer.

La différence entre la présente recherche et les précédentes études(Raetzman, Stranges et al. 2008; Drösler, Romano et al. 2009; Drösler, Klazinga et al. 2009; Drosler, Romano et al. 2011) se situe au niveau de l'unité d'agrégation de l'analyse. Nous nous concentrons ici sur une comparaison nationale des PSI, au sein d'un système où les règles sont définies. La Belgique dispose d'un mode de financement des hôpitaux qui encourage à l'exhaustivité des données codées. Le financement est global tout en étant calculé sur la base des séjours hospitaliers pris individuellement. Les codeurs sont formés régulièrement par le SPF Santé Publique. Les audits annuels au sein des hôpitaux par le SPF Santé Publique permettent également de diffuser les règles de codage et tentent au mieux de les harmoniser. En Belgique, le codage des séjours est relativement exhaustif en comparaison à d'autres pays, comme nous le constatons dans la comparaison internationale des PSI. Dans cette étude(Drösler, Romano et al. 2009), la Belgique présente d'ailleurs le nombre moyen de diagnostics codés le plus élevé sur la base du dénominateur du PSI 5 Corps étranger laissé au cours d'une intervention (maximum : 6,72 - Belgique ; minimum : 1,50 - Italie ; Etats-Unis : 6,02).

La variable utilisée pour évaluer l'effet de la codification est le nombre moyen de diagnostics codés. Or, ce nombre est une variable confondante puisqu'elle est aussi bien le reflet de l'exhaustivité du codage que celui de la lourdeur des cas pris en charge par l'institution. La

dispersion des PSI au sein des hôpitaux peut donc également être interprétée par des différences de casemix des hôpitaux. En comparant les taux au sein d'hôpitaux dont le profil est plus proche, comme les hôpitaux académiques par exemple, on constate d'ailleurs que les taux varient plus modérément pour plusieurs PSI. Pour quatre indicateurs, le coefficient de variation se situe autour de 50%. Par contre, si on réalise le même exercice en distinguant les institutions sur le nombre de lits, les variations restent inchangées. Le nombre de lits est en effet le reflet de la structure hospitalière et ne présage pas du profil des patients pris en charge. En d'autres termes, la variation des PSI entre les hôpitaux académiques est nettement moins élevée que la variation à l'intérieur des classes de taille. L'homogénéité du casemix serait plus grande entre les hôpitaux académiques. Nous pensons qu'une analyse au niveau international lisse les effets de casemix alors que, dans notre analyse, le nombre moyen de diagnostics codés par hôpital reflète plus les effets de la comorbidité.

### **7.2.5 Conclusion**

Utiliser les PSI à des fins de comparaison entre hôpitaux fait l'objet de critiques, parfois virulente, et ce principalement par crainte d'un biais trop important inhérent aux données administratives. Toutefois, il semblerait qu'au sein d'un même mode de fonctionnement, on puisse recourir à une utilisation plus large de certains PSI. Certains indicateurs bien choisis pourraient dès lors faire l'objet d'une diffusion auprès du public ou d'une comparaison des taux entre hôpitaux moyennant plusieurs conditions : i-Sélectionner les PSI les moins sensibles à la codification. ii-Adapter la diffusion des résultats au type d'institution. iii-Choisir des complications de soins fréquentes. iv-Choisir des complications de soins influencées par la pratique médicale. v-Privilégier des domaines pour lesquels une marge d'amélioration potentielle existe

## 8 EXPLORATION DANS UN ÉCHANTILLON D'HÔPITAUX AIGUS

### 8.1 Introduction - Objectifs et méthodologie de l'étude exploratoire dans les hôpitaux

#### 8.1.1 Objectifs de l'étude exploratoire dans les hôpitaux

Le chapitre 6 du présent rapport repose sur une étude exploratoire relative aux indicateurs effectivement employés et aux conditions de leur mise en œuvre, réalisée dans 10 hôpitaux aigus choisis sur une base de volontariat, ainsi que dans les 3 hôpitaux académiques en charge de la recherche.

Il s'agit ici d'analyser comment les professionnels des hôpitaux belges perçoivent, élaborent, appliquent ou parfois ignorent les indicateurs de performance au sein de leur organisation, aux niveaux « méso » (les directions) et « micro » (les services hospitaliers). Cette approche est complémentaire des autres chapitres du rapport, qui, par une analyse de la littérature et une exploration des banques de données en matière de santé publique, évaluent au niveau national (Feedback multidimensionnel intégré, dispositifs de benchmark privés...) et international (OMS, IHI, exemples étrangers...) la pertinence et/ou la disponibilité de certains indicateurs.

L'objectif de ce chapitre est donc d'établir un bilan des pratiques d'un échantillon d'établissements de santé. Il doit aussi offrir une réflexion sur les indicateurs de performance les plus à même de susciter l'adhésion des professionnels hospitaliers et de produire des changements sur le terrain. Le set d'indicateurs ne doit en effet pas seulement donner une image du fonctionnement du système de santé belge à destination du gouvernement ou des organisations internationales, il doit aussi, autant que possible, aider les acteurs à améliorer leurs processus de travail.

Enfin, les entretiens réalisés ont également apporté quelques éléments relatifs à l'articulation entre les niveaux « micro » et « macro », à savoir une appréciation de la réception par les acteurs du Feedback multidimensionnel intégré ainsi que des contrats qualité et sécurité, dont un des piliers est la promotion de l'emploi des indicateurs de performance par les personnels hospitaliers.

#### 8.1.2 Apports de l'analyse qualitative par entretiens

L'étude exploratoire a été menée au moyen d'une enquête de type qualitatif par entretiens semi-directifs. Un questionnaire complémentaire a été adressé en un second temps en vue d'une description détaillée d'un certain nombre de « *success stories* » à même d'illustrer les pratiques hospitalières en matière d'emploi des indicateurs de performance.

La comparaison entre analyses quantitatives et qualitatives est un bon moyen de comprendre les apports spécifiques de ces dernières. Les deux approches reposent sur des postulats différents quant aux motivations des comportements humains – et donc quant aux moyens de les expliquer<sup>11</sup>. Classiquement, les approches quantitatives, dont la première application en sciences sociales est l'ouvrage d'Emile Durkheim sur *Le Suicide*, considère que

---

<sup>11</sup> Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995.

la causalité des attitudes individuelles leur est extérieure et que l'on peut ainsi les rapporter à des facteurs sociaux facilement intégrables dans des modèles statistiques : âge, sexe, niveau d'étude, statut familial, profession... Les enquêtes de ce type sont « hypothético-déductives » : des hypothèses sont préalablement formées sur le phénomène étudié puis validées auprès des acteurs.

A l'inverse, les approches qualitatives renvoient à une sociologie dite compréhensive, selon laquelle l'étude des comportements passe par la prise en compte du *sens* que les individus leur accordent. L'entretien (comme les autres méthodes qualitatives que sont l'observation ethnographique ou les focus groups) a donc pour objet de saisir les schémas de pensée, valeurs et croyances au travers desquels les acteurs perçoivent et interprètent le monde. Les hypothèses sont formalisées de manière « bottom-up » à partir des résultats des interviews. Ce faisant, le chercheur doit éviter de travestir les pensées de l'interviewé en fonction de ses présupposés théoriques sur le domaine :

*« In a qualitative research interview the aim is to discover the interviewee's own framework of meanings and the research task is to avoid imposing the researcher's structures and assumptions as far as possible. The researcher needs to remain open to the possibility that the concepts and variables that emerge may be very different from those that might have been predicted at the outset »<sup>12</sup>*

Ce mode de questionnement de la réalité a acquis aujourd'hui une légitimité dans les études de santé publique, ce dont témoigne le développement de revues spécifiques comme *Qualitative Health Research* (<http://qhr.sagepub.com/>). En effet, là où les études quantitatives sont créditées d'une plus grande fiabilité (en termes de standardisation des protocoles et donc de limitation des biais) et d'une plus grande validité externe (la capacité de leur résultats à être généralisées), les méthodes qualitatives offrent une compréhension plus fine et détaillée des attitudes et relations étudiées :

*« Whereas quantitative methods aim for reliability (that is, consistency on retesting) through the use of tools such as standardised questionnaires, qualitative methods score more highly on validity, by getting at how people actually mean when they describe their experiences, attitudes and behaviour »<sup>13</sup>*

Le raisonnement hypothético-déductif qui sous-tend les analyses statistiques présente en effet le risque d'exclure par avance certains pans de la réalité significatifs pour les acteurs et ainsi d'altérer leur force explicative. A l'inverse, l'entretien, en autorisant les acteurs à s'exprimer sur l'ensemble des faits qui leur semblent pertinents pour la thématique de l'étude, fait émerger des liens causaux ou des pratiques que le chercheur n'avait pas anticipés.

L'apport de l'entretien semi-directif à cette étude a donc été d'offrir une *vue par le bas* du rapport des acteurs aux indicateurs de performance. Cet apport s'est manifesté à trois niveaux :

- Au niveau de la description des pratiques : l'entretien permet de faire ressurgir les modalités concrètes d'emploi des indicateurs au niveau local. Il est ainsi apparu que la communication entre les départements ou les services sur les actions de

---

<sup>12</sup> Nicky Britten, « Qualitative interviews in medical research », *British Medical Journal*, vol. 311, 1995 (22 July), p. 251.

<sup>13</sup> Catherine Pope, Nick Mays, « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research », *British Medical Journal*, vol. 311, 1995 (1 July), p. 43. Sur l'opposition fiabilité/validité, cf. également Deborah J. Cohen, Benjamin F. Crabtree, « Evaluative Criteria for Qualitative Research in Health Care : Controversies and Recommendations », *Annals of Family Medicine*, Vol. 6(4), 2008, p. 331-339.

performance est souvent faible, que certains indicateurs classiques sont jugés inutiles par les acteurs, qu'il peut y avoir conflit sur la définition exacte des indicateurs, etc. Tous ces éléments permettent d'enrichir et de nuancer les résultats du bilan des contrats qualité et sécurité (et plus particulièrement du pilier III des contrats, consacré aux indicateurs de performance).

- Au niveau des perceptions de la pertinence des indicateurs de performance. Les enquêtes par questionnaires postulent l'adhésion générale des acteurs à l'usage des indicateurs. Or, les entretiens ont montré que la diffusion de la culture de la performance est très différenciée, et que la notion même de performance est discutée. Ceci mène, là encore, à relativiser l'image que donnent les réponses aux questionnaires d'évaluation du contrat qualité et sécurité, souvent fournies par les membres de l'organisation les plus enthousiastes vis-à-vis des indicateurs (responsable qualité, directeur financier...).
- Au niveau des interprétations des conditions de succès des indicateurs. L'approche par entretien prend au sérieux les analyses que font les acteurs de leurs attitudes ou de leur environnement. Les explications apportées par eux au succès ou à la désuétude de tel indicateur ont ainsi permis de dégager des conclusions quant aux facteurs facilitant ou entravant leur utilisation, à leurs éventuels effets pervers ou à leur capacité à soutenir des stratégies de changement.

### 8.1.3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en prenant en compte toutes les dimensions du rapport des acteurs aux indicateurs de performance<sup>14</sup>. Pour arriver à une relative exhaustivité dans les thèmes abordés, la version initiale du guide a été amendée en fonction d'un pré-test auprès de trois membres du personnel du CHU de Liège et de trois membres de l'UZAntwerpen.

Les principales questions posées ont été les suivantes :

- Pourriez en quelques mots nous donner votre vision de la « performance » d'un hôpital, de manière globale ? Et plus particulièrement dans votre domaine ?
- Utilisez-vous des indicateurs de performance ? Si oui, lesquels ? *Cette question était accompagnée d'une série de sous-questions visant à évaluer le degré d'effectivité et d'utilité des indicateurs cités, en demandant aux acteurs de décrire de manière approfondie les conditions d'emploi de trois indicateurs qui leur semblaient particulièrement importants dans leur activité.*
- Hormis ce qui se pratique dans votre établissement, pourriez-vous me citer d'autres indicateurs vous sembleraient essentiels pour évaluer la performance d'un hôpital, par ordre d'importance ?

---

<sup>14</sup> Le guide est reproduit intégralement en annexe.

- Existe-t-il des formations à l'usage d'indicateurs pour les employés de l'hôpital, en interne ou en externe ?
- Est-ce que la direction communique sur les indicateurs et leurs résultats ?
- Est-ce que vous avez des exemples d'actions d'amélioration qui ont été lancées suite à des mauvais résultats d'indicateurs ?
- En matière d'indicateurs, avez-vous des relations avec des partenaires extérieurs ?
- Quelles sont selon vous les conditions qui facilitent la mise en place des indicateurs de performance ?
- Est-ce que vous pensez que nous avons fait le tour de la question ?

Le guide a été conçu de manière à fournir un certain nombre de relances afin de s'assurer que chaque thème soit effectivement abordé.

Enfin, des informations ont été prises sur la fonction, la trajectoire professionnelle et les missions de l'interviewé.

#### **8.1.4 Modalités pratiques de l'interview**

Chacune des interviews a été menée par deux personnes au moins, l'une d'entre elles posant les questions étant en charge de s'assurer que l'ensemble des thèmes soit évoquée et l'autre intervenant ponctuellement pour approfondir les points qui lui semblaient pertinent. Cette méthode a permis de mettre à profit les compétences multidisciplinaires de l'équipe et de limiter les biais propres à la réalisation individuelle des entretiens.

L'ordre des questions et le temps passé sur chaque thème n'étaient pas impératifs. Le guide d'entretien a été utilisé de manière souple afin de permettre à l'interviewé de suivre le fil de son raisonnement et d'exprimer l'ensemble des idées qui lui semblent significatives. Les discussions ont ainsi produit nombre d'informations qui n'étaient pas attendues initialement.

Chaque entretien a été enregistré, avec l'accord des acteurs. Ils n'ont pas tous été retranscrits intégralement mais de très larges passages ont été reproduits dans le corps du rapport. Les interviewers ont pris des notes durant l'entretien et consigné leurs commentaires immédiatement après en vue de contribuer à la fidélité du compte-rendu.

L'étude étant bilingue, la réalisation des entretiens et leur décryptage ont été répartis entre membres francophones et néerlandophones de l'équipe. L'analyse des entretiens n'a néanmoins pas été réalisée séparément : des rencontres régulières, avec exposé des résultats respectifs, ont permis de progresser conjointement et de mutualiser les résultats en temps réel.

#### **8.1.5 Echantillonnage**

Selon les termes de la convention de recherche, l'étude exploratoire devait être menée dans dix hôpitaux aigus choisis sur une base volontaire ; les trois CHU pilotant la recherche (Liège, Leuven, Gent) ont été par ailleurs automatiquement ajoutés à cet échantillon total de 13

hôpitaux. Une lettre a été adressée à l'ensemble des hôpitaux aigus de Belgique décrivant rapidement le projet et leur proposant de participer à celui-ci contre un dédommagement financier<sup>15</sup>. La sélection entre établissements volontaires a été opérée par le comité d'accompagnement de la recherche en fonction de critères de localisation régionale, de taille, de statut (public ou privé). Il a été par contre veillé à ne pas se focaliser sur les « bons élèves » en matière de mise en œuvre d'indicateurs, pour aboutir à une image aussi réaliste que possible de la situation des hôpitaux belges. Malgré l'ensemble de ces précautions, l'échantillon n'a pas vocation à être « représentatif » au sens statistique du terme.

Dans chaque hôpital, cinq personnes ont été interrogées : le président du conseil médical, le médecin-chef, la directrice du nursing, le coordinateur qualité et le directeur financier et/ou administratif. Toutefois, dans trois cas, les interviews n'ont pu être réalisées (fonction vacante, empêchement matériel) ; il manque ainsi à l'échantillon deux directeurs généraux et un président de conseil médical. Les partenaires ont été par ailleurs invités à nous signaler les noms de personnes particulièrement impliquées dans la gestion des indicateurs de performance dans leur organisation et dont le témoignage pouvait éventuellement être utile pour l'enquête. 11 acteurs supplémentaires ont donc été rencontrés. En tout, 73 entretiens ont été réalisés.

### 8.1.6 Analyse des données

Dans une démarche qualitative pure, l'exploitation des entretiens repose sur un « codage » des informations recueillies selon des catégories entièrement induites à partir des entretiens. Les diverses méthodes qualitatives (la plus populaire étant celle de la « grounded theory » de Glaser et Strauss<sup>16</sup>) écartent donc toute grille d'analyse prédéfinie, en vue d'éviter que les préjugés des enquêteurs masquent les représentations des acteurs.

Toutefois, les études de santé publique répondent à des questions posées par leurs commanditaires, et ces questions déterminent évidemment en partie les modalités du codage. La démarche est alors partiellement déductive et la grille d'analyse repose inévitablement sur un aller et retour entre catégories issues du questionnement initial et catégories induites lors de l'enquête :

*« Data analysis is determined by both the research objectives (deductive) and multiple readings and interpretations of the raw data (inductive). Thus the findings are derived from both the researcher(s) and findings arising directly from the analysis of the raw data »<sup>17</sup>.*

La méthode la plus adaptée à cette situation est celle dite de la « framework analysis », qui intègre la complémentarité entre aspects déductifs et inductifs<sup>18</sup>.

La « framework analysis repose sur cinq étapes :

- La *familiarisation* avec le matériau :

---

<sup>15</sup> La lettre d'invitation est reproduite en annexe.

<sup>16</sup> Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine, 1967.

<sup>17</sup> David R. Thomas, D R 2003. « A general inductive approach for qualitative data analysis », 2003, Working Paper, School of Population Health, University of Auckland. available online at <http://www.health.auckland.ac.nz/hrmas/resources/Inductive2003.pdf>.

<sup>18</sup> Jane Ritchie, Liz Spencer, « Qualitative Data Analysis for Applied Research », in Alan Bryman, Robert G. Burgess (ed.), *Analyzing Qualitative Data*, London, Routledge, 1993, p. 173-194



Avant de commencer l'analyse, le chercheur ou l'équipe doivent s'immerger à nouveau dans les matériaux recueillis (enregistrements, transcriptions, notes de terrains...), généralement difficiles à appréhender par un simple effort de mémoire.

- Identification du *cadre thématique* :

Ce cadre est le résultat de la rencontre entre les questions soulevées par le cahier des charges et les nouveaux enjeux soulevés par les interviewés. Pour identifier ces derniers, une comparaison systématique des comptes-rendus d'entretiens afin d'en dégager les thèmes et unités de sens récurrents est nécessaire. En vue de traduire dans ces résultats l'ensemble des informations et idées perçues comme pertinentes par les acteurs, il ne faut écarter aucune information présentant un rapport avec l'objet de l'étude (les entretiens contenant néanmoins toujours des passages complètement hors sujet) :

*« All the data relevant to each category are identified and examined using a process called constant comparison, in which each item is checked or compared with the rest of the data to establish analytical categories [...] The key point about this process is that it is inclusive; categories are added to reflect as many of the nuances in the data as possible »<sup>19</sup>.*

Le résultat de ces opérations est un index de catégories représentant l'ensemble des thématiques abordées au cours des entretiens.

L'analyse des entretiens recueillis dans le cadre du projet a ainsi été menée en deux temps. En premier lieu, chaque entretien a été condensé sous la forme d'une « fiche d'entretien » organisée en très larges rubriques reprenant approximativement les thèmes du guide d'entretien. Dans chacune de ces rubriques ont été reportés les idées, faits et exemples livrés par les interviewés ; des citations y ont également été ajoutées. L'équipe n'a écarté aucun élément et aucune des thématiques abordée lors des interviews, créant autant de rubriques supplémentaires que nécessaire. Les fiches comprenaient également un item reprenant les remarques et pistes de recherche spontanément suggérées par les acteurs aux interviewers. Les catégories ont ensuite été précisées et affinées (ou éventuellement regroupées) en un deuxième temps au cours de l'analyse. Cette manière de procéder a concilié la double nature déductive/inductive de la framework analysis.

- Codage de l'ensemble des données selon le cadre thématique identifié

Les matériaux ont été passés au crible du cadre thématique finalement adoptés. Certaines idées ou citations renvoyant éventuellement à plusieurs thématiques différentes ont été reproduites dans autant de catégories que nécessaire.

- Classification graphique des données selon les thèmes.

Chaque catégorie a donné lieu à un document spécifique permettant de visualiser les données recueillies sous forme de tableaux :

**Thématique n° 1 :**

<b>Hôpital A</b>		
Entretien n° 1	Idée/information	Citation(s) correspondant à l'idée/information
Entretien n° 1	Idée/information	Citation(s) correspondant à l'idée/information
Entretien n° ....	.....	.....

<sup>19</sup> Catherine Pope, Sue Ziebland, Nicholas May, « Analysing qualitative data », *British Medical Journal*, vol. 320, 2000 (8 janvier), p. 114.

## Thématique n° 2 :

Hôpital A		
Entretien n° 1	Idée/information	Citation(s) correspondant à l'idée/information
Entretien n° ....	.....	.....

### ➤ Interprétation des données

La présentation en tableaux permet de dégager des régularités dans les résultats obtenus, des phénomènes observables de manière répétée soit dans une majorité des hôpitaux, soit dans une partie d'entre eux.

Ces constats servent à une description systématique de la réalité observée (éventuellement par la création de typologies) d'une part, à la recherche de facteurs explicatifs de cette réalité de l'autre. Cette interprétation sociologique des données offre ensuite une base à la formulation de recommandations prenant en compte le fonctionnement concret des structures hospitalières.

### 8.1.7 « Success stories »

Le diagnostic fait de l'emploi des indicateurs de performance par les hôpitaux de l'échantillon pourra sembler sévère : l'équipe n'a pu manquer de constater, par exemple, que les indicateurs cliniques étaient dans la majorité des cas sous-développés. Néanmoins, des exemples aboutis d'actions d'amélioration de la performance ont été rencontrés dans chaque établissement. Pour valoriser ces actions et présenter au lecteur du rapport quelques « bonnes pratiques » éventuellement transposables dans d'autres établissements, il a été demandé aux responsables de ces projets d'en établir une description détaillée selon un canevas confectionné par l'équipe.

Une synthèse de ces projets est incluse dans ce chapitre afin d'illustrer l'analyse des conditions concrètes d'emploi des indicateurs. Leurs descriptions exhaustives sont disponibles en annexes.

### 8.1.8 Anonymat

Le chapitre s'appuie sur de nombreuses informations concernant directement un hôpital ou un individu particulier. Il contient notamment de nombreuses citations, qui illustrent, enrichissent et donnent chair à la description des perceptions et pratiques des acteurs.

L'anonymat ayant été garantie aux interviewés, certaines précautions ont été prises pour éviter que les établissements et acteurs puissent être reconnus. Les hôpitaux sont ainsi désignés par des lettres de l'alphabet. Les acteurs sont quant à eux uniquement labellisés par leur fonction (« directeur général », « président de conseil médical », « directeur médical »...) et leur hôpital d'appartenance lorsque cela était utile. Dans certains cas, le sexe de la personne citée aurait suffi à l'identifier. Les intitulés de fonction ont donc été systématiquement masculinisés, ce choix du masculin comme « genre neutre » correspondant à l'usage grammatical bien qu'il soit idéologiquement sujet à débat.

### 8.1.9 Structure du chapitre

Le chapitre a été divisé en trois parties aux finalités différentes.

La première constitue un *diagnostic* de la situation actuelle des hôpitaux en matière d'emploi des indicateurs de performance. Son objectif est tout d'abord descriptif. Elle met notamment en avant la diversité des visions de la performance selon les hôpitaux et les métiers, le sous-développement des indicateurs cliniques, la différence des usages entre indicateurs de gestion permanents et indicateurs cliniques souvent créés dans le cadre de projets ponctuels, la segmentation des politiques de performance au sein des hôpitaux, l'isolement organisationnel des coordinateurs qualité, l'emploi très inégal fait du feedback multidimensionnel intégré... Elle identifie également quelques facteurs explicatifs de l'hétérogénéité des systèmes d'indicateurs de performance appliqués dans les hôpitaux, tels que l'influence des valeurs professionnelles, les cultures d'établissement (liées à l'histoire de l'établissement, aux caractéristiques socioéconomiques de ses patients, etc.) ou volonté des acteurs de préserver l'autonomie de leurs services.

La seconde partie synthétise les *attentes* exprimées par les interviewés vis-à-vis du set d'indicateurs envisagé par le SPF. Elle se base uniquement sur les remarques faites par les acteurs concernant la démarche du SPF (y compris, pour certains, leur hostilité ou leur indifférence) et non sur une réflexion indépendante de l'équipe de recherche. Deux catégories d'attentes ont été relevées. La première porte sur les indicateurs du set et prend la forme de critères avancés par les acteurs pour les sélectionner. La seconde correspond aux demandes des acteurs de terrain pour un meilleur accompagnement pour l'exploitation des indicateurs du set.

Enfin, la troisième partie est consacrée aux facteurs de succès et d'échec dans la mise en œuvre des indicateurs de performance. Elle repose sur une analyse du récit fait par les acteurs des projets d'amélioration de la performance élaborés et appliqués dans leurs établissements en vue de mettre en avant les conditions nécessaires à leur aboutissement : conditions structurelles liées au fonctionnement de l'hôpital (équilibre financier, culture de l'organisation), rattachement du projet à une stratégie de performance globale, présence d'un leadership, motivation du personnel, disponibilité de ressources en données, personnel qualifié ou financement.

## 8.2 *Diagnostic de l'emploi des indicateurs de performance dans les hôpitaux*

### 8.2.1 Visions de la performance et stratégies d'établissement

Un des prérequis d'une politique cohérente de performance hospitalière est la présence d'une vision de la performance commune à tous les professionnels de l'établissement, cette vision étant ensuite déclinée en objectifs stratégiques, projets et indicateurs.

Or, les entretiens réalisés révèlent une grande diversité de critères possibles pour jauger l'excellence du fonctionnement ou des résultats de chaque établissement. La notion de performance est donc pour les acteurs très ambiguë, voire dangereuse en ce que son usage traduirait une prédominance des considérations économiques sur les missions de soins. Ce premier constat est peu rassurant quant à la capacité des hôpitaux à concevoir et appliquer des politiques globales de performance.

Autre constat, tous les hôpitaux n'ont pas formalisé leurs objectifs stratégiques sous forme d'un plan ou élaboré un tableau de bord global. L'articulation entre vision, objectifs stratégiques et indicateurs est évidemment dans ce cas d'autant moins assurée.

### 8.2.1.1 La performance hospitalière selon les acteurs

L'analyse des données recueillies, et particulièrement des réponses à la première question de la grille d'entretien (« pourriez-vous en quelques mots nous donner votre vision de la performance d'un hôpital ? ») montre que la notion de performance renvoie à plusieurs dimensions. Sept d'entre elles ont été identifiées : la performance peut ainsi être appréhendée en termes de résultats financiers et d'activité ; de qualité des soins et sécurité du patient ; d'optimisation des ressources humaines (y compris le bien-être et la formation) ; d'orientation-patient (satisfaction du patient, accueil, consultation...) ; de maîtrise des plus récentes techniques médicales ; de qualité de l'enseignement et de la recherche ; de responsabilité envers la communauté ou « responsive governance » (accessibilité aux populations défavorisées, protection de l'environnement...).

La vision de la performance exprimée par les acteurs est *multidimensionnelle* : la très large majorité se réfère à plusieurs critères de performance, bien qu'en indiquant parfois que l'un d'entre eux leur semble prioritaire. Mais ces perceptions ne sont pas partagées de manière homogène. Deux ordres de facteurs favorisent l'adhésion de chaque acteur à telle ou telle définition de la performance : la fonction occupée dans l'établissement d'une part, la culture propre à certains hôpitaux de l'autre.

### 8.2.1.2 Une vision multidimensionnelle de la performance

Les dimensions de la performance relevées ici ne sont pas inspirées de définitions préexistantes de la notion : elles ont été isolées de manière inductive par une lecture analytique systématique des interviews. Dès lors qu'une définition nouvelle de la performance apparaissait dans les propos des interviewés, celle-ci a fait l'objet d'une courte description. La comparaison entre les constats effectués par les membres de l'équipe a abouti à une liste de sept éléments, ensuite validée par une seconde lecture des entretiens. Ainsi, cette citation d'un directeur général souhaitant explicitement ne pas se focaliser sur la performance économique renvoie à quatre dimensions différentes : l'équilibre financier ; la responsabilité envers la communauté (remplir sa « mission sociale ») ; la qualité des soins ; l'orientation-patient (assurer le « bien-être » du « patient partenaire ») ; ressources humaines (condition de travail des employés).

*« La performance, pour moi, c'est effectivement le financier. Ma première mission, de faire en sorte que l'hôpital soit à l'équilibre financier. Ça, c'est ma plus grande mission. C'est d'ailleurs une mission dangereuse, parce qu'on s'axe beaucoup là-dessus et à la limite on aurait tendance à perdre de vue les autres dimensions [...] Pour [notre établissement], qui est public, qui a une **mission sociale**, ce n'est pas l'économique qui est au premier plan pour la récupération des honoraires et autres. On est quand même un hôpital assez différent par rapport aux autres. Voilà, donc, économique, mais pour moi la performance c'est aussi la **qualité**. C'est clairement une mesure de performance pour moi. Et pourquoi ? Tout d'abord, je pense que c'est la première mission de l'hôpital, de faire en sorte que le patient soit bien soigné. Au niveau médical, mais aussi au niveau **bien-être**. C'est un volet auquel on attache*

*beaucoup plus d'importance parce que le patient est devenu au travers de différentes phases un partenaire, ce qui auparavant n'était pas le cas [...] Et puis enfin, la **qualité vis-à-vis de nos employés**. Parce que je suis intimement convaincu(e) que si les employés se sentent bien, ça a une relation directe avec la qualité des soins. On peut s'ouvrir au patient quand on n'est pas continuellement dans des situations de stress ou de désaccord. Ce sont des axes qu'on voudrait développer et des indicateurs feraient le plus grand bien dans ces domaines » (Directeur général, 91)*

Dans certains cas, la vision de la performance est inspirée par la connaissance des modèles à quatre dimensions du type « balanced scorecard », comme l'illustre cette citation d'un directeur médical :

*« La performance et la mesure de la performance sont évidemment très importants pour l'hôpital, performance que l'on doit regarder au travers des quatre axes de l'approche de la Balanced Score Card qui doivent d'ailleurs se trouver les uns à côté des autres. La performance sur la plan de la qualité clinique des soins et de la sécurité des patients, la performance en termes d'orientation patient, sur le plan de l'orientation personnel et performance sur le plan financier. Je pense que ce sont les quatre éléments qui doivent être présents dans un management intégré de la qualité dans un hôpital » (Directeur général, 31)*

La dimension la plus fréquemment citée est de loin la qualité clinique et la sécurité du patient. 64 acteurs sur 70 y font référence, 14 d'entre eux plaçant même cet aspect comme prioritaire dans leur définition de la performance. Vient ensuite le volet économique (finances-activité), mentionné par 47 acteurs (dont 7 ont l'indiqué comme prioritaire), l'orientation-patient (34 mentions), les ressources humaines (23 mentions), la *responsive governance* (14 mentions), l'excellence technologique (8 mentions), l'enseignement-recherche (4 mentions). Au total, donc, les mentions aux missions de soin, proprement hospitalières, l'emportent nettement en nombre sur le rappel des obligations de bonne gestion s'imposant aujourd'hui à toute organisation, publique comme privée.

**Tableau 16 Nombre de mentions de chaque dimension de la performance hospitalière**

Finances-activité	<b>47</b>
Qualité clinique – sécurité du patient	<b>64</b>
Ressources humaines	<b>23</b>
Orientation-patient	<b>34</b>
Excellence technologique	<b>8</b>
Enseignement-recherche	<b>4</b>
Responsive governance	<b>14</b>

La population des interviewés n'est ainsi pas partagée entre un groupe exclusivement concerné par les enjeux de gestion et un groupe attaché à une conception purement qualitative de la performance hospitalière. Toutefois, un grand nombre d'entre eux hiérarchisent les dimensions de la performance en déclarant l'une ou l'autre comme prioritaire. Par exemple, ce coordinateur qualité, tout en soulignant la multidimensionnalité de la performance, présente la qualité des patients et la satisfaction des soins comme premiers impératifs par rapport à l'économique ou aux ressources humaines :

*« La performance, ce serait la réussite de la mission de l'hôpital. Au niveau de l'hôpital, on parle évidemment des patients, de leur satisfaction, de leur santé. Donc, la performance de l'hôpital, ce serait de satisfaire les patients, de restaurer la santé des patients ou en tout cas de l'améliorer. Maintenant, ça c'est l'approche assez intuitive. Il est clair qu'il y ait différents axes de performance, on a une performance certainement économique, une performance clinique, une performance qui est aussi liée à l'infrastructure, aux ressources informatiques, aux ressources humaines... » (Coordinateur qualité, 135)*

Une quinzaine d'acteurs font par ailleurs mention de la relation circulaire entre résultats financiers et qualité des soins et prise en charge des patients :

*« Le mot 'performance' est aussi bien qualitatif que financier. L'un va avec l'autre. La qualité nous coûte un peu plus cher mais le return est très grand parce qu'on a le taux d'occupation qui est nettement amélioré dans certains domaines donc c'est un ensemble » (101)*

Néanmoins, ils ne partagent pas tous la même analyse de cette relation. Pour les uns, le point de départ du cycle est la bonne santé financière, condition de toute politique d'amélioration de la qualité clinique :

*« Je commencerais par les indicateurs financiers, je ne pense pas qu'ils soient les plus importants mais ce qui est important si vous voulez délivrer des soins de qualité et vous voulez garantir cette qualité, alors, il est important que l'hôpital soit financièrement sain. Si tôt ou tard, vous avez des problèmes financiers, vous allez alors 'marchander' de façon occasionnelle ou plus chronique et à terme cela aurait quand même un impact qui se fera sentir que la qualité. A mon avis, un hôpital doit avoir une marge opérationnelle suffisante et générer du cash flow pour garantir son propre rythme d'investissement. Dans le contexte juridique et économique du pays. Pour pouvoir garantir cela, il existe un cadre d'indicateurs en fonction desquels, finalement vous allez mesurer des points cruciaux pour vérifier si comme institution, vous êtes bien sur le chemin de la santé financière » (Directeur général, 21)*

*« Un hôpital n'est pas seulement un événement médical, c'est aussi une entreprise hôtelière, l'accueil des patients, la gentillesse avec les patients, la fourniture de technicité. En premier lieu naturellement, le produit que nous livrons c'est un bon produit médical qui est de haute qualité [...] si vous n'êtes pas financièrement sain, vous ne pouvez pas longtemps fournir de la qualité » (Directeur médical, 73)*

A l'inverse, cette directrice des soins infirmiers avance que la satisfaction et la sécurité du patient contribue à l'attractivité de son établissement et donc à sa pérennité financière :

*« Pour moi, la performance d'un hôpital, c'est que la personne qui vient et qui nous fait confiance puisse trouver dans tous les différents domaines la qualité qu'elle est en droit de recevoir. Pour moi, ça a été la seule motivation pour laquelle j'ai postulé pour ce poste [...] Si les équipes sont performantes, performantes dans le sens où le patient est pris en charge en toute sécurité parce qu'ils ont les compétences, qu'ils ont également un sens relationnel et d'écoute, moi je dirais que je contribue à la pérennité financière de l'institution parce que j'attirerai la clientèle ». (14)*

Dans ces exemples, le gestionnaire et la soignante adoptent des perspectives contraires. L'échantillon d'entretiens, bien que peu étendu, apporte en effet des indications assez nettes d'une détermination partielle des visions de la performance par les logiques professionnelles.

### 8.2.1.1.1 L'influence des variables professionnelles

Les devoirs liés à la fonction de chacun influent inévitablement sur sa perception des critères d'excellence à l'aune desquels évaluer son établissement. Sur le tableau ci-dessous sont reportées les mentions aux diverses dimensions de la performance auxquelles se réfèrent les représentants de chacune des catégories professionnelles prévues par notre protocole : directeurs généraux (DG), présidents de conseil médical (PCM), directeurs médicaux ou médecins-chefs (DM), directeurs du nursing (DN), coordinateurs qualité (CQ).

Tableau 17 Mention de chaque dimension de la performance selon les fonctions des interviewés

	DG	PCM	DM	DN	CQ
Finances-activité	11/11	8/13	6/12	8/13	4/13
Qualité clinique – sécurité du patient	10/11	13/13	11/12	12/13	13/13
Ressources humaines	4/11	3/13	3/12	7/13	4/13
Orientation-patient	6/11	7/13	6/12	8/13	5/13
Excellence technologique	1/11	3/13	2/12	0	1/13
Enseignement-recherche	2/11	1/13	0	1/13	0
Responsive governance	4/11	2/13	1/12	1/13	4/13

De ce tableau, on peut tirer quelques constats quant à la vision de la performance propres aux titulaires des différentes fonctions concernés par la présente étude :

- Les directeurs généraux apparaissent, comme l'on pourrait s'y attendre, les plus concernés par le volet finances-activité. Mais ils sont aussi, du fait leur position en surplomb, les interviewés qui ont la vision la plus globale de la performance, intégrant notamment la qualité clinique et la sécurité des soins au même niveau que la performance financière.
- Les médecins (présidents du conseil médical ou directeurs médicaux) sont assez logiquement plus nombreux à mentionner la qualité clinique et l'orientation-patient, leur cœur de métier.
- Les directeurs du nursing, également issus du personnel soignant, partagent les mêmes priorités. Mais ils se singularisent pas un accent mis sur la performance en termes de ressources humaines. En effet, de par leur fonction, ils sont amenés à gérer un cadre important, en employant des outils tels que tableaux de bord, indicateurs de formation ou modèles de mesure de la charge de travail. Le temps qu'ils consacrent à ces tâches se reflète dans la façon dont ils décrivent la performance hospitalière :

*« Je suis une convaincue de la performance à instaurer dans les hôpitaux [...] Je crois qu'en tant que directrice du département infirmier on doit embrayer là-dedans et qu'on doit être conscient des exigences croissantes de la performance, et qu'on doit justement mettre en place tout un système de pilotage de toute une série de*

*données via la création de tableaux de bord et d'indicateurs. Je pense pour que pour nous en tant que département infirmier il est indéniable que la qualité et la prise en charge sécuritaire du patient sont quand même la finalité première. Mais il est vrai que pour concourir à cette finalité il y a toute une série de paramètres qui gravitent autour du patient. C'est notamment le bon fonctionnement du service infirmier. Je pense qu'un bon management des services infirmiers est un élément essentiel. Mener une politique de qualité des soins est également essentiel. Et gestion de la qualité des soins, c'est aussi gestion des formations, des compétences des infirmiers soignants dans ce cadre-là. Tout ce qui est personnel et structures des unités de soins, avec les procédures inhérentes, les processus de prise en charge des soins doivent être encore mieux pilotés et optimisés. Je pense qu'il y a là encore beaucoup de coûts cachés, et qu'on est loin d'être efficaces, même si nous avons des projets et si nous sommes soucieux d'avancer dans cette dynamique » (Directeur du nursing, 44)*

- Enfin, les coordinateurs qualité se rallient à une définition de la performance en termes de qualité clinique et la sécurité des patients et sont ceux qui se préoccupent le moins de finances. Ceci est probablement à relier à la faible intégration des coordinateurs dans l'organisation de l'hôpital (cf. page 206).

La prise en compte des logiques professionnelles éclaire donc les perceptions individuelles de la performance. Mais il ne s'agit là que d'une explication *en tendances*. D'autres facteurs viennent faire converger, au-delà des différences de fonction, les représentations des acteurs appartenant au même établissement.

#### *8.2.1.1.1. L'influence des logiques d'établissement*

Dans certains hôpitaux, en effet, les acteurs tendent à partager une même hiérarchisation des critères de performance. Cette homogénéité peut être expliquée par des facteurs de statut, de contexte économique ou de « culture d'établissement ».

##### *L'influence du statut académique*

Le premier cas à mentionner est celui des hôpitaux académiques, dont les professionnels, investis dans les nouvelles approches médicales et en charge de la formation d'étudiants, citent naturellement plus souvent l'excellence technologique et la qualité de l'enseignement et de la recherche comme critères de performance hospitalière.

##### *L'influence du contexte économique*

Le déséquilibre budgétaire (impliquant un risque pour la survie de l'hôpital), la perte d'attractivité, la concurrence, l'urgence à investir – tous ces éléments viennent limiter l'horizon des acteurs et restreindre leur vision de la performance à la survie financière ou à la production de cash-flow.

Les acteurs de l'hôpital K ont ainsi tous fait mention des difficultés économiques de leur établissement, liée à la baisse de son taux de pénétration dans son aire de recrutement traditionnelle. Ceci amène même les acteurs les plus directement en charge de la qualité clinique à donner priorité aux résultats financiers :

*« Je pense que la priorité [pour un hôpital] c'est qu'il fonctionne, c'est-à-dire assurer sa survie. Maintenant, est-ce que les intérêts de l'hôpital sont congruents avec ceux du patient... C'est probable mais ce n'est pas toujours si évident que ça. Il y a aussi un devoir vis-à-vis du personnel. Quand je disais le premier devoir c'est la survie,*



*c'est clairement vis-à-vis des travailleurs. Et rien n'empêche de faire tout ce que l'on peut pour donner la meilleure efficacité possible aux soins que l'on va donner aux patients. Je parle d'efficacité parce que vu la relation avec l'économie, je pense qu'en médecine c'est plus de l'efficacité que de la qualité dans les faits. Donc je dirais c'est essentiellement utiliser au mieux les ressources dont l'on dispose pour apporter le plus possible... » (Coordinateur qualité, 115)*

*« On ne peut plus se dire 'on est là pour donner les meilleurs soins possibles quelque soit le prix'. On doit faire des choix » (Directeur médical, 113)*

On rencontre la même prégnance de la dimension financière dans l'hôpital G qui, sans que sa situation soit aussi dans une situation aussi défavorable, connaît des importants besoins en investissement.

### **8.2.1.1.2 L'influence de la culture d'établissement**

Certains hôpitaux de l'échantillon ont développé une culture organisationnelle forte, fondée sur des valeurs partagées et des modes de travail spécifiques, et qui oriente la façon dont les acteurs perçoivent les missions de leur établissement<sup>20</sup>.

L'hôpital I est un exemple d'hôpital à forte vocation de service public, se donnant pour devoir d'accueillir de manière égale les populations précarisées de son environnement, y compris les patients ne disposant pas des moyens de leur prise en charge (SDF, sans-papiers, demandeurs d'asiles, etc.). Les représentants de cet établissement nuancent donc l'impératif financier et rappellent pour la plupart la responsabilité sociale de l'hôpital (trois d'entre eux faisant de l'accessibilité aux soins pour les démunis une condition prioritaire de la performance). Cet extrait de l'interview de son directeur général (déjà cité plus haut) est particulièrement significatif de cette attitude :

*« Ma première mission, de faire en sorte que l'hôpital soit à l'équilibre financier. Ça, c'est ma plus grande mission. C'est d'ailleurs une mission dangereuse, parce qu'on s'axe beaucoup là-dessus et à la limite on aurait tendance à perdre de vue les autres dimensions [...] Pour [notre établissement], qui est public, qui a une mission sociale, ce n'est pas l'économique qui est au premier plan pour la récupération des honoraires et autres. On est quand même un hôpital assez différent par rapport aux autres » (Directeur général, 91).*

Un même souci de l'accessibilité des soins est observable parmi les professionnels de l'hôpital E, qui accueille historiquement une patientèle pauvre, tout en essayant de devenir attractif pour une population plus aisée :

*« Outre l'expérience du patient, qui est mesuré de façon holistique, pouvoir démontrer de façon scientifique qu'on nous apporte les meilleurs soins à nos patients. A côté de cela nous nous sommes concentrés sur l'accessibilité et un mix social correct.[...] Ceci on veut évidemment combiner avec un mix social en équilibre. Qu'on soit également un hôpital où les plus aisés se sentent plus qu'acceptés, et attirés par la qualité des soins. Il s'agit d'un mix social en équilibre avec une attention particulière pour les socialement démunis, c'est ça l'accessibilité » (Directeur général, 51)*

Ce phénomène n'est pas uniquement limité aux établissements accueillant des populations défavorisées. L'hôpital H, à l'inverse, cherche à attirer une patientèle aisée et travaille en conséquence sur l'accueil et l'hôtellerie, en vue de marquer sa différence vis-à-vis des

---

<sup>20</sup> Sur cette notion de « culture organisationnelle » ou « culture d'entreprise », cf. Renaud Sainsaulieu, *Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement*, Presses de Sciences-Po, 1997.

concurrents. Cette stratégie mène les managers de l'hôpital à donner dans leur définition de la performance une large place (parfois la première place) à l'orientation-patient et à la satisfaction du patient :

*« La performance, ce serait d'avoir des patients en toute sécurité, des patients informés de toutes les possibilités que leur offre l'hôpital au niveau sécurité et résultats. Dans d'autres pays autour de nous, les patients sont beaucoup plus informés sur ce qu'il peut y avoir autour d'une intervention chirurgicale ou lors d'un traitement, etc. C'est peu demandé par nos patients. Ils n'aiment pas savoir. Pour y arriver, pour arriver à une qualité supérieure, il faut pouvoir les mesurer. Ça va dépendre des médecins qui doivent de plus en plus suivre des guidelines, ils doivent suivre des schémas thérapeutiques tout en gardant une certaine liberté thérapeutique puisqu'il faut qu'ils puissent adapter ça au patient. Le patient reste au centre de ça, et je crois que pour la performance il faut que le patient reste au centre de ça »* (Président de Conseil médical, 82).

*« L'image de la performance, d'abord, c'est d'être attractif. C'est le résultat d'une performance perçue par les gens de l'extérieur. Ça veut dire quoi ? Que les malades viennent. C'est cher, ils paient plus qu'ailleurs. Et ils viennent parce qu'ils ont une raison. C'est bien qu'ils ont une qualité perçue en fonction de ce que eux ils peuvent attendre d'une institution de soins, et ils viennent [...] ça, ça veut pas dire qu'on travaille bien. Les gens ont l'impression qu'on travaille bien. Mais c'est quand même une image de la performance. La deuxième, c'est la qualité globale de la production médicale que nous avons. Alors, on sait que les gens qui sont traités chez nous en sortent en bon état. Nos prothèses marchent, elles luxent peu, on n'a pas beaucoup d'infections. Pour moi, c'est performant [...] Alors, il y a l'impression extérieure et la réalité du fonctionnement. Maintenant, si on descend, parce qu'il faut quand même voir si c'est vrai. On a quand même quelques petits outils de mesure, qui sont des outils de mesure d'efficacité. Les choix des prothèses qu'on met sont efficaces. Les choix thérapeutiques qui sont faits sont pour la plupart efficaces. L'efficacité c'est l'effet médical attendu de ce qu'on a donné. Je ne parle pas du rapport coût/bénéfice »* (83)

Le constat est donc celui d'une grande diversité des définitions de la performance au sein d'un même établissement, même si la majorité des interviews révèle aujourd'hui une préoccupation quant aux résultats économiques ou à l'efficacité. L'image d'une organisation animée par une vision commune, explicitée dans un plan stratégique et diffusée dans l'ensemble des services, est donc à relativiser, et ce d'autant plus que tous les hôpitaux n'ont pas formalisé leurs objectifs stratégiques.

### **8.2.1.3 Visions de la performance et stratégies d'établissement**

Les interviews montrent d'abord que tous les établissements ne disposent pas d'un plan stratégique. Onze des treize hôpitaux de l'échantillon de l'étude semblent en avoir développé ; encore ces plans sont-ils parfois partiels, développant essentiellement des objectifs économiques et laissant de côté la qualité des soins. A l'inverse, les orientations adoptées en matière de qualité ne sont le plus souvent pas connues hors des organes spécifiquement en charge de cette thématique, qui n'est que peu discutée dans les conseils d'administration

Le plan stratégique, s'il y en a un, n'est la plupart du temps connu dans ses détails que par le directeur général. Le plus souvent, les autres membres du top management, soit ignorent son existence, soit n'en connaissent pas les détails. La vision stratégique n'est donc généralement pas diffusée dans l'établissement. L'exception la plus notable est l'hôpital C, où l'accent mis au niveau institutionnel sur la qualité des soins semble avoir été efficacement communiquée à tous les acteurs.

*« Ici, il y a eu un shift d'une gestion d'un hôpital financier vers une gestion d'un hôpital de qualité, quand on fait une gestion d'un chiffre purement financier, nous avons également des tableaux de bord sur des chiffres, mais si c'est seulement ça, alors il ne faut pas attendre d personnel qu'ils soient créatif avec les indicateurs. Mais quand tu parles de qualité et que tu les stimules, et que tu leur dit que quand ils font des propositions de budget, et que chaque fois on demande si cela va améliorer la qualité, ça sera meilleur quand on le fait et pire si on ne le fait pas, ces indicateurs aideront à défendre et vendre votre affaire » (Directeur du nursing, 34)*

La faible prégnance des stratégies de performance se traduit bien sûr dans l'éventail des indicateurs mise en place. 7 hôpitaux seulement déclinent leurs objectifs stratégiques en un tableau de bord institutionnel d'indicateurs de performance, ces indicateurs concernant d'ailleurs essentiellement les finances et l'activité. Il n'est donc pas possible de suivre la réalisation de tous les objectifs du plan stratégique.

Ce détour par les représentations des acteurs n'est pas innocent. En effet, l'ensemble des constats opérés dans cette première section sont vérifiés dans les sections suivantes. L'observation des indicateurs effectivement employés par les hôpitaux reflète ainsi la hiérarchie des dimensions de la performance analysée ici.

## 8.2.2 Performance, projets et indicateurs

Cette section offre une « photographie » des indicateurs de performance actuellement utilisés dans les hôpitaux de l'échantillon HPI.be.

Les développements suivants s'appuient notamment sur les réponses à une des questions du guide d'entretien, qui demandait aux interviewés de nommer les trois indicateurs qu'ils utilisaient le plus régulièrement dans leur activité. Les acteurs sont généralement allés bien plus loin, détaillant leurs tableaux de bord ou énumérant les indicateurs mis en place dans le cadre de tel projet ou de tel itinéraire thérapeutique... Aussi, bien que de nombreuses informations sur la nature des indicateurs les plus familiers aux acteurs et sur les conditions de leur emploi aient pu être recueillies par ce biais, il a semblé évident à l'équipe de recherche que proposer une liste des indicateurs de performance les plus souvent cités ne serait pas pertinent. D'une part, s'il est possible d'identifier un « socle » d'indicateurs de gestion ou cliniques commun à tous les hôpitaux, ceux-ci ne sont pas forcément ceux qui sont mis à contribution dans des actions d'amélioration de la performance. De l'autre, de nombreux indicateurs sont développés pour des projets ponctuels et ne sont donc employés que dans un établissement (ce qui explique en partie le très grand nombre d'indicateurs relevés lors de l'évaluation des contrats qualité et sécurité). L'inventaire de ces derniers, isolés de leur contexte, ne saurait aider à la sélection d'un set dans le cadre de cette étude.

Il a donc été choisi de présenter de manière dynamique les indicateurs désignés par les acteurs selon les modalités de leur emploi, en distinguant les indicateurs suivi sur le long

terme au niveau institutionnel et les indicateurs élaborés ad hoc sur le court ou moyen terme. Les premiers, les plus formalisés et les plus nombreux, sont principalement des indicateurs économiques et de gestion. Les seconds, dont le nombre est très variable selon les hôpitaux, relèvent plus du domaine de la qualité clinique ou de la qualité patient.

### **8.2.2.1 Les indicateurs « permanents »**

La formule d'« indicateurs permanents » désigne ici les indicateurs mesurés de manière routinière (sur le long terme), formalisée (élaborés selon des définitions standardisées), automatisée et au niveau institutionnel. On distinguera ici les indicateurs économiques et de gestion et les indicateurs de qualité - sécurité.

#### **8.2.2.1.1 Les indicateurs économiques et de gestion permanents**

Les témoignages recueillis convergent vers un point : les indicateurs économiques et de gestion, qui appartiennent pour la plupart à la catégorie des indicateurs permanents, sont de loin les plus développés. Cette affirmation est par exemple confirmée par ce coordinateur qualité et ces deux directeurs généraux :

*« Les indicateurs qui couvrent le mieux l'institution, ce sont les indicateurs financiers. Ils les ont tous ! Ils ne les utilisent pas tous online, mais ils les ont tous. Ça c'est le top. Le deuxième top, ce sont les indicateurs de ressources humaines, taux de renouvellement, etc. Et puis après, ils commencent à faire des indicateurs cliniques ».* (Coordinateur qualité, 15)

*« Le premier outil, qu'on le veuille ou non, c'est l'outil financier et les indicateurs de gestion. Je fais un suivi budgétaire tous les mois et donc on fait une clôture mensuelle comptable, on a des indicateurs de gestion financiers. On a aussi au jour le jour fournis par le service informatique le taux d'occupation, le nombre d'admissions par les urgences. Le Conseil médical m'invite chaque mois, [...] Je présente le suivi d'activité, les admissions, les tableaux de bord, ça les intéresse »* (Directeur général, 121)

*«Een aantal indicatoren zijn geautomatiseerd en die zitten in onze datawarehouse, [...] de meeste die daarin zitten zijn gebaseerd op activiteitscijfers of financiële cijfers. Omdat die uit onze systemen komen. MZG registraties of de boekhouding. Maar we proberen die te complementeren met een aantal andere parameters, die de lacunes invullen op de andere domeinen. »* (Directeur général, 51)

Quatre raisons à cet état de fait. D'une part, les indicateurs financiers ou de ressources humaines répondent aux impératifs de contrôle de gestion que connaît toute entreprise ou administration, même si les progrès de la comptabilité analytique amènent certains hôpitaux à développer des indicateurs plus fins que, par exemple, le chiffre d'affaires ou la masse salariale. La deuxième raison est l'inévitable priorité de l'équilibre budgétaire : le développement d'une politique de qualité apparaîtra toujours moins indispensable que le suivi de la facturation ou des investissements dont dépend la survie de l'hôpital. Cette question du préalable financier sera abordée de manière plus approfondie dans la troisième partie du chapitre. La troisième raison est l'absence de consensus dans le monde hospitalier sur les indicateurs cliniques valides et pertinents au niveau institutionnel. La dernière raison est la « data availability ». Les indicateurs économiques et de gestion utilisent des informations généralement extraites de façon plus aisée des banques de données des établissements, là où la mise en place d'indicateurs cliniques suppose souvent de créer des

procédures *ad hoc*, consommatrices en temps et/ou subjectives de mesure de la performance :

*« Aujourd'hui il faut quitter les indicateurs purement financiers pour arriver à des indicateurs plus qualitatifs et à plus d'efficacité. Mais c'est par facilité qu'on en est là. C'est parce que c'est plus facile à construire et à mettre en place sur le terrain »* (Responsable d'une cellule de contrôle de gestion, 16)

*« Il faut que l'indicateur soit pertinent, qu'il donne l'information que l'on veut et il faut qu'il soit disponible. Raison pour laquelle les principaux indicateurs sont des indicateurs financiers, parce que ça c'est disponible et régulier comme un métronome ».* (Directeur financier, 10.1)

*«Concernant la qualité, nous avons encore trop peu de leading indicators et trop peu d'informations structurées, la plupart du temps c'est post factum. »* (Directeur général, 51)

Cette disproportion entre indicateurs économiques et de qualité est particulièrement visible dans les interviewés des directeurs généraux, qui sont aussi les acteurs utilisant le plus d'indicateurs dans leur travail quotidien : tous ont déclaré suivre (de manière parfois quotidienne) une batterie très large d'indicateurs, et fonder une grande partie de leur gestion sur la réaction à ces indicateurs :

- Les indicateurs financiers les plus cités sont ceux qui correspondent le plus directement au souci de maintenir ou d'accroître les recettes, comme les journées justifiées et autres données de facturation. Les indicateurs de trésorerie sont suivis de manière plus espacée : chiffre d'affaire, résultat opérationnel, résultat d'exploitation, résultat net, résultat brut, résultat affecté, ratio entre dette et rapport au chiffre d'affaires, évolution du cash-flow...
- Les directeurs généraux observent également étroitement les données d'activité (admissions, consultations, DMS, nombres d'actes...) et ce, dans la plupart des cas, service par service.
- Le cadre des différentes catégories de personnel (cadre médical, salariés indépendants, cadre infirmier, cadre paramédical, cadre activités de support...), les taux d'absentéisme, les temps partiels, etc., sont également suivis de près. Les directeurs du nursing utilisent aussi pour la plupart de nombreux indicateurs permettant de mesurer la charge de travail et/ou la formation des infirmiers. Plusieurs interviewés ont exprimé le souhait de développer un instrument de mesure de la satisfaction du personnel, notamment infirmier.
- D'autres indicateurs sont utilisés pour évaluer l'attractivité des établissements, tels que la provenance géographique des patients ou le taux de pénétration dans la population locale. L'objectif poursuivi par les directions générales est là encore la promotion de la performance économique des établissements. L'emploi de certains indicateurs cliniques s'explique d'ailleurs par les mêmes raisons ; ainsi, dans l'hôpital L, un suivi particulier de la consommation d'antibiotiques a été instauré, pour des motifs sanitaires mais aussi financiers dans le cadre des forfaits.

- Enfin, des indicateurs bibliométriques ou liés à la formation des étudiants ont été mis en place dans les hôpitaux académiques.

Les indicateurs à la fois les plus nombreux et ayant le plus d'impact sur le fonctionnement de l'établissement sont donc bien liés aux finances, à l'activité et aux ressources humaines. Ils servent avant tout à la surveillance *a posteriori* des dérives budgétaires ou à la bonne répartition de la masse de travail ; ainsi, les directions générales informent périodiquement les chefs de service de l'écart entre le budget prévu pour leur unité et leur situation financière effective telle qu'elle résulte du rapport recettes/dépenses, et ce afin de « redresser la barre » immédiatement si un déséquilibre se manifeste en cours d'année.

Ces indicateurs de pilotage institutionnel contribuent à des actions locales d'amélioration de la performance. Par exemple, une chute temporaire d'activité ou l'accroissement de l'absentéisme infirmier dans un service peuvent servir de signaux d'alarme à un dysfonctionnement. L'efficacité des éventuelles mesures correctrices pourra alors être évaluée au moyen du même indicateur. Par ailleurs, certains indicateurs financiers ou d'activité peuvent également avoir une signification clinique. Les acteurs utiliseront souvent ceux-ci de manière privilégiée, puisque la collecte des données est déjà assurée de manière fiable – quitte à les compléter par des indicateurs secondaires mesurés de manière plus artisanale. Un itinéraire thérapeutique en maternité mis en place dans l'hôpital A en vue d'accroître le retour précoce des mères à domicile a ainsi utilisé comme principal indicateur la durée moyenne de séjour, déjà disponible et suffisamment « parlante » pour motiver le personnel.

#### **8.2.2.1.2 Les indicateurs de qualité – sécurité permanents**

La mesure des indicateurs de qualité (qualité clinique ou qualité-patient) est de manière générale moins systématique (voire, dans certains hôpitaux, marginal). Cette affirmation reste nuancée car, bien évidemment, la liste des indicateurs de qualité est hétérogène.

- Les indicateurs légaux

Les indicateurs cliniques les plus uniformément mesurés dans les établissements de notre échantillon sont évidemment ceux qui sont imposés aux hôpitaux, telles que les infections nosocomiales. Toutefois, bien que leur mesure soit quasi-automatique, ils ne sont pas toujours mis à contribution dans le cadre de politiques d'amélioration de la performance, comme l'indique un médecin hygiéniste :

*« Le problème dans mon domaine, c'est qu'on enregistre beaucoup d'indicateurs qui sont faciles à enregistrer mais qui ne sont probablement pas très utiles, qui ne sont probablement pas des indicateurs très performants pour l'hôpital. On enregistre toute une série de choses parce que c'est facile, parce qu'on a l'habitude, parce que ça vient du laboratoire, et ce n'est peut-être pas très utile mais c'est ce que tout le monde fait » (18)*

- Indicateurs cliniques non légaux

Certains indicateurs cliniques non obligatoires sont également mesurés sans qu'il y ait réflexion sur leur emploi. Le taux de mortalité ou le taux de césariennes ont été évoqués par

certaines acteurs comme exemples d'indicateurs mesurés par routine, sans pour autant être exploités au niveau institutionnel :

*« Il y a beaucoup de mesures dans l'institution qui sont faites : le taux de césariennes, les taux d'infections... Mais c'est vrai que nous n'en faisons pas une utilisation précise pour améliorer ou faire quelque chose. Il n'y a pas, ni de la part de l'exécutif, ni de la part du conseil médical, quelque chose qui s'est fait là-dedans »* (Président de Conseil médical, 82)

*« Uit het verleden houden we het sectiopercentage bij, dat zegt wel iets maar ook niet alles». (Directeur médical, 63)*

*« Wij hebben heel veel gegevens in ons centraal computerke maar die gegevens worden niet echt gebruikt. Je kan wel eens vragen aan de informatica om daar een lijst uit te halen maar dan kreeg je een lijst en daar bleef het bij. Nu hebben we daar iemand speciaal voor aangenomen die dat gaat verwerken. Alle gegevens worden gecentraliseerd en daar zit een schat van gegevens in»* (Directeur médical, 63)

#### ➤ Les plaintes

Les plaintes restent évidemment un indicateur de qualité essentiel. Avant d'être répercutées auprès des services ou médecins concernés, elles font l'objet d'une analyse au niveau de la direction médicale et/ou du coordinateur qualité et donnent parfois lieu à des indicateurs chiffrés. Les dysfonctionnements révélés par ce biais peuvent alors faire l'objet d'une action correctrice.

#### ➤ La déclaration des incidents

La plupart des hôpitaux de l'échantillon ont mis en place, soit au niveau institutionnel, soit dans certains services, des procédures de déclaration d'incidents. Les responsables ont toutefois rencontré l'hostilité des médecins vis-à-vis de toute forme d'ingérence dans leur liberté thérapeutique, véritable fondement de leur pouvoir professionnel au sein des organisations de soins<sup>21</sup>, ainsi qu'aux réticences du personnel infirmier. La méthode de traitement de ces déclarations exclut aujourd'hui dans les établissements concernés tant la sanction des fautes que la quantification. Chaque incident, dont le récit est parfois recueilli directement dans le service, fait l'objet d'une discussion collective sans désignation de coupables et éventuellement d'une prise de décision :

*« Le report des incidents est essentiel. C'est quelque chose sur laquelle on a beaucoup de résistances. Au quartier opératoire, on a eu une énorme résistance car les gens confondent le report des incidents avec la délation. Et donc il faut mettre en place une procédure qui ne soit pas punitive. Il faut les analyser, les classer par gravité, tirer les leçons »* (Directeur médical, 96)

### 8.2.2.2 Les indicateurs ad hoc

Nombre d'indicateurs à durée de vie limitée sont créés dans le cadre de projets d'amélioration de la performance. Ceux-ci sont très souvent des indicateurs de qualité. Les personnalités les plus investies dans la qualité mettent d'ailleurs en avant ce type d'outil comme les plus utiles à la gestion de la performance :

---

<sup>21</sup> Cf. Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

“Ik denk ook niet dat je indicatoren ten eeuwigen dage moet gebruiken, als een proces verbeterd is laat die dan maar eventjes liggen en je kan die binnen een aantal jaar terug oppikken en kijken waar er eventueel problemen zijn en kijk naar iets nieuw.” (Directeur médical, 33)

C'est le cas de ce directeur du nursing, membre du comité qualité de son établissement, qui privilégie la démarche de projet :

*« Je pense que les indicateurs n'ont d'intérêt que s'ils sont utilisés dans un but bien précis [...] On attend des gens qu'ils viennent avec une idée. Et puis, cette idée est formalisée sous la forme d'une fiche projet, qui est une barrière à l'entrée, mais une barrière relativement basse à l'entrée, on aide à écrire ces fiches projets en cinq pages. Et puis nous, au Conseil de la qualité et de la sécurité, on dit aux gens, en fonction de leur connaissance de la qualité et de la sécurité, on dit aux gens : 'Tiens, nous avons tels et tels numérateurs et dénominateurs, tel et tel indicateur qu'on estime plus ou moins être fiable, en tout cas exploitable, qui pourrait vous permettre de suivre votre projet'. Et parfois, on est amené à confectionner des indicateurs sur mesure en fonction d'un projet bien précis qui émane d'une demande. C'est beaucoup plus facile que d'imposer quelque chose »* (Directeur du nursing, 44)

Le même interviewé établit d'ailleurs clairement la distinction entre les indicateurs institutionnels et les indicateurs ad hoc que nécessitent les initiatives du terrain :

*« L'un n'exclut pas l'autre, mais on a différents niveaux de lecture dans l'hôpital. Il y a le niveau de direction, où grosso modo on a envie de naviguer, et bien sûr c'est là que sont discutés l'acid test, le taux d'endettement, le taux de renouvellement, le nombre de formations aux médicaux et paramédicaux, ce genre de choses-là. Mais après, sur le terrain, ce qui est intéressant c'est quand des initiatives viennent du terrain. Par exemple, les orthopédistes ont eu beaucoup d'infections. Ils sont venus vers les hygiénistes. Ils ont rempli une fiche projet. On leur a concocté des indicateurs, et c'est le rétro feedback des indicateurs qui leur permet d'avoir le problème sous contrôle »*

Un autre point commun à ces indicateurs est d'être doté d'une durée de vie limitée. Les plus éphémères peuvent être mis en place à l'occasion d'une simple journée consacrée par exemple à la vérification de l'application correcte des procédures de surveillance des escarres ou à l'usage des cathéters. Ainsi, dans l'hôpital A, des indicateurs spécifiques ont été élaborés dans le cadre d'une journée de prévalence autour de la consommation d'antibiotiques :

*« Le groupe de gestion des antibiotiques [...] a à deux reprises maintenant fait une journée de prévalence. A partir d'un questionnaire bâti sur des éléments qui semblaient pertinents, un ensemble de membres des comités sont systématiquement descendus dans toutes les unités de soin pendant une journée, relever les patients qui avaient un traitement antibiotique et essayer de voir si le traitement antibiotique était raisonné, justifié, avait une posologie correcte, avait une durée correcte[...] Et puis, ils sont revenus avec la collecte de leurs informations et ont sorti quelques chiffres. Et ces chiffres sont assez surprenants. Pour certains antibiotiques à large spectre, 50% des traitements ne sont pas justifiables »* (Coordinateur qualité, 15).

Il n'était pas prévu de reproduire périodiquement cette démarche, coûteuse en temps et en organisation. Par contre, l'identification d'un problème a décidé l'établissement à constituer



à partir du RCM un indicateur de consommation des antibiotiques dans les cas de pneumopathies, dont la mesure sera évidemment à la fois plus aisée et plus fiable.

Dans le même hôpital, une action d'amélioration au niveau des consultations a été initiée par le constat d'un taux élevé d'absentéisme des patients aux consultations. La direction médicale a limité les délais de rendez-vous à 6 mois grand maximum dans les services les plus touchés ; des affiches de sensibilisation ont été apposées dans les salles d'attente pour inciter les patients à prévenir à l'avance de leur absence. Mais cette mesure de l'absentéisme n'a eu lieu qu'une fois, pour objectiver un dysfonctionnement observé de manière subjective par les acteurs. Pour le directeur médical, le sentiment d'une amélioration est pour l'instant suffisant : l'indicateur sera éventuellement repris en cas de dérive. On n'en est donc pas ici au niveau de la Roue de Deming :

*« J'ai aussi utilisé l'indicateur qui permettait de mesurer l'absentéisme des patients aux consultations sans raison valable. J'ai demandé que l'on fasse une enquête sur le pourcentage d'absentéisme et à partir de là on s'est rendu compte que selon les services et selon les individus, ce pourcentage pouvait aller de 2 à 50%. Il y avait des consultations où un patient sur deux venait. C'était parfois lié à la personnalité des individus, mais c'était le plus souvent ou presque exclusivement lié aux délais. Lorsqu'on donne des rendez-vous avec des délais de trois mois, six mois ou un an, les gens vont chercher ailleurs. Alors, ça a permis de cibler les gens et de leur dire 'écoute, il faut que tu organises ta consultation autrement. Même si tu as bonne réputation, il faut que tu limites, six mois est un grand maximum, et sinon on délègue aux collaborateurs qui ont moins de monde' [...] Le jour où on assistera à nouveau à une dérive, on analysera ».*

D'autres indicateurs sont mis en place sur une période non définie pouvant atteindre plusieurs années, en attendant qu'une valeur-cible soit atteinte ou qu'un problème diagnostiqué soit résorbé. L'indicateur n'est pas forcément connecté à un changement de processus de travail : il peut avoir pour simple objet de motiver les personnels à atteindre l'objectif défini.

Par exemple, en matière de qualité-patient, la direction de l'hôpital I a décidé de rendre pendant une période disponible sur l'intranet de l'établissement les résultats d'un indicateur de délai d'aboutissement des appels téléphoniques. Cette diffusion a selon le directeur stimulé le personnel et a fait diminuer les délais. L'indicateur, bien qu'encore surveillé dans certains services, n'est par conséquent plus suivi par la direction et diffusé par intranet actuellement.

Mais cet usage des indicateurs n'est pas limité au domaine de la qualité. Par exemple, l'hôpital I diffuse dans les unités de soins concernés un indicateur de taux de poches de sang défectueuses, celui-ci étant jugé excessif dans l'établissement. Après quelques années, le problème semble s'être suffisamment atténué et l'indicateur va être abandonné. L'hôpital A, qui tente actuellement de réduire ses archives papiers en scannant systématiquement les dossiers des patients revenant à l'hôpital, suit un indicateur du taux de dossiers papier consultés par rapport au taux de dossiers informatisés. Son utilité diminuera également au fil du temps.

L'amélioration de la performance passe aussi par la prise en compte des attentes du patient. Des enquêtes de satisfaction sont ou ont été organisées dans 11 hôpitaux sur les 13 de notre échantillon. La fréquence et la systématisme de ces enquêtes est toutefois variable. Dans certains cas, comme dans l'hôpital A, une seule enquête a été menée, de manière ponctuelle, sans être intégrée à un cycle d'amélioration. A l'inverse, l'hôpital H (dont les

membres expriment, on l'a vu dans la section précédente, un grand souci de l'orientation-patient) montre une certaine rigueur dans l'administration de son questionnaire, décliné en plusieurs versions selon les unités.

*« On fait en permanence un questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés. Chaque questionnaire est donné à l'admission à chaque entrant. Il est loisible aux patients de le remplir et de le mettre dans des boîtes aux lettres à l'entrée de tous services de l'hôpital. Mais aussi, nous avons un système d'enveloppes préaffranchies, donc ils peuvent l'envoyer de chez eux. La démarche qui a dû être faite au niveau du personnel et de l'ensemble de nos collaborateurs c'est de stimuler les patients à remplir. [...] Annuellement, lors de la remise du bilan au comité de pilotage, nous décidons des items qui doivent être analysés tous les trois mois ou les items qui peuvent être analysés au bout d'un an. Et donc généralement, nos points faibles c'est dans la logistique et le confort. Et donc, tous les trois mois on suit ça. Et on suit des choses très importantes, 'est-ce que vous vous sentez respecté?', ça c'est nous qui choisissons [...] Tous nos questionnaires étaient sur une base de processus : 'J'arrive, est-ce que j'ai une place pour me garer?' ; 'Du parking, est-ce que je vois comment entrer dans l'hôpital' ; 'Dans l'hôpital, par qui je suis accueilli, est-ce que je sais où je dois aller?'. C'est tout le chemin complet de l'hospitalisation, qu'on rentre par les programmés ou par les urgences. Les consultations, c'était la même chose : 'lorsque je prends rendez-vous, est-ce que quelqu'un me répond au téléphone?' ; 'lorsque j'arrive, est-ce que je sais où aller?'. [...] Ça, c'est linéaire sur toute l'année. On a un taux de réponse de 16%, ce qui est énorme. Et comme c'est linéaire, on sait que les tendances sont les bonnes » (Directeur nursing, 84)*

L'hôpital E a également intégré les enquêtes de satisfaction dans son fonctionnement, utilisant celles-ci au niveau institutionnel, au côté des indicateurs financiers et d'activité :

*« Dat is een vrij integrale meting van patiënttevredenheid die zowel medisch inhoudelijk gaat, dus niet alleen over de maaltijden en de netheid van het ziekenhuis en zo. Er zijn een aantal aspecten die facilitair zijn zoals de warmte van de maaltijden, netheid van het ziekenhuis maar er zijn ook medisch inhoudelijke, hoe sterk is de aantrekkingskracht van het ziekenhuis? Van de geneeskundige equipes die in het ziekenhuis werken? Hoeveel aandacht gaat er naar emotional care and support? Dat het niet alleen medisch inhoudelijk is of goed is qua faciliteiten maar het is eigenlijk een zeer integrale benadering [...] elke leidinggevende kan online gaan daar heb je patiënttevredenheidsscores, waar alle domeinen aan bod komen. Dus je kan echt kijken waar is er een probleem met de vriendelijkheid van het personeel? Welke campus, welke afdeling? . » (Directeur général, 51)*

L'apport de ces enquêtes est toutefois variable. Dans le cas de l'hôpital H, l'enquête a surtout permis de déceler des problèmes secondaires de logistique et de confort ; les questionnaires ont notamment été exploités pour offrir une meilleure cuisine aux patients. Les interviewés de l'établissement H ont par contre souligné l'apport positif de la démarche pour l'amélioration des prestations du service de neurologie, qui recueillait un taux de satisfaction médiocre ; les réponses ont en effet inspiré des décisions pratiques concernant l'organisation de la sortie du patient, son information, la communication avec l'extérieur, le contact avec les familles, etc.

Ce bilan à grand traits des indicateurs utilisés dans les hôpitaux, en mettant l'accent sur l'opposition entre indicateurs permanents et *ad hoc*, répond à une double question : « *qu'est-ce qui est mesuré ?* » et « *pourquoi est-ce mesuré ?* ». La question à laquelle tente de répondre la section suivante est « *qui mesure quoi ?* ». Dire que les hôpitaux suivent tel ou tel indicateur est incomplet : chaque département, unité, ou comité suit ses propres indicateurs, qui ne sont pas toujours connus des autres acteurs de l'établissement. C'est ce phénomène de « segmentation » des politiques de performance, que ne suffit pas à compenser la communication interne autour des indicateurs, qui est maintenant étudié.

### 8.2.3 Organisation hospitalière et politiques de performance

Les indicateurs de performance, dont l'hétérogénéité a été soulignée par la section précédente, ne s'élaborent pas dans l'abstrait ; ils s'ancrent au contraire dans un contexte organisationnel complexe et segmenté. Les hôpitaux sont en effet subdivisés en « *systèmes d'action* » partiellement isolés de leur environnement, composés d'acteurs animés par des savoirs, enjeux et intérêts ne se confondant pas avec ceux de l'organisation en son ensemble<sup>22</sup>. Il sera ici considéré, pour simplifier l'exposé des résultats dans cette étude portant sur un grand nombre de cas, que ces systèmes d'action correspondent aux entités formelles des hôpitaux : départements, unités, services où les équipes travaillent effectivement de manière largement autonome, élaborant des outils spécifiques de contrôle ou d'amélioration de la performance en fonction de leurs objectifs. Toutefois, des systèmes d'actions peuvent également se développer autour de processus transversaux comme des itinéraires thérapeutiques.

L'autonomie relative dont disposent les acteurs pour créer leurs propres méthodes de mesure de la performance aboutit à la coexistence de tableaux d'indicateurs inégalement développés, inégalement formalisés, peu intégrés et, au total, n'offrant pas une vue globale du fonctionnement des établissements. Cette faible intégration pourrait certes être compensée par une politique de communication volontariste ; toutefois, les entretiens ont permis de constater que celle-ci fonctionne essentiellement de haut en bas et, là encore, surtout pour des indicateurs de résultats et d'activité. L'organisation interne des hôpitaux entretient donc à la fois une segmentation et un manque de transparence de la mesure de la performance.

Les deux premiers points sont consacrés à l'impact de l'organisation des hôpitaux en départements et entités horizontales (unités, services, comités...) sur l'élaboration des politiques de performance et l'emploi des indicateurs. La position du coordinateur qualité et le bilan des « contrats qualité et sécurité des patients » sont abordés en un troisième point. Enfin, la section aborde la question des modalités et de l'efficacité de la communication autour des indicateurs dans les établissements.

---

<sup>22</sup> Cf. Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977. Pour une application de ce concept aux organisations hospitalières, cf. Olgierd Kutry, *L'innovation à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, 1994.

### 8.2.3.1 La segmentation verticale des politiques de performance

La plupart des indicateurs évoqués dans la section précédente sont développés au niveau de la direction. Mais celle-ci a différentes branches, qui chacune gère son système d'information en fonction de ses missions, de ses ressources, de sa structure interne, voire de la personnalité de ses cadres. Cette segmentation verticale des politiques de performance définit des « piliers » d'indicateurs distincts à la fois par leur objet et par les modalités de leur application.

- Le pilier administratif et financier

Le premier pilier d'indicateurs est géré par les services administratifs et financiers des établissements et rassemble essentiellement des données servant au pilotage quotidien de l'hôpital et concernant le budget, l'activité et les ressources humaines. Ces indicateurs sont à la fois les plus nombreux et les plus formalisés ; ils sont également le plus souvent permanents. Les directions générales disposent en effet des ressources humaines et techniques (équipes formées aux manipulations des bases de données) pour en assurer le suivi.

On ne s'attarde pas ici sur ce pilier, la liste des indicateurs concernés ayant été largement évoquée dans la section précédente.

- Le pilier « nursing »

Le pilier d'indicateurs du nursing est le plus diversifié. Les missions des directions des soins touchent en effet aux ressources humaines, à la qualité-patient, à la qualité clinique, à la logistique... Pour remplir ces tâches, elles développent leur propre expertise (en formant des infirmières à la maîtrise des bases de données), développent leurs tableaux de bord et construisent des indicateurs spécifiques.

Assez représentatif, le tableau de bord du directeur du nursing de l'hôpital H rassemble ainsi des indicateurs mensuels liés à « *masse de travail active ou inactive* » (Cadre par mois par rapport à ce qui a été budgété, nombre d'heures supplémentaires, nombre d'heures d'intérim, nombre d'heures d'infirmières volantes par service, nombre de « jobistes », nombre d'étudiants en stage, heures de RTT...), à la formation (indicateurs de temps de formation par service, du budget alloué à la formation par an, des types de formations suivies, du nombre de personnes parties en formation), au turn-over et aux motifs de départ. Peuvent également être inclus dans ces tableaux de bord des indicateurs d'activité, en vue d'évaluer le besoin de personnel. Il faut à cela ajouter les indicateurs de qualité clinique (infections nosocomiales, escarres...) ou de qualité-patient (enquêtes de satisfaction).

Un certain nombre de ces indicateurs (activité, personnel, infections nosocomiales...) sont générés hors de la direction des soins infirmiers (direction générale, direction médicale) et sont aisément disponibles aux autres professionnels de l'hôpital. Toutefois, comme chaque organe hospitalier, le nursing produit également des outils de gestion spécifiques correspondant à ses missions et intérêts.

Un bon exemple en est l'initiative du nursing de l'hôpital D de créer un document recensant les événements indésirables au niveau de la gestion des lits. Cet instrument a été explicitement développé pour démontrer l'existence d'un problème et attirer l'attention du comité de direction sur celui-ci :

*« Aujourd'hui, on veut tracer pour montrer au comité de direction et notamment au niveau du département médical qu'on a de grosses difficultés. Et donc on a créé un document d'évènements indésirables sur la gestion des lits, en se disant 'voilà, il faut absolument qu'on objective réellement' » (Directeur du nursing, 41)*

La création de cet indicateur est ici de manière claire la manifestation d'un intérêt particulier de la direction du nursing : justifier l'obtention de moyens supplémentaires.

D'autres initiatives répondant aux besoins particuliers du nursing peuvent être citées, au premier plan desquelles les systèmes de mesure de la charge de travail développés ou en voie de développement dans plusieurs hôpitaux de l'échantillon (cf. la partie du chapitre sur les « success stories »). Dans un autre domaine, l'hôpital K a mis en place depuis une quinzaine d'années un indicateur de mesure du coût moyen des incontinences par jour par patient dans le cadre d'une politique de régulation des dépenses dans ce domaine. Des réunions sont en effet organisées périodiquement pour communiquer aux infirmières-chef l'évolution du budget incontinence de leur service, un objectif budgétaire annuel ayant été fixé en fonction d'une année témoin.

Les tableaux de bord de la direction du nursing de l'hôpital I intègrent également des indicateurs destinés à faciliter la gestion des flux de patients par le personnel infirmier. Sont ainsi dénombrés : les patients qui entrent sans que leurs examens préopératoires n'aient été réalisés (en vue de proposer des changements dans les services où la réalisation des examens n'est pas vérifiée) ; les patients dont on décide la sortie après quinze heures, alors que les effectifs ne sont plus suffisants pour gérer leur sortie ; le nombre de dossiers médicaux qui arrivent chez l'infirmière-chef après quatorze heures (la prise en charge étant plus hasardeuse après 14h, car les commandes de médicaments ne seront pas honorées immédiatement).

Il s'agit là d'exemple d'indicateurs permanents. Le nursing introduit également des indicateurs *ad hoc* dans le cadre de projets, tels que des journées sur les escarres, les cathéters ou les soins de plaies...

La relative abondance des indicateurs suivis par le nursing n'est pas que le reflet de la multiplicité de ses tâches du nursing. Elle est également liée à l'organisation hiérarchique du corps infirmier. En effet, l'autorité des directions du nursing permet à celles-ci d'imposer la collecte de données dans les services, en créant par exemples des réseaux d'infirmiers référents sur tel projet ou telle pratique médicale. Le leadership individuel est ici essentiel. Il apparaît clairement au travers des interviewés que les vues personnelles du directeur du nursing ont une grande influence sur les politiques de performance menée dans son département.

A l'inverse, le manque de ressources peut constituer une entrave : il est parfois difficile, notamment dans les petites structures, de consacrer suffisamment de personnel infirmier au suivi des indicateurs.

Ces dynamiques participent de la « segmentation verticale » de la mesure de la performance hospitalière, en menant à la production d'indicateurs répondant aux besoins particuliers d'un secteur de l'hôpital mais qui ne sont pas intégrés dans une politique globale de performance. Les directions médicales contribuent également à ce phénomène.

#### ➤ Le pilier médical

Par « pilier médical », on entend ici avant tout les indicateurs produits et employés par les directions médicales. Les Conseils médicaux, en effet, sont tenus informés de certains indicateurs (activité, infections nosocomiales, indicateurs financiers dans les hôpitaux où les

médecins sont responsabilisés financièrement) mais ne créent pas d'indicateurs propres ; ils ne disposeraient d'ailleurs pas de l'expertise et du personnel nécessaire.

Le constat global est celui de la place relativement peu importante des indicateurs de qualité clinique suivis par les directions médicales. Des exceptions existent : dans l'hôpital E, 20 indicateurs cliniques suivis par la direction médicale sont inclus dans le tableau de bord institutionnel discuté en comité de direction. Mais dans la majorité des cas, les indicateurs cités spontanément par les médecins-chefs sont liés le plus souvent à des considérations financières ou d'attractivité.

Les plaintes, certes, sont le premier indicateur cité par les médecins-chefs. Dans tous les hôpitaux de l'échantillon, la direction médicale est en charge de l'analyse des plaintes et du suivi des actions correctrices éventuellement mises en œuvre par les unités médicales concernées.

Les médecins-chef observent également certains indicateurs relatifs au corps médical, par exemple le taux d'absentéisme médical, qui leur permet à la fois d'exercer leur fonction disciplinaire (en identifiant des abus) et de diagnostiquer certains dysfonctionnements (surcharge de travail, mauvaise organisation, leadership déficient...).

Au-delà, la plupart des exemples donnés par des médecins-chefs se situent à la frontière entre performance clinique et économique. La plupart citent la durée moyenne de séjour :

*« La performance de l'hôpital, il y a déjà une notion importante, c'est la fameuse durée de séjour. Sur base du RCM, on a une donnée de durée de séjour. Je ne dis pas qu'être dans la durée de séjour signifie qu'on a une bonne médecine ou qu'on fait de la qualité, mais c'est un indicateur qui permet d'identifier des poches de durée trop longue ou de durée trop courte, et qui permet d'aborder certaines spécialités ou certaines pathologies et de dire 'tiens, pourquoi est-ce qu'on a un problème à ce niveau-là ?'. Ça, c'est un indicateur qui reste très important et qui dans le financement de l'hôpital reste toujours pertinent, puisque ça nous donne les lits justifiés »* (Directeur médical, 103)

*« Alles wat de financiering van de overheid betreft kijkt enkel naar ligduur, kijkt in feite niet naar de kost per DRG. Ik kan mij inbeelden, de ziekenhuizen houden de ligduur in het oog. Je zou er kunnen toe komen dat je gaat financieren tot de kost per DRG. Dan ga je kunnen zien naar de analyses binnen de ziekenhuizen, ze gaan meer gaan kijken, waar ben ik performant en waar niet. Hoeveel mag een DRG kosten aan een biologie, hoeveel mag het kosten aan radiologie, tot hier toe gebeurt dat nog niet. Het is misschien beter van te kijken naar procesindicatoren dan naar outcomeindicatoren omdat je daar die casemix minder hebt »* (Directeur général, 71)

D'autres indicateurs peuvent être cités. Dans l'hôpital K, par exemple, la direction médicale suit régulièrement le taux de conversion de la chirurgie classique en chirurgie ambulatoire, qui a un impact direct au niveau des journées justifiées.

Sur un plan différent, la direction médicale de l'hôpital A utilise des indicateurs financiers pour réguler les dépenses du bloc opératoire, indicateurs peu formalisés et gérés par une « commission de gouvernance du bloc opératoire » ; parmi ceux-ci, le taux d'occupation effective par un praticien des plages d'occupation du bloc qui lui sont attribuées (en vue d'optimiser la distribution des plages) ou, plus simplement, la mesure de l'évolution des dépenses en agrafeuses automatiques.

La gestion de la performance économique est donc ici aussi un facteur puissant de développement d'indicateurs particuliers, non repris au niveau institutionnels. La création d'indicateurs semble toutefois moins active qu'au sein des directions du nursing. Il faut

probablement y voir aussi une influence des logiques organisationnelles et professionnelles du corps médical. A l'inverse du département infirmier, dont la centralisation facilite la mise en œuvre uniforme de projets ou d'indicateurs, le département médical est peu hiérarchisé :

*« Faire quelque chose sans en parler avec le monde infirmier, c'est pas possible. Mais comme il est souvent plus hiérarchisé, plus organisé, plus groupé avec des cadres intermédiaires, c'est souvent plus facile avec le monde infirmier. Au niveau du monde médical, c'est une somme d'individus, et c'est beaucoup plus compliqué de travailler avec une somme d'individus qu'avec un groupe organisé, stratifié, hiérarchisé »* (Coordinateur qualité, 45)

*« L'année passée, une procédure a été mis en place mais il est difficile de faire comprendre aux chirurgiens de la suivre. Pour le moment on regarde quel pourcentage suit la procédure, je suis un peu déçu je dois dire. Quand il faut du temps et que cela n'avance pas vite, il y a un problème de mise en œuvre »* (Directeur général,71).

Un directeur du nursing confirme ce diagnostic sans indulgence, soulignant l'individualisme des médecins et leur refus d'un contrôle extérieur :

*« Du côté des médecins, c'est tout à fait différent comme excuse. C'est leur indépendance crasse et le prétexte toujours que le boulot passe avant tout et qu'ils sont trop occupés Et 'de toute façon, pourquoi une enquête de sécurité ?', ils font bien leur travail »* (Directeur du nursing, 14)

La mesure de la performance est donc dans ce pilier médical conditionnée à des négociations parfois ardues avec des chefs de service réticents à toute forme de contrôle sur leurs choix thérapeutiques, et qui préfèrent se fier à leurs propres indicateurs « maison ». Cette autonomie des unités est la cause d'un second phénomène, parallèle à celui de la division des indicateurs en piliers verticaux : la segmentation horizontale selon les unités ou comités.

### **8.2.3.2 La segmentation horizontale des politiques de performance**

Toutes les entités de l'hôpital, nous l'avons dit, tendent à développer leurs propres indicateurs. Les unités médicales, ainsi, ont besoin d'informations courantes pour gérer les flux de patients, analyser les évolutions de l'activité du service, évaluer la productivité et la qualité des prestations de chaque médecin, etc. Un certain nombre des indicateurs utiles sont fournis par les directions générales ; d'autres sont bricolés au jour le jour par les chefs de service ou par les infirmières.

Les résultats de ces indicateurs ne sont généralement pas diffusés hors du service (même s'ils ont pu être recensés dans le cadre de l'évaluation du contrat qualité et sécurité). Ce directeur général attribue ce fait aux réticences des médecins à rendre compte sur leur pratique professionnelle à d'autres que leurs pairs :

*« Je suis persuadé que les orthopédistes ont leurs propres critères pour la prothèse de hanche, ils ont certainement sur un petit bloc-note le nombre de patients en révision taux convalescence, enfin que sais-je, mais ils ne sont pas diffusés. Donc au niveau de l'institution il n'y a pas d'indicateurs synthétiques de qualité. De temps en temps, par vagues, parce que j'insiste, arrivent tout à coup au conseil d'administration les quelques indicateurs sur les infections hospitalières, sur l'hygiène, sur ceci ou cela. Et puis, pffff. Ce n'est pas encore systématisé. Qu'est-ce qui peut justifier cela ? Peut-être une peur qu'on les contrôle sur le plan qualité. Ils*

*n'ont pas tellement envie que la direction vienne voir. Peut-être le sentiment qu'on n'a pas de comptes à rendre, sauf à ses collègues, aux congrès auxquels on participe par discipline, par rapport à soi-même sur un plan moral, mais en ne se situant pas sur dans optique institutionnelle » (Directeur général, 41)*

*« En l'année 2010, c'était un des objectifs du Conseil médical, avons dit que chaque service devait venir se présenter devant le médecin chef et le Conseil médical. Nous essayons de travailler en duo, je crois en le fonctionnement de couple pour qu'on ait une vision uniforme. Ils pouvaient faire comme ils voulaient, présenter leur service, le nombre de personnes, le nombre d'opérations, comment ils se distinguent des autres hôpitaux, vers le futur, concernant les investissements et aussi les interfaces optimales ou peut-être pas optimal vers les autres services. Ceci a été fait et nous avons remarqués que beaucoup de services ont enregistré et vérifié eux-mêmes pas mal de choses à l'intérieur de leur service. Par ex : mortalité, durée de séjour de certaines pathologies, complications de certaines interventions, et qu'ils ont fait cela eux-mêmes. Ce qu'on voit maintenant, chez les jeunes, que malgré que ce n'est pas obligatoire, les gens commencent à suivre des choses/mettre en place. Avant c'était impensable, on le voyait dans l'industrie mais nulle part ailleurs » (Président de Conseil médical, 72)*

Un cas particulièrement abouti de ce phénomène est celui de l'élaboration au sein du service de radiothérapie de l'hôpital A (cf. les détails dans la partie sur les « success stories ») d'un tableau de bord, à l'initiative des professionnels du service. Le développement d'indicateurs spécifiques peut également être lié à des procédures de certification engagées dans un seul service (notamment les services médico-techniques).

La segmentation horizontale des systèmes d'indicateurs est également liée à la division du travail de contrôle de la qualité entre de multiples comités : comité qualité, groupe de gestion de l'antibiothérapie, comité d'hygiène, comité transfusionnel, comité sécurité patient, comité médico-pharmaceutique... Les indicateurs que manipulent ces organes sont toutefois généralement définis en aval par la direction médicale, et mesurés par les services administratifs de la direction générale. L'acteur en apparence le plus autonome dans cette organisation est le coordinateur qualité, dont la position dans l'organigramme est atypique ; toutefois, comme le montre le point suivant, cette autonomie est amoindrie dans la plupart des hôpitaux par une marginalisation de fait des processus décisionnels.

### **8.2.3.3 Les coordinateurs qualité, « électrons libres » dans l'organisation hospitalière**

*« Le coordinateur qualité est un électron libre qui n'a pas de service et qui a du mal à trouver son financement. Alors, comment peut-il travailler ? » (Coordinateur qualité, 15)*

Cette citation d'un coordinateur qualité recouvre les sentiments de nombre de ses collègues : ambiguïté de la position dans l'organisation, isolement, manque de ressources et de reconnaissance viennent les entraver et limiter leur contribution à la promotion de la qualité, celle-ci étant pourtant le point faible des politiques de performance hospitalière. Cette sous-section est consacrée à la description de la place des coordinateurs dans l'organisation et aux conséquences de celle-ci sur leur activité. Elle est également l'occasion de faire un bilan des contrats qualité et sécurité *du point de vue des acteurs hospitaliers*. Les



résultats présentés ici sont donc perçus par l'équipe comme un apport à l'évaluation des contrats « qualité et sécurité des patients ».

### **8.2.3.3.1 Les contrats qualité et sécurité : des appréciations divergentes**

Les appréciations portées sur les contrats qualité et sécurité sont très divergentes. Des évaluations souvent positives contrastent avec quelques jugements très critiques. Mais le plus surprenant est la méconnaissance des contrats et de leur contenu par de nombreux acteurs.

Les acteurs familiers des contrats ont souligné dans leur majorité que les contrats avaient contribué à mettre au plan des objectifs de qualités considérés jusqu'ici comme secondaires par les gestionnaires, et qu'ils constituaient un incitant et un accélérateur du changement :

*« De nombreux aspects qui se trouvent dans le contrat qualité et sécurité sont devenus des objectifs de l'institution depuis qu'ils font l'objet d'un contrat avec le SPF, alors qu'ils avaient clairement été présentés bien avant comme étant des points sur lesquels il fallait travailler. Du côté des gestionnaires, tant qu'il n'y avait pas un contrat, l'allocation de moyens pour travailler dans ce sens n'avait jamais été donnée. Je pense qu'il y a une prise de conscience de toute cette dimension qualité au niveau des gestionnaires »* (Directeur médical, 133).

*« Ça permet d'implémenter avec une structure et un cadre bien précis des choses qui auraient eu plus de mal à passer autrement [...] Ce programme est très ambitieux et nous oblige à être ambitieux »* (Directeur médical, 93)

*« Kwaliteit is een moeilijk begrip. Heel de campagne rond patient safety, als onderdeel van kwaliteit vond ik een zeer geslaagd initiatief. Mensen zijn wel gevoelig voor veiligheid, dat begrijpen ze wel, schade aan een patiënt of risico's voor een patiënt dat begrijpen ze wel. Kwaliteit, dat is niet zo vatbaar »* (Directeur du nursing, 34)

Les contrats, s'ils n'ont pas révolutionné les politiques de performance, semblent avoir eu dans la majorité des établissements un effet sur la représentation des priorités hospitalières. Il faut néanmoins mentionner quelques attaques virulentes contre le dispositif (particulièrement dans un établissement de l'échantillon), qui correspondent surtout à un refus par les médecins de ce qui est considéré comme une immixtion et une tentative de contrôle par le ministère :

*« Les hôpitaux s'interrogent : 'mais pourquoi est-ce que le ministère devient aussi autoritaire ?'. Il y a un peu de rébellion en ce moment dans les hôpitaux. 'Ils vont trop loin', voilà ce que j'entends. 'Tout ça pour nous donner cinquante mille ou soixante-dix mille euros pour payer notre coordinateur qualité' [...] Il y a des exigences dont on se demande 'quel est le droit du ministère de nous imposer cela'. [...] Aux yeux de tous, le SPF n'a aucune légitimité en la matière »* (Directeur général, 41)

Au-delà de ces avis, le contrat n'est pas vraiment connu en dehors du cercle étroit des responsables de la qualité dans l'hôpital (qui, dans les petites structures, peut se résumer à la personne du coordinateur).

A de nombreuses reprises, les acteurs interrogés ont manifesté indifférence et méconnaissance vis-à-vis des contrats et de leur bilan : tel directeur général admet ne pas s'être enquis des résultats du contrat depuis deux ans, tel directeur médical reconnaît ne jamais prendre l'initiative d'un contact avec le coordinateur qualité, tel directeur du nursing n'a pas gardé souvenir du contrat qu'il avait pourtant signé et ignore l'existence d'un coordinateur qualité dans son établissement, tel coordinateur qualité pense que le feedback multidimensionnel intégré est un des volets du contrat... Lorsqu'a été posée durant les

interviews la question de l'évaluation par les acteurs des initiatives du SPF en matière promotion et de mesure de la performance, 25 d'entre eux (sur les 61 entretiens auprès des membres du top management et des coordinateurs qualité) n'ont pas évoqué spontanément le contrat qualité ou sécurité ou, s'ils l'ont fait, ont admis leur ignorance sur son contenu et/ou sur l'identité du responsable de sa mise en œuvre dans l'établissement. Si l'on ne prend pas en compte les 13 coordinateurs qualités de l'échantillon, évidemment informés du cadre de leur activité, 25 interviewés sur 48 (soit plus de la moitié) ne connaissent pas ce dispositif. Il ne semble pas que cela soit lié à la fonction occupée par chaque acteur, même si les présidents de Conseil médical soient un peu moins familiers des contrats que les autres (8 entretiens négatifs sur 11). La politique d'établissement semble plus déterminante, les situations étant très variées. Par exemple, alors que l'ensemble des interviewés des hôpitaux C et M avaient connaissance des contrats, dans l'hôpital B, seul le coordinateur qualité était dans ce cas au sein de l'hôpital B. Aussi, en dépit des avis positifs rapportés plus haut et bien que donnant lieu à de nombreux projets, il semble que les contrats qualité et sécurité ne soient pas intégrés dans le travail de tous les secteurs de tous les hôpitaux. En effet, bien souvent, les coordinateurs qualité doivent choisir eux-mêmes les actions qu'ils souhaitent développer puis négocier avec les autres acteurs pour obtenir leur aval ou leur soutien ; des projets d'une plus grande envergure sont parallèlement mis en œuvre par la direction. Cette faible reconnaissance se reflète également dans la nature des indicateurs auxquels recourent les coordinateurs qualité dans le cadre de leurs projets.

#### **8.2.3.3.2 Contrats qualité-sécurité, projets et indicateurs de performance**

Si l'on se réfère à la distinction faite dans la section précédente entre indicateurs « permanents » et « *ad hoc* », les indicateurs conçus par les coordinateurs qualité, destinés à appuyer la réalisation d'un projet qualité précis (tout en gardant à l'esprit que tous les projets qualité n'incluent pas d'indicateurs), appartiennent clairement à la seconde catégorie.

Ainsi, dans le cadre d'un projet correspondant au pilier II du contrat au sein de l'hôpital J et visant à améliorer les transferts intra-muros (TIM) entre unité de soins intensifs et unités de médecine, le coordinateur a organisé la mise en place d'un groupe d'indicateurs à durée limitée pour inciter le personnel à plus de vigilance : pourcentage de patients portant des bracelets d'identification, vérification des tubulures avant le transfert...

Le comité qualité de l'hôpital D a quant à lui piloté un projet portant sur la prescription de psychotropes et les chutes en gériatrie. Sur la demande d'un médecin, le coordinateur a élaboré un protocole incluant un indicateur mesurant le nombre de chutes chez les patients consommateurs de psychotropes :

*« On a une étude maintenant sur la prescription de psychotropes et les chutes en gériatrie. C'est quelqu'un du laboratoire du sommeil qui voulait faire des guidelines concernant la prescription de psychotropes. Alors, la plupart du temps dans un hôpital comme le nôtre où les assistants changent tous les trois mois, les guidelines, il y en a un paquet comme ça, et c'est à peine s'ils ne se torchent pas le cul avec. Ça ne sert strictement à rien. [...] Mais en passant par la prescription informatisée, on peut obtenir des choses, avec des prescriptions au conditionnel, avec différents stades en fonction de l'état plus ou moins agité des patients [...] On sait aussi que si on veut le vendre aux médecins superviseurs, il faut venir avec des chiffres. Il y avait une étude qui était en cours. On avait une base de données sur les chutes en gériatrie qu'on estimait être fiable, on a remarqué par la suite que pas mal de*

*chiffres n'étaient pas révélés, quand le patient chute une fois, on notifiait, quand il chute cinq fois, la cinquième ou la quatrième n'étaient pas notifiées. On est donc parvenu à leur donner ces données de base, on leur a demandé de faire une étude, de faire un échantillonnage sur les dossiers où on a relevé le nombre de psychotropes, certains avaient trois psychotropes parmi les chuteurs. Et alors maintenant ils sont passés à la phase où ils ont implémenté une prescription en trois étapes en gériatrie, par la prescription automatisée. Elle a été communiquée par nos services de communication à nos médecins superviseurs et les assistants, même de garde, doivent passer par cette espèce d'algorithme au niveau de la prescription. [...] Et donc on va ressortir toutes les chutes après l'implémentation de cette nouvelle façon de faire et on va réétudier les dossiers pour voir si on a moins de chutes en nombres absolus. Mais il faut voir que les chutes ne sont pas uniquement dues à la prescription médicamenteuse. On va retourner individuellement sur les dossiers de ces chuteurs pour voir si individuellement ils avaient toujours autant ou pas du tout de médicaments psychotropes » (Coordinateur qualité, 45)*

Il n'est pas utile ici de multiplier les exemples de projets avec indicateurs, dont un grand nombre sont rapportés dans le cadre de l'évaluation des contrats par le SPF. Il suffit de constater que les coordinateurs qualité (en s'appuyant sur le « comité qualité » ou la « cellule qualité ») disposent d'une certaine autonomie pour mettre en place des indicateurs, soit en réponse à une demande externe, soit de leur initiative propre. Ces indicateurs ne sont toutefois pas intégrés à une stratégie globale de performance, dans la mesure où les actions auxquelles ils s'agrègent ne sont pas elles-mêmes inspirées par une ligne directrice nette. Les indicateurs de qualité conçus par le coordinateur qualité correspondent donc à une juxtaposition de projets ponctuels et non à une vision institutionnelle.

Il faut par ailleurs ne pas surestimer la capacité du coordinateur à développer de nouveaux outils ; comme il l'a été dit plus haut, il est handicapé par une position organisationnelle inconfortable et un manque de ressources.

### **8.2.3.3 Une mauvaise insertion des coordinateurs qualité dans l'organisation hospitalière**

Les coordinateurs qualité expriment tous le souhait d'être mieux intégrés à la hiérarchie hospitalière pour y promouvoir les objectifs du contrat.

De manière très pratique, le support actif de la direction générale et d'un des départements au minimum est indispensable au coordinateur, cet « élément perturbateur » (selon les termes d'un coordinateur) des routines des services, pour se faire entendre et respecter. Significativement, un coordinateur a indiqué ainsi que ses mails au personnel médical ne sont lus que lorsqu'ils sont cosignés par la direction. La proximité avec la direction est également un atout indispensable pour ne pas voir les projets qualités rangés au tiroir :

*« Et puis il y a un autre élément, c'est que dans l'hôpital il y a beaucoup de projets en route. Et des projets qui n'ont pas été choisis par la direction médicale et le coordinateur qualité. L'administrateur, qui a ses préoccupations, fait passer ses projets en priorité par rapport aux projets de qualité qui pour le patient sont parfois plus importants » (Coordinateur qualité, 15)*

La position actuelle du coordinateur, dans la plupart des cas (les organigrammes varient d'un hôpital à l'autre), ne leur donne pas un accès suffisant à la prise de décision. Ce déficit peut

néanmoins être compensé lorsque le coordinateur participe au comité de direction (cas spécifique de l'hôpital G) ou occupe par ailleurs un autre poste de responsabilité, comme celui de directeur du nursing :

*« La double casquette c'est un vrai avantage parce qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui soit dans un organigramme à une place influente. S'il n'y a pas ça, on va être tiré d'un côté par le médical, de l'autre côté par l'infirmier, et ça va être intégré dans rien »* (Coordinateur qualité et directeur du nursing, 84)

*« Je demande si c'est bien d'être un électron libre tel que l'on fait la définition d'un coordinateur qualité. Parce que s'il est membre d'une direction institutionnelle, il est supporté par cette direction à condition qu'on admette qu'il remplisse cette fonction. J'ai plus d'avantages à être dans la direction médicale qu'à être indépendant, ça c'est clair »* (Coordinateur qualité et directeur médical adjoint, 15)  
*« Wat hier wel is, de communicatie is zeer kort, mijn baas zit naast mij dus er kan veel via de gang. In het directiecomité daar zitten wij niet bij, daarnaast heb je de stuurgroep kwaliteit, daar zit de directie ook in. De directie zit als groep ook veel in andere zaken en daar zit ik dan dikwijls wel bij. Er is een aparte stuurgroep kwaliteit en patientveiligheid, en dat is dan samen met de directie en middenkader. Daar worden projecten voorbereid en bijvoorbeeld de visitaties die eraan komen enz. samen met de directie. »* (Coordinateur qualité, 65)

Etre médecin est également un atout pour obtenir l'adhésion des acteurs médicaux aux projets qualité :

*« Le fait d'être encore en salle, ça me permet d'avoir des contacts plus faciles avec les autres médecins que si j'étais la coordinatrice qualité, qui vient d'on ne sait pas où, qui a son diplôme de coordinatrice qualité. Je pense que ça se passerait différemment [...] Ça me donne une crédibilité. Parce que je vis les mêmes choses »* (Coordinateur qualité, médecin, 125)

A l'inverse, dans le cas illustré ci-dessous, la coordinatrice cumule les désavantages de l'appartenance au corps infirmier (peu légitime aux yeux des médecins) et de l'absence d'attaches institutionnelles (ce qui se manifeste jusque dans l'isolement de son bureau) :

*« La personne qui est la plus frustrée, je dirais, dans notre organisation, c'est l'infirmière référente qualité. Parce qu'elle se sent très isolée, même s'il y a le comité qualité. Je n'ai pas encore trouvé le moyen de mieux l'intégrer [...] Le fait d'être infirmière, elle dépend de la direction infirmière pour ce qui est de son métier, mais pour ce qui est de sa fonction, elle dépend plus directement de la direction médicale. Donc déjà, elle est entre deux... Par exemple, on s'est dit 'est-ce qu'on la met ici ?', [. . .]. Donc on l'a mise [sur tel site], et je crois qu'elle se sent très isolée [...] Elle a du mal à définir ses tâches, elle a du mal à avoir de l'influence. Etant infirmière, elle n'est pas infirmière chef, elle est infirmière référente qualité. Donc elle n'est pas nécessairement reconnue par ses paires. Elle a évidemment une expertise, mais cette expertise n'est pas encore ressentie comme telle, je crois c'est trop nouveau [...] Et elle est très limitée au niveau médical, parce qu'elle est infirmière et elle ne se sent pas à l'aise au niveau... »* (Directeur médical, 103).

*« Er zijn al ontzettend veel signalen geweest naar de directie toe, ja ik ga u een voorbeeld geven om u dat uit te leggen. Over indicatoren wordt er zowel over de Vlaamse overheid als de federale overheid, heel veel informatie verstrekt en teruggekoppeld. Ik zie die informatie nauwelijks, tenzij ik ernaar ga vragen, zoeken. Terwijl ik dan wel in het kader van het contract kwaliteit, patientveiligheid, gans de*

*inventarisatie, van de in dit ziekenhuis gebruikte indicatoren, ben gaan moeten opzoeken in het ziekenhuis. Ik heb monnikenwerk gedaan om bij 20-30 mensen te gaan luisteren, ben je met die indicatoren bezig, wat doe je daar mee? Terwijl blijkbaar op een ander vlak die indicatoren ingevuld worden, feedback wordt gegeven en die dan niet terecht komt waar hij moet terecht komen » (Ccoördinateur qualité, 25)*

Dans beaucoup de structures, l'action du coordinateur s'appuie et est relayée par un comité ou une cellule qualité. La composition, le statut et l'influence de ces organes est toutefois variable. Dans deux des hôpitaux de l'échantillon, le comité qualité rassemble les directeurs de départements (directeur médical, directeur infirmier, directeur du site...) et des représentants de chaque profession. Dans l'hôpital D, un représentant du conseil de direction participe comme observateur aux réunions de la cellule qualité. Cette composition ne donne pas pour autant aux comités une autorité hiérarchique : il s'agit avant tout d'instances permettant aux coordinateurs de rendre des comptes sur leur action (avec l'exception de l'hôpital G, où le coordinateur est devenu un « directeur qualité » membre du conseil de direction). Dans les autres établissements dotés d'un comité, celui-ci rassemble surtout des techniciens (médecin hygiénistes, infirmières spécialistes du codage, ingénieurs qualitatifs, statisticiens, représentants des autres comités spécialisés...). Les comités qualité se positionnent donc, soit comme organes de coordination et de communication entre le coordinateur et la direction, soit comme cellules d'expertise mises à disposition des services ou des autres comités pour leurs projets. Dans l'un ou l'autre cas, le coordinateur reste à la fois isolé et dépendant pour l'application de ses idées.

L'action des comités se heurte de plus à une certaine réticence à soustraire du personnel à leurs tâches de soins :

*« Le danger des cellules qualité, c'est de créer beaucoup de niches. Des gens s'installent pour ne plus faire de soins. On a des problèmes de recrutement d'infirmières et de médecins. Donc il faut pas non plus multiplier les niches de responsables ».* (Président de Conseil médical, 102).

Au total, cette marginalisation des coordinateurs qualité et, dans la plupart de cas, des comités qualité, limite fortement l'impact des contrats. Moins le coordinateur est impliqué dans l'organigramme de l'hôpital (occupation de postes de responsabilité, proximité à la direction, accompagnement par des cellules de techniciens) ; moins il a de ressources spécifiques à faire valoir, plus il consacre de temps à négocier chacune de ses interventions, et (mais cette hypothèse devrait être validée sur un plus grand nombre de cas) moins ses projets s'appuient sur des indicateurs motivants pour les praticiens.

Autre conséquence de la marginalisation des coordinateurs, une faible intégration des projets qualité dans les stratégies institutionnelles hospitalières et un manque de visibilité des résultats des contrats. Ceci, on l'a dit dans l'introduction de cette section, pourrait être partiellement compensé par des mécanismes de communication adéquats.

#### **8.2.3.4 Communication et reporting des indicateurs dans les établissements**

L'enjeu de la communication autour de la performance et du reporting des indicateurs a déjà été indirectement abordé dans les développements précédents. Se manifestent en effet à nouveau ici les phénomènes structurels évoqués de segmentation horizontale et verticale des politiques de performance (la communication étant peu effective d'un département à

l'autre, et des services à la direction), ainsi que de l'absence de visibilité du travail des coordinateurs qualité ou des comités qualité. Les situations sont toutefois assez variables d'un hôpital à l'autre, que ce soit en termes de nature des informations transmises ou de vecteurs de communications choisis.

#### **8.2.3.4.1 La nature des informations communiquées**

Les informations relatives à la performance susceptibles d'être communiquées sont bien sûr de diverses natures.

Elles peuvent toucher à la vision stratégique propre à un établissement où à un département, ce qu'illustre le cas de la direction du nursing de l'hôpital A, où un document formalisant la « philosophie de soins » du département est systématiquement porté à la connaissance des nouvelles infirmières pour les engager à respecter un certain nombre de principes.

Il peut s'agir d'indicateurs chiffrés de finances, d'activité, de qualité clinique... Il peut s'agir d'une information sur les projets en cours dans l'établissement (changement de processus de travail, itinéraires thérapeutiques, procédures de certification...). Les plaintes et enquêtes de satisfaction, également, sont souvent utilisées pour inciter les professionnels à remettre en cause leurs routines.

Dans l'hôpital C, l'ensemble des procédures d'hygiène et de soin sont mises à disposition de tous via l'intranet sous forme de documents en format électronique. Ces documents sont mis à jours périodiquement.

*“We moeten zeggen hoe we het gaan doen en dan doen zoals we het zeggen, die twee moeten gebeuren. Het is niet goed van het alleen te zeggen, je moet het documenteren dat het zo moet en dan documenteren dat je het zo doet. Ons hospitalisatiesysteem dat bij ons een, eigen ontwikkeld systeem is, het ons toelaat van dingen vrij snel aan te passen om dit soort van zaken te realiseren qua documentatie.”* (Directeur médical, 33)

Il s'agit de l'établissement où cette pratique est la plus systématique. Il semble que la diffusion des procédures soit ailleurs partielle (selon le dynamisme des chefs de service ou de département), qu'elle se fasse uniquement sous forme papier au sein d'un même service ou que leur mise à jour soit irrégulière...

Concernant la communication des indicateurs, deux principaux constats peuvent être faits. Premièrement, la communication reste essentiellement top-down, organisée par la direction vers les services et les départements. En second lieu, les établissements donnent la priorité aux indicateurs de finances et d'activité sur les indicateurs de qualité.

Les résultats d'indicateurs sont essentiellement distribués verticalement, de la direction générale vers les services et départements. Il s'agit en premier lieu d'indicateurs financiers et d'activité destinés à la gestion des flux ou au contrôle du budget des services. Les transmissions d'information sont donc plus intenses dans les hôpitaux où les médecins sont responsabilisés budgétairement. Le fait pour les cadres médicaux d'être lié contractuellement à certains objectifs et de bénéficier de primes en cas de respect de ses objectifs transforme son rapport à la gestion financière et les sensibilisent à la pertinence des indicateurs économiques :

*« Au niveau de la direction, au niveau des médecins, ça change. On est dans une gestion qui est la fois médicale et financière. Je pense que le fait de responsabiliser les unités de gestion médicales aux résultats financiers induit un changement d'attitudes. Il ne faudrait pas qu'ils deviennent exclusivement financiers »* (Directeur médical, 93)

Le département infirmier, on l'a vu, est également consommateur de données concernant l'activité et les ressources humaines. Les directions médicales assurent par ailleurs la circulation des indicateurs d'infections nosocomiales ou de quelques grands indicateurs (le taux de césariennes pour les maternités, par exemple).

Les pratiques des directions ne sont pas pour autant identiques. Ainsi, au sein de l'hôpital M, les seuls indicateurs envoyés systématiquement aux services sont leur taux d'occupation et leur durée moyenne de séjour des patients ; les autres indicateurs ne sont diffusés qu'agrégés au niveau de l'établissement, ce qui évidemment en limite l'intérêt. A l'inverse, la direction générale de l'hôpital I met à disposition de chaque unité (qui est responsabilisée et s'engage sur des « contrats d'objectifs ») une liste conséquente de données (écart entre le budgété et le réalisé, taux d'occupation, nombre de lits agréés et justifiés, nombre de consultations, nombre de passages à la garde, le nombre d'interventions à la garde, nombre d'actes...), ainsi que des indicateurs particuliers à chaque spécialité dont les médecins peuvent demander le suivi à la direction. Par ailleurs, la direction met à disposition sur l'intranet l'ensemble des résultats d'activité et financiers intermédiaires de l'hôpital, différenciés par site, et comparés aux chiffres de l'année précédente : le nombre d'admissions (plus de 24h ou moins de 24h), le nombre d'actes en one-day... La volonté de transparence est donc ici très grande, même si peu d'indicateurs cliniques sont diffusés. L'hôpital C diffuse quant à lui de manière régulière un groupe de 19 indicateurs de qualité, qu'il partage avec d'autres établissements voisins. Les politiques des directions sont donc effectivement assez différentes.

Par ailleurs, les indicateurs développés par les services remontent assez peu vers les directions, et encore moins vers les conseils d'administrations ; cela résulte tant de la volonté des directeurs de ne pas se disperser et de se focaliser sur un nombre restreint d'indicateurs que de la réticence déjà évoquée des médecins vis-à-vis de toute forme de contrôle. Cela n'est toutefois pas systématique : les indicateurs liés à des projets 'impulsés' par la direction, par exemple, sont généralement observés de plus près tant qu'ils n'ont pas été mené jusqu'à leur terme.

#### **8.2.3.4.2 Vecteurs de communication**

La communication et le reporting des indicateurs empruntent le biais de documents écrits ou électroniques, ou de réunions en face à face.

Le premier instrument d'information sur la performance des établissements est le rapport annuel. Celui-ci fait une synthèse des axes stratégiques, des projets en cours, de principaux résultats de l'hôpital, des enquêtes de satisfaction. L'intranet, on l'a vu plus haut, est un moyen plus adéquat pour tenir le personnel informé de manière continue des performances de l'hôpital. Enfin, plusieurs établissements diffusent des bulletins internes sous format papier ou électronique.

La communication prend également la forme de rencontres physiques. Les assemblées de personnel sont généralement l'occasion pour les responsables de valoriser le travail des équipes, éventuellement au moyen d'indicateurs. Les principaux indicateurs sont commentés en Conseil d'administration ou Conseil médical. Le comité qualité peut être le lieu d'une information sur l'action des coordinateurs si y participent des membres de la direction ou des représentants du conseil d'administration. L'établissement F organise à intervalles réguliers des séminaires de deux jours hors de l'hôpital à l'occasion desquels l'ensemble des cadres médicaux et infirmiers sont conviés à débattre avec la direction des

grandes orientations de l'organisation, éventuellement sur la base d'indicateurs. Dans l'hôpital C, les directeurs descendent sur le terrain pour veiller à la bonne application des consignes de qualité. Cette pratique du face à face permet la transmission des informations et consignes plus sûrement que les mails ou courriers internes :

*“Een van mijn grote frustraties is de communicatie in een groot huis, ik kan mails sturen ik kan brieven sturen maar uiteindelijk bereik je daar slechts een beperkt deel van het personeel mee. Het direct contact op die manier, het is misschien arbeidsintensief maar eigenlijk vrij effectief is. Je praat met artsen en die praten met andere, de verpleegkundigen spreken ook onder elkaar en dit werkt echt goed” (Directeur médical, 33)*

*“We gaan naar een afdeling en we praten met de patiënten, de verpleging, de artsen, we checken medische dossiers. We kijken of dat medicatie, die achter slot moet zitten, achter slot zit, of dat alles technisch in orde is. dus we kijken naar het globaal beeld van hoe er op een hospitalisatie eenheid gewerkt wordt. We stellen ook vragen of er problemen zijn, suggesties. Dus dat is een enorme input naar verbeterprojecten toe. [...] We zijn dat blijven doen op regelmatige basis. In het begin zei men ze komen ons controleren maar omdat er ook eigen volk bij is, is dat echt omgeslagen en nu zijn er eenheden die zeggen: het is lang geleden dat jullie bij ons zijn langs geweest, ge moet nog eens komen kijken want we hebben dit en dat in orde gemaakt.” (Directeur médical, 33)*

Ce système est analysé plus précisément dans la partie du chapitre consacré aux « success stories ».

Les moyens de feedback sont donc nombreux. Mais ils n'ont pas tous la même fonction. Les rapports annuels sont souvent moins lus par le personnels que par le conseil d'administration, les partenaires de l'hôpital ou éventuellement des patients ; ils constituent donc des outils de communication externe. L'échange de données de gestion se fait par contre essentiellement par mail ou par voie d'intranet où peuvent figurer des tableaux de bord dynamiques (avec généralement une confidentialité pour les résultats de chaque service par rapport aux autres). La discussion autour des résultats d'indicateurs dans le cadre d'organes tels que les comités qualité a pour objet la coordination ou la négociation de projets.

Le feedback en face à face est également un outil de motivation et de réflexion. Plusieurs interviewés ont souligné l'importance d'une présentation des indicateurs en réunion pour sensibiliser les professionnels de l'hôpital aux enjeux de la performance :

*« On essaie que dans les différents départements il y ait un souci de développer la performance. C'est-à-dire qu'on les sensibilise. Un des moyens que j'utilise moi à titre personnel c'est les réunions que j'ai avec les chefs de service ou les réunions que j'ai avec les équipes. On essaie d'introduire l'ensemble des indicateurs que l'on a, qu'on emploie et qui concerne de près ou de loin leur domaine de pratique de manière à leur faire comprendre que la pratique ce n'est pas simplement la satisfaction du patient qui quitte le cabinet de consultation, qui dit 'Merci docteur, je suis content de vous avoir vu' ou la patiente qui sort d'accouchement très heureuse parce qu'elle a un beau bébé. C'est plus que ça, c'est l'ensemble des facettes dont on vient de parler et qui de toute façon, sont de plus en plus mises sous la loupe à différents niveaux, au niveau du ministère, au niveau des banques de données, etc. Et donc il faut les amener à penser, à tenir compte de tout ça. Et donc, quand vous dites 'Est-ce que vous avez un plan ?', le plan ça a été dans un premier temps la sensibilisation par les*



*informations qui ont été communiquées. La première information qui a été communiquée dans ce domaine ça a été le feedback multidimensionnel intégré qu'on a reçu du ministère, qui est venu mettre une couche extérieure, un regard extérieur nouveau, en tout cas nouveau pour les médecins. Et donc ensuite, après cette sensibilisation on essaie de travailler sur certains indicateurs, et les indicateurs posant un certain nombre de questions, ne fut-ce que par rapport à leur construction, par rapport à la manière dont les informations ont été renseignées, dont elles ont été traduites et dont finalement elles sont finalement analysées pour donner un indicateur. Mais, finalement, ça amène une réflexion sur les processus. Et s'il y a une réflexion sur les processus, ça veut dire qu'il y a une réflexion plus en profondeur dans le service qui commence alors un peu à réfléchir à des moyens d'amélioration » (Directeur médical, 133)*

La structure et le fonctionnement des hôpitaux exercent donc une influence directe sur la façon dont les indicateurs sont construits et communiqués en interne, que cela soit au niveau des directions, dans les services ou dans le cadre du contrat qualité et sécurité. Mais les établissements emploient également des données externes. Le benchmarking est en effet aujourd'hui un outil majeur de régulation des hôpitaux. La section suivante analyse l'usage fait par ces derniers des dispositifs de benchmarking qui leur sont disponibles, et particulièrement les dispositifs diffusés par le SPF.

#### 8.2.4 Le recours au benchmarking

Il n'a pas jusqu'ici été fait mention de cette catégorie particulière de données que sont les indicateurs utilisés dans le cadre du benchmarking. Tous les hôpitaux, à un degré où un autre, y recourent pour se comparer, initier des actions d'amélioration, fixer des valeurs cibles, etc. Le bilan des initiatives de benchmarking est toutefois complexe à établir. D'abord, parce ce terme recouvre des dispositifs nombreux et divers, parmi lesquels le Feedback multidimensionnel intégré (FBI) élaboré par le SPF-Santé publique, sur lequel cette section s'attarde plus particulièrement. Ensuite, parce que les benchmarks suivis varient d'un établissement à l'autre. Enfin, parce qu'il faut distinguer entre le suivi des données et leur utilisation effective : à maintes reprises, les interviewés ont admis que certaines données de benchmark recueillies par la direction ne donnaient lieu à aucune communication ou réflexion dans l'établissement.

D'autres parties du rapport présentent en détails les systèmes de benchmarking disponibles à l'échelle belge. Cette section rend compte de la perception par les acteurs de ces systèmes et donne des exemples d'initiatives d'amélioration de la performance s'appuyant sur ces indicateurs.

##### 8.2.4.1 Quels benchmarks utilisent les hôpitaux ?

Le guide d'entretien comporte un item consacré aux « partenaires » en matière de mesure de la performance : SPF, fournisseurs de benchmarks, consultants, etc. Il est apparu au travers des réponses que les hôpitaux de l'échantillon recouraient à une très large gamme de données, au point qu'un directeur général a remis en question, à moitié sérieusement, la nécessité pour le SPF de construire un set d'indicateurs selon lui redondant : « *Peut-être qu'il*

y a tellement de choses en Belgique que finalement, pourquoi est-ce que le SPF vient encore avec son feedback ? ».

Le tableau ci-dessous présente la fréquence d'utilisation de chaque benchmark par les établissements de l'échantillon (ces chiffres reposent sur les déclarations des interviewés et les documents qu'ils ont confié à l'équipe).

<b>Nombre d'hôpitaux utilisant chaque benchmark</b>	
MAHA	13
3M	6
Zorgdata	2
Navigator	4
FBI/PSI	13
CHAB	4
Closon	3
Santhéa	3
Zorgnet	1
Vlaamse Ziekenhuis netwerk	1
Initiative de petits hôpitaux autour de Deinze	1
Procare	2
Dr Foster	1
Pfizer	2
Emmeling (anciennement Fortis, benchmark des plaintes)	1
Asseboeckstudie	1
ICuro	1
JCI	1

Ces dispositifs sont pour la plupart décrits dans le chapitre précédent. Nous y renvoyons donc le lecteur qui souhaiterait plus de détails sur chacun d'entre eux.

Ils peuvent être rassemblés en plusieurs catégories :

**Benchmarks proposés par le secteur privé lucratif**

- Le dispositif de benchmark le plus diffusé auprès des établissements de l'échantillon est l'enquête MAHA, réalisée par la banque Dexia à partir de données de finances et d'activité fournies par 98 hôpitaux généraux. MAHA est essentiellement connue et utilisée par les directeurs généraux dans le cadre du suivi budgétaire.
- Les services de 3M sont utilisés par six établissements.
- Deux hôpitaux participent au programme Zorgdata, mené depuis 1997 par le centre privé *Studiecentrum Gezondheidszorg*. Zorgdata traite les données RCM, RIM ainsi que les données sur les médicaments.

**8.2.4.1.1 Le Feedback multidimensionnel intégré (FBI)**

Toutes les directions des hôpitaux reçoivent le feedback multidimensionnel intégré (FBI). Mais cela ne signifie pas, comme on le verra plus loin, qu'il est consulté, diffusé dans les

différents secteurs de l'hôpital et utilisé. Le feedback PSI, également construit à partir des données RCM, reprend uniquement 20 indicateurs de sécurité des patients. Mais l'équipe a constaté qu'en pratique les acteurs interrogés confondent souvent les 2 feedbacks ou ne se souviennent encore moins souvent du feedback PSI que du FBI.

#### **8.2.4.1.2 Benchmarks proposés par les universités**

- Les cinq hôpitaux académiques de l'échantillon participent au feedback périodiquement réalisé par la Conférence des hôpitaux académiques de Belgique (CHAB).
- Trois hôpitaux participent au benchmark du Centre d'Etudes Interdisciplinaires en Economie de la Santé (CIES) de l'Université Catholique de Louvain (« Groupe Closon »).
- Le modèle Navigator de la KUL, utilisé par deux hôpitaux en Flandre, a également depuis peu été adopté par deux établissements francophones de notre échantillon.

#### **8.2.4.1.3 Benchmark des confédérations hospitalières et groupes d'hôpitaux**

- Trois hôpitaux sont parties prenantes au projet AWAGES de Santhéa, l'organisation professionnelle regroupant les hôpitaux du secteur privé non confessionnel et du secteur public francophones.
- Un hôpital participe aux travaux de l'association hospitalière néerlandophone Zorgnet.
- Deux hôpitaux participent à des initiatives de benchmarks entre établissements voisins. Le premier de ces groupes est le *Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven* (VznkuL) ; le second rassemble des hôpitaux indépendants flamands ayant en commun leur petite taille et comprenant les établissements de Mol, Herentals, etc.

#### **8.2.4.1.4 Benchmarks internationaux**

L'un des hôpitaux de l'échantillon a reçu l'accréditation de la Joint Commission (JCI) et est donc entré dans un système d'échange de données sur une base internationale.

Un hôpital au moins a dit participer au benchmarking Dr Foster'Institute, benchmarking privé qui publie notamment un guide sur les hôpitaux anglais du NHS.

#### **8.2.4.1.5 Benchmarks cliniques thématiques**

Deux chirurgiens digestifs travaillant dans deux institutions différentes ont évoqué l'intérêt du projet Procure pour stimuler l'amélioration des soins pour les patients atteints du cancer du rectum et notamment des différences en terme de proportion de patients qui ont une poche. Toutefois, leurs institutions ne leur ont pas permis de participer à la collecte de données, vu la lourdeur de celle-ci.

Lorsque des médecins hygiénistes ont fait partie des personnes à interroger, ils nous ont systématiquement parlé des données récoltées pour l'Institut de Santé Publique (ISP) et du feedback rapide qu'ils recevaient de celui-ci ainsi que du support nécessaire fourni par l'ISP à la demande de l'hôpital pour résoudre certains problèmes.

Ces dispositifs qui n'ont pas été cités par les directions et semblent n'avoir qu'un impact local dans les établissements. Ils n'ont pas donc été repris dans le tableau.

#### 8.2.4.2 L'utilisation des benchmarks

Le fait que les dispositifs de benchmarks soient répandus ne signifie pas qu'ils soient réellement *utilisés* : en effet, d'après nos interviewés, leur diffusion dans l'établissement reste partielle et ils ne donnent pas toujours lieu à analyse ou action d'amélioration.

➤ La diffusion des benchmarks dans les établissements

Certaines données de benchmarks sont largement communiquées dans les hôpitaux. Ainsi, les cellules d'hygiène font parfois circuler (y compris, dans certains cas, sur l'intranet) les comparatifs de l'Institut de Santé publique en même temps que les chiffres d'infections nosocomiales des établissements. Mais dans la plupart des cas, la diffusion des benchmarks dépend de la direction générale qui les reçoit et les transmet (ou non) aux organes et acteurs à même de les analyser (comité qualité, direction médicale, chefs de service...). Sans une volonté expresse du top management de faire connaître le positionnement de l'hôpital en termes de performance et d'en tirer d'éventuelles conséquences, les benchmarks restent donc inutilisés.

Plusieurs interviews laissent ainsi à penser que, quel que soit leurs qualités techniques intrinsèques, certains benchmarks ne sont pas communiqués et analysés. Même l'étude MAHA, à laquelle participent presque tous les hôpitaux aigus de Belgique, est lue avec intérêt par les directeurs généraux mais n'est pas toujours mise à contribution pour l'élaboration de politiques de performance.

L'exploitation du feedback multidimensionnel intégré (ainsi d'ailleurs que celle des PSI) pose également problème. Bien qu'il soit adressé à tous les hôpitaux et qu'il cible toutes les dimensions de la performance, son existence n'est souvent connue que des directeurs généraux et des directeurs médicaux, parfois des coordinateurs qualités. De nombreux présidents de Conseil médical ou directeurs du nursing ont affirmé ne pas en avoir eu connaissance. Il semble également que les chefs de services ne soient informés que des chiffres les concernant directement et seulement si la direction a procédé à une analyse et jugé ces chiffres insatisfaisants. Mais même ainsi, il n'est pas certain que les acteurs de terrain s'y intéressent et y réagissent, comme le constate ce directeur général dont les efforts pour faire valoir les indicateurs cliniques du FBI auprès des médecins n'ont pas été fructueux :

*« Quand on a reçu le feedback en 2007, il y avait cinq ou six indicateurs ayant trait à l'activité clinique. C'est moi qui ai dû écrire une note au comité de direction pour dire 'voilà ce que j'en retiens'. C'est moi, non-médecin, qui ai dû faire l'analyse, la proposer et essayer de motiver les médecins qui sont au comité de direction »*  
(Directeur général, 41)

*« Le feedback multidisciplinaire? On n'en fait rien [...] 'Si vous me demandez en quoi cela consiste, je n'en ai pas la moindre idée »* (Directeur général, 51)

➤ Analyse des benchmarks et actions d'amélioration

Des exemples de mise à profit des benchmarks peuvent malgré ces défauts de communication être cités.

Ainsi, l'analyse du dernier benchmark de la CHAB (2005-2006) a permis à l'établissement A de constater des degrés de sévérité pour leurs patients inférieurs à ceux des autres hôpitaux

académiques. La direction médicale a organisé en conséquence une campagne de sensibilisation des médecins aux critères de sévérité. Le service médico-économique a également établi une liste des vingt maux les plus fréquents dans chaque service et un formulaire-type pour chacune de ces affections, afin que les praticiens puissent cocher sans oublier d'indiquer des symptômes qu'ils jugeraient ordinairement secondaires, comme l'anémie.

Le FBI, à en suivre les entretiens, n'a donné lieu à des effets concrets sur les processus de travail que dans un seul établissement, l'hôpital M., où il a notamment révélé un taux de césarienne hors de la norme. Cela a mené à une révision de l'organisation du service de gynécologie, dont les détails sont présentés en tant que « success story » à la fin de ce chapitre. Aujourd'hui, l'établissement suit le taux de césarienne au travers du système Navigator.

D'autres applications ont été données au FBI dans l'hôpital. Ainsi, l'analyse de l'indicateur de prise en charge du patient avec syndrome coronarien aigu a déclenché un processus de mise en place d'un itinéraire clinique entre deux sites de l'établissement :

*« Un exemple qui s'est moins bien passé, on avait un indicateur qui était aussi un peu interpellant, et qui concernait la prise en charge du patient avec un syndrome coronarien aigu, et donc c'est vrai qu'on est dans une situation un peu particulière nous, parce que sur notre site nous n'avons ni la coronographie ni la chirurgie cardiaque, mais que par contre, sur [le site X] avec lequel on travaille, ces deux techniques sont en place. On a profité de cet indicateur pour revoir complètement et mettre en place un itinéraire clinique pour le patient coronarien, qui est alors un itinéraire transversal, puisque pour un certain nombre de patients, il y a un début sur notre site hospitalier et la suite de la prise en charge se fait sur le site [X]. Et donc là, il y a tout un travail mais qui malheureusement est lourd, l'itinéraire clinique est une procédure extrêmement lourde et qui aujourd'hui n'est pas aboutie, qui a déjà permis de travailler sur certaines étapes, mais je ne peux pas dire que le travail soit fini. Et c'est clair que l'indicateur qu'on a reçu au départ a été un élément déclenchant dans le fait de dire 'on va travailler sur ce thème-là' » (Directeur médical, 133)*

Dans l'établissement M, donc, les feedbacks du SPF ont été intégrés dans les politiques de performance institutionnelles, ce qu'illustre ce cas d'exploitation d'un indicateur PSI :

*« Un autre exemple, toujours à propos d'un indicateur de patient safety, l'indicateur relatif à la mortalité dans les situations de pneumonie. On a fait un groupe de travail spécifique sur ce point qui a conduit à revoir complètement les guidelines en matière de prescriptions antibiotiques dans ces situations là avec également une sollicitation systématique de la garde d'infectiologie. On a la chance d'être adossés à un hôpital plus gros [...], donc on a à l'échelle du groupe hospitalier, un service infectiologie avec une garde spécifique. Et donc on a décidé que, dans ces situations-là, le traitement antibiotique serait validé par l'infectiologue, et un certain nombre d'antibiotiques sont également mis sous prescription conditionnelle, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être que s'il y a validation de l'infectiologue. On ne sait pas encore dire aujourd'hui si ça mène à une amélioration de la situation, mais en tout cas ça a mené à une amélioration de l'approche de ce type de pathologie, à une standardisation des pratiques entre les unités de soin, à la redéfinition d'un rôle bien précis pour l'infectiologie, et on espère aussi à un impact économique, compte-tenu*

*du fait que la prescription de certains antibiotiques, les plus coûteux en plus, est maintenant conditionnelle* ». (Directeur médical, 133)

Il est néanmoins frappant qu'un seul établissement de notre échantillon ait procédé à une exploitation approfondie des données du FBI. Cet état de fait est néanmoins compréhensible au regard des critiques portées à celui-ci et, plus largement, aux systèmes de benchmarking.

### **8.2.4.3 Les critiques portées aux systèmes de benchmarking**

Ces critiques sont de deux ordres : les premières tiennent aux imperfections techniques des dispositifs de benchmarking, les deuxièmes aux difficultés que posent leur interprétation et leur exploitation.

#### **8.2.4.3.1 Les critiques techniques**

Les critiques techniques rencontrées le plus souvent dans les interviews sont au nombre de quatre :

- Le manque de précision de certaines définitions d'indicateurs (reproche porté notamment aux définitions du système Navigator) qui rend les résultats difficilement comparables entre institutions :

*« Navigator est un très grand set d'indicateurs qui ne sont pas tous suivis par tout le monde, ni par nous, ce qui fait qu'il existe un benchmark pour certains et pas d'autres car il n'y a pas assez de participants. Les définitions sont fixées mais je me demande parfois si l'application de la définition est toujours la même partout, donc je crois que sur un certain nombre, on peut se poser la question de la validité des mesures qui donnent le chiffre finale de Navigator. C'est en fait en faisant l'analyse de nos propres chiffres qu'on a décidé d'un set d'indicateurs très clair, très simple, très bien défini et réduit. Je pense qu'on mesure trop souvent, pas bien. Je ne crois pas que ça soit les indicateurs parfaits mais qu'on peut discuter de l'applicabilité, quand on va faire ça trop largement et trop souvent »* (Directeur médical, 33)

- Le problème de la comparabilité des établissements de l'échantillon. La première section a montré que, dans certains établissements, le sentiment de spécificité liée à l'histoire ou à la population de patients était très fort. Le scepticisme vis-à-vis du benchmarking y est donc plus marqué (*« Le plus important, c'est de reconnaître la spécificité des hôpitaux. Pour moi, c'est quelque chose de fondamental »*, Président de Conseil médical, 92). Mais au-delà, les interviews donnent à penser que cet argument est évoqué de manière systématique par les acteurs quand des benchmarks mettent en doute leur performance :

*« Quand on tient les conférences budgétaires, et qu'on a devant nous les départements, c'est quand même intéressant de savoir que la pneumo est à la traîne par rapport aux autres. On a de quoi les exciter. Alors, la réponse : 'Oui, mais il y a des erreurs. Oui, mais ce n'est pas valide, ce n'est pas fiable' Evidemment, c'est difficile de comparer des pommes et des poires. Mais le réflexe premier, c'est toujours de dire 'On n'est pas comparables. On est différent' »* (Directeur médical, 43).

- Concernant le Feedback multidimensionnel, la lenteur de restitution des données est soulignée très régulièrement par les acteurs :

*« C'est beaucoup trop tard. On essaie d'être proactif, mais toutes les informations qui viennent du SPF on les a avec trois ans de retard. S'il y a quelque chose à changer, c'est dans un avenir plus proche. Je les regarde, mais les feedbacks, il y trop de délais » (Coordinateur qualité, 125)*

*« Les données du SPF sont discuté l'année suivante dans le réseau. Donc quand le SPF envoie les données trois ans après, c'est vraiment dépassé » (Directeur médical, 33) »*

- A également été mise en avant à quelques reprises la redondance entre les indicateurs du SPF et d'autres institutions ou de plates-formes thématiques (infections, antibiothérapie, transfusion...), qui générerait un surcroît de travail de collecte des données.

Enfin, un reproche plus spécifique a été adressé au système Navigator, dans le cadre duquel les établissements peuvent choisir les indicateurs qu'ils souhaitent suivre. Une telle flexibilité aboutirait à la constitution de groupes d'hôpitaux trop réduits et donc non significatifs pour la comparaison de tel ou tel indicateur.

#### **8.2.4.3.2 Critiques sur l'emploi et l'interprétation des données**

La forme sous laquelle les données sont restituées est souvent trop brute. Concernant le FBI, de nombreux acteurs, l'estimant « illisible » ou « peu digeste » (selon la formule d'un coordinateur qualité), ont suggéré que le SPF explicite mieux les résultats et fournisse des pistes d'interprétation, un positionnement en-dessous de la moyenne pouvant avoir de très nombreuses causes : population de patients, nature des soins offerts, problèmes de codage, etc. Un directeur général a fait valoir que le fait d'envoyer simplement les résultats du feedback multidimensionnel par la poste ne contribuait pas à le faire mieux connaître. La communication entre le SPF et les hôpitaux pourrait être améliorée sur ce point. Par exemple, un coordinateur qualité a suggéré d'organiser des réunions de responsables hospitaliers au niveau régional autour des résultats du FBI.

La présentation des résultats du FBI elle-même est critiquée : complexité des graphiques, manque de transparence des tableaux, absence de synthèses explicatives... Selon le coordinateur qualité de l'hôpital M, cette présentation n'est pas parlante pour les gens de terrain.

Beaucoup d'acteurs souhaiteraient par ailleurs un accompagnement à la fois pour comprendre leur position dans le benchmark et pour décider des actions d'améliorations à mettre en place. Les petites institutions, notamment, s'estiment insuffisamment armées pour élaborer des actions correctrices, même lorsque le dysfonctionnement est diagnostiqué.

Les critiques portées sur les dispositifs de benchmarking et le FBI ne sont pas développées plus avant ici. Elles sont en effet le plus souvent associées à des demandes vis-à-vis d'un set d'indicateurs de performance tel que l'étude HPI.be tente de le définir. Ces considérations trouvent donc plus naturellement leur place dans la partie suivante sur les attentes des hôpitaux concernant le set d'indicateurs envisagé.

### 8.2.5 Les attentes des hôpitaux vis-à-vis d'un set d'indicateurs

Au travers de leurs réponses, les interviewés ont livré de nombreuses informations sur leur vision du set d'indicateurs dont la conception est l'objet de l'étude HPI.be. Quelques-uns ont même déclaré complètement inutiles les initiatives du SPF, assimilées à une forme de contrôle. D'autres ont directement proposé des indicateurs pour le set. Les médecins, ainsi, ont surtout évoqué des outils qui les intéressent pour leur propre service : taux de réadmissions après hospitalisation de jour, taux de réintervention en ORL, taux de survie après opération du cancer...

Les autres indicateurs suggérés sont assez disparates : le turn-over du personnel (selon les termes d'un coordinateur qualité, « *un hôpital où on est bien soigné est un hôpital où le personnel est satisfait. Tous les personnels dans tous les domaines* »), le recrutement des nouveaux patients, le nombre de cas lourds pour les hôpitaux de référence.... Plusieurs acteurs ont suggéré que le set ne comporte pas seulement des indicateurs d'outcomes, considérés comme une évaluation, mais des indicateurs de processus. Mais aucune de ces propositions n'est spontanément faite par une majorité d'acteurs. Il n'est donc pas possible de dégager directement des propos des acteurs des indicateurs consensuels pour le set.

Aussi, l'apport des entretiens ne se situe pas tant au niveau des indicateurs potentiels du set que des critères que devraient respecter celui-ci pour agréer aux acteurs de terrain d'une part, des modalités d'opérationnalisation des indicateurs de performance d'autre part.

### 8.2.6 Quels critères de sélection pour un set d'indicateurs de performance ?

Chaque acteur a fourni de lui-même un certain nombre d'exigences pour un set d'indicateurs. Ce coordinateur qualité a ainsi indiqué comme critères la facilité de compréhension, un faible nombre d'indicateurs, l'accessibilité des données, l'inclusion de la performance non clinique :

*« L'idéal, c'est qu'il soit facile, restreint, accessible, qu'il intègre différentes données, mais pas uniquement médicales. Pas uniquement la mortalité suite à un infarctus, par exemple, ou le taux de césariennes »* (Coordinateur qualité, 125).

C'est en recoupant les demandes des uns et des autres qu'une liste de souhaits des hôpitaux quant aux indicateurs retenus dans le set a été synthétisée par l'équipe.

- Critère 1 : la validité

Il s'agit là bien sûr d'une exigence de base. La méthodologie de mesure de l'indicateur doit être fiable et uniforme d'un hôpital à l'autre. Ce directeur médical exprime d'ailleurs son scepticisme quant à la validité de la mesure d'un indicateur aussi simple que la mortalité :

*"Un des plus simples c'est le décès, c'est difficile de ne pas l'enregistrer. C'est simple : 'mort ou pas mort'. Mais pour le rendre comparable, jusqu'aujourd'hui je n'ai pas encore vu une seule méthodologie qui peut prouver qu'il est viable, valide. Alors ma question, quel autre indicateur pourra le faire ? Quand on choisit des indicateurs, qui sont corrects pour un trajet particulier et que tu peux démontrer dans une action d'amélioration que vous avez avancé, ça c'est un bon indicateur. Et une bonne utilisation de l'indicateur. Et que le gouvernement demande qu'on définisse quelques projets, là j'ai aucun problème. Mais penser ou croire qu'avec un indicateur ou 5 ou 10 vous allez pouvoir comparer des hôpitaux... »* (Directeur médical, 33)

- Critère 2 : l'opérationnalité



Les acteurs restent défiants à l'idée d'une définition « top-down » du set, à des indicateurs « *pensés dans un bureau* » (Directeur général, 111), générant un lourd travail de collecte de données pour les hôpitaux sans leur apporter de bénéfice propre. Leur attente première est donc celle d'outils correspondant à leurs priorités en termes de suivi ou d'amélioration de la performance. Il convient d'intégrer de manière systématique dans la démarche de choix des indicateurs un questionnement sur les usages pratiques de ces derniers dans les établissements de santé, au-delà de l'intérêt qu'ils présentent pour le SPF en termes de connaissance du système de santé. C'est d'ailleurs à ce souci que répond, grâce à sa dimension qualitative, l'étude HPI.be.

Dans la même optique, plusieurs interviewés ont demandé à ce que les professionnels des hôpitaux soient associés étroitement au choix final des indicateurs afin précisément de veiller à leur opérationnalité.

➤ Critère 3 : la simplicité

Les interviewés attendent des indicateurs « simples », c'est-à-dire immédiatement interprétables et n'entraînant pas la confusion. Ils souhaitent des outils « *du terrain, du basique, de tous les jours* » (Directeur général, 81) :

« *Un des volets très difficiles, c'est d'avoir un indicateur simple. Les gens ne lisent pas. Ils ne voient que les chiffres. Et on interprète les chiffres sans lire ce qu'il y a autour* » (Directeur général, 91)

« *Les indicateurs de qualité doivent être facile et accessible* » (Coordinateur qualité, 35)

Les interviewés privilégieraient donc des indicateurs déjà connus, balisés par la littérature, dont la signification soit univoque et dont on puisse tirer des enseignements clairs sur la performance des établissements. La maniabilité est jugée plus importante que la sophistication. Ce point recoupe une des critiques adressées à certains indicateurs du feedback multidimensionnel, considérés comme trop ambigus ou généraux.

➤ Critère 4 : précision des définitions

On l'a vu dans la section précédente, le manque de précision des définitions des indicateurs a été reproché à certains dispositifs de benchmark. Ceci crée des ambiguïtés dans le codage des données utilisées au sein de chaque hôpital et adressées au SPF. Ainsi, les équivalents temps plein de personnel travaillant dans l'établissement ne sont pas définis de manière uniforme. La fiabilité des données du questionnaire statistique annuel en est inévitablement affectée.

« *Au début, on croit que les définitions, ça semble évident pour tout le monde et quand on croise dans les données on se rend compte qu'il y a un petit élément, une petite nuance à laquelle on n'a pas pensé, et hop, ça peut remettre tout en cause* » (Responsable du contrôle de gestion, 16)

L'une des solutions avancées pour remédier à ce problème est d'organiser des formations au SPF autour des indicateurs du set. Il a également été suggéré de standardiser la définition des indicateurs sous la forme de fiches reprenant en deux pages un ensemble d'éléments permettant leur compréhension et leur usage : objectif, formule (numérateur/dénominateur), source des données et méthode d'extraction, personnes responsables de la collecte des données, périodicité, valeur cible, propositions de plan d'action...

➤ Critère 5 : la restriction du nombre d'indicateurs

La large majorité des acteurs s'accorde sur le principe d'un nombre restreint d'indicateurs (sans toutefois donner un nombre idéal), et ce pour deux raisons.

D'une part, la systématisation de la mesure de la performance suppose une mobilisation croissante de personnel, des formations adéquates, la mise en place de cellules spécialisées, éventuellement des frais de développement informatique qui peuvent devenir paradoxalement contre-performants. Il convient de veiller à ce le coût du suivi des indicateurs n'excède pas les bénéfices que ceux-ci peuvent en apporter.

D'autre part, la multiplicité des indicateurs rend ceux-ci difficiles à exploiter, comme le suggèrent les propos de ces deux interviewés sur la politique de mesure de performance dans leurs établissements respectifs :

*« Il ne faut pas rêver et avoir dix mille indicateurs pour l'ensemble de l'hôpital, ce ne serait pas possible à gérer »* (Directeur médical, 13)

*« Pour pouvoir évaluer, il faut mesurer. Le problème, évidemment, c'est le choix des indicateurs. En nombre pas trop important, parce qu'on a parfois le défaut de noyer le conseil d'administration sous cinq cent indicateurs. L'indicateur d'activité, au début, ici, on le donnait département par département. Alors, il y avait cinq cent chiffres. Et on me disait 'ah mais c'est pour que si l'administrateur veut le détail, il l'ait'. Donc, définition d'un set d'indicateurs, fiables, qui sont le plus souvent le produit automatique d'un programme informatique, j'entends la paie, les ETP, la masse salariale, la facturation... ».* (Directeur général, 41).

Le set auquel fait référence ce dernier acteur est bien sûr en fait un tableau de bord pour son hôpital ; mais la nécessité de sélectionner les indicateurs qu'il invoque s'applique aussi pour un set au niveau national.

Pour limiter la taille du set, différents niveaux d'indicateurs peuvent être distingués : quelques indicateurs permanents servant de signaux d'alarme (mortalité, infections nosocomiales...) à un niveau global peuvent être déclinés en indicateurs ciblés et à la durée de vie limitée pour des projets plus ponctuels. Cette conception en cascade, plus particulièrement développée dans l'hôpital C.

➤ Critère 6 : la régularité

Le dernier critère ne tient pas tant à la composition du set qu'au travail de mesure. Les acteurs souhaitent *« avoir des feedbacks un peu plus réguliers, qui nous permettent et nous obligent à continuer à contrôler les indicateurs. On a toujours de très bonnes intentions, mais ça s'émiette avec le temps »* (Directeur médical, 83). Les indicateurs du SPF leur apparaissent en effet inutiles si leurs résultats ne parviennent pas avec rapidité et régularité. La lenteur et le manque de régularité de la restitution des résultats étaient d'ailleurs un des principaux reproches adressés au Feedback multidimensionnel intégré, dont l'erratisme décourage les initiatives sur le long terme.

Une périodicité annuelle a été plusieurs fois citée comme la solution idéale – à charge pour les hôpitaux de relayer les indicateurs du SPF par des sous-indicateurs institutionnels à la périodicité plus courte, trimestrielle ou mensuelle...

*« Je ne crois pas non plus que les indicateurs doivent être utilisés pendant des siècles. Quand le processus a été amélioré, on le laisse de côté, et après quelques années on peut le reprendre et regarder s'il y a éventuellement des problèmes, et se tourner vers quelque chose de nouveau. »* (Directeur médical, 33)

### 8.2.7 Comment opérationnaliser un set d'indicateurs de performance ?

Une grande partie des attentes exprimées par les hôpitaux portent sur l'opérationnalisation des données du set d'indicateurs. Comme l'a déjà mentionné la section sur les indicateurs, la capacité des hôpitaux à tirer profit des indicateurs dans leur activité managériale ou clinique est surestimée. Plus précisément, elle est très inégale selon la taille des établissements et leur avancement dans des démarches de mesure et d'amélioration de la performance.

*« J'ai vraiment l'impression que aujourd'hui, on dit 'oui, on doit mesurer', pour ça le message est passé. Mais comment mesurer et toute la théorie autour de l'indicateur et comment opérationnaliser cette théorie, là, je crois qu'on n'y est pas encore »*  
(Coordinateur qualité, 135)

En l'état actuel de la situation, il est à craindre qu'un nouveau set d'indicateurs ne soit considéré que comme une charge bureaucratique supplémentaire, sans qu'un lien soit fait avec les politiques de performance des hôpitaux.

Les attentes des interviewés vis-à-vis du SPF en vue d'une meilleure opérationnalité du set correspondent dans une large mesure aux critiques portées contre les dispositifs de benchmarks rapportées dans la section précédente : elles portent sur les objectifs du set d'indicateurs, la lisibilité de l'information, sur une aide à l'interprétation des données et un accompagnement dans la mise en œuvre de mesures correctrices.

- La définition des objectifs du set d'indicateurs

Plusieurs acteurs ont exprimé une interrogation sur l'objectif du set d'indicateurs. Ils considèrent donc essentiel, pour gagner la confiance des hôpitaux, que le SPF le désigne clairement : s'agit-il de soutenir les hôpitaux dans leurs actions d'amélioration de la qualité, de préparer un système de type « pay for quality », ou encore de rendre publics les résultats à des fins d'émulation ?

Le fait que les objectifs du SPF soient considérés comme manquant de transparence par certains est une entrave à l'intégration du futur set dans le travail quotidien des professionnels hospitaliers. Un travail de communication est donc encore nécessaire sur ce point.

- Lisibilité de l'information

Prenant pour référence leur expérience du Feedback multidimensionnel intégré, les acteurs demandent une plus grande clarté dans l'exposé des résultats du feedback.

Les conseils sont ici extrêmement basiques, mais reviennent assez régulièrement dans les interviews : simplicité du langage, mise en page plus aérée des tableaux, explicitation des graphiques, rédaction de synthèses claires, etc. Un coordinateur qualité a proposé que le SPF organise le feedback des résultats sous forme de conférences avec la possibilité de demander des explications, des ateliers etc. Un médecin-chef, dans la même perspective, a noté qu'il manque un point de contact personnel au SPF pour l'envoi des données et la demande de renseignements.

Il s'agit d'éviter la réaction de perplexité voire de rejet de certains acteurs lors de la réception des Feedbacks multidimensionnels. Mais l'enjeu le plus important tient à l'interprétation.

➤ Aide à l'interprétation des données

Selon un directeur général, standardiser la codification des indicateurs n'est pas suffisant ; il faudrait également standardiser leur interprétation, c'est-à-dire fournir des clés d'analyse des résultats de chaque indicateur. Il ne peut s'agir d'imposer un mode uniforme de compréhension des indicateurs. Toutefois, il semble que les professionnels de certains hôpitaux ne réussissent pas actuellement à analyser de manière fine leur position dans les différents benchmarks. La mise à disposition de pistes d'interprétation, à partir notamment des expériences d'autres établissements, fait donc partie des attentes des interviewés.

➤ Soutien à la mise en œuvre de mesures correctrices.

Au-delà même des analyses, les acteurs souhaiteraient des modèles « clés en main » d'actions correctrices. Un médecin-chef a assez bien résumé cette demande : « *Les indicateurs tous seuls, non. Ce que je voudrais, c'est un comparatif des process qui sont mis en place* ». Il a également fait référence au fournisseur de services « Advisory Board », qui fournit des conseils et solutions aux demandes personnalisées des managers hospitaliers, pour expliciter sa vision d'un système d'échange de best practices au niveau belge, notamment en vue des plus petits hôpitaux qui ne disposent pas des ressources d'expertise suffisantes. Un président de conseil médical a quant à lui suggéré que le rassemblement et la diffusion de solutions soit prise en charge par le KCE.

En résumé, les attentes des hôpitaux ne portent pas uniquement sur la composition du set ou sur ses modalités (périodicité, etc.). Les acteurs interviewés – spécialement dans les petites structures – souhaiteraient que le SPF effectue un travail de « *digestion* » (selon la formule d'un directeur médical) des données brutes du benchmark, et même offre une sorte de catalogue de bonnes pratiques, de solutions aux dysfonctionnements que le set mettra en évidence. Cet investissement est probablement le meilleur moyen de s'assurer que les indicateurs du set auront un impact concret sur la performance des hôpitaux belges.

### **Harmoniser les indicateurs collectés par les entités publiques**

Enfin, plusieurs acteurs estiment redondantes les informations demandées par les entités publiques. Ils souhaiteraient une plus grande coordination entre les différents niveaux d'autorités et les différentes agences pour mettre un terme à la duplication des demandes de données :

*« Il devrait y avoir des accords entre les régions et les communautés pour savoir qui est responsable de quoi. Cela manque en ce moment. En relation avec toutes les initiatives autour de la qualité on a d'une part les communautés et les régions qui disent : 'c'est notre autorité via les « visitaties » pendant que le fédéral dit : 'c'est notre autorité car dans la loi sur les hôpitaux il est marqué que le roi prendra des initiatives par rapport à la qualité'. Ensuite, fournir les données, ok mais pourquoi ? Et pourquoi les différents gouvernements ne se coordonnent pas ? » (Directeur général, 31)*

Cette seconde partie synthétise les attentes explicitement formulées par les acteurs vis-à-vis du SPF. La troisième s'adresse plus directement aux professionnels hospitaliers et met l'accent sur la mise en œuvre des projets et indicateurs de performance dans les

établissements de soins. Elle essaie pour cela de tirer de l'état des lieux analytique réalisé jusqu'ici des enseignements quant aux conditions et facteurs favorisant ou défavorisant le succès de démarches d'amélioration de la performance hospitalière.

### **8.3 La mise en œuvre des indicateurs de performance :**

Cette dernière partie tire les leçons des deux précédentes. Le diagnostic posé dans la première section a fait apparaître les succès en termes de développement de projets d'amélioration de la performance et de mise en œuvre d'indicateurs, mais aussi leurs limites – notamment en matière de performance clinique. L'accent y a été mis sur les facteurs expliquant la forme prise par les stratégies de performance et leurs résultats : visions de la performance, logiques professionnelles, structures organisationnelles, etc. La seconde partie a synthétisé les attentes vis-à-vis d'un set d'indicateurs telles qu'explicitement formulées par les acteurs, sous l'aspect essentiellement de critères à respecter et de précautions à prendre pour le choix des indicateurs ; un accompagnement à l'interprétation des indicateurs était également souhaité.

Il s'agit ici de faire un bilan de ces enseignements en tentant une synthèse des conditions de succès (ou, a contrario, d'échec) de la mise en œuvre des indicateurs de performance. Ce travail se rapproche de réflexions menées sur le même thème par des organisations telles que l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) ou des chercheurs comme Richard Grol (cf. plus haut le point 5.1.1. consacré à ces modèles)<sup>23</sup>, et on se permettra de signaler au cours de la section leurs éventuelles similitudes avec les conclusions des entretiens. La démarche adoptée ici est légèrement différente. Conformément aux principes de la méthode qualitative, elle s'appuie exclusivement sur les interviews des acteurs, sur les documents et sur les « success stories » collectés dans le cadre de la phase exploratoire de la présente étude : elle ne comporte pas d'état de l'art de la littérature sur ce thème (déjà réalisé par Grol lui-même) ou de comparaison internationale. Dans une perspective d'abord explicative : elle recense de manière organisée les facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre des indicateurs de performance, facteurs pour la plupart déjà évoqués dans les deux sections précédentes. Cette analyse servira ensuite à la formulation de recommandations. Quatre catégories de conditions de succès ou d'échec du changement ont été identifiées à partir des interviews réalisées :

- Des conditions « structurelles », liées à l'environnement ou au fonctionnement global de l'hôpital ;
- La définition de stratégies et objectifs ;
- Un leadership fort pour mener les projets à bien ;
- L'entretien de la motivation des personnels ;
- La disponibilité des ressources nécessaires aux politiques de performance (accès aux données, personnel qualifié, moyens financiers).

#### **8.3.1 Conditions structurelles**

---

<sup>23</sup> Richard Grol, « From Best Evidence To Best Practice. Effective Implementation of Change in Patients' Care », *The Lancet*, vol. 362, October 2003, p. 1225-1230. ,

Le fonctionnement global de l'hôpital influence la nature des politiques de performance qui y sont menées, et par voie de conséquence les indicateurs qui y sont utilisés. Deux catégories de ces facteurs « structurels » semblent avoir une importance particulière : la stabilité financière et le contexte organisationnel.

### **8.3.1.1 La stabilité financière**

La deuxième section de notre diagnostic a montré que, dans la plupart des hôpitaux, le volet d'indicateurs financiers et d'activité était surdéveloppé par rapport au volet clinique. Les raisons de ce déséquilibre ont été données : nécessités du contrôle de gestion, disponibilité des données, mais surtout, avant tout, urgence de l'économique.

Parmi les hôpitaux de notre échantillon, la priorité de l'hôpital reste en effet le financier. Tant que la survie de l'hôpital n'est pas assurée, les établissements ne développent pas de système avancé d'indicateurs cliniques.

Les hôpitaux J et K correspondent particulièrement à ce schéma : la situation de concurrence avec les hôpitaux de voisins les amène à se focaliser sur des batteries d'indicateurs financiers et à limiter les investissements dans la qualité clinique. Le cas de l'hôpital L est plus particulier : en voie de redressement après une période de difficultés budgétaires et engagé dans des travaux immobiliers importants, il recueille un certain nombre de projets pilotes initiés et subventionnés par le SPF (liaison interne en gériatrie, éducation des patients diabétiques, détection des donneurs d'organes potentiels parmi les patients décédés...) qui tiennent lieu de politique de qualité tout en apportant un plus financier.

Si l'équilibre financier apparaît comme un socle indispensable, cela ne signifie pas pour autant qu'un établissement prospère investira massivement dans la qualité clinique ; ainsi l'hôpital H, en dépit de sa bonne santé financière, n'a pas de politique de qualité des soins intégrée, ce qui tient, parmi d'autres facteurs, à des questions organisationnelles

### **8.3.1.2 Les conditions organisationnelles**

La section 3 a montré l'influence des structures organisationnelles sur les politiques de performance menées dans les différents secteurs de l'hôpital ; en particulier, le degré de hiérarchisation des départements avait un impact immédiat sur la capacité des responsables à mettre en œuvre de nouveaux projets et indicateurs.

Le diagnostic opéré dans les sections précédentes montre que certains traits organisationnels globaux des hôpitaux modèlent et/ou entravent les politiques de performance qui y sont menées. Deux de ces traits peuvent être relevés :

- Le degré d'autonomie des personnels médicaux

Une organisation horizontale des établissements et une grande autonomie des médecins vis-à-vis de la direction entravent l'élaboration de programmes intégrés de qualité clinique ; celles-ci prennent alors la forme de projets et indicateurs ponctuels, créant peu de contraintes pour les médecins et leur demandant peu d'investissements. C'est le cas de l'hôpital H, mentionné à l'instant, caractérisé par une hostilité de principe des médecins à l'ingérence que représente pour eux toute mesure de performance.

- La divergence des cultures organisationnelles dans les hôpitaux fusionnés

Plusieurs des hôpitaux de l'échantillon ont connu dans les années récentes un processus de fusion et fonctionnent sur plusieurs sites. Or, les cultures propres aux anciennes entités ne disparaissent pas brusquement. Les pratiques et méthodes de travail, y compris en matière de gestion de la performance, subsistent parfois plusieurs années après la fusion. Ce phénomène d'inertie est encore renforcé en cas de maintien sur chaque site d'organe de promotion de la performance.

Cette configuration est observable au sein de l'hôpital M, constitué autour de deux sites principaux dotés chacun d'un comité qualité. En dépit de la fusion, les politiques de performance continuent à diverger : ainsi, les deux sites ne recourent pas aux mêmes dispositifs de benchmarking. Le coordinateur qualité, qui constate une véritable opposition entre deux cultures (selon le degré de transparence auquel les personnels de chaque site sont disposés), compte toutefois sur la fusion des deux comités qualité pour remédier à terme à cette disparité, obstacle à une politique intégrée de performance clinique.

### 8.3.2 La stratégie

Si certains indicateurs s'imposent à tous les établissements de santé en tant qu'instruments de contrôle de gestion (essentiellement au niveau du budget et des ressources humaines), des indicateurs spécifiques sont mis en œuvre dans chaque hôpital en vue de soutenir des initiatives de performance ponctuelles ou de long terme. Ces indicateurs se doivent donc d'être pertinents par rapports aux objectifs définis par les institutions. L'explicitation des objectifs stratégiques doit être première par rapport à l'élaboration de politiques de performance : « *La performance, c'est avant tout l'atteinte d'un objectif* » (Directeur général, 41).

Cette primauté de la stratégie est déclinée par les acteurs à plusieurs niveaux. Le premier de ces niveaux est celui de la politique nationale de santé. Trois directeurs généraux en particulier () ont évoqué la nécessité d'une stratégie nationale de santé où l'offre de soins soit calculée de manière objective en fonction des besoins de la population et où des objectifs prioritaires soient clairement publiés :

« *S'arranger pour qu'on fasse de la bonne médecine, c'est évaluer les besoins de la population [...]ça, c'est la première méthode pour faire de la qualité. Après ça, venir foutre des indicateurs et de trucs...* » (Directeur général, 81).

« *Il y a des choix de société à faire sur la qualité, le débat sur la qualité des soins doit être élargi.* » (Directeur général, 21)

« *Je n'attends pas du SPF qu'on me donne des outils pour mesurer la qualité en interne, ce que j'attends, du SPF et aussi de la communauté flamande, c'est qu'on me dise une fois pour toute et clairement est-ce que la qualité va devenir un élément qui est important par exemple pour le financement et de 2, qui prend la qualité en charge maintenant ? Comment le fédéral et la Communauté se répartissent les tâches ?* » (Directeur général, 31)

A un deuxième niveau, il importe que les indicateurs s'inscrivent dans une stratégie institutionnelle de performance, connue de tous les acteurs de l'hôpital et déclinée dans les équipes. Un directeur du nursing rappelle ainsi que la qualité, négligée à l'heure actuelle dans beaucoup d'établissements, doit ainsi être inscrite dans les objectifs institutionnels de ceux-ci pour bénéficier de moyens sur le long terme et pour donner une légitimité aux organes qui en ont la charge.

Les objectifs institutionnels doivent avoir une visibilité et recueillir un certain consensus pour exercer leur effet : donner un sens aux indicateurs, permettre aux acteurs de s'appropriier les outils de performance élaborés par les directions, mobiliser les personnels en vue d'atteindre certains résultats (diminution des complications, réduction des délais, satisfaction des patients, etc.). Selon la formule d'un président de Conseil médical, l'ensemble des équipes de chaque établissement doit « *s'aligner* » sur le choix de la stratégie et des indicateurs, au service de la performance de celui-ci : les services financiers doivent reconnaître l'importance de la qualité clinique au même titre que les soignants intègrent les impératifs financiers dans leur vision de la performance (la complémentarité entre performances financières et cliniques a été abordée dans la première partie). Il convient pour cela, évidemment, de généraliser la communication au sein de l'hôpital, ce qui n'est pas toujours aisé, comme l'a montré la troisième section de la partie « diagnostic » de ce chapitre.

Enfin, à un troisième niveau, les objectifs de chaque projet doivent selon les acteurs découler des objectifs institutionnels ; la stratégie se décline ainsi en cascade. Un coordinateur qualité recommande à cet égard de ne pas se disperser et de se limiter à un nombre restreint d'objectifs : « *Il ne faut pas se fixer trop d'objectifs. Ça part d'une bonne volonté et on veut faire plein de chose à la fois et ça, ça ne va pas* ». Les indicateurs eux-mêmes doivent être déterminés en fonction des objectifs des différents projets, autant que possible en négociation entre les acteurs en charge des projets et les organes détenteurs d'expertise (direction générale, comité qualité).

Les indicateurs de performance utilisés au quotidien par les acteurs de terrain découlent donc, par paliers, de la stratégie nationale de santé en passant par la stratégie institutionnelle de l'hôpital. Cette image que reflètent les interviews est d'ailleurs proche des préconisations de l'IHI quant à la priorité de la stratégie et des objectifs sur les projets dans la mise en œuvre d'innovations dans les organisations de soins. Elle s'en distingue toutefois par un questionnement sur la nécessité d'une stratégie nationale de santé permettant de coordonner les efforts de performance des hôpitaux belges.

### 8.3.3 Leadership et légitimité

La mesure de la performance, particulièrement en matière clinique, est toujours au premier abord perçue comme un danger par les personnels. Elle fait en effet planer la menace d'une évaluation, d'un contrôle ou d'une limitation de l'autonomie thérapeutique des soignants.

*« Ce n'est pas toujours apparent pour tout le monde, ces attentes en matière de performance. C'est une grosse difficulté. Pour le prestataire individuel, quand on vient lui parler de performance, quand on vient lui parler de qualité, il est toujours un petit peu sur la défensive. Les gens doivent comprendre qu'on n'attaque pas leur qualité professionnelle propre, mais qu'on les invite à apprécier la qualité plus comme un tout qui rencontre l'ensemble de ces différentes facettes »* (Directeur médical, 133)

Les promoteurs d'innovation au sein des hôpitaux se heurtent inévitablement à ces réticences. Ils rencontrent aussi l'inertie, le désintérêt, le manque de temps, etc. Les récits de réussites livrés par les interviews laissent apparaître qu'un facteur essentiel du succès des projets de performance est le leadership. Par « leadership », on n'entend pas ici uniquement l'investissement dans le projet de responsable détenteur d'une autorité hiérarchique, bien que les développements sur l'organisation des hôpitaux aient montré que ce soutien était



souvent décisif lorsque le porteur de projet manquait lui-même de légitimité ; ce fait peut être illustré par l'anecdote, déjà mentionnée, du coordinateur qualité de l'hôpital M déplorant que ses mails ne soient lus par les médecins que cosignés par le directeur médical ou le directeur général.

Le leadership « transformationnel » renvoie à la capacité d'un dirigeant ou chef de projet à mobiliser les acteurs de son organisation autour d'une représentation des objectifs de l'organisation ou de la mise en œuvre d'un projet particulier. Il repose sur une situation de confiance, née du charisme individuel du leader plus que de sa position formelle. Ce dernier est donc censé amener ses subordonnés ou collègues à transcender leurs intérêts personnels au nom d'une vision collective et leur inspirer ce que l'on peut appeler un « comportement citoyen »<sup>24</sup>.

Le nœud du concept est donc la question de la légitimité : celle que recueille le leader, celle que celui-ci parvient à donner aux tentatives de changement dans les organisations.

L'importance du leadership peut être illustrée par la situation des coordinateurs qualité. On l'a vu, plusieurs d'entre eux ont fait valoir le problème du manque de légitimité de leurs démarches, du fait du manque de visibilité de leur rôle, de leur position marginale dans l'organigramme des hôpitaux ou de la faible place de la qualité dans les objectifs institutionnels de l'établissement. Cette position défavorable peut être (partiellement) compensée par l'autorité que confère l'occupation en parallèle d'une fonction hiérarchique élevée (directeur du nursing, directeur médical adjoint...) ou même simplement le titre de médecin. Mais elle signifie de manière générale que le responsable de projet va devoir recourir de manière systématique à la négociation et au compromis.

Bien sûr, les démarches de changement dans les hôpitaux peuvent prendre la forme d'un « mix » de légitimation par l'autorité hiérarchique et de négociation avec les acteurs de terrain, dont l'accord va être recherché où dont les demandes vont être prises en compte. Le cas d'une réforme du bloc opératoire dans l'hôpital I est éclairant dans la mesure où les deux approches se sont succédé. En un premier temps, face aux résistances des chirurgiens à l'instauration d'un système de déclaration d'incidents, l'utilisation par la direction médicale de ses prérogatives hiérarchiques a été jugée inévitable. En un second temps, la question de la déclaration des incidents étant résolue, le directeur médical s'est attaché à encourager les initiatives de la base.

La pression est toutefois souvent contre-productive dans une « bureaucratie professionnelle » tel que celle des hôpitaux. Le leadership se manifeste donc surtout dans la capacité à mener la négociation en modifiant la façon dont les acteurs de tous corps de métier conçoivent leurs intérêts.

Deux conditions semblent importantes pour s'assurer que les acteurs considéreront le projet comme leur : les convaincre que le projet va dans leur intérêt ; les associer à son élaboration.

Ainsi, le manque de coopération des services médicaux à la mesure de la performance souligné plus haut peut être combattu, comme le suggère un président de Conseil médical, en mettant en avant les avantages de la transparence en termes d'attractivité :

*« Il faut leur montrer qu'ils utiliseront ça comme carte de visite pour attirer des patients, des collègues. Montrer que dans un hôpital on travaille bien en cardio, ça veut dire qu'on attire plus facilement un collègue, un généraliste et un patient »*  
(président de Conseil médical, 42)

---

<sup>24</sup> Bass, Bernard, "From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision", *Organizational Dynamics*, n° 4, 1990, p. 19-31.

Dans un domaine d'activité où les identités de métier sont fortes, la mobilisation des acteurs peut également s'appuyer sur leur conscience professionnelle :

*« Si on veut avoir les soignants derrière nous, il faut qu'ils captent la qualité comme étant utiles aux patients ou à leur métier. Les infirmières auront tendance à dire 'il faut que ça soit utile au patient', parce qu'elles sont plus proches des patients que les autres soignants. Les médecins vont dire 'il faut que ça soit utile à ce que je fais'. Ils ont une idée un peu plus individualiste de leur domaine » (Directeur général, 111)*  
*« Etant donné qu'on a zéro budget, l'incentive, on la trouve où on peut. Chez les infirmières, c'est la valorisation de leur job. Comme on ne sait pas valoriser financièrement, c'est la publication dans le journal de l'entreprise, avec un satisfecit majeur pour ce chef de projet-là, pour d'autres ça figurera dans son travail de fin d'études de licence de gestion hospitalière. Mais c'est sûr que les gens ils ne vont pas faire ça comme ça, c'est toujours du travail » (Coordinateur qualité, 93)*

L'intéressement à la qualité peut être plus direct, au moyen de primes. L'hôpital K a ainsi adopté une procédure selon laquelle chaque service médical doit présenter annuellement un projet d'amélioration de la qualité. Si ce projet est considéré comme pertinent par le Conseil médical, les médecins du service reçoivent un supplément de rémunération de 10% pour le mettre en œuvre.

Le directeur de l'hôpital I a employé de manière plus originale la méthode de l'intéressement. Les médecins de polyclinique y ont récemment demandé l'autorisation de facturer des frais administratifs aux patients qui ne viennent pas à leur rendez-vous. La direction a exigé en retour que les services de consultation fassent un effort sur la qualité de leurs prestations. Un groupe de professionnels de polyclinique va donc être mis en place. Il sera chargé d'élaborer cinq critères de qualité (nombre d'annulations de consultations par le médecin, temps d'attente du patient en salle d'attente, déplacements du RV ou autres...), qui seront discutés et validés par le comité de direction. Seuls seront autorisés à facturer des frais administratifs aux patients absents les plateaux respectant ces critères et ayant obtenu cette forme de « label qualité » interne. Cette démarche combine assez habilement association des acteurs de terrain et décision de l'autorité.

Les interviews soulignent souvent cette obligation d'impliquer les praticiens. Les changements de processus de travail sont mieux acceptés par les acteurs si ceux-ci peuvent intervenir dans la prise de décision.

*« De manière générale, c'est bien accepté à partir du moment où il y a une bonne communication sur l'ensemble de la réflexion, dans la mesure où les personnes sont associées, où elles peuvent participer activement aux différentes réunions, où elles peuvent donner leur avis, et où c'est pas quelque chose qui tombe top-down [...] Si on dit 'voilà, cher ami, vous ne pouvez plus prescrire cela et dorénavant vous devez vous adresser à telle personne', ça va évidemment mal passer. A partir du moment où c'est le résultat, on va dire, d'une discussion, même si dans un certain nombre de cas on sait où on va aller, mais finalement les gens s'approprient la décision, et de manière générale ça s'est relativement bien passé » (Président de Conseil médical, 132)*

Certains avancent même que les seuls projets de qualité menés à bien, en l'absence d'une politique institutionnelle forte en la matière, seraient ceux qui correspondent à une demande des acteurs :

*« Le Conseil de la qualité a montré que toutes les modifications de comportement qui ont marché, c'est quand les médecins étaient demandeurs. Chaque fois qu'il y a eu un problème de responsabilité, de pression juridique, qui est revenue vers nous avec une demande des médecins qui nous disaient 'aidez-nous à améliorer notre hygiène et notre qualité' [...] on a vu sur le terrain que les choses bougeaient quand les médecins s'y mettaient ». (Coordinateur qualité, 45)*

*« Les indicateurs doivent être portés par le terrain, ils doivent remonter du terrain. Ça c'est un des aspects qui est très important. C'est ce qui permet aux gens qui sont à la source de la prise en charge des patients d'être maîtres de leur activité et de participer pleinement à la qualité des soins » (Directeur médical, 93)*

Les systèmes d'indicateurs sont ainsi les plus avancés là où un leader légitime, au fait des techniques en la matière, s'engage sur le long terme pour convaincre ses subordonnés et/ou collègues et faire aboutir des projets de performance. Le directeur du nursing de l'hôpital, qui a développé un tableau de bord très complet (ressources humaines, formation, hygiène, qualité-patient, DIRHM...) et admet que son élaboration et sa mise en œuvre l'ont amené à dépasser son temps de travail officiel, est un exemple de ces « entrepreneurs » se signalant tant par leur enthousiasme que par leurs réalisations.

Evidemment, l'absence de personnalités à même de jouer un rôle de leadership a également des conséquences. Tout d'abord, elle aboutit à des fortes inégalités entre les différents secteurs des hôpitaux quant à la mesure de la performance. Le président du Conseil médical de l'hôpital D note ainsi, concernant l'emploi des indicateurs au sein des unités de soins :

*« C'est très 'chef de service-dépendant'. Il y en a qui ont ça dans le sang, ils ont leur petit ordinateur ou même leurs fiches avec un Bic et ils suivent les indicateurs, et d'autres non. Donc on doit les conscientiser » (Président de Conseil médical, 42).*

D'autre part, le départ ou le découragement d'un leader peut aboutir à l'avortement des projets en cours. Enfin, lorsque l'organisation de l'hôpital est trop « horizontale » et que la direction n'a qu'insuffisamment de légitimité pour imposer ses projets, la réticence presque instinctive des médecins vis-à-vis des indicateurs tend à prendre le dessus.

### **8.3.4 Feedback et motivation des personnels**

Une des principales causes de l'enlisement des politiques de performances est la lassitude des personnels face à la multiplication des projets non coordonnés et non suivis :

*« Aujourd'hui nous travaillons avec des plans de management, au niveau de l'hôpital, au niveau du département et aussi au niveau des services. Mais quand les personnes sont déçues ou quand les bonnes intentions se perdent car on n'a pas le temps, ça n'aide pas non plus. En fait, il faudrait créer et maintenir une sorte de 'drive', que les gens aient le sentiment : 'c'est en partie à nous car on a choisi d'y participer'. » (Directeur infirmier, 64)*

Le coordinateur qualité de l'hôpital A en donne un exemple, avec l'échec d'un questionnaire administré au personnel dans le cadre de la mesure de la culture qualité dans les établissements, peu après une autre initiative :

*« Ce qui a perturbé la participation, c'est que le plus grand nombre d'interviewés fait partie du personnel infirmier. Or, le personnel infirmier sortait de la période de mise en route du DIRHM. C'est-à-dire qu'ils étaient saturés des questionnaires, saturés des groupes de travail et de tout. Je pense qu'il n'y avait pas nécessairement une réaction allergique majeure, mais on devait rendre les questionnaires avec une*

*certaine échéance et j'ai reçu un certain nombre de questionnaires hors échéances et je n'ai pas pu en tenir compte [...] Le chiffre qui me reste en tête, c'est que le taux de participation des médecins était de 15%. Les infirmières c'était le double, alors que le taux de participation dans certains hôpitaux [...] naviguait autour de 60% ».*

La mise en œuvre de projets de performance génère presque toujours des surcroûts de travail insuffisamment reconnus par l'institution. Les personnels sont disposés à accepter cette charge temporaire dans le cadre de projets ponctuels dont ils anticipent des effets bénéfiques pour eux ou pour les patients. La succession de projets aux finalités mal définies et non intégrés à une stratégie institutionnelle épuise cette patience et les mène au contraire à une attitude de désinvestissement.

La lassitude guette aussi ceux qui, surtout dans les petits établissements, sont amenés par défaut à porter tous les projets de performance.

Les interviews sont revenues plusieurs fois sur la nécessité d'entretenir la mobilisation des équipes notamment par des feedbacks réguliers sur les résultats des actions engagées.

*« Dans le développement de la qualité, il faut être vigilant à donner à chacun dans sa petite équipe des indicateurs et des feedback de performance » (Directeur médical, 93)*

C'est par exemple la tactique du responsable qualité d'un service de radiothérapie :

*« Notre équipe est vraiment très demandeuse d'avoir un feedback sur les indicateurs. On le fait au moins une fois par an sur ce qu'on a. Les gens adorent voir leur performance, aussi bien sur le plan financier que qualité. Ça c'est vraiment très important, pour nous et pour eux [...] Au départ, c'était une demande des médecins, et puis tout le monde nous a dit 'pourquoi pas nous ? On voudrait savoir combien de patients on a, combien sont satisfaits, est-ce qu'il y a beaucoup de patients qui attendent...' »*

*« Pour le moment, le MRSA n'est pas encore repris dans notre tableau de bord décentralisé, il va en faire partie, le tableau de bord est au niveau des unités, les infirmières en chef reçoivent une photo, par mois, du nombre de données d'activités et à côté de ça des données qualitatives. Le MRSA, j'ai trouvé mon bonheur dans un hôpital Suédois, là, le score de MRSA, aux SI, est mis au mur, en permanence. Combien de patients avec MRSA, combien on en avait hier, et le mois passé, a-t-on évolué, un stimulus en continu, la fierté de pouvoir dire 'nous n'avons pas de MRSA', non seulement pour les infirmières mais aussi pour les médecins. Donc toute la gestion des antibiotiques est basé là-dessus et ça donne une motivation' » (Directeur du nursing, 34)*

Pour s'approprier une innovation sur le long terme, les acteurs doivent ainsi pouvoir en « toucher » les résultats de manière objective. Les indicateurs de performance mis en place pour suivre les progrès de tel ou tel projet trouvent donc là une application supplémentaire : la motivation des personnels.

### 8.3.5 La disponibilité des ressources

La mise en œuvre de projets et d'indicateurs de performance est également déterminée par ce que l'on peut appeler la « disponibilité des ressources », c'est-à-dire l'accès aux moyens techniques, financiers ou humains nécessaires. La question du coût de la qualité et le souci de ne pas distraire trop de moyens des tâches de soin ou d'administration courante sont revenus régulièrement dans les entretiens. Les acteurs ont mis essentiellement en avant trois types de ressources : l'information (la « data availability »), les ressources humaines et les moyens financiers sur le long terme.

#### 8.3.5.1 La « data availability »

L'enjeu de la disponibilité de l'information a déjà été évoqué dans la seconde section comme un des facteurs de l'inégal développement des catégories d'indicateurs. Le suivi des indicateurs financiers, d'activité et de ressources est en effet favorisé par la présence de banques de données de gestion. A l'inverse, la création d'indicateurs cliniques se heurte parfois à la difficulté à obtenir des données, soit que les sources soient éparpillées d'un service à l'autre (éventuellement sur des supports informatiques non compatibles), soit que les définitions ne soient pas homogènes, soit que les procédures de mesure elles-mêmes soient subjective ou consommatrices de temps.

Plusieurs acteurs ont donc souligné la nécessité de construire des datawarehouse permettant de mesurer des indicateurs cliniques de manière *fiable* et *automatisée* (ce qui évite de consacrer trop de personnel à cette mesure. Les hôpitaux ne disposant pas encore du dossier médical informatisé le considèrent comme une source adéquate pour toutes sortes de données cliniques et en attendent donc un support technique pour leurs futurs projets d'amélioration de la performance :

*« Avec le dossier informatisé, maintenant aussi dans le futur on pourrait prendre pas mal de critères de ce dossier qui sont vraiment des indicateurs pour savoir 'comment est-ce que ce problème-là est suivi ?'. Je prends un bête exemple : le scoring de la douleur. Est-ce qu'on a observé si un malade a mal ou pas ? Est-ce qu'il y a une différence entre quelqu'un qui rentre dans un itinéraire clinique ou quelqu'un qui rentre pour la même pathologie hors itinéraire clinique parce qu'il est sur un autre site ? Maintenant, on sait pas tout faire ».* (Directeur infirmier, 104)

Les hôpitaux possédant déjà un dataset informatisé y voient évidemment eux-mêmes un atout essentiel :

*« Nous avons un dataset énorme, je crois que nous pouvons enregistrer tout, si nous ne pouvons pas le sortir d'emblée facilement du système, nous pouvons le programmer quelque part pour ensuite le sortir facilement »* (Coordinateur qualité,35)

*«Grâce à l'automatisation, on peut travailler de manière plus ciblée car on ne se perd plus dans la masse des données. Tu peux plus facilement faire de l'exception reporting et la qualité de l'indicateur devient plus utile »* (Directeur général, 51)

### 8.3.5.2 Un personnel qualifié

La condition de ressource la plus importante pour mener des politiques de performance est probablement la disponibilité de personnel qualifié. C'est d'ailleurs un point sur lequel insistent les travaux de l'IHI, selon lesquels les innovations réussies dans les hôpitaux reposent sur un personnel possédant des compétences non seulement techniques, mais comportementales (curiosité, capacité d'analyse, capacité à travailler avec d'autres corps de métier, à générer la confiance...).

La ressource humaine doit donc être ici conçue quantitativement et qualitativement.

*Quantitativement*, par le nombre d'ETP consacré aux projets de performance. La nécessité d'affecter un staff suffisant à la menée de ces projets peut être constatée au travers du contraste entre les hôpitaux les plus importants et les petites structures, qui n'ont pas de personnel spécifiquement dédié au suivi des indicateurs. La responsabilité des programmes de performance est en général toujours attribuée aux mêmes personnes, qui les prennent en charge en plus de leurs propres tâches. De ce fait, les projets sont souvent délaissés, comme le regrette le directeur infirmier de l'hôpital L :

*« Dans les petites institutions, c'est clair qu'on est toujours sur du court terme. Les projets qu'on a à moyen et long terme, ça se perd, parce qu'on a trop de choses à mettre en urgence tout le temps »* (Directeur infirmier, 124)

*Qualitativement*, au niveau de l'aptitude des employés (médicaux, infirmiers ou administratifs) à manipuler bases de données et indicateurs. Les nombreuses remarques des acteurs interrogés sur les problèmes de codage des données Cette formation, dans l'idéal, devrait s'étendre aux qualités relationnelles évoquées plus haut et aux arcanes de la gestion de projet. Il semble toutefois que les hôpitaux se focalisent à l'heure actuelle sur la formation technique.

### 8.3.5.3 Des moyens financiers sur le long terme

La question des moyens financiers rejoint celle des ressources humaines : l'affectation de personnels spécialisés est en effet souvent la principale source de dépenses dans la mise en œuvre des projets d'amélioration de la performance.

Un directeur général interviewé a souligné un point spécifique, concernant plus particulièrement les projets financés par le SPF (mais son constat est également valable pour les initiatives purement internes à l'hôpital) : les politiques de performances doivent prévoir des financements à long terme, sauf à démotiver le personnel.

*« Quand le ministère demande des études, ils doivent simultanément prévoir si c'est positif qu'il y aura un financement. Parce que s'il n'y a pas ça, automatiquement ça décourage tout le système. On ne veut plus participer à un nombre de projets quand tu sais qu'il n'y a plus de financement et que tu dois le payer toi-même »* (Directeur général, 101)

Ce directeur général propose même de déplacer l'argent employé pour des plans globaux en vue d'aider les hôpitaux à mener leurs actions qualité locale :

*« Au lieu de financer des initiatives qui ne servent strictement à rien, plan cancer pour commencer par exemple, pourquoi pas utiliser cet argent là pour essayer de stimuler tout ce qui est qualité ? »* (Directeur général, 31)

Les responsables des projets et les employés qui y participent sont en effet découragés de s'impliquer dans la poursuite des objectifs stratégiques de leur établissement si la pérennité

des résultats de leur efforts n'est pas garantie ou en cas d'avortements répétés des initiatives de changement. Très prosaïquement, il sera difficile de trouver un membre du personnel disposé à s'engager dans un projet ou à renoncer à une situation stable s'il n'a pas la perspective d'occuper sa fonction sur le long terme.

A l'inverse, toutefois, d'autres acteurs interviewés ont souligné le danger d'associer la qualité avec le financement. Ceci pourrait en effet inciter à la manipulation des données :

*«Je voudrais un enregistrement correct. Mais à partir du moment où il y a un financement ou une reconnaissance, on manipule les données. Les directions des hôpitaux peuvent dire 'on ne va pas le faire', il y en aura toujours qui vont le faire. Je peux vous donner des exemples directement de ce qui n'est pas encodé à juste titre, je trouve également que ce n'est pas juste que le SPF n'intervienne pas. Quand tout le secteur est au courant de ça, le SPF doit le savoir également. Je ne suis pas une commère, mais si tout le monde est au courant ça doit quand même venir jusqu'aux oreilles du SPF et il pourrait y avoir une inspection. Qu'a-t-on gagné alors ? Rien. Alors il vaut mieux le sortir du financement et de la reconnaissance et au moins on aurait un enregistrement de qualité, et la qualité s'améliorera mais détachez le du financement et la reconnaissance. Sinon il faut mettre en place des contrôles très stricts et avoir des pénalités importantes. Nous n'avons pas les moyens, les compétences et ça ne se fait pas. » (Directeur général, 51)*

## 9 INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX ET LES SERVICES PSYCHIATRIQUES

Rédigé par le Prof. Dr. Em. Franz Baro

L'organisation mondiale de la santé attache une importance de plus en plus grande à la mise en place d'une politique de qualité dans les institutions psychiatriques.

Un certain nombre de publications offrent un cadre qui encourage la réalisation d'une politique de qualité et la lie à une politique générale de santé. Un des jalons de la démarche est constitué par la publication du « Quality Assurance in Mental Health Care ; check-lists & glossaries. Volume 1' (1994) en « Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 2' (1997). Ces ouvrages reprennent d'une part des recommandations pour la qualité des soins dans un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques et d'autre part des propositions d'indicateurs de qualité et d'instruments de mesure. Un autre jalon est constitué par la publication de l'OMS de 2003 sur le « Quality Improvement for Mental Health (Mental Health Policy and Service Guidance Package ».

Cette publication fait partie d'un ensemble de guides de bonne pratique, notamment :

- The Mental Health Context
- Mental Health Policy, Plans and Programmes
- Mental Health Financing
- Mental Health Legislation and Human Rights
- Advocacy for Mental Health
- Organization of Services for Mental Health
- Quality Improvement for Mental Health
- Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health

[http://www.who.int/mental\\_health/en](http://www.who.int/mental_health/en)

Un certain nombre de projets sont développés en relation avec l'approche de l'OMS, par exemple le projet « Validation du WHOQOL-bref en hôpital psychiatrique sécuritaire » (Saloppé X. & Pham T.H.), relatif à la validation d'une version courte du « WHO Quality of Life » qui est un instrument de mesure testé auprès d'une population de délinquants avec troubles psychiatriques en Belgique.

[www.psychiatrieviolence.ca/articles/saloppe\\_pham.pdf](http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/saloppe_pham.pdf)

McEwan K. & Goldner E.M. (2001) décrivent un concept relativement large relatif aux "Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : Trousse d'évaluation. Agence de la santé publique du Canada". Ce concept est repris dans l'annexe 1. [www.santepublique.gc.ca](http://www.santepublique.gc.ca)

D'autres approches concernent 'Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries' (Hermann et al., 2004) en 'Quality indicators. Defining and measuring quality in psychiatric care for adults and children' (American Psychiatric Association, 2002).

Du matériel est également disponible dans les centres d'expertise tels que :

- Washington State Department of Social and Health Services: ' Statewide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators'
- <http://www.dshs.wa.gov/dbhr/mhperfindicators.shtml>



- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Sante – IRDES (Paris): ‘Indicateurs de performance hôpitaux psychiatriques’

<http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/Recherche.html?cx=007387993133100041965%3Akmtpe1wenja&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&q=INDICATEURS+PERFORMANCE+HOPITAUX+psychiatriques&sa.x=0&sa.y=0&siteurl=www.irdes.fr%252FEspaceDoc%252FLiensUtiles%252FSitesEtrangers%252FUnionEuropeenne.html#1132>

Au départ, les indicateurs relatifs aux institutions psychiatriques étaient dérivés des indicateurs relatifs aux hôpitaux généraux ; ils n’étaient donc pas spécifiques. L’évolution vers plus de spécificité est liée à la politique de qualité mise en place en Flandre pour les institutions psychiatriques.

Dans le décret qualité de 1997, la région flamande a déterminé un certain nombre de thématiques pour les hôpitaux psychiatriques ( aussi bien sur une base volontaire que forcée), notamment :

- L’accueil du premier contact à la première intervention de soins.
- La distribution des médicaments (la prévention d’erreur)
- La communication (communication intra et inter-disciplinaire).

Ces trois thèmes ont été choisis sur base des critères suivants :

1. Relation forte avec le décret qualité.
2. Grand impact pour le patient, le prestataire et la société
3. Faisabilité (notamment par quelques indicateurs bien définis).

A côté de ces thèmes chaque institution pouvait également choisir des thèmes libres. Ce choix devait être fondé sur une argumentation solide et des objectifs formulés selon la méthodologie « SMART », c’est-à-dire que les objectifs devaient être spécifiques, mesurables, atteignables, orientés résultat et délimités dans le temps.

Pour être utile, les indicateurs psychiatriques (également les données minimales) devaient répondre à un certain nombre de critères. Les indicateurs devaient être valides, fiables et atteignables, tout comme dans les hôpitaux généraux. Les indicateurs sélectionnés devaient également faire l’objet d’un reporting annuel afin de mesurer les résultats sur une base standardisée (selon le code qualité et la planification prévue).

Un aperçu des indicateurs de performance pour les hôpitaux en Flandre est repris dans l’annexe 2.

Dans une phase suivante, après le nouveau décret qualité de 2003, la région flamande s’est affranchie de ces thèmes imposés. L’objectif était dès lors de fixer un cadre qui encourage la mise en place d’initiative menant à une politique de qualité. La région considère qu’atteindre une politique de qualité dans les limites des dispositions prévues est liée à la mise en place de ces dispositions : politique de qualité et politique organisationnelle. Il appartient aux institutions elles-mêmes donc également aux institutions psychiatriques de faire en sorte que les résultats d’une politique spécifique de qualité soient visibles et démontrés par une évaluation interne.

Pour cela 4 domaines ont été déterminés : la performance clinique, la performance opérationnelle, l’évaluation par l’utilisateur et l’évaluation par le collaborateur. La région

pourra, par l'intermédiaire d'une évaluation externe régulièrement évaluer cette évaluation interne. En 2010, la « Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid » a remis un rapport relatif aux premiers résultats, relatif à la politique de qualité dans les hôpitaux et dans les centres pour les soins psychiatriques en Flandre. Le rapport indique l'intérêt de travailler à une politique qualité.

[http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=22916&terms=UITVOERINGSBESLUIT+VOOR+DE+PSYCHIATRISCHE++ZIEKENHUIZEN+EN+DE+CENTRA+VOOR+GEESTELIJKE++GEZONDHEIDSZORG](http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=22916&terms=UITVOERINGSBESLUIT+VOOR+DE+PSYCHIATRISCHE++ZIEKENHUIZEN+EN+DE+CENTRA+VOOR+GEESTELIJKE++GEZONDHEIDSZORG)

Dans la partie francophone de la Belgique un effort remarquable est fait depuis 2007 par le réseau *QualPsy*

(communication par E. Pierrard et C. Deleuw, 2011).

[eric.pierrard@fracarita.org](mailto:eric.pierrard@fracarita.org)

Ce réseau est composé des coordinateurs qualité de dix-sept hôpitaux psychiatriques francophones sis en Wallonie et à Bruxelles. Il travaille en collaboration avec la cellule « *Qualité & Patient Safety* » du Service Public Fédéral Santé Publique à Bruxelles (SPF SP).

Pratiquement, *QualPsy* travaille à partir des attendus du SPF SP déclinés dans la convention « *Qualité & Patient Safety* » que chaque hôpital s'est vu invité à signer depuis 2007. Les attendus du SPF SP en la matière sont subdivisés en trois « Piliers » : la Sécurité Patient (*P I : amélioration de la sécurité du patient durant son hospitalisation*), l'Approche Processus (*P II : cartographie des actions*) et les Indicateurs (*P III : évaluation des actions*).

Le réseau insiste sur le fait que la psychiatrie ne se réduit pas à l'approche médicamenteuse. Outre les effets de la médication sur la symptomatologie, un grand nombre de voies d'accès au patient se décline dans la qualité de la relation thérapeutique avec le patient et sa famille. Ces aspects relationnels sont en partie de l'ordre du non visible. Les indicateurs de type clinique ont pour objectif de rendre visible cette dimension de qualité dans l'approche interdisciplinaire des soins hospitaliers de santé mentale.

*Qualpsy* met en avant deux spécificités : la qualité de l'alliance thérapeutique et le degré de participation active du patient au traitement. Il relève également des points d'attention spécifiques tels que la violence des patients ainsi que les mesures thérapeutiques d'isolement et de contention.

D'autres thèmes d'actualité sont relatifs à la nouvelle reconversion des soins de santé mentale identifiée sous la dénomination d'article 107 (*Processus trans muraux* : Pilier II 2011). Il ne fait pas l'ombre d'un doute qu'en cette matière la qualité de la communication inter équipes devienne un domaine d'attention prioritaire, phase transversale clé des processus de prise en charge.

Pour *Qualpsy* les indicateurs doivent être associés à des objectifs prioritaires qui découlent de la « Mission, Vision et Politique Stratégique » de chaque institution. L'indicateur n'est pas qu'un simple enregistrement prescrit, sa mesure doit nourrir, inspirer les dirigeants, médecins, cliniciens vers des décisions stratégiques ou spécifiques.

Le réseau opte dès lors pour un grand nombre d'indicateurs dans l'escarcelle des institutions et un nombre restreint pour un set d'indicateurs national relatif à la psychiatrie. Le set national relève de la « Mission, Vision et Politique Stratégique » du SPF SP en la matière. Ces mesures indicatives répondraient à la question : « En quoi, cet hôpital psychiatrique spécifique, suit-il la politique fédérale de qualité et sécurité dans le domaine de la santé mentale ? »

D'autres indicateurs élus par les institutions psychiatriques seraient utilisés spécifiquement par chaque institution. Néanmoins, la publication de ces indicateurs spécifiques pourrait être effective et servir de tronc commun dans lequel chacun pourrait se servir et s'inspirer.

Par contre, les résultats de ces mesures resteraient la propriété absolue des institutions.

Sans délaissier les deux autres, le Pilier III (évaluation) sera sans nul doute le pilier de base de ces prochaines années ; en cela, *Qualpsy* avance quelques réflexions qui sont relatives à l'esprit de la prise de mesure par des indicateurs :

- Comme l'évaluation en contexte psychiatrique est complexe, les résultats relatifs à un indicateur doivent être interprétés en fonction de l'environnement institutionnel spécifique (type de population, implantation dans tel ou tel environnement socio-économique, complexité de la pathologie,...).
- L'utilisation d'un « ranking » (non désiré par les institutions psychiatriques) devrait tenir compte de ces spécificités. Il s'agit de réajuster la qualité des actions hospitaliers prioritaires, non pas de créer un esprit de rivalité qui s'opposerait aux finalités d'échange du réseau *QualPsy*.
- En plus de la mesure sur base d'indicateurs, il faut également étudier la notion d'opérateurs : « Qu'est ce qui opère dans telle ou telle unité de soins ? Quelles sont les méthodes qui génèrent tels types de résultats pour tel patient ? Ces méthodes sont-elles transférables ? Que convient-il de mettre en place pour qu'elles le soient ? »

Le réseau *QualPsy* réalise ainsi ce qu'on peut appeler un échange de bonnes pratiques et de méthodes, en attendant avec grand intérêt la publication des objectifs stratégiques du SPF SP pour son nouveau plan quinquennal (2012/2017).

En Hollande (Wijngaarden & Kok, 2007), différents instruments de mesure sont recommandés pour les indicateurs tels que :

1. évolution de la gravité de la problématique psychiatrique
  - BSI (Brief Symptom Inventory)
  - BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
  - MATE (Mesure de l'addiction avant tri et évaluation)
2. modification dans le fonctionnement journalier du patient
  - HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
3. modification dans la qualité de vie du patient
  - MANSAS (Manchester Short Assessment of Quality of Life)
4. expérience/point de vue du patient
  - CQ-index (Consumer Quality Index).
  -

En plus de ce set d'indicateurs standard de prestations, le Stuurgroep Zichtbare Zorg (*ou groupe de communication pour des soins visibles pour le patient*) a également développé des indicateurs spécifiques pour la psychiatrie légale. Ces derniers sont utilisés, entre autres, dans les centres pénitentiaires psychiatriques pour mesurer le risque de délire, la récurrence, la séparation, les incidents de violence, etc.

Un des développements les plus importants de ces dernières années est l'évaluation psychiatrique possible par l'utilisateur (patient). Cette évaluation se situe dans la prolongation logique du thème précédent « satisfaction patients », mais elle concerne une problématique plus profonde spécifique à la psychiatrie.

En effet, beaucoup de patients psychiatriques sont les victimes d'exclusion sociale et de discrimination. De plus, ils sont souvent, tout comme leur famille et leurs amis, en institution psychiatrique, coupés de toute information, de tout choix et de tout contrôle.

Cette problématique a été soulignée par l'OMS dans les 42 pays européens et mesurée par la Commission Européenne dans un document : 'Empowerment in Mental Health – Working together towards Leadership' (2010).

[http://www.eufami.org/index.php?option=com\\_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24](http://www.eufami.org/index.php?option=com_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24)

"If the evaluation of services [is] genuinely to reflect the concerns and views of the people who use them rather than those of providers, then users should lead the

process at every stage: from the questions asked, through the collection, analysis and interpretation of data to the final reporting of the results and development of recommendations for change." (Kotecha, 2007).

Bien entendu, l'étude présente certaines limites d'autant plus valables en institution psychiatrique qu'en hôpital général.

'Currently, only the Netherlands and the United Kingdom have legislative requirements for engaging patients and the public in health care policy. Other European countries use local, democratic mechanisms, plus patients' rights and complaint systems. Effective involvement needs a strategy that goes beyond simply electing lay representatives to boards and committees since many people with health problems feel unable to stand for election or may drop out of regular participation once elected' (Tritter & McCallum, 2006).

Nonobstant ces limites, l'implication de l'utilisateur (avec les indicateurs de performance décrits) présente des avantages fondamentaux.

'Yet, such involvement leads to evaluations, which are more relevant to people's needs and concerns. Further benefits include developing more relevant outcome indicators, improving the quality of information obtained from service recipients (who often speak more freely to peer interviewers) and suggesting practical change strategies to improve services' (Wallcraft J. et al., 2009).

Dans la réunion de l'OMS (2010) mentionnée ci-dessus, un aperçu critique 'Quality assurance/monitoring of mental health services by service users and carers' (Sweeney & Wallcraft) a été établi.

Cet aperçu est repris en annexe 4.

### **Conclusion et recommandations**

Il est clair que la mesure de performance au moyen d'indicateurs de prestation est indispensable pour gérer sur une base régulière et améliorer la qualité des hôpitaux et services psychiatriques. Ces mesures peuvent contribuer à la prise de conscience, la participation, la motivation et la gestion de la politique de qualité.

Bien que l'étude concernant 'L'utilisation des indicateurs de production hospitalière dans le financement des hôpitaux en Belgique' (Closion, 2002) n'est pas spécifique aux institutions psychiatriques, elle offre un cadre intéressant et actuel qui permet de mettre en perspective les indicateurs de qualité psychiatriques :

'Il faut accroître la transparence par rapport aux besoins et à la performance et prendre en compte l'ensemble des facteurs ayant un impact sur l'utilisation des ressources dans le financement des hôpitaux pour maintenir l'accessibilité aux soins et éviter le développement d'une médecine à deux vitesses.'

[www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mcclosion.pps](http://www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mcclosion.pps)

Il convient d'ajouter que l'interprétation des résultats de mesure en psychiatrie doit être nuancée et demande réflexion.

La problématique psychiatrique est toujours complexe. Dans la pratique, les mesures ne sont pas toujours valables et comparables. De plus, il est nécessaire d'interpréter les résultats en fonction de la spécificité de chaque institution psychiatrique et, plus particulièrement, quand les résultats peuvent être influencés par des facteurs sur lesquels l'organisation n'a pas de prise (ce qui est le cas de beaucoup d'indicateurs de structure et de résultat).

C'est pourquoi, la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats.

Une interaction dynamique est également recommandée entre les autorités et les institutions.

Il semble de plus en plus qu'il appartient aux institutions psychiatriques mêmes de gérer les résultats de leurs activités spécifiques en termes de qualité, et de les rendre visibles au moyen d'une évaluation pratiquée en interne. Le Ministère pourra, au moyen d'une évaluation externe, vérifier régulièrement cette évaluation menée en interne et ainsi encourager les hôpitaux à prendre des initiatives en termes de qualité.

Cette méthode entraîne une croissance large des indicateurs partiellement développés par les institutions ou partiellement repris dans un set d'indicateurs national.

Une évolution récente et bien marquée est l'évaluation pratiquée par l'utilisateur. Les patients psychiatriques sont souvent les victimes d'exclusion sociale et de discrimination. C'est pourquoi l'implication du patient, malgré les limitations que cela comporte, est très importante pour la psychiatrie.

C'est pourquoi également le développement innovateur d'indicateurs de performance normés et utilisables sur le terrain est fortement recommandé.

Si ces trois recommandations sont appliquées ensemble, elles contribueront certainement à optimiser la gestion de la psychiatrie, aussi bien au niveau du Ministère qu'au niveau des institutions.

## **Bibliographie**

American Psychiatric Association (2002): Quality indicators. Defining and measuring quality in psychiatric care for adults and children. Washington, APA.

Closon M.C. (2002) : 'L'utilisation des indicateurs de production hospitalière dans le financement des hôpitaux en Belgique'.

[www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mccloson.pps](http://www.riziv.be/information/nl/studies/study11/powerpoint/mccloson.pps)

Hermann R., Soeren M., and the Members of the OECD Mental Health Care Panel (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris, OECD.

Kotecha N. et al. (2007). A guide to user-focussed monitoring. London, Sainsbury Centre for Mental Health.

McEwan K. & Goldner E.M. (2001) : Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : Trousse d'évaluation. Agence de la santé publique du Canada.

[www.santepublique.gc.ca](http://www.santepublique.gc.ca)

Stuurgroep Zichtbare Zorg (2009): Basisset Prestatie-indicatoren 2009-2010; Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Den Haag, Zichtbare Zorg.

[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

Stuurgroep Zichtbare Zorg (2009): Forensische Psychiatrie; Subset GGZ/Verslavingszorg;

Basisset prestatie-indicatoren. Den Haag, Zichtbare Zorg.

[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

Tritter J.Q. & McCallum A. (2006): The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76:156–168.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: Het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen (2 juli 2010).

[http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_nieuws.aspx?id=25875](http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_nieuws.aspx?id=25875)

Vlaamse Gemeenschap: Decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen (25 februari 1997).

Vlaamse Gemeenschap: Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (17 oktober 2003) .

Wallcraft J., Amering M. & Schrank B. (2009): Handbook of service user involvement in mental health research. Oxford, Wiley-Blackwell.

Washington State Department of Social and Health Services (2011): Mental Health-Performance Indicator report.

<http://www.dshs.wa.gov/dbhr/mhperfindicators.shtml>

Wijngaarden B. van & Kok I. (2007): Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: Ernst van de problematiek, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven. Utrecht, Trimbos-instituut.

World Health Organisation (1994): Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 1, Geneva, WHO.

World Health Organisation (1997): Quality Assurance in Mental Health Care; check-lists & glossaries. Volume 2, Geneva, WHO.

World Health Organisation (2003): 'Quality Improvement for Mental Health (Mental Health Policy and Service Guidance Package)'. Geneva, WHO.

World Health Organisation Regional Office for Europe (2010): Empowerment in Mental Health – Working together towards Leadership. EUFAMI, Leuven.

[http://www.eufami.org/index.php?option=com\\_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24](http://www.eufami.org/index.php?option=com_campaignsnewsdesc&Itemid=135&titleid=24)

## 10 CONCLUSION

### Pistes pour la mise en œuvre d'un set d'indicateurs

Le SPF-SP souhaite mettre en place un set d'indicateurs afin de mesurer la performance des hôpitaux dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue.

Ce set d'indicateurs doit également permettre de suivre l'évolution de la performance (clinique et non clinique) des hôpitaux aussi bien au niveau micro (services de l'hôpital), meso (direction des hôpitaux) que macro (autorité publique). Plusieurs finalités existent au niveau macro: gestion des institutions de soins, performance du système de soins, performance du système de santé, indicateurs d'impact, indicateurs internationaux (OCDE, OMS, autres).

Cette recherche constitue une phase préparatoire essentielle à la mise en place d'un tel set d'indicateurs.

Un résultat important est le manque actuel dans la majorité des hôpitaux belges d'un niveau de préparation suffisant pour recourir spontanément et de manière optimale à un set d'indicateurs dans les dimensions autre que la dimension financière.

Avant de mettre en place un set d'indicateurs, une série de points préalables doit être considérée.

#### **1. Des priorités pour la politique hospitalière doivent clairement être établies**

Le système hospitalier attend des autorités qu'elles définissent des objectifs clairs en termes de politique de santé globale et en termes de politique hospitalière.

La **coordination entre les différents niveaux de pouvoir** en ce qui concerne les exigences vis-à-vis des hôpitaux est indispensable pour faciliter la tâche de ceux-ci.

#### **2. Amélioration des soins ou responsabilité publique ?**

Les sets d'indicateurs sont différents selon qu'ils servent aux hôpitaux à rendre des comptes de leurs activités à l'autorité publique (accountability ou accréditation ou valorisation financière de la qualité) ou que le but principal est l'amélioration de la performance.

Il en va de même pour le niveau de validité requis pour les données.

Ce choix est primordial car il ne suffit pas de mesurer pour améliorer.

#### **3. Un set d'indicateurs pour favoriser l'amélioration ? Partir du bon pied**

- *Appréhender la performance hospitalière dans sa globalité*

En fonction des objectifs de performance définis par les autorités, différentes dimensions prioritaires (qualité, sécurité, patient-centeredness, ...) doivent être monitorées et évaluées. Parmi les différents modèles conceptuels revus, celui construit par le projet PATH nous semble le plus complet.

- *- Des professionnels hospitaliers formés et impliqués*

Les professionnels de santé ne sont en général pas formés à l'utilisation et l'analyse d'indicateurs au cours leur curriculum de base. Proposer des formations labellisées<sup>25</sup> aux hôpitaux pour tous les professionnels est un préalable à la mise en place d'un set d'indicateurs. Les formations devraient porter sur les priorités du système de santé et du système hospitalier, les notions de performance, de la qualité clinique et sécurité du patient, ainsi que sur la mesure de ces dimensions et des options disponibles pour leur amélioration si nécessaire.

Pour les professionnels les plus investis dans la mesure et la mise en place de projets d'amélioration de la performance, des formations spécifiques portant sur la gestion de projets et le management de changements organisationnels, ainsi que sur la mesure et l'interprétation d'indicateurs s'imposent.

Le SPF pourrait jouer un rôle à ce niveau en proposant des formations ciblées sur les besoins des différentes catégories de travailleurs hospitaliers et / ou en labellisant les formations.

Les professionnels de terrain vont être les utilisateurs de ces indicateurs. Ils doivent donc être intégrés dès le départ dans la réflexion pour s'approprier la démarche.

- *Bâtir sur les expériences concluantes*

De nombreuses initiatives existent en Belgique et à l'étranger, certaines d'entre elles ont évolué en tirant leçon de leurs expériences.

Des pistes intéressantes sont les sets par pathologie établis à partir de recommandations de bonne pratique et dont les indicateurs de résultats se déclinent en indicateurs de processus et des structures adaptés aux différents niveaux de l'hôpital.

Certaines organisations hospitalières belges commencent à développer et à tester des sets d'indicateurs. Ces expériences pourraient devenir des exemples de bonnes pratiques, pour autant qu'elles soient valablement évaluées et que les résultats de ces évaluations soient partagés.

- *Développer des collaborations*

Le SPF-SP, les autorités communautaires mais aussi l'ISP, le KCE, le Registre du cancer développent des indicateurs qui sont communiqués aux hôpitaux. Une collaboration entre ces institutions permettrait de clarifier les tâches de chacun. Une communication claire vers les hôpitaux serait alors possible, évitant de dupliquer les demandes de données.

- *Assurer des données de qualité*

La qualité des données utilisées pour mesurer la performance doit toujours être mise en balance avec la charge de travail générée par la récolte et le processus de validation de ces données.

Une utilisation optimale des données récoltées en routine est recommandée pour autant que celles-ci fassent l'objet d'un minimum de validation et qu'elles soient interprétées avec les précautions nécessaires. Le SPF-SP n'est pas la seule autorité à posséder des données intéressantes. L'ISP, le Registre du cancer, ainsi que l'Agence intermutualiste possèdent également leurs propres bases de données. Ces dernières permettraient un éclairage différent sur certaines problématiques telles que l'oncologie, le suivi de la survie ou des

---

<sup>25</sup> C'est-à-dire des formations standardisées et évaluées



épisodes de soins. Elles permettent aussi de mesurer des dimensions différentes telles que la réponse aux besoins de la communauté.

Les données issues du Questionnaire 'Statistiques Annuelles' ont une place particulière. Il s'agit en effet d'un instrument souple qui, moyennant une refonte complète pour répondre aux objectifs préalablement définis et une validation par audit ou contrôles, permettrait de mesurer des processus impossibles à appréhender par les bases de données plus traditionnelles.

- *Faciliter l'interprétation du set*

Le set d'indicateurs sera plus facile à interpréter s'il se réfère à des standards de soins et des recommandations de bonne pratique.

Sa compréhension sera également facilitée par l'utilisation d'indicateurs simples et directement compréhensibles par les personnes de terrain. Chaque indicateur doit être accompagné d'une fiche standardisée reprenant les principaux éléments de sa définition et de son utilisation. L'organisation de réunions au moment de communiquer les résultats du set permettrait de clarifier des informations techniques et d'échanger les expériences.

L'utilisation des indicateurs serait facilitée si les établissements recevaient un « catalogue » des raisons pouvant expliquer les variations de chaque indicateur et des leçons à tirer de leur positionnement parmi l'ensemble des résultats. L'organisation de visites de terrain pour comprendre les résultats des indicateurs est également une piste à suivre.

- *Assurer un feedback régulier et rapide*

Le feedback doit être rapidement obtenu. Des résultats communiqués dans un délai proche permettent de suivre la progression des actions d'amélioration et motivent les acteurs de terrain.

- *Donner un signal fort aux hôpitaux*

L'évolution des mentalités ne se produira pas spontanément partout. Pour que les dimensions de qualité clinique et de sécurité rejoignent les dimensions financières et de ressources humaines dans l'échelle des priorités des hôpitaux, ceux-ci ont besoin d'un signal fort des autorités. Ce signal pourrait être des sanctions si certaines exigences ne sont pas respectées, la diffusion publique des résultats, ou encore la mise en place d'incitants financiers.

### ***Une obligation d'évaluation***

#### *Tester le set*

Avant de généraliser sa diffusion, le set d'indicateurs doit être testé dans un petit nombre d'hôpitaux et adapté selon les résultats.

#### *Evaluer le programme*

Les programmes d'amélioration de la performance exigent des ressources. Même si peu de publications existent sur la mesure de l'impact de ces programmes, il est important de conduire ces évaluations (et de les prévoir dès le départ) afin d'être certain que les ressources sont affectées à bon escient.

## **Amélioration de la performance : quel rôle pour les hôpitaux ?**

Un projet d'amélioration de la performance hospitalière ne peut réussir qu'avec une implication de la direction générale dans le processus. Concrètement, cela signifie de :

- Définir une mission et une vision, qui place les aspects de la qualité et de la sécurité et de la performance au même niveau que les autres dimensions.
- Définir des objectifs opérationnels à atteindre et mesurer l'atteinte de ces objectifs.
- Communiquer à l'ensemble de l'hôpital sa mission, vision et ses objectifs pour motiver le personnel à les atteindre et développer une culture de la qualité-sécurité. Cette communication doit être formelle et répétée. La communication orale est à préférer à la communication écrite (mail ou autre)
- Fournir les conditions structurelles de la mise en place de l'amélioration : disposer de personnel formé dont la participation aux projets de mesure et d'amélioration de la performance fait partie de la description de fonction, développer un enregistrement des événements indésirables convalidés, développer des 'datawarehouse' qui fournissent des rapports rapides et faciles à utiliser en interne et dégager les moyens financiers nécessaires à la mise en place de projets d'amélioration.
- Assurer un leadership, motiver le personnel à tous les niveaux.
- Les hôpitaux gagneraient à échanger leurs expériences de succès et d'échec pour en tirer des leçons. Certaines expériences sont déjà observées.
- Le choix de l'application de modèles de management comme celui de l'EFQM peuvent représenter une aide appréciable à la coordination de la mise en place de toutes ces étapes.

## **11 RECOMMANDATIONS**

**1. Formuler des priorités claires de santé globale et de politique hospitalière en concertation avec les différents niveaux de pouvoir.**

**2. Choisir un set d'indicateurs en fonction des objectifs et du but poursuivi :**  
Soit un but d'accountability (rendre des comptes à la société)  
Soit un but d'amélioration de la performance

**3. Bâtir le set d'indicateurs sur des expériences concluantes et impliquer les professionnels de santé dans son développement.**

4. Pour les indicateurs de qualité clinique, **privilégier des sets basés sur des recommandations de bonne pratique** et qui déclinent les indicateurs de résultats en indicateurs de processus et de structure utilisables à chaque niveau de l'hôpital

**5. Cibler des données de qualité qui n'exigent pas une charge de travail « administrative »** excessive à l'hôpital (utilisation au maximum de toutes les bases de données existantes : SPF, KCE, Registre du Cancer, ISP, IMA, collèges de médecin et révision en profondeur du questionnaire « Statistiques annuelles »).

**6. Pré-tester le set d'indicateurs avant de le généraliser**

**7. Développer un plan de diffusion et de mise en place du set d'indicateurs :**

Former les professionnels hospitaliers

Favoriser la diffusion des bonnes pratiques de management

Favoriser la diffusion des guidelines diagnostiques et thérapeutiques

Déterminer des objectifs à atteindre au niveau des résultats des indicateurs

Construire un plan de communication des résultats

Préciser les conséquences d'objectifs non atteints

**8. Assurer un feedback régulier, rapide**

**9. Donner un signal fort aux hôpitaux**

pour que toutes les dimensions du set d'indicateurs soient considérées comme aussi importantes les unes que les autres

**10. Evaluer de façon scientifique**

Prévoir les modalités d'évaluation dès la conception du projet

## 12 ADDENDUM

### Set d'indicateurs potentiellement opérationnel en Belgique

Comme nous l'avons dit dans la conclusion du rapport HPI.be, la recherche a montré par l'étude de la littérature des expériences étrangères et belges et des interviews dans les hôpitaux belges que la majorité des hôpitaux belges manque actuellement d'un niveau de préparation suffisant pour recourir spontanément et de manière optimale à un set d'indicateurs dans les dimensions autres que la dimension financière.

Nous en avons conclu qu'avant de mettre en place un set d'indicateurs, une série de points préalables doit être considérée.

Le chapitre sur les expériences belges nous montre que le SPF SCAE dispose déjà depuis 5 ans d'un set d'indicateurs 'Le feed-back multidimensionnel intégré' qui en est à sa troisième version. Ce feed-back est basé sur la littérature scientifique et des expériences internationales. Plusieurs publications scientifiques (Aelvoet, Windey et al. 2008; Aelvoet, Terryn et al. 2009; Aelvoet, Terryn et al. 2010) validées par les pairs en ont été issues. Néanmoins, malgré sa qualité, la diffusion de cette information aux directeurs hospitaliers n'a pas permis d'enclencher une dynamique d'amélioration de la performance dans les hôpitaux comme nous l'ont montré les résultats des interviews.

Le SPF SCAE a, jusqu'à présent, envoyé des feedbacks séparés pour les feedback multidimensionnels et les PSI.

Un feedback commun pourrait être envoyé d'une part. D'autre part, le travail réalisé par d'autres acteurs belges comme le Registre du cancer et l'ISP pourraient être mis à profit.

Nous listons ci-dessous des indicateurs qui, moyennant la prise en compte des recommandations et des limitations précisées pour chaque indicateur, sont déjà disponibles.

Comme le rappellent les auteurs du rapport 'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière' publié ce mois d'octobre 2011, « La finalité d'un système d'indicateur de qualité est sa capacité à engendrer des actions d'amélioration de la qualité des soins : information pour action. De plus, il doit pouvoir être dynamique afin d'évoluer au cours du temps en fonction des nouvelles priorités en matière de lutte contre les infections liées aux soins. »

Toujours dans le même rapport, l'ISP nous rappelle qu'il existe trois objectifs possibles pour un système d'indicateurs de qualité, objectifs que l'équipe de recherche reprend à son compte pour le set d'indicateurs de performance présenté ci-dessous.

Les objectifs sont :

- Evaluer l'impact de la politique de performance hospitalière au niveau national. Objectif appelé « Impact au niveau national » dans le Tableau 19 ci-dessous.
- Porter un jugement sur la qualité au niveau de chaque hôpital : un hôpital doit pouvoir répondre de sa qualité. Objectif appelé 'Accountability-jugement' dans le Tableau 19 ci-dessous.
- Contribuer à l'amélioration locale de la qualité en incitant les hôpitaux à mesurer et à améliorer leurs actions et résultats dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins

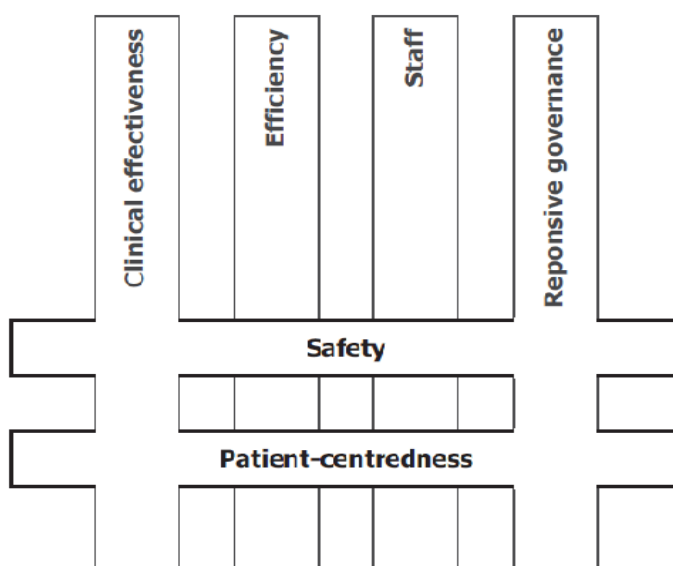
Objectif appelé 'Amélioration locale' dans le Tableau 19 ci-dessous. L'ISP rappelle aussi que « A chaque objectif correspond un set d'indicateurs et un plan d'opérationnalisation. Ces sets d'indicateurs et plans d'opérationnalisation ne sont pas mutuellement exclusifs. »

Comme nous l'avons vu lors de la description de l'expérience de l'AHRQ américain, lorsque les indicateurs sont utilisés dans un but d'accountability-judgment, ils sont plus susceptibles de faire l'objet de manipulations.

Lors de notre recherche sur les expériences internationales, le cadre conceptuel du projet PATH de l'OMS (page 46), nous a paru particulièrement adapté à la complexité de l'évaluation de la performance des hôpitaux.

Pour rappel, nous replaçons ici, le schéma présentant les dimensions du schéma PATH ainsi que la définition des différentes dimensions.

**Figure 20 : Le modèle théorique du projet PATH pour la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.).**



**Tableau 18 Description des dimensions et sous-dimensions de la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.)**

Dimension	Définition	Sous-dimensions
Efficacité clinique	L'efficacité clinique est une dimension de la performance dans laquelle, un hôpital, en ligne avec l'état actuel des connaissances, délivre à tous les patients susceptibles d'en bénéficier le plus, des soins ou des services cliniques de façon appropriée et compétente et réalise les résultats désirés.	-Conformité des processus de soins -Résultats des processus de soins -Soins appropriés
Efficience	L'efficience consiste en un usage optimal par l'hôpital de ses ressources pour l'obtention d'un résultat maximal dans les limites de ses ressources disponibles.	-Services appropriées -Ressources investies proportionnelles aux résultats -Utilisation des technologies disponibles pour la réalisation des meilleurs soins possibles
Orientation	L'orientation ressources humaines	-Environnement de travail

Dimension	Définition	Sous-dimensions
ressources humaines hospitalières	hospitalières évalue dans quelle mesure le staff possède les qualifications nécessaires pour délivrer les soins au patient, a l'opportunité de continuer à apprendre et à se former, travaille dans des conditions favorables et est satisfait de son travail.	-Perspectives et reconnaissances des besoins individuels -Activités de promotion de la santé et de la sécurité du personnel -Attitudes, comportements et état de santé du personnel
Gouvernance adaptée aux besoins	La gouvernance adaptée aux besoins montre dans quelle mesure l'hôpital répond aux besoins de la communauté, assure la continuité et la coordination des soins, promeut la santé, est innovant et délivre des soins à tous les citoyens sans distinction quelle que soient leurs caractéristiques raciales, physiques, culturelles, sociales, démographiques ou économiques.	-Intégration de l'hôpital dans le système de santé et avec la communauté -Orientation santé publique
Sécurité	La sécurité est la dimension de la performance dans laquelle l'hôpital possède la structure appropriée et utilise des processus de délivrance des soins qui de façon mesurable préviennent ou réduisent les dommages ou les risques pour les patients et les prestataires de soins	-Sécurité du patient -Sécurité du staff -Sécurité pour l'environnement
Soins centrés sur les patients	Dans cette dimension de la performance, l'hôpital place les patients au centre des soins et des services en faisant particulièrement attention aux besoins du patient et de sa famille, à ses attentes, à son autonomie, à la confidentialité, à la dignité, au choix des prestataires et au désir du patient pour des soins rapides et délivrés en temps opportun.	-Orientation client -Respect pour les patients

Le Tableau 19 décrit la liste des indicateurs potentiellement disponibles en Belgique et présentés selon les axes du projet PATH.

Les indicateurs peuvent se retrouver dans plusieurs axes, ces axes pouvant se croiser. Pour chacun des indicateurs, nous précisons à la fois les objectifs qu'ils peuvent contribuer à atteindre et les dimensions auxquelles ils s'adressent.

Dans le Tableau 19, les indicateurs sont présentés selon un jeu de couleurs indiquant le niveau de biais qu'ils sont susceptibles de présenter.

		L'indicateur ne présente pas ou peu de biais
		L'indicateur présente des biais modérés
		L'indicateur est potentiellement intéressant <u>moyennant certaines modifications</u>
		L'indicateur présente des biais importants

Dans le Tableau 20 et le Tableau 21, chaque indicateur est décrit dans une fiche (reprise ou rédigée sur le modèle du Feed-back multidimensionnel intégré). Cette fiche précise également les limitations de l'indicateur et les précautions d'utilisation.

Tableau 19 Liste des indicateurs proposés dans le cadre du projet HPI.be (Feedback multidimensionnel intégré et autres)

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
Efficacité clinique	Létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu de myocarde (IAM)	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Létalité hospitalière après une admission pour fracture de hanche	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Létalité hospitalière après une admission pour pneumonie	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Létalité hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Létalité hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Taux d'accouchements par césariennes	Impact au niveau national Accountability – jugement Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	PSI 3 : Ulcère de décubitus	Amélioration locale	Patient Safety Indicators
	PSI 12 : Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire	Amélioration locale	Patient Safety Indicators
	PSI 6 : Pneumothorax iatrogène	Amélioration locale	Patient Safety Indicators
	Cancer du rectum : taux de mortalité à 5 ans	Impact au niveau national	Registre du cancer
	Cancer du sein : taux de mortalité à 5 ans	Impact au niveau national	Registre du cancer
	Infarctus du myocarde : taux de mortalité à 30 jours	Impact au niveau national Accountability – jugement	A créer avec les données IMA et RCM



	Taux de réadmissions dans les 30 jours par pathologie	Impact au niveau national Amélioration locale	A créer avec les données IMA et RCM
--	---	--	-------------------------------------

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
<b>Efficienc</b> e - Bonne gestion	Taux de cholécystectomie par voie laparoscopique	Impact au niveau national	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Pourcentage d'arthroscopies thérapeutiques du genou chez les patients de plus de 50 ans	Impact au niveau national + Amélioration locale	RCM
	Taux de réadmissions dans les 30 jours par pathologie	Impact au niveau national Amélioration locale	A créer avec les données IMA et RCM
	Acid test	Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Couverture financière	Amélioration locale Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Rentabilité 1 : Résultat d'exploitation / chiffre d'affaires	Amélioration locale Accountability – jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Rentabilité 1 bis : Résultat d'exploitation / produits d'exploitation	Amélioration locale Accountability – jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Rentabilité 2	Amélioration locale Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Rentabilité 2bis	Amélioration locale Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Taux d'indépendance financière	Amélioration locale + Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Niveau de Cash flow	Amélioration locale Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Ratio de continuité: matériel non médical	Amélioration locale+ Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
	Ratio de continuité: matériel médical	Amélioration locale+ Accountability-Jugement	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Performance en durée de séjour 1	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Performance en durée de séjour 2	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Coût moyen informatique	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Itinéraires cliniques	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Ratio de fonds propres par rapport au pied de bilan	Amélioration locale	Finhosta
	Taux d'occupation de l'appareillage médical (RMN, ctscan, petscan . . )	Impact au niveau national Accountability – jugement	Profils INAMI et Enquête Statistiques Hospitalières
	Ratio RMN/Scanner en volume	Impact au niveau national Accountability – jugement	Profils INAMI et Enquête Statistiques Hospitalières

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
<b>Orientation patient</b>	Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Information du patient	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Possibilité de scolarité à l'hôpital	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	Médiation	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
	Taux de satisfaction du patient hospitalisé	Impact au niveau national	Questionnaire Statistiques Annuelles

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
Orientation ressources humaines	Degré de spécialisation des infirmiers	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2008
	Turnover par catégorie de personnel	Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2008
	Vacances de postes infirmiers	Impact au niveau national Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
Responsive governance	Pourcentage d'arthroscopies du genou chez les patients de plus de 50 ans	Impact au niveau national + Amélioration locale	RCM
	Pourcentage de patients aux urgences référés par médecin généraliste	Impact au niveau national	RHM Urgences
	Poids total des déchets / nombre de lits justifiés	Impact au niveau national Amélioration locale	Questionnaire Statistiques Annuelles

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
Sécurité	Taux d'accouchements par césariennes	Impact au niveau national Accountability – jugement Amélioration locale	Feedback multidimensionnel intégré 2011
	PSI 3 : Ulcère de décubitus	Accountability - Jugement +	Patient safety indicators

Dimensions de la performance	Indicateurs	Objectifs poursuivis	Origine
		Amélioration locale	
	PSI 12 : Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire	Accountability - Jugement + Amélioration locale	Patient safety indicators
	PSI 6 : Pneumothorax iatrogène	Accountability - Jugement + Amélioration locale	Patient safety indicators
	Hygiène hospitalière : septicémies sur cathéter	Accountability - Jugement Amélioration locale	Institut de Santé Publique – Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière
	Indicateur composite d'hygiène hospitalière (structure et processus)	Accountability - Jugement Amélioration locale	Institut de Santé Publique – Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière
	Poids total des déchets / nombre de lits justifiés	Impact au niveau national + Amélioration locale	Questionnaire Statistiques Annuelles

## Létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM)

**Définition de l'indicateur :** Nombre de décès pour 100 sorties avec un code ICD-9-CM d'IAM en diagnostic principal

**Numérateur :** nombre de décès avec un code ICD-9-CM d'IAM en diagnostic principal

**Dénominateur :** toutes les sorties avec un code ICD-9-CM d'IAM en diagnostic principal

**Critères d'exclusion :**

- les hôpitaux avec moins de 80 cas observés d'IAM
- âge < 18 ans,
- séjours de patients transférés vers ou transférés à partir d'un autre hôpital ou sans précision du type de sortie.

**Justification:**

- l'IAM est une cause très importante de mortalité.
- Il existe des directives internationales de bonnes pratiques («*guidelines*») pour les différentes phases de la prise en charge de l'IAM dont la mise en œuvre résulte en une diminution de la mortalité.
- Certains éléments organisationnels contribuent à une prise en charge efficace comme le temps entre l'appel et le départ de l'ambulance, le temps entre l'arrivée dans l'hôpital et le début du traitement, l'admission pendant le week-end ou en semaine. Le lien entre des processus de soins appropriés et une létalité réduite d'IAM a été démontré. Des soins efficaces dans un délai optimal sont essentiels pour la survie du patient et impliquent un usage approprié de la thrombolyse et de la revascularisation.
- Selon la littérature la rétroaction de rapports sur les taux de létalité hospitalière semble avoir une influence positive sur les initiatives d'amélioration pour la prise en charge et le traitement d'IAM.
- La létalité hospitalière après admission pour IAM renseigne sur les résultats et indirectement sur la qualité technique des soins (mise en place d'un traitement thrombolytique et PTCA à l'admission, administration – sauf lorsqu'il existe des contre-indications - d'aspirine, de  $\beta$ -bloquants, éventuellement d'ACE-inhibiteurs et un arrêt du tabagisme).

**Limites :**

- Comparé aux indicateurs de processus, l'indicateur de la létalité hospitalière après admission pour IAM est peu sensible pour la prise en charge de l'IAM. En dehors du traitement reçu (lui-même fonction de l'âge du patient), le pronostic dépend de l'âge et peut-être du sexe du patient, de(s) l'artère(s) obstruée(s), du nombre de vaisseaux atteints, de la variabilité du rythme cardiaque et de la présence d'un choc cardiogénique.
- La distance entre l'endroit où se trouve le patient et l'hôpital, voir des embouteillages éventuels, peuvent avoir un effet négatif.
- Les facteurs de risque pour l'IAM sont également déterminés par le niveau socio-économique du patient et il convient par conséquent d'ajuster pour ces facteurs.
- Dans le Feedback multidimensionnel intégré, la correction se limite à l'âge, le sexe, la co-morbidité et le choc cardiogénique puisque les autres facteurs de risque ne sont pas disponibles pour tous les patients dans le RCM.
- La mortalité à 30 jours peut être significativement différente de la mortalité hospitalière, qui est fonction de la durée de séjour.
- Les différences des taux de létalité pourraient également être attribuées au diagnostic (décès dans le service des urgences avant qu'un diagnostic soit posé) et à des pratiques de codage (codage fautif ou imprécis, sous-codage ou surcodage des diagnostics secondaires). Les diagnostics

secondaires influencent la co-morbidité, qui est une composante de la correction pour le risque.

**Origine des données** : RCM

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, la co-morbidité et le choc car diogénique.

## **Taux de létalité hospitalière après une admission pour fracture de hanche**

**Définition de l'indicateur** : Nombre de décès pour 100 sorties de personnes ayant présenté une fracture de hanche comme diagnostic principal

**Numérateur** : Nombre de décès chez les personnes ayant présenté une fracture de hanche comme diagnostic principal

**Dénominateur** : Ensemble des séjours de personnes ayant présenté une fracture de hanche comme diagnostic principal

**Critères d'exclusion** :

- les hôpitaux avec moins de 80 cas durant la période analysée
- < 18 ans,
- MDC 14 (grossesse, accouchement et puerpérium)
- MDC 15 (nouveau-nés),
- Transfert vers un autre hôpital aigu, hospitalisations de jour chirurgicales et de longue durée,
- Poly traumatismes

**Justification** :

- En Belgique, les décès lors d'une admission avec une fracture de la hanche pour diagnostic principal sont très nombreux.
- De meilleurs processus de soins (chirurgie pratiquée à temps, prophylaxie thromboembolique et antibiotique et mobilisation précoce) peuvent contribuer à réduire la létalité hospitalière.

**Limites** :

- la mortalité dans les 30 jours peut différer légèrement de la létalité hospitalière.
- Il n'est pas tenu compte des facteurs suivants qui peuvent influencer l'issue du séjour : 1) la localisation exacte et déplacement éventuel de la fracture, 2) facteurs cliniques (APACHE) et 3) découverte tardive de la fracture

**Origine des données** : RCM

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, la co-morbidité et le choc car diogénique.

## **Taux de létalité hospitalière après admission pour pneumonie (CAP)**

**Définition de l'indicateur** : Mortalité dans les séjours liés à un diagnostic principal de pneumonie ayant une durée de séjour supérieure à 2 jours.

**Numérateur** : Nombre de décès chez les personnes où la pneumonie constituait le diagnostic principal

**Dénominateur** : Ensemble des séjours de plus de 2 jours, de personnes ayant présenté une pneumonie comme diagnostic principal

**Critères d'exclusion** :

- les hôpitaux avec moins de 80 cas durant la période analysée
- < 18 ans,
- les patients dont les données de sortie sont inconnues (66),
- les patients transférés vers un autre hôpital,
- MDC 14 (grossesse, accouchement et puerpérium),
- MDC 15 (nouveau-nés),
- séjours avec une durée de séjour  $\leq$  2 jours.

**Justification**:

- La létalité hospitalière pour CAP renseigne directement sur les résultats et indirectement sur la qualité technique des soins (RX du thorax, culture des expectorations, hémoculture, administration d'antibiotiques des le résultat des cultures et ce en conformité avec les directives).

**Limites:**

- Les différences inter-hospitalières constatées dans le Feedback multidimensionnel intégré doivent être interprétées avec prudence. L'analyse ne tient pas compte des agents étiologiques (leur disparité en ce qui concerne le risque de mortalité et la résistance au traitement), du type d'hôpital et du profil socio-économique des patients. Bien que dans la littérature suffisamment de critères d'admission cliniques discriminants soient décrits (par exemple les critères CRB65), on constate des divergences dans la politique des hôpitaux et des médecins en matière d'admission. Il faut par conséquent tenir compte de la grande hétérogénéité des patients admis pour pneumonie.
- L'instauration d'une antibiothérapie initiale est un facteur important de pronostic positif. Cette information n'est pas disponible dans le RCM.
- Bien qu'il y ait une bonne corrélation entre la létalité intra-hospitalière et la mortalité à trente jours, il est possible que des divergences dans l'organisation des sorties influencent les taux de létalité.
- Les différences des taux de létalité pourraient être attribuées à des pratiques de codage (codage fautif ou imprécis, sous-codage ou surcodage des diagnostics secondaires) et plus spécifiquement un codage correct des CAP et des pneumonies nosocomiales.

**Origine des données** : RCM

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, la co-morbidité, la durée de séjour et la modalité d'admission.

**Taux de létalité hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu (AVC)**

**Définition de l'indicateur** : Mortalité dans les séjours liés à un diagnostic principal d'AVC.

**Numérateur** : Nombre de décès chez les personnes où l'AVC constituait le diagnostic principal

**Dénominateur** : Ensemble des séjours de personnes avec un AVC comme diagnostic principal

**Critères d'exclusion** :

- les hôpitaux avec moins de 80 cas durant la période analysée
- < 18 ans,
- les patients sans données de sortie,
- les patients transférés vers un autre hôpital,
- MDC 14 (grossesse, accouchement et puerpérium),
- MDC 15 (nouveau-nés)

**Justification:**

- La létalité globale endéans l'année après un AVC est estimée à 50%. L'AVC est un problème de santé important mais pas uniquement en termes de létalité et d'incidence. La plupart des patients qui survivent à un AVC gardent un handicap, avec souvent perte d'autonomie.
- Des soins efficaces fournis dans les meilleurs délais procurent de meilleurs résultats mais exigent que plusieurs facteurs soient utilisés de manière optimale:
  - la population doit être familiarisée avec les signes cliniques précoces d'un AVC; cela dépend de l'éducation et de l'information sanitaires de la population dans son ensemble
  - le délai qui s'écoule entre la reconnaissance des premiers symptômes et l'arrivée à l'hôpital. Plusieurs facteurs jouent un rôle à cet égard: propre transport ou transport en ambulance, distance, densité de circulation, etc.
  - l'hôpital d'admission dispose-t-il d'une unité de soins spécialisés en AVC ou seulement de

procédures de soins élaborés pour la prise en charge de ces patients ?

**Limitations :**

- la durée d'hospitalisation d'un patient victime d'AVC dépend fortement de la gravité de sa pathologie et des équipements disponibles dans l'hôpital d'admission. S'il existe une bonne unité de soins spécialisés en AVC et un programme de réadaptation fonctionnelle bien organisés, la durée d'hospitalisation sera sensiblement plus longue; en d'autres termes la période intra-hospitalière d'un patient variera fortement selon l'hôpital dans lequel le patient reçoit les premiers soins. Dès qu'il sort de l'hôpital ou qu'il est transféré, il ne peut plus être suivi avec les données du RCM.

**Données RCM**

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, transfert « in », la co-morbidité (score de Charlson) et AVC hémorragique

**Taux de létalité hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive (ICC)**

**Définition de l'indicateur :** Nombre de décès pour 100 sorties de personnes ayant été hospitalisées avec un diagnostic principal d'ICC.

**Numérateur :** Nombre de décès chez les personnes où l'ICC constituait le diagnostic principal

**Dénominateur :** Ensemble des séjours de personnes avec un diagnostic principal d'ICC.

**Critères d'exclusion :**

- les hôpitaux avec moins de 80 cas durant la période analysée
- < 18 ans,
- les patients sans données de sortie,
- les patients transférés vers un autre hôpital aigu,
- MDC 14 (grossesse, accouchement et puerpérium),
- MDC 15 (nouveau-nés)

**Justification :**

- L'insuffisance cardiaque congestive (ICC) est une cause d'admission hospitalière assez courante et est responsable d'un taux de mortalité à court terme relativement important. Par sa fréquence, sa gravité en termes de morbidité, l'incapacité de travail, la mortalité, et les coûts socio-économiques, l'ICC constitue un problème de santé prioritaire.
- Certaines procédures de prise en charge et des interventions pharmacologiques appropriées durant le séjour hospitalier permettent directement ou indirectement de réduire la mortalité de l'affection à court terme.

**Limitations :**

- les modèles de risque existants montrent l'importance des co-morbidités et de certains facteurs prédictifs de décès. L'ajustement du risque peut s'avérer important particulièrement dans les cas extrêmes, ce qui peut conduire à classer à tort des hôpitaux comme des «outliers» lorsque l'ajustement est insuffisant.
- Les données médico-administratives du RCM ne contiennent pas d'information sur la fonction ventriculaire gauche du patient, qui est un facteur de pronostic.
- La précision du codage ICD-9-CM pour l'insuffisance cardiaque a fait l'objet de remise en question (sensibilité faible : beaucoup de faux négatifs, et spécificité élevée : peu de faux positifs). L'événement devrait être plus facilement repérable avec l'utilisation de la codification ICD-10.
- La mortalité à 30 jours peut s'avérer légèrement différente de la mortalité hospitalière qui dépend aussi de la durée de séjour.

**Données RCM**

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, transfert « in », la co-morbidité (score de Charlson groupe de 1 à 10 pour



l'analyse de régression logistique)

## Taux d'accouchements par césariennes

**Définition de l'indicateur :** nombre de césariennes pour 100 accouchements

**Numérateur :** nombre de césariennes, identifiées par DRG, ou par code d'intervention ICD-9-CM, avec exclusion du code 74.91 (hystérectomie)

**Dénominateur :** tous les accouchements

**Critères d'exclusion :**

- présentation anormale,
- grossesses multiples,
- mort-nés,
- prématurés,
- poids de naissance <2.500 gr ou > 4.499gr
- les hôpitaux ayant réalisé moins de 80 accouchements au cours de la période

**Justification:**

- les césariennes vont de pair avec une morbidité maternelle supérieure et des dépenses supérieures à celles occasionnées par les accouchements par voie vaginale.
- Un taux bas de césariennes chez les femmes à faible risque d'accouchement par césarienne explique donc une meilleure qualité.

**Limitations:**

- le RCM ne permet pas d'intégrer suffisamment dans la modélisation certains facteurs essentiels comme la multiparité et la nulliparité, le caractère spontané ou induit du travail, la réalisation de la césarienne avant le début du travail, les antécédents obstétricaux de la mère (précédente césarienne), la demande de la femme enceinte et le statut social et administratif.
- D'autres facteurs ou antécédents maternels pouvant être mis en évidence par les diagnostics secondaires ont été ignorés dans le Feedback multidimensionnel intégré en raison de leur enregistrement imparfait: il s'agit de la comorbidité maternelle (hypertension, diabète) ou des incidents gestationnels (toxémie gravidique, hémorragie antepartum, diabète gestationnel).
- Les différences interhospitalières observées dans le Feedback multidimensionnel intégré pourraient aussi être attribuées aux pratiques de codage (encodage fautif ou imprécis).

**Origine des données :** RCM

**Stratification :** correction du risque: groupes d'âge, transfert à partir d'un autre hôpital (transfert « in »).

## Taux de cholécystectomie par voie laparoscopique

**Définition de l'indicateur :** Nombre de cholécystectomie par voie laparoscopique pour 100 cholécystectomies

**Numérateur :** Nombre de cholécystectomies par voie laparoscopique

**Dénominateur :** Tous les séjours avec une cholécystectomie (uniquement les séjours avec cholécystite ou cholélithiase sans complication)

**Critères d'exclusion :**

- les hôpitaux avec moins de 80 cholécystectomies durant la période analysée
- < 18 ans,
- MDC 14 (grossesse, accouchement, puerpéralité)
- MDC 15 (nouveau-nés)

**Justification:**

- Comparée à la cholécystectomie ouverte (laparotomique), la cholécystectomie par voie laparoscopique est caractérisée par une morbidité moins élevée, une durée d'opération plus

courte, une guérison plus rapide, moins de douleurs postopératoires et une durée de séjour plus courte.

- La cholécystectomie par voie laparoscopique peut remplacer la cholécystectomie « classique » par voie laparotomique dans la majorité des cas non-complicés (75%).
- Un taux élevé de cholécystectomie par voie laparoscopique est indicatif de meilleure qualité de soins.
- La cholécystectomie est une intervention fréquente, qui se caractérise par une forte variabilité inter-hospitalière, avec une sous-utilisation éventuelle dans certains hôpitaux et une sur-utilisation dans d'autres.

**Limites:**

- Bien que le taux de recours à la voie laparoscopique varie entre les hôpitaux belges, la majorité des cholécystectomies sont réalisées selon ce procédé. Le taux national brut de cholécystectomies par voie laparoscopique est de 90% entre 2004 et 2007.
- Les résultats peuvent être biaisés par l'existence de différences cliniques, non-identifiables dans les données médico-administratives, et qui conduisent à un ajustement insuffisant du risque.
- Les différences existantes dans les taux peuvent être attribuées à des pratiques de codage (codage imprécis ou fautif, sur- ou sous-utilisation des diagnostics secondaires).

**Données RCM**

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, transfert « in » et la co-morbidité

**Hygiène hospitalière : Taux de septicémies sur cathéter**

**Définition de l'indicateur :** Nombre de cas + incidence des septicémies sur cathéter / 1000 jours-cathéter central (patients USI)

**Numérateur :** Nombre de cas + incidence des septicémies sur cathéter

**Dénominateur :** 1000 jours-cathéter central (patients USI)

**Critères d'exclusion :** /

**Justification:**

- les septicémies sont les infections nosocomiales qui entraînent une prolongation de durée de séjour et une mortalité les plus élevées.
- L'utilisation de dispositifs intra-vasculaires concerne un nombre croissant de patients dans les institutions de soins et ce quel que soit le type de séjour.
- L'utilisation des dispositifs intra-vasculaires donne lieu à l'observation d'infections locales et systémiques. Les cathéters veineux périphériques constituent la troisième cause de bactériémies sur matériel étranger.
- Un programme de prévention permet de réduire la part évitable des risques d'infection associée aux dispositifs intra-vasculaires par la mise en place de recommandations techniques, de la formation du personnel soignant habilité, de l'éducation et de l'évaluation des pratiques du personnel (audit) et de la surveillance des infections associées à ces dispositifs.
- Un taux bas de septicémies sur cathéters est le reflet d'un programme de prévention efficace.
- La prise en compte du nombre de jours-cathéter permet un certain ajustement au risque.

**Limites:**

- Les indicateurs de résultats sont très délicats à utiliser dans le cadre des projets dont l'objectif est le contrôle et le jugement. En effet, ces indicateurs sont dépendants de beaucoup d'autres facteurs que la qualité des soins.
- Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'évaluation rigoureuse de la relation entre la publication de

données de performance et l'amélioration de la qualité des soins mesurée en termes de résultats.

- Protocole d'enregistrement non disponible actuellement au niveau de l'ISP

### **Indicateur composite d'hygiène hospitalière (structure et processus)**

#### **Définition de l'indicateur :**

28 indicateurs de structure et de processus résumés en une valeur composite (Présence d'un plan stratégique en hygiène hospitalière, Nombre de médecins en hygiène hospitalière, nombre d'infirmiers en hygiène hospitalière, Nombre d'heures/contacts de formation en hygiène hospitalière par l'équipe hygiène hospitalière au personnel, Présence d'un système local de surveillance des MRSA,...)

#### **Justification:**

- Les indicateurs de structure et de processus permettent une mesure sans ambiguïté de la qualité. Ils ne dépendent pas du 'case-mix'. Ils sont donc recommandés dans un système de publication d'indicateurs de performance.
- Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales : 28 indicateurs répartis en 3 catégories : organisation, moyens (équipe opérationnelle, formations du personnel,...), actions (prévention-protocoles, surveillance, évaluation-audit)
- Pertinence du score: synthèse d'une information complexe sous une forme simplifiée plus accessible et plus visuelle. Ainsi, plusieurs indicateurs sont rassemblés/condensés en une seule variable.

#### **Limites:**

- Score construit avec des indicateurs dichotomiques (oui/non). Pour inclure les variables quantitatives dans le score, nous avons dû les dichotomiser en utilisant un seuil. Certains indicateurs ont été exclus du score par absence de seuil.
- Les données pouvant avoir potentiellement un impact négatif pour l'hôpital, il est essentiel de disposer d'un contrôle de qualité externe. L'ISP n'a pas de mandat pour assurer ce rôle. Au niveau institutionnel, les compétences relatives au contrôle sont du ressort des communautés et non du fédéral. Il est donc indispensable de collaborer avec les communautés.

### **PSI 3 : Ulcère de décubitus**

#### **Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Séjours avec un code de diagnostic *Decubitus Ulcer* en DS

**Dénominateur :** Tous les séjours qui présentent un APR-DRG chirurgical (P) ou médical (M), chez des patients âgés d'au moins 18 ans

**Critères d'exclusion :** A l'exception des séjours

- dont la durée est inférieure à 5 jours
- du MDC 14 (grossesse et accouchement)
- du MDC 09 (peau, tissu sous-cutané, sein)
- qui proviennent d'un autre hôpital ou d'une MRPA/MRS (lieu avant l'admission)
- qui présentent un code de diagnostic *Decubitus Ulcer* en DP
- qui présentent un code de diagnostic *Hemiplegia, Paraplegia or Quadriplegia* ou *Spina Bifida or Anoxic Brain Damage* en DP ou DS
- pour lesquels une procédure *Debridement or Pedicle Graft* survient avant ou le jour de la première ORP (Operating Room Procedure) du séjour (uniquement pour les séjours chirurgicaux)

### **Justification :**

- L'ulcère de décubitus est une complication de soins fréquente. En considérant la définition de l'indicateur PSI, on estime sa fréquence en hospitalisation classique à 17,00 pour 1.000 séjours entre 2000 et 2007 en Belgique.
- La survenue d'un ulcère de décubitus a un impact négatif sur la santé du patient et engendre de ce fait une augmentation de la durée du séjour. Cette augmentation présente des répercussions en termes financiers.
- Les ulcères de décubitus peuvent être évités par une bonne gestion des soins infirmiers. Ils surviennent généralement dans le cadre de soins de mobilisation du patient inadéquats. Différentes mesures de prévention peuvent être mises en place : diffusion de protocoles intentionnels, mobilisation du patient, recours à des matelas spécifiques, évaluation du risque à l'admission, ...
- La variabilité du taux de PSI entre les hôpitaux belges est modérée. Elle diminue si l'évaluation porte sur des hôpitaux comparables (Aigus/subaigus, Taille, profil)
- L'indicateur concerne aussi bien les hôpitaux aigus que chroniques et subaigus.

### **Limites :**

- L'indicateur fait trop peu la distinction entre les complications survenues au cours du séjour de celles présentes à l'admission. La VPP estimée en Belgique est de 74% et de 68% en ne considérant que les cas survenus en cours d'hospitalisation (Verelst, Jacques et al. 2010). L'introduction du code « présent à l'admission » dans le RHM devrait améliorer ces résultats à partir de 2008.
- La version ICD-9-CM utilisée en Belgique jusqu'en 2008 ne distingue pas les ulcères de décubitus selon leur gravité. L'indicateur cible en bonne partie des ulcères de décubitus légers. Une précision apportée à la classification ICD-9-CM permettra, à partir de 2009, de cibler les complications les plus lourdes.

**Source de données :** RCM

**Stratification :** par type d'hôpital, par catégorie d'âge, par catégorie du nombre de lits, par DRG

## **PSI 12 : Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire (DVT/PE)**

### **Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Séjours avec un code de diagnostic *Pulmonary Embolism* ou *Deep Vein Thrombosis* en DS

**Dénominateur :** Tous les séjours qui présentent un APR-DRG chirurgical (P) et une Operating Room Procedure (ORP), chez des patients âgés d'au moins 18 ans

**Critères d'exclusion :** A l'exception des séjours

- du MDC 14 (grossesse et accouchement)
- en hospitalisation de jour
- qui présentent un code de diagnostic *Pulmonary Embolism* ou *Deep Vein Thrombosis* en DP
- pour lesquels une procédure *Interruption of Vena Cava* est la seule ORP du séjour
- pour lesquels une procédure *Interruption of Vena Cava* survient avant ou le jour de la première ORP du séjour

### **Justification :**

- En considérant la définition de l'indicateur PSI, on estime sa fréquence en hospitalisation classique à 4,84 pour 1.000 séjours entre 2000 et 2007 en Belgique.
- Les symptômes de la DVT/PE postopératoires sont importants. Ces complications induisent des douleurs sérieuses, une détresse respiratoire et parfois même le décès du patient. La survenue de

cette complication entraîne une augmentation de la durée de séjour. Cet événement a des répercussions importantes pour la qualité de vie des patients.

- Cette complication peut être évitée par la mise en place d'une prophylaxie médicamenteuse et mécanique.
- Avec l'introduction d'un financement forfaitaire des médicaments, il est nécessaire de s'intéresser à l'utilisation appropriée des anticoagulants et autres moyens de prévention pharmacologique.
- Les procédures en chirurgie orthopédique et abdominale comptent pour plus de la moitié des cas pour lesquels une DVT survient, illustrant l'importance de la prophylaxie en chirurgie non cardiaque.
- Un peu plus d'un événement sur 10 ne se situe pas au niveau des membres inférieurs, qui sont la cible classique des programmes d'amélioration. Or les moyens de prévention diffèrent pour les membres inférieurs et supérieurs.
- Les variations entre les hôpitaux belges sont modérées et moindres encore au sein d'hôpitaux semblables.
- Améliorations locales possibles

#### **Limitations :**

- En Belgique, la VPP a été estimée à 58,52% et 54,47% en ne tenant compte que des cas survenus en cours d'hospitalisation. L'indicateur fait insuffisamment la distinction entre les cas survenus en cours de séjour de ceux présents à l'admission (Verelst, Jacques et al. 2010). L'introduction du qualificatif « présent à l'admission » dans le RHM devrait améliorer les résultats à partir de 2008.
- Il repère aussi les phlébites superficielles et les antécédents de DVT.
- Les codes ICD-9-CM ne permettent pas de distinguer les DVT survenus dans les membres inférieurs ou supérieurs.
- Le diagnostic clinique est inadéquat, la détection de ce problème est donc fort dépendant des moyens de screening utilisés (ultrasons ou V/Q scan)
- La survenue d'un décès est difficilement attribuable à la complication de soins. Beaucoup de patients concernés présentent des problèmes médicaux sérieux et multiples.
- Cet indicateur est donc à limiter à l'usage local.

**Source de données :** RCM

**Stratification :** par type d'hôpital, par catégorie du nombre de lits, par code de diagnostic

### **PSI 6 Pneumothorax iatrogène**

#### **Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Séjours avec un code de diagnostic *Iatrogenic Pneumothorax* (5121) en DS

**Dénominateur :** Tous les séjours qui présentent un APR-DRG chirurgical (P) ou médical (M), chez des patients âgés d'au moins 18 ans

**Critères d'exclusion :** A l'exception des séjours

- du MDC 14 (grossesse et accouchement)
- en hospitalisation de jour
- qui présentent un code de diagnostic *Iatrogenic Pneumothorax* en DP
- qui présentent un code de diagnostic *Chest Trauma* ou *Pleural Effusion* en DP ou DS
- qui présentent un code de procédure *Diaphragmatic Surgery Repair* ou *Thoracic Surgery* ou *Lung or Pleural Biopsy* ou *Cardiac Surgery*

**Justification :**

- L'indicateur présente une VPP élevée. En effet, il recourt à un code ICD-9-CM précisant le caractère iatrogène de la complication.
- L'indicateur semble peu influencé par les pratiques de codification. Si cet indicateur était utilisé dans un but d'accountability-jugement, les pratiques de codification pourraient cependant changer.
- La variabilité du taux entre hôpitaux belges est modérée et moindre entre hôpitaux de caractéristiques comparables.
- Seulement un peu plus d'un tiers des cas peuvent être attribués à l'insertion d'une voie centrale. D'autres procédures, telles que le placement d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque, une aspiration transthoracique, et une biopsie percutanée du foie peuvent aussi être responsables de pneumothorax iatrogènes.
- Certains facteurs de risque peuvent être attribués au pneumothorax iatrogène (faible BMI, Emphysème, BPCO)

**Limites :**

- Le pneumothorax iatrogène est une complication de soins peu fréquente. En considérant la définition de l'indicateur PSI, on estime sa fréquence en hospitalisation classique à 0,43 pour 1.000 séjours entre 2000 et 2007 en Belgique.
- L'indicateur concerne essentiellement les hôpitaux aigus.
- Si l'indicateur est utilisé dans une perspective de financement, le risque de sous-déclaration du caractère iatrogène est bien présent. Il est donc préférable de limiter son usage à une amélioration locale.

**Source de données :** RCM

**Stratification :** par type d'hôpital, par catégorie d'âge, par catégorie du nombre de lits

**Pourcentage d'arthroscopies thérapeutiques du genou chez les patients de plus de 50 ans****Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Nombre d'arthroscopies réalisées chez les patients de plus de 50 ans

**Arthroscopie :**

[code INAMI in 300252 (A) ou 300263 (H) Arthroscopies diagnostiques : Arthroscopie diagnostique avec ou sans prélèvement biopsique ou 300274 (A) ou 300285 (H) Arthroscopies diagnostiques : Arthroscopie diagnostique avec utilisation d'un palpeur, y compris la biopsie éventuelle, le rinçage et les petites manipulations non incluses dans les autres prestations ou 300311 (A) ou 300322 (H) Arthroscopies thérapeutiques : Traitement de l'ostéochondrite par forage ou traitement d'une lésion cartilagineuse par shaving, perforations ou spongialisations ou 300333 (A) ou 300344 (H) Arthroscopies thérapeutiques : Ménisectomie partielle ou totale]

OU

[code de procédure ICD-9-CM in 80.26 Arthroscopie, genou ou 80.46 Division de capsule articulaire, de ligament ou de cartilage, genou ou 80.6 Excision de cartilage semi-lunaire du genou ou 80.76 'Synovectomie, genou ou 80.86 Excision ou destruction locale de lésion articulaire, autre, genou ou 81.47 Réparation du genou, autre]

**Dénominateur :** Nombre d'arthroscopies réalisées chez les patients de moins de 50 ans

**Critères d'exclusion :** [code de procédure ICD9

79.36 Réduction ouverte de fracture avec fixation interne, tibia et péroné  
ou 81.45 Réparation de ligament croisé, autre]

**Justification :**

- L'arthroscopie du genou est une procédure fréquente dont le recours augmente constamment
- Le taux de recours à l'arthroscopie du genou varie fortement en Belgique selon le lieu de résidence du patient.
- Si l'on considère que l'indication de l'arthroscopie thérapeutique du genou est surtout le traumatisme du sportif avec lésion méniscale, l'intervention chez un patient de plus de 50 ans (généralement arthrosique) ne semble pas être opportune (Richmond, Hunter et al. 2009).
- Le ratio de patients de plus de 50 ans opérés est élevé dans les régions qui présentent un recours important à cette intervention (Jacques, Gillain et al. 2006).
- Responsabilisation de l'institution de soins à répondre aux besoins réels de la population, en évitant un recours inapproprié aux soins de santé

**Limitations :**

- Il n'existe pas de registre standardisé et centralisé des indications de l'arthroscopie du genou
- Le recours à l'arthroscopie du genou est également décrit dans le traitement de l'arthrose. L'utilisation dans le cadre de cette indication manque toutefois de preuves scientifiques dans la littérature (Richmond, Hunter et al. 2009).
- Les besoins de la population ne sont pas connus. Or l'indicateur est influencé par la fréquence des pathologies dans le bassin de soins.
- Ne concerne que les hôpitaux aigus

**Sources de données :** RCM et données INAMI

**Stratification :** Par province, par arrondissement, par type d'hôpital, par catégorie du nombre de lits

**Cancer du sein : taux global de survie à 5 ans, par stade****Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Patients avec cancer du sein pour lesquels un stade est enregistré qui sont en vie 5 ans après le diagnostic

**Dénominateur :** Tous les patients avec cancer du sein pour lesquels un stade est enregistré

**Critères d'exclusion :**

- Patients chez lesquels un stade n'est pas enregistré
- Patients pour lesquels la date du diagnostic n'est pas connue
- Patients qui ne bénéficient pas de la sécurité sociale
- Patients qui n'ont pas leur domicile en Belgique

**Justification :**

- La survie à 5 ans par stade est influençable grâce à un diagnostic et une prise en charge de qualité.
- Le suivi des recommandations de bonnes pratiques est très important ainsi que les délais de prise en charge.
- L'indicateur peut être utile pour une mesure de l'évolution au niveau national

**Limites :**

- Ce taux de survie n'est pas spécifique à la pathologie et est donc influencé par l'âge des patientes et leur co-morbidité.
- Le lien entre la qualité de la prise en charge et la survie à 5 ans n'est pas direct, des facteurs comme la co-morbidité, le statut socio-économique entrent en ligne de compte et ne peuvent pas être toujours appréhendés de manière optimale à partir des bases de données administratives.
- Indicateur qui ne peut être utilisé pour des comparaisons inter-hospitalières dans un but de

jugement-accountability.

**Source de données** : Registre du cancer

**Stratification** : par stade, par âge

### **Cancer du rectum : taux de mortalité à 5 ans**

**Définition de l'indicateur :**

**Numérateur** : Tous les patients avec un cancer du rectum qui survivent après 5 ans par stade

**Dénominateur** : Tous les patients avec un cancer du rectum

**Critères d'exclusion :**

- patients traités à l'étranger
- patients sans numéro de sécurité sociale
- patients sans code postal en Belgique
- patients sans date d'incidence

**Justification :**

- La survie à 5 ans par stade est influençable grâce à un diagnostic et une prise en charge de qualité
- Le suivi des recommandations de bonnes pratiques est très important ainsi que les délais de prise en charge.
- L'indicateur peut être utile pour une mesure de l'évolution au niveau national

**Limites :**

- Ce taux de survie n'est pas spécifique à la pathologie et est donc influencé par l'âge des patientes et leur co-morbidité.
- Le lien entre la qualité de la prise en charge et la survie à 5 ans n'est pas direct, des facteurs comme la co-morbidité, le statut socio-économique entrent en ligne de compte et ne peuvent pas être toujours appréhendés de manière optimale à partir des bases de données administratives.
- Indicateur qui ne peut être utilisé pour des comparaisons inter-hospitalières dans un but de jugement-accountability.

**Source de données** : Registre du cancer

**Stratification** : par stade, par âge

### **Infarctus aigu du myocarde (IAM) : taux de mortalité à 30 jours**

**Définition de l'indicateur** : Nombre de décès dans les 30 jours après l'admission pour 100 patients avec un code ICD-9-CM d'IAM en diagnostic principal

**Numérateur** : nombre de décès à 30 jours avec un code ICD-9-CM d'IAM en diagnostic principal

**Dénominateur** : toutes les admissions avec un code ICD-9-CM d'IAM en diagnostic principal

**Critères d'exclusion :**

- âge < 18 ans,

**Justification:**

- l'IAM est une cause très importante de mortalité.
- Il existe des directives internationales de bonnes pratiques (« *guidelines* ») pour les différentes phases de la prise en charge de l'IAM dont la mise en œuvre résulte en une diminution de la mortalité.
- Certains éléments organisationnels contribuent à une prise en charge efficace comme le temps entre l'appel et le départ de l'ambulance, le temps entre l'arrivée dans l'hôpital et le début du traitement, l'admission pendant le week-end ou en semaine.
- Le lien entre des processus de soins appropriés et une létalité réduite d'IAM a été démontré. Des soins efficaces dans un délai optimal sont essentiels pour la survie du patient et impliquent un usage approprié de la thrombolyse et de la revascularisation. Selon la littérature la rétroaction de



rapports sur les taux de létalité hospitalière semble avoir une influence positive sur les initiatives d'amélioration pour la prise en charge et le traitement d'IAM.

- La létalité hospitalière après admission pour IAM renseigne sur les résultats et indirectement sur la qualité technique des soins (mise en place d'un traitement thrombolytique et PTCA à l'admission, administration – sauf lorsqu'il existe des contre-indications - d'aspirine, de  $\beta$ -bloquants, éventuellement d'ACE-inhibiteurs et un arrêt du tabagisme).
- Une minorité des patients avec IAM décèdent à l'hôpital. La majorité des décès a lieu en dehors de l'hôpital. 5.2% des patients décèdent le premier jour d'admission, 15.5% décèdent durant le mois suivant l'admission ou le mois suivant (mortalité à court terme), 22.1% décèdent au cours de la première année et enfin 26.1% au cours de la deuxième année.
- Aucune variation au niveau de la mortalité n'a pu être décelée entre programmes de soins (Van Brabandt, Camberlin et al. 2005).

**Limites :**

- Comparé aux indicateurs de processus, l'indicateur de la létalité hospitalière après admission pour IAM est peu sensible pour la prise en charge de l'IAM. En dehors du traitement reçu (lui-même fonction de l'âge du patient), le pronostic dépend de l'âge et peut-être du sexe du patient, de(s) l'artère(s) obstruée(s), du nombre de vaisseaux atteints, de la variabilité du rythme cardiaque et de la présence d'un choc cardiogénique. La distance entre l'endroit où se trouve le patient et l'hôpital, voir des embouteillages éventuels, peuvent avoir un effet négatif.

**Origine des données** : RCM + données du Registre national

**Ajustement** pour l'âge, le sexe, la co-morbidité et le choc cardiogénique.

Tableau 21 Fiches descriptives des indicateurs non cliniques

## Degré de spécialisation des infirmiers

**Définition:** Cet indicateur compare les infirmières graduées spécialisées à l'ensemble des infirmières graduées et brevetées.

**Justification :**

- Cet indicateur devrait permettre de faire ressortir l'importance de points forts (les spécialités) de l'hôpital et le poids de ceux-ci par comparaison à la situation des autres institutions.
- Ce taux est un indicateur destiné à permettre, en termes de qualité des soins, de faire ressortir le niveau de spécialisation des prestations de l'hôpital.

**Limites:**

- prudence dans l'interprétation de cet indicateur :
  - la valeur de cet indicateur dépend de la précision de la collecte des données de grade et de fonction dans le tableau 13 de FINHOSTA.
  - Le niveau de précision des données transmises par l'hôpital dépend du niveau de détail géré par le département «Ressources humaines» de l'institution et du codage de ces catégories professionnelles. D'autre part, il faut tenir compte dans l'interprétation de la spécificité de l'institution de par ses activités de soins, de par son statut d'asbl privée ou d'établissement du secteur public ou encore en fonction de sa taille.

**Données :** Finhosta

## Turnover par catégorie de personnel

**Définition:** proportion de personnel ayant quitté son emploi au cours de l'année étudiée. Tout départ est comptabilisé, pour cause de démission, retraite, licenciement ou fin de contrat à durée limitée.

**Justification :**

- L'attraction et la rétention du personnel infirmier est une problématique importante pour les hôpitaux belges. Cette problématique est suscitée, entre autres, par des difficultés de recrutement de personnel qualifié.
- Nombreux effets négatifs d'un turnover important sur:
  - la qualité des soins: moindre continuité des soins, pertes d'habiletés et de connaissances propres à l'institution
  - le moral des personnes «restantes»: cohésion du groupe affecté, stress accru causé par la nécessité de s'adapter constamment aux nouveaux venus et par la charge de travail plus importante pendant la période de transition et pendant la période de formation du nouveau engagé
  - les coûts: productivité réduite des employés avant leur départ, impact sur la productivité de leurs collègues, productivité basse du nouveau venu en période d'adaptation.
- Le coût du turnover est plus important en période de pénurie de personnel car les postes restent vacants plus longtemps et le coût de recrutement est plus élevé.
- Le turnover peut permettre une meilleure adéquation de la personne à la tâche, permet plus de flexibilité, peut susciter de nouvelles idées dans l'organisation etc.
- L'expérience américaine des «magnet hospitals» indique que les hôpitaux peuvent agir sur leur taux de turnover.

**Limites:**

- Les hôpitaux devraient être comparés au sein d'aires géographiques restreintes pour neutraliser des différences dans l'offre et la demande de personnel.

- Il s'agit d'un indicateur global qui donne une bonne image de la situation du personnel dans un hôpital.
- Le résultat peut être influencé par une fusion ou restructuration.
- Un accroissement ou une diminution du nombre de lits pourraient expliquer certains résultats tout comme des mouvements importants pour un type de fonction particulier.
- Idéalement, les contrats à durée limitée et les départs à la retraite devraient être exclus.
- La fiabilité des données du bilan social n'a pas encore été évaluée.

**Données :** Bilan social

**Ajustement :** Par catégorie de personnel

## Vacances de postes infirmiers

**Définition:** Nombre (ETP) de postes d'infirmiers vacants / nombre (ETP) d'infirmiers présents dans l'institution\*100 (situation au 31 décembre).

**Justification :**

- Depuis quelques années, suite à la pénurie d'infirmiers, une des préoccupations des pouvoirs politiques est de disposer de personnel qualifié en nombre suffisant.
- Les institutions ont beaucoup de difficultés à attirer, recruter et stabiliser le personnel en place afin de combler les postes vacants.
- Cet indicateur permet de visualiser pour 100 ETP infirmiers présents dans l'institution au 31 décembre, le nombre de postes vacants (en ETP) à cette même date. Par poste vacant, on entend le nombre de postes pour lesquels une annonce a été faite en interne et/ou en externe.

**Limites:**

- L'interprétation des chiffres et la comparaison inter-hospitalière doit se faire avec prudence : la motivation est variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données ; les données ne sont pas vérifiées sur le terrain par le SPF-SPSCAE.

**Données :** Statistiques hospitalières annuelles

## Acid test

**Définition:**

- formule:

$$\frac{\text{Créances pour prestations } \leq 1 \text{ an} - \text{montants de rattrapage (positifs)} + \text{autres créances} + \text{placements de trésorerie et valeurs disponibles}}{\text{Dettes à un an au plus} - \text{montants de rattrapage (négatifs)}}$$

- numérateur: créances pour prestations  $\leq 1$  an – montants de rattrapage (positifs) + autres créances + placements de trésorerie et valeurs disponibles  
= C40 – C403 + C41 + C5
- dénominateur: dettes à un an au plus – montants de rattrapage (négatifs)  
= C42 à C48 – C443

**Justification :**

- L'acid test est utilisé pour s'assurer de la capacité des hôpitaux à faire face à leurs obligations à court terme et ainsi de constituer une garantie de paiement pour les créanciers des hôpitaux (employés, fournisseurs, banques).
- Les hôpitaux sont motivés à assurer une gestion active des comptes clients (contentieux efficaces), des comptes fournisseurs (remboursements dans des délais optimaux), et de trésorerie (placement de liquidités non utilisées). Il exprime la couverture des dettes à court terme par les

rubriques les plus liquides des actifs circulants.

- Il reflète la qualité de la gestion financière qui doit rechercher une adéquation entre les termes d'obtention et d'utilisation des fonds. Il est d'autant plus élevé que le délai de paiement des créances est court et le délai de paiement des dettes est élevé. L'hôpital a un impact direct sur ces composantes. Un taux supérieur à 1 est préférable.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

### Couverture financière

**Définition:** le cash flow, dans ce ratio, est comparé aux dettes à long terme échéant dans l'année.

**Justification :**

- Ce ratio constitue une approche du flux des liquidités et donne par conséquent une indication sur la capacité d'autofinancement d'un établissement.
- Comparer le cash flow aux dettes à long terme, échéant dans l'année, donne une indication sur la capacité de l'institution à assurer le paiement de ses dettes par autofinancement.
- Le cash flow, moyens disponibles avant affectation soit essentiellement l'amortissement charge non décaissée et le résultat de l'exercice, correspond à la capacité d'autofinancement de l'institution. Le cash flow étendu affine ce concept. Cette capacité, outre la rémunération du capital lorsque qu'il s'agit d'une société commerciale, sert à financer l'investissement d'un côté et à assurer le paiement des dettes à long terme de l'autre.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

### Rentabilité 1 : Marge nette

**Définition :** Résultat d'exploitation / chiffre d'affaires. Cette indicateur est également appelé marge nette.

**Justification :**

- Chiffre le niveau de rentabilité de l'exploitation. Il permet à l'hôpital de positionner sa performance au niveau de sa branche d'activité.
- Ratio essentiellement significatif dans les comparaisons entre établissements d'un même groupe ainsi que par son évolution dans le temps.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

### Rentabilité 1bis

**Définition:** résultat d'exploitation / produits d'exploitation.

**Justification :**

- Chiffrer le niveau de rentabilité de l'exploitation. Il permet à l'hôpital de positionner sa performance au niveau de sa branche d'activité.
- Ce ratio est le plus courant toutes branches d'activité confondues.
- Ratio essentiellement significatif dans les comparaisons entre établissements d'un même groupe

ainsi que par son évolution dans le temps.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

## Rentabilité 2

**Définition:** résultat courant / chiffre d'affaires.

**Justification :**

- Chiffrer le niveau de rentabilité de son résultat courant. Il permet à l'hôpital de positionner sa performance au niveau de sa branche d'activité.
- Ratio essentiellement significatif dans les comparaisons entre établissements d'un même groupe ainsi que par son évolution dans le temps.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

## Rentabilité 2bis

**Définition:** résultat courant / produits d'exploitation.

**Justification :**

- Chiffrer le niveau de rentabilité de son résultat courant
- Il inclut les charges des produits financiers au numérateur.
- Il permet à l'hôpital de positionner sa performance au niveau de sa branche d'activité.
- Ratio essentiellement significatif dans les comparaisons entre établissements d'un même groupe ainsi que par son évolution dans le temps.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

## Taux d'indépendance financière

**Définition:** (capitaux propres / total passif) \* 100.

**Justification :**

- Ce taux exprime en pourcentage la part des moyens propres par rapport au total du passif
- Cet indicateur est un des «fondamentaux» lorsqu'il s'agit de préciser la solidité financière d'une institution. Il précise le degré d'autonomie dont l'hôpital dispose vis à vis de tiers et la capacité à investir sans faire appel à des moyens financiers extérieurs. Ce taux permet au secteur bancaire de déterminer dans quelle mesure et à quel taux l'hôpital aura accès à de nouveaux prêts pour investissements.
- L'hôpital peut clairement agir sur la structure de sa dette et la structure de son compte de résultats.
- Ce taux exprime en % la part des moyens propres par rapport au total des moyens c'est-à-dire le total du passif. L'établissement est en très bonne position si ce taux est supérieur à 50%; par contre, il est en mauvaise situation si ce taux est inférieur à 10%. Si ce taux se situe entre 10% et 50%, il convient de suivre son évolution. Si, par contre, ce taux est négatif, il y a lieu de prendre

des mesures de redressement.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

### **Niveau de Cash flow**

**Définition:** le cash flow , dans ce ratio, est comparé au total du passif.

**Justification :**

- Cet indicateur donne une bonne image de la santé économique et financière récente de l'hôpital
- Il donne une bonne indication de la capacité d'autofinancement de ses activités.
- L'hôpital peut agir sur la structure de son compte de résultats.
- Plus élevé est le ratio, meilleure est la situation.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.

**Données** Finhosta

### **Ratio de continuité**

**Définition :** Cet indicateur compare la valeur brute des investissements par rapport à l'amortissement des 3 dernières années. Il précise l'effort réalisé par l'hôpital pour le maintien et l'amélioration de son outil de travail.

L'indicateur est calculé, d'une part, pour le matériel médical et, d'autre part, pour le matériel non médical et mobilier.

**Justification :**

- Une valeur inférieure à 1 reflète un désinvestissement par rapport aux années précédentes.
- Un désinvestissement récurrent sur plusieurs années peut supposer des difficultés financières importantes et peut hypothéquer l'avenir à long terme de l'hôpital.
- L'hôpital étant comparé à lui-même au cours des années précédentes, les effets liés au niveau d'activité sont neutralisés.

**Limitations :**

- Investissement par le passé, valeur comptable qui ne reflète pas toujours la valeur réelle, le ratio fourni ne reflète en rien l'opportunité des investissements, ni les plus values qualitatives éventuelles.

**Données** Finhosta

#### **Ratio de continuité: matériel médical**

**Définition:** valeur brute des investissements des 3 dernières années en matériel médical /Amortissements des 3 dernières années

#### **Ration de continuité: matériel non médical**

**Définition:** valeur brute des investissements des 3 dernières années en matériel non médical /Amortissements des 3 dernières années

**Limites:**

- En ce qui concerne le matériel non médical, cette catégorie recouvrant des catégories

de biens peu homogènes, il est difficile de préjuger de l'effort qui est fourni ou non. Il existe en effet une différence entre le fait d'investir massivement par exemple dans du matériel favorisant le confort du patient et/ou du personnel mais à durée de vie supposée être supérieure à 3 ans (lit et literie, armoires pour l'économat, chaises pour les infirmières, ...) ou du matériel courant ayant une durée de vie inférieure à 3 ans (matériel informatique).

### **Performance en durée de séjour 1**

**Définition:** journées justifiées / journées facturées pour tous les séjours.

**Justification :**

- Cet indicateur permet d'appréhender la performance de l'hôpital en termes de durée de séjour financée par l'activité justifiée.
- Le ratio porte sur tous les séjours, aussi bien les séjours liés à la durée de séjour moyenne nationale que les séjours liés à une règle de financement exceptionnelle.

**Limitations :**

- L'indicateur devrait être calculé sur le nombre de lits justifiés/nombre de lits agréés afin de tenir compte de l'évolution de l'activité de l'hôpital.

**Données RCM**

### **Performance en durée de séjour 2**

**Définition:** journées justifiées / journées facturées pour les séjours dit "normaux"

**Justification :**

- Cet indicateur permet d'appréhender la performance de l'hôpital en termes de durée de séjour financée par l'activité justifiée. Ce ratio tient compte uniquement des séjours liés à la durée de séjour moyenne nationale. Les séjours financés par la durée de séjour corrigée sont exclus du ratio.
- En comparant ce ratio «Performance en durée de séjour 2» au ratio 1 «Performance en durée de séjour 1» l'hôpital peut définir l'impact sur sa performance en durée de séjour des séjours qui ne sont pas liés à la durée de séjour moyenne.

**Données RCM**

### **Coût moyen informatique**

**Définition:** coût informatique X 100/Total des coûts de l'hôpital

**Justification :**

- Cet indicateur permet d'estimer l'investissement en matériel informatique que réalise l'institution par rapport à l'ensemble de ses coûts.

**Limites:**

- La taille de l'institution, sa spécialisation, son statut et la structure de son capital doivent être pris en compte dans toute comparaison entre institutions.
- Le résultat doit être interprété en tenant compte du fait que le service d'informatique de l'institution œuvre pour sa seule activité hospitalière ou aussi pour un ensemble de prestataires autres.
- Indicateur obsolète avec l'informatisation des dossiers médicaux
- D'autres initiatives sont en cours au sein du CNEH qui pourrait donner un indicateur plus pertinent (Projet BCD)

## **Données** Finhosta

### **Itinéraires cliniques**

**Définition:** estimation du pourcentage de patients éligibles admis au cours de l'année ayant suivi l'itinéraire clinique pour les pathologies/interventions suivantes:

- accident vasculaire cérébral (AVC)
- prothèse totale de genou (proth\_genou)
- prothèse totale de hanche (proth\_hanche)
- diabète (diabète)
- prostatectomie transurétrale (prostatect)
- cancer du sein (ca\_sein)
- hernie inguinale (hernie)
- autres

#### **Justification :**

- Le fait d'avoir mis en place des itinéraires cliniques pour certaines pathologies et/ou interventions reflète la volonté de l'institution à utiliser des processus innovants dans le but d'améliorer la qualité des soins.
- Cet indicateur permet d'estimer dans le cas où l'institution soigne ce type de pathologie ou pratique ce type d'intervention, s'il a mis en place des itinéraires cliniques et si oui, à quel % de patients éligibles l'itinéraire clinique a pu être appliqué.

#### **Limites:**

- La motivation à enregistrer ce type de données est variable selon les institutions
- Les données ne sont pas vérifiées sur le terrain par le SPF-SPSCAE.

## **Données** Statistiques hospitalières annuelles

### **Taux d'occupation de l'appareillage médical (RMN, ctscan, petsan)**

#### **Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Nombre d'examens en imagerie médicale (angiographies, mammographies, CT-Scan, RMN, Gamma caméra)

**Dénominateur :** Nombre d'appareils médicaux (angiographes, mammographes, CT-Scan, RMN, Gamma caméra)

**Critères d'exclusion :** /

#### **Justification :**

- Rendement des investissements des appareillages médicaux
- Illustre la répartition de l'offre en appareillage médico-technique en Belgique

#### **Limitations :**

- Si cet indicateur est utilisé comme le reflet indirect de la performance des investissements, il pourrait pousser à une surconsommation dans un contexte de nomenclature à l'acte.
- Les données de l'enquête Statistiques Hospitalières ne sont pas validées. Certains hôpitaux rapportent par exemple un nombre d'examens réalisés alors qu'ils mentionnent ne pas disposer d'appareils leur permettant de les prêter.
- L'enquête Statistiques Hospitalières ne définit pas de manière univoque le nombre d'examens en imagerie médicale. Il est préférable que celui-ci soit issu des profils INAMI.
- Le nombre d'appareils médicaux peut être légèrement surestimé. Certaines machines peuvent être déclarées alors qu'elles sont obsolètes, peu actives (réservées à un type d'examens) ou encore non utilisées.



- Dépend pour certains indicateurs de la programmation en imagerie médicale (RMN)
- Dans la mesure où aucun ajustement au risque n'est appliqué, l'indicateur n'illustre que la production d'actes médicaux.

**Source de données** : Enquête Statistiques Hospitalières et Profils INAMI

**Stratification** : par type d'appareillage, par type d'hôpital, par type de contact (Ambulatoire/Hospitalisé)

### Ratio RMN/Scanner en volume (nbre d'actes)

#### **Définition de l'indicateur :**

**Numérateur** : Nombre d'exams réalisés en Résonance Magnétique Nucléaire

**Dénominateur** : Nombre d'exams CT-Scan réalisés

**Critères d'exclusion** : /

#### **Justification :**

- Le scanner à Résonance Magnétique qui n'utilise pas de rayons X, est à préférer au CT-Scanner pour des raisons de sécurité lorsque c'est médicalement pertinent.
- Les appareils à RMN sont relativement sous-utilisés en Belgique (Obyn, Cleemput et al. 2009) alors que les CT-Scan sont vraisemblablement sur-utilisés.

#### **Limitations :**

- Si cet indicateur est utilisé comme le reflet indirect de la performance des investissements, il pourrait pousser à une surconsommation dans un contexte de nomenclature à l'acte.
- Dans la mesure où aucun ajustement au risque n'est appliqué, l'indicateur n'illustre que la production d'actes médicaux.
- Dans la mesure où l'opportunité des indications de l'acte ne peut pas être estimée, l'indicateur n'illustre que la production d'actes médicaux.

**Source de données** : Profils INAMI

**Stratification** : par type d'hôpital, par type de contact (Ambulatoire/Hospitalisé)

### Intérêt pour la mesure de la satisfaction du patient

**Définition:** 3 paramètres sont présentés: le pourcentage de questionnaires distribués, le taux de réponse et le nombre de domaines repris dans le questionnaire de satisfaction.

#### **Justification :**

- L'évaluation de la satisfaction du patient permet de suivre de façon régulière la satisfaction des patients, d'améliorer la qualité des services offerts et d'évaluer les différentes initiatives prises.
- Cet indicateur visualise la distribution du questionnaire de satisfaction et l'intérêt qu'a l'hôpital à interroger sur différents aspects liés aux soins.

#### **Limites:**

- Motivation variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données
- Les données ne sont pas vérifiées sur le terrain par le SPF-SPSCAE.

**Données** Statistiques hospitalières annuelles

### Information du patient

**Définition:** Nombre de thèmes différents repris dans les brochures explicatives pour les patients.

#### **Justification :**

- En raison notamment de l'évolution de la législation, des pratiques médicales et des relations médecin-patient, le patient est de plus en plus impliqué dans le parcours de soins: savoir où chercher les soins, décider du meilleur traitement en accord avec les professionnels de santé et

suivre le traitement prévu...

- L'indicateur visualise le nombre de domaines couverts par des brochures éditées à l'attention des patients.

**Limites:**

- Motivation variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données
- Les données ne sont pas vérifiées sur le terrain par le SPF-SPSCAE.

**Données** Statistiques hospitalières annuelles

## Possibilité de scolarité à l'hôpital

**Définition:** Nombre d'enseignants disponibles (ETP) / nombre de lits agréés en pédiatrie. Cet indicateur ne concerne que les institutions qui ont un service de pédiatrie.

**Justification :**

- Selon la Communauté Française, l'enfant a le droit de poursuivre sa formation scolaire pendant la durée de son hospitalisation en profitant du personnel enseignant et du matériel didactique mis à sa disposition par les autorités scolaires, en particulier dans le cas d'une hospitalisation prolongée, à la condition que cette activité ne nuise pas aux traitements en cours. L'enfant a également le droit de pouvoir profiter d'un enseignement en cas d'hospitalisation partielle (hospitalisation de jour), de soins ou convalescence à domicile».

Cet indicateur visualise le nombre d'ETP enseignants disponibles par nombre de lits en pédiatrie.

**Limites:**

- Le nombre d'ETP enseignants est imposé par les Communautés/Régions
- Motivation variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données
- Les données ne sont pas vérifiées sur le terrain par le SPF-SPSCAE.

**Données** Statistiques hospitalières annuelles

## Médiation

**Définition:** nombre de plaintes déposées auprès de la fonction de médiation par rapport au nombre d'admissions au cours de l'année.

**Justification :**

- Depuis 2002, chaque hôpital dispose d'une fonction de médiation propre ou d'une fonction de médiation commune avec d'autres hôpitaux.
- Cette fonction a entre autre comme missions : la prévention des questions et des plaintes, la médiation concernant des plaintes en vue de trouver une solution, l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution.
- Lorsqu'un patient estime que l'un de ses droits en tant que patient est bafoué, il peut introduire une plainte auprès d'un service de médiation.

**Limites:**

- Motivation variable d'une institution à l'autre à enregistrer ce type de données
- Les données ne sont pas vérifiées sur le terrain par le SPF-SPSCAE.

**Données** Statistiques hospitalières annuelles

## Taux de satisfaction du patient hospitalisé

**Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Score global de satisfaction du patient

**Dénominateur :** /

**Critères d'exclusion :** /

**Justification :**

- Reflète la satisfaction du patient
- Reflète dans une certaine mesure l'organisation, la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital

**Limitations :**

- Le recueil de la satisfaction des patients hospitalisés n'est pas systématique par toutes les entités fédérées ou fédérale.
- Les enquêtes de satisfaction des patients hospitalisés ne sont pas standardisées
- Le score obtenu est influencé par le taux de réponses obtenues. Celui-ci varie entre les hôpitaux. Il dépend, entre autres, de la méthodologie mise en place au sein de l'institution
- Donnée obtenue sur auto-déclaration des patients
- Les données sont non vérifiables

**Source de données :** Hôpital

**Stratification :** /

**Pourcentage de patients hospitalisés par les urgences et référés par un médecin généraliste**

**Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Nombre de séjours hospitaliers classiques de patients admis par les urgences et référés par un médecin généraliste \* 100

**Dénominateur :** Nombre total de séjours hospitaliers classiques de patients admis par les urgences

**Critères d'exclusion :** /

**Justification :**

- Notoriété du service des urgences de l'institution perçue par les prestataires de première ligne.

**Limitations :**

- Dépend de l'accessibilité aux soins et de l'organisation de la médecine générale dans la région de résidence du patient.
- Ne concerne que les hôpitaux aigus disposant d'un service de soins d'urgence.
- Influencé par l'organisation de l'aide médicale urgente locale.
- Influencé par les mesures d'adressage par le médecin généraliste imposées en juillet 2007.
- L'hôpital a peu d'influence sur le résultat

**Source de données :** RHM Urgences

**Stratification :** par province, par type d'hôpital, par catégorie du nombre de lits.

**Poids de déchets générés par lit justifié**

**Définition de l'indicateur :**

**Numérateur :** Total des déchets de classe A+B1+B2 (Enquête Statistiques Hospitalières Annuelles)

**Dénominateur :** Nombre de lits justifiés (Budget des Moyens Financiers)

**Critères d'exclusion :** /

**Justification :**

- Enjeu majeur dans une politique de développement durable responsable. Il est important de limiter au maximum la production de déchets dans notre société.
- Responsabilisation de l'institution de soins quant à l'impact de son activité sur l'environnement.
- Responsabilisation de l'institution quant à la bonne gestion des déchets hospitaliers.

- Les lits justifiés considèrent les pathologies prises en charge. En rapportant ce nombre au dénominateur, l'indicateur tient compte des pathologies dans l'institution (standardisation)

**Limitations** :

- La législation des déchets n'est pas harmonisée entre la Flandre, Bruxelles-Capitale et la Wallonie. Ces différentes législations qualifient différemment les types de déchets.

**Source de données** : Enquête Statistiques Hospitalières Annuelles et Budget des Moyens Financiers

**Stratification** : selon le type de déchets (A, B1, B2), type d'hôpital, catégorie du nombre de lits, présence d'un incinérateur

## Bibliographie

- "European Union Network for Patient Safety. 2011  
<http://90plan.ovh.net/~extranetn/>."
- . "Healthgrades patient safety methodology." Retrieved 30/08/2011, from  
<http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/PatientSafetyMethodology.pdf>.
- . "National Quality Forum. NQF endorsed standards." Retrieved 30/08/2011, from  
[http://qualityforum.org/Measures\\_List.aspx](http://qualityforum.org/Measures_List.aspx).
- Abbott, T., S. M. White, et al. (2011). "Factors affecting the profitability of surgical procedures under 'Payment by Results'." *Anaesthesia* 66(4): 283-292.
- Adair, C. and al (2003). Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. A State of the Science Review. Report submitted to the Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Aelvoet, W., N. Terryn, et al. (2010). "Do inter-hospital comparisons of in-hospital, acute myocardial infarction case-fatality rates serve the purpose of fostering quality improvement? An evaluative study." *BMC Health Serv Res* 10: 334.
- Aelvoet, W., F. Windey, et al. (2008). "Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low-risk deliveries using administrative data: an initiative to improve the quality of care." *BMC Health Serv Res* 8: 3.
- Aelvoet, W. H., N. Terryn, et al. (2009). "Miscoding: a threat to the hospital care system. How to detect it?" *Rev Epidemiol Sante Publique* 57(3): 169-177.
- Agency for Healthcare Research and Quality Quality Indicators - Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1 (March 12, 2007). Rockville, MD: AHRQ 2003.  
[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi\\_download.htm](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm) (18 november 2010, last accessed).
- Annemans, L. (2007). Gezondheidseconomie voor niet-economen. Academia Press: Gent.
- Arah, O. A., G. P. Westert, et al. (2006). "A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project." *Int J Qual Health Care* 18 Suppl 1: 5-13.
- Arnetz, B. B. (1999). "Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care." *Int J Qual Health Care* 11(4): 345-351.
- Australian Council on Health Care Standards. ACHS (2005). Performance and Outcomes services.  
[www.ahcs.org.au](http://www.ahcs.org.au).
- Barnsley, J., L. Lemieux-Charles, et al. (1996). "Selecting clinical outcome indicators for monitoring quality of care." *Healthc Manage Forum* 9(1): 5-21.
- Boland, T. and A. Fowler (2000). "A Systems Perspective of Performance Management in Public Sector Organisations." *Int J Public Sector Manag* 13: 417-446.
- Booth, J. L. and B. T. Collopy (1997). "A national clinical indicator database: issues of reliability and validity." *Aust Health Rev* 20(4): 84-95.
- Borgermans, L. and al (2010). "Kwaliteit en Patiëntveiligheid in Belgische Ziekenhuizen Annoo 2009. Rapportage over het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2008-2009'. FOD VVVL. 150p."
- Bouckaert, G. and T. Auwers (1999). "Prestaties meten in de overheid. Overheidsmanagement. Brugge: Die Keure."
- Campbell, S. M., J. Braspenning, et al. (2002). "Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care." *Qual Saf Health Care* 11(4): 358-364.
- Campbell, S. M., M. O. Roland, et al. (2000). "Defining quality of care." *Soc Sci Med* 51(11): 1611-1625.
- Canadian Institute for Health Information (1999). National Consensus Conference on Population Health Indicators. Final Report. Ottawa: CIHI.
- Cannoodt, L. and al (2005). De toekomstige behoefte aan acute ziekenhuisvoorzieningen in België. Niet gepubliceerd onderzoek uitgevoerd in opdracht van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid R. Demotte en in samenwerking met de Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.  
[www.absym.be/rapport-hopitaux-synthese-30-3-06.pdf](http://www.absym.be/rapport-hopitaux-synthese-30-3-06.pdf).

- Cevasco, M., A. M. Borzecki, et al. (2011). "Positive predictive value of the AHRQ Patient Safety Indicator "Postoperative Sepsis": implications for practice and policy." J Am Coll Surg 212(6): 954-961.
- Chaudhry, B., J. Wang, et al. (2006). "Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care." Ann Intern Med 144(10): 742-752.
- Collopy, B. T. (2000). "Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care." Int J Qual Health Care 12(3): 211-216.
- Colsen, P. and A. Casparie (1995). "Indicatorregistratie: Een Model ten Behoeve van Integrale Kwaliteitszorg in een Ziekenhuis." Medisch Contact 50: 297-299.
- D'Ancona, F., C. Rizzo, et al. "Automatic Microbiological Laboratory-Based Surveillance : The Micronet Project."
- Danvers, K. and P. Nikolov (2010). "Does outsourcing affect hospital profitability?" J Health Care Finance 37(1): 13-29.
- de Walcqque, C., B. Seuntjens, et al. (2008). "Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise du soins de santé (KCE); KCE reports 70B, D/2008/10.273/02."
- Desmidt, S. and A. Heene (2006). "Strategie en Organisatie van Publieke Organisaties. Lannoo: Tielt."
- Dexia bank (2006). "Maha-analyse: De ziekenhuissector onder de scanner. 6p."
- Donabedian, A. (1966). "Evaluating the Quality of Medical Care." The Milbank Quarterly 44: 166-203.
- Donabedian, A. (1978). "The quality of medical care." Science 200(4344): 856-864.
- Donabedian, A. (1980). "Explorations in quality assessment and monitoring (vol. 1): the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, Ann Arbor: Health Administration Press."
- Drösler, S., P. S. Romano, et al. (2009). Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009. OECD HEALTH WORKING PAPERS No. 47.
- Drösler, S. E., N. S. Klazinga, et al. (2009). "Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries." Int J Qual Health Care 21(4): 272-278.
- Drosler, S. E., P. S. Romano, et al. (2011). "International Comparability of Patient Safety Indicators in 15 OECD Member Countries: A Methodological Approach of Adjustment by Secondary Diagnoses." Health Serv Res.
- Dumon, V. and T. Balthazar (2010). "Ombudsfunctie in ziekenhuizen en hun mogelijke rol bij de behandeling van klachten over schade na professionele fouten. Een rechtsvergelijkende studie. Niet gepubliceerde masterthesis. Universiteit Gent."
- Gagliardi, A. R., C. Majewski, et al. (2010). "Quality improvement capacity: a survey of hospital quality managers." Qual Saf Health Care 19(1): 27-30.
- Gallagher, B., L. Cen, et al. (2005). Validation of AHRQ's patient safety indicator for accidental puncture or laceration.  
Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20515/>.
- Ganju, V. (2006). "Mental Health Quality and Accountability: The Role of Evidence-Based Practices and Performance Measurement." Adm Policy Ment Health 33: 659-665.
- Geraedts, M., H. K. Selbmann, et al. (2003). "Critical appraisal of clinical performance measures in Germany." Int J Qual Health Care 15(1): 79-85.
- Goddard, M. and R. Jacobs (2008). Using Composite Indicators to Measure Performance in Health Care. In: Smith P, et al. editors. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects: World Health Organization.
- Grenier-Sennelier, C. and al. (2005). "Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH », Revue d'épidémiologie et de santé publique, n°53, 1822-1830."
- Groene, O., N. Klazinga, et al. (2008). "The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals." Int J Qual Health Care 20(3): 155-161.
- Grol, R. (1995). "Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap."
- Grol, R. and J. Grimshaw (2003). "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care." Lancet 362(9391): 1225-1230.

- Grouwels, D. and al. (2008). "Dokteren met kwaliteit. Standaard Uitgeverij: Antwerpen."
- Haines, A. and S. Rogers (2001). "Integrating research evidence into practice. In: Silagy C, Haines A, eds. Evidence-based practice in primary care, 2nd edn. London: BMJ books."
- Hassmiller, S. B. and M. Cozine (2006). "Addressing the nurse shortage to improve the quality of patient care." *Health Aff (Millwood)* 25(1): 268-274.
- Haute Autorité de la Santé (2009). "Manuel de certification des établissements de santé. Version 2010  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf)."
- Haute Autorité de Santé (2010). "Version synthétique des rapports de certification. Méthodologie  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/methodologie\\_rac\\_synthetique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/methodologie_rac_synthetique.pdf)."
- Heene, A. (2002). "Praktijkboek strategie. Lannoo: Tielt."
- Henderson, K. E., A. Recktenwald, et al. (2009). "Clinical validation of the AHRQ postoperative venous thromboembolism patient safety indicator." *Jt Comm J Qual Patient Saf* 35(7): 370-376.
- Herreros, G. and B. Milly (2006). "Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération, rapport HAS - Université Lyon 2 – IRCO  
[http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/86/67/PDF/Rapport\\_Herreros\\_Milly\\_2006.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/86/67/PDF/Rapport_Herreros_Milly_2006.pdf)."
- Hofer, T. P., S. J. Bernstein, et al. (1997). "Validating quality indicators for hospital care." *Jt Comm J Qual Improv* 23(9): 455-467.
- Institute of Management Accountants and A. Andersen (1998). "Tools and Techniques for Implementing Integrated Performance Measurement Systems: Statement on Management Accounting 4DD. Montvale, NJ."
- Institute of Medicine (1990). "Medicare: A Strategy for Quality Assurance, volume 1. National Academy Press: Washington DC."
- Institute of Medicine (1999). "Measuring the Quality of Health Care. National Academy Press: Washington DC."
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001). "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press: Washington DC."
- Jacques, J., D. Gillain, et al. (2006). "Etude des disparités de la chirurgie électorive en Belgique. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports vol.42B. Ref. D/2006/10.273/46."
- Jenaro, C., N. Flores, et al. (2011). "Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement." *J Adv Nurs* 67(4): 865-875.
- Jencks, S. F. (1994). "HCFA's Health Care Quality Improvement Program and the Cooperative Cardiovascular Project." *Ann Thorac Surg* 58(6): 1858-1862.
- Jha, A. K., E. J. Orav, et al. (2008). "Patients' perception of hospital care in the United States." *N Engl J Med* 359(18): 1921-1931.
- Kaafarani, H. M. A., A. M. Borzecki, et al. (2011). "Validity of Selected Patient Safety Indicators: Opportunities and Concerns." *Journal of the American College of Surgeons* 212(6): 924-934.
- Kaafarani, H. M. A. and A. K. Rosen (2009). "Using administrative data to identify surgical adverse events: an introduction to the Patient Safety Indicators." *American Journal of Surgery* 198(5A): S63-S68.
- Kim, T. H., M. J. McCue, et al. (2009). "The relationship of financial and mission factors to the level of uncompensated care provided in California hospitals." *J Healthc Manag* 54(6): 383-401; discussion 401-382.
- Lawrence, M. and al (1997). "Indicators of Quality in Health Care." *Eur J Gen Pract* 3: 103-108.
- M.B.30.VII. (2004). "14 MAI 2004. - Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale dans les hôpitaux généraux, catégoriels et universitaires "
- Mainz, J. (2003). "Defining and classifying clinical indicators for quality improvement." *Int J Qual Health Care* 15(6): 523-530.
- Mainz, J., A. M. Hansen, et al. (2009 ). "Bartels PD National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project." *J Surg Oncol* 99(8): 500-504.



- Matkke, S., A. M. Epstein, et al. (2006). "The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background." *Int J Qual Health Care* 18 Suppl 1: 1-4.
- McGlynn, E. A. and S. M. Asch (1998). "Developing a clinical performance measure." *Am J Prev Med* 14(3 Suppl): 14-21.
- Menachemi, N., J. Burkhardt, et al. (2006). "Hospital information technology and positive financial performance: a different approach to finding an ROI." *J Healthc Manag* 51(1): 40-58; discussion 58-49.
- Mpinga, E. K. and P. Chastonay (2011). "Satisfaction of patients: a right to health indicator?" *Health Policy* 100(2-3): 144-150.
- National Health Performance Committee (NHPC) (2001). "National report on health sector performance indicators 2003. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare."
- National Health Service (2003). "Clinical Outcomes Group. Clinical Outcomes Indicators. [www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/clinical%20outcome%20indicators%20report.pdf](http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/clinical%20outcome%20indicators%20report.pdf)."
- Needleman, J., P. Buerhaus, et al. (2002). "Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals." *N Engl J Med* 346(22): 1715-1722.
- Nolan, T. W. (2007). "Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement Available on [www.IHI.org](http://www.IHI.org)."
- Obyn, C., I. Cleemput, et al. (2009). "Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 106B (D/2009/10.273/15)."
- Phillips, R. L., Jr., L. A. Bartholomew, et al. (2004). "Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States." *Qual Saf Health Care* 13(2): 121-126.
- Pickert, J. and al (2008). "Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. In: Henriksen K, et al. (Ed.). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (vol. 2). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville."
- Raetzman, S., E. Stranges, et al. (2008). *Patient Safety in Hospitals in 2004: Toward Understanding Variation across States. HCUP Methods Series Report# 2008-02, U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* [accessed September 6, 2011]. Available at [http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/2008\\_02.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/2008_02.pdf).
- Rapoport, J., D. Teres, et al. (2003). "Length of stay data as a guide to hospital economic performance for ICU patients." *Med Care* 41(3): 386-397.
- Richmond, J., D. Hunter, et al. (2009). "Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty)." *J Am Acad Orthop Surg* 17(9): 591-600.
- Russell, D., P. Rosenfeld, et al. (2010). "Using technology to enhance the quality of home health care: three case studies of health information technology initiatives at the visiting nurse service of New York." *J Healthc Qual* 32(5): 22-28; quiz 28-29.
- Sadeghi, B., R. Baron, et al. (2010). "Cases of iatrogenic pneumothorax can be identified from ICD-9-CM coded data." *Am J Med Qual* 25(3): 218-224.
- Smith, P. and al (2008). "Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Copenhagen: World Health Organization. "
- SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins Feedback des Patient Safety Indicators : la Sécurité des Patients dans les Hôpitaux Belges.
- SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins (2008). "Feedback multidimensionnel. 186p."
- Thorens, J. B., R. M. Kaelin, et al. (1995). "Influence of the quality of nursing on the duration of weaning from mechanical ventilation in patients with chronic obstructive pulmonary disease." *Crit Care Med* 23(11): 1807-1815.
- Utter, G. H., J. Cuny, et al. (2010). "Detection of postoperative respiratory failure: how predictive is the Agency for Healthcare Research and Quality's Patient Safety Indicator?" *J Am Coll Surg* 211(3): 347-354 e341-329.
- Utter, G. H., P. A. Zrelak, et al. (2009). "Positive predictive value of the AHRQ accidental puncture or laceration patient safety indicator." *Ann Surg* 250(6): 1041-1045.
- Van Brabandt, H., C. Camberlin, et al. (2005). "Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique . Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports vol. 14B. Ref.D/2005/10.273/12."
- Vandijck, D. (2011). "Balanceren tussen waarheid en onzin. Column. de Huisarts "



- Vandijck, D. M. and S. I. Blot (2008). "High acuity nurse:patient ratio – is it cost-effective? In: Controversies in Intensive Care Medicine. Ed. Kuhlen R, Moreno R, Ranieri M, Rhodes A. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin."
- Veillard, J., F. Champagne, et al. (2005). "A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project." *Int J Qual Health Care* 17(6): 487-496.
- Verelst, S., J. Jacques, et al. (2010). "Validation of Hospital Administrative Dataset for adverse event screening." *Qual Saf Health Care* 19(5): e25.
- Verweire, K. and L. Van den Berghe (2004). "Integrated Performance Management. SAGE Publications: London."
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2011). "Toelichting bij het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheid- en welzijnsvoorzieningen. [www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-ziekenhuizen/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-ziekenhuizen/)."
- Vlayen, J. and al (2006). "Klinische Kwaliteitsindicatoren. Brussel. KCE rapport 41A (D/2006/10.273/43)."
- Vlayen, J. and al (2010). "Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. KCE rapport 128A (D/2010/10.273/25)."
- Vlayen, J., K. Vanthomme, et al. (2010). "Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 128B. D/2010/10.273/26."
- Vrolijk, H. and al (2003). "Performance-indicatoren, Den Haag, LEI, Rapport 8.03.01."
- Waggoner, D. and al (1999). "The Forces that Shape Organizational Performance Measurement Systems: An Interdisciplinary Review." *Int J Prod Econ* 60: 53-60.
- Wallace, J. E., J. B. Lemaire, et al. (2009). "Physician wellness: a missing quality indicator." *Lancet* 374(9702): 1714-1721.
- Weller, W. E., B. K. Gallagher, et al. (2004). "Readmissions for venous thromboembolism: expanding the definition of patient safety indicators." *Jt Comm J Qual Saf* 30(9): 497-504.
- White, R. H., M. Garcia, et al. (2010). "Evaluation of the predictive value of ICD-9-CM coded administrative data for venous thromboembolism in the United States." *Thromb Res* 126(1): 61-67.
- White, R. H., B. Sadeghi, et al. (2009). "How valid is the ICD-9-CM based AHRQ patient safety indicator for postoperative venous thromboembolism?" *Med Care* 47(12): 1237-1243.
- Widdowson, M. A., A. Bosman, et al. (2003). "Automated laboratory-based system using the Internet for disease outbreak detection, the Netherlands, Emerg.Infect.Dis 9:1046-1052."
- World Health Organisation (2001). "The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. [www.who.int](http://www.who.int)."
- Zhan, C., J. Battles, et al. (2007). "The validity of ICD-9-CM codes in identifying postoperative deep vein thrombosis and pulmonary embolism." *Jt Comm J Qual Patient Saf* 33(6): 326-331.
- Zrelak, P. A., B. Sadeghi, et al. (2011). "Positive predictive value of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicator for central line-related bloodstream infection ("selected infections due to medical care")." *J Healthc Qual* 33(2): 29-36.

## 13 ANNEXES – SUCCESS STORIES

### Procédure de coronarographie urgente/PCI HHRM

#### 1. Définition et description

Cette procédure gère les patients référés en urgence en interne ou de l'extérieur, qui entrent en considération pour une coronarographie urgente, suivie ou pas par une intervention coronaire percutanée (PCI) ou d'autres interventions (chirurgie, IABP...).

#### 2. Objectifs et résultats

Les patients avec un infarctus aigu du myocarde ou un syndrome coronaire aigu (ACS) sont souvent pris en considération pour une coronarographie urgente +/- PCI.

Le fait de réduire le plus possible le temps « door-to-balloon » a une influence positive sur le résultat. Cette procédure gère le transfert rapide et approprié de ces patients, aussi bien en interne qu'en provenance des autres hôpitaux ou des services SMUR.

#### 3. Méthodologie de transfert

##### Inscription

Chaque médecin de médecine aiguë (médecins d'urgences, assistants en formation, médecine de porte, médecins SMUR, internistes, cardiologues, anesthésistes, intensivistes...) peut inscrire un patient qui entre en considération pour de la coronarographie urgente.

L'inscription se fait par l'intermédiaire du **cardiologue interventionnel de garde** (24h/24) sur le numéro d'appel unique **051-237222**. Après concertation, la décision est prise de savoir si le patient entre en considération ou pas.

L'infirmier coordinateur d'urgence du site de Roeselare doit toujours être informé (051-237708).

Les patients instables ou ventilés doivent être également renseignés auprès de l'anesthésiste coordinateur.

#### INFORMATION

<b>Cardiologue interventionnel de garde</b>	<b>051-237222</b>
Infirmier coordinateur d'urgence	051-237708
Anesthésiste coordinateur	051-237777

##### Le cardiologue interventionnel de garde HHRM

- prend les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance, site) ;
- discute des modalités de transport (voir également procédure de transport secondaire)
  - o Si le centre de référence (en ce y compris le site de Menen HHRM) dispose du moyen d'organiser rapidement le transport et de l'exécuter, cela constitue la solution la plus

appropriée. Le centre de référence peut également faire appel à son propre 112/SMUR.

- Si le centre de référence n'a pas les moyens d'organiser le transport ou si cela s'avère très complexe, le transport peut être exécuté par le HHRM ;
- avertit l'anesthésiste coordinateur HHRM de garde si le transport doit être effectué par le HHRM ou si le patient est instable ou doit être ventilé ;
- avertit l'infirmier coordinateur du service d'urgences HHRM de Roeselare (si cela n'a pas encore été fait) ;
- donne ordre à la garde infirmière de faire appel à la coronarographie ;
- peut déjà convenir avec le médecin référent ou le cardiologue de l'aiguillage approprié ;
- est averti par l'infirmier coordinateur de garde des urgences HHRM du départ du patient de l'hôpital référent ou du campus référent, si le transport doit être organisé par le HHRM.

#### **4. Interventions**

Dans l'annexe « Recommandations à la réception des patients pour la coronarographie urgente/PCI », seules les interventions possibles de pré-coronarographie sont détaillées.

#### **5. Aiguillage**

Après la coronarographie +/- PCI, le patient peut, si les procédures et son état clinique le permettent, être aiguillé le plus rapidement possible vers le centre de référence. La plupart du temps, cela est possible le matin suivant le jour de la procédure. Si le patient est transféré vers le centre de référence pour y être admis en soins intensifs, monitoring cardiaque, dans un service de réveil ou de télémétrie ou sur demande, il faut veiller à ce que le patient soit également monitoré et accompagné lors du transfert par un infirmier spécialisé en la matière (transport référencé Z2). (voir également la procédure transports secondaires HHRM).

Cet aiguillage est discuté préalablement par le cardiologue interventionnel et le cardiologue de référence.

**Recommandations à l'accueil de patients  
pour la coronarographie urgente/PCI en urgence  
Service de Cardiologie**

H. Hartziekenhuis Roeselare-Menen

Date :  -  -

Heure de l'appel

Procédure coronaro urgente démarrée : Oui/ Non

SMUR  transport second.  \_\_\_\_\_

avertir le cardiologue

Heure d'arrivée aux urgences

Adresse

Suspicion de syndrome coronaire aigu ? Si oui :

- 1. Tête surélevée (ambulance-) **brancard**
- 2. Monitoring non invasif ou **monitoring de transport** (suivre ECG, la saturation en oxygène et la pression artérielle non invasive).
- 3. Administrer de l'**oxygène** à un débit minimum de 2l O<sub>2</sub>/min. L'oxygène est administré afin d'obtenir un taux de saturation en oxygène de minimum 95 %.
- 4. Est-ce qu'un ECG 12 dérivation a été fait ? Si NON, le réaliser.
- 5. Prise de sang
- 6. S'il n'y a pas de perfusion, placer une **ligne veineuse périphérique** avec 500 ml à 20 ml/heure
- 7. Préparer une **dilution de Morphine®** : 1 ampoule de 10 mg de **Morphine®** dans 10 ml

Les actions ci-dessus sont à exécuter uniquement sur prescription

- 8. Prévenir le cardiologue interventionnel de garde 051-237222 (si cela n'est pas encore fait).  
Noter l'heure d'intervention
- 9. **Analgésie** : 0,1 mg/kg de Morphine® titré par 2 mg I.V. : \_\_\_\_\_ ml I.V.
- 10. **Aspirine** : 500 mg d'Aspégic® P.O./I.V. : considérer le Plavix 600 mg P.O.
- 11. En cas d'**allergie aux produits de contraste** :
  - 40 mg SoluMedrol® I.V.
  - 1 ampoule Zantac I.V.
  - 1 co Xyzall® P.O. (en cas de problème d'absorption, 25 mg Phernergan® traag IV)
- 12. Sur indication : démarrer le Covarton®-drip à 0,5 mg/heure. Peut être porté à 2 mg/heure en fonction de la pression sanguine.

13. Autre : \_\_\_\_\_

Départ des urgences	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Signature et tampon du médecin responsable
Arrivée au cathlab	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			
Heure du placement du ballon	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			

## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet: Identification d'Indicateur Qualité en radiothérapie dans le cadre de l'évaluation du "rapportage des événements indésirables"

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, de l'idée? Sous l'impulsion du Chef de Service, le Professeur Coucke, le service de radiothérapie a entamé une démarche d'amélioration de la Qualité. Deux des priorités étaient entre autres, de disposer d'indicateurs pertinents et d'un tableau de bord mais aussi de diminuer la survenue d'évènements indésirables.
- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle? La mise en application du plan Cos de l'institution a permis au service de radiothérapie d'être pilote pour le projet tableau de bord. La Responsable Qualité gère en collaboration avec le Copil du service le déploiement du tableau de bord et la cellule de retour d'expérience qui travaille sur les événements indésirables
- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet?

Une démarche proactive, en vue d'éviter au maximum la survenue d'accident(s), a été mise en place dans le Service de Radiothérapie du CHU de Liège. Dans ce but, une méthode basée sur les principes de sécurité du secteur aérien a été retenue. Le fondement de cette méthode est basé sur l'identification, l'enregistrement et l'exploitation systématiques des événements précurseurs qui peuvent aboutir à des incidents ou accidents. Une **Cellule de Retour d'Expérience** ou CREx, composée de deux représentants de chaque secteur de professionnels (médecins, infirmiers, physiciens, secrétaires, psychologues et un qualicien...) s'est constituée et analyse en continu ces retours d'expériences afin de tester et de renforcer la sécurité de l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients.

### 3. SCOPE

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

- Objectif principal du projet

1. Disposer d'indicateurs Qualité et d'un tableau de bord pour gérer et piloter proactivement le service de radiothérapie
2. Amener le personnel à déclarer tous les écarts aux attendus par le biais de fiches de déclaration d'incident(s).
3. Implémentation d'une cellule de retour d'expérience ou CREx.

- Objectifs complémentaires

1. Pérennité de la démarche d'amélioration continue de la Qualité entreprise au sein du Service en vue d'une certification.

- Public cible: L'ensemble des membres du service de radiothérapie
- Service(s) ou unité(s) impliqué(s) dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun): Uniquement le service de radiothérapie
- Etapes principales du projet –

Après avoir défini les objectifs stratégiques, nous avons identifié une méthodologie d'implémentation adaptée aux spécificités du Service pour la récolte des événements indésirables. Nous avons ensuite organisé la récolte et l'analyse de ces événements, préparé les réunions de la cellule de retour d'expérience et formé ses membres à l'analyse systémique des incidents. Nous avons ensuite identifié des indicateurs pertinents que nous avons ajoutés à notre tableau de bord.

### 4. TIMING

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu?

1. Date de démarrage du projet: Janvier 2009 avec 3 mois de préparation préalable
2. Date (prévue) de fin du projet: Pérennisation et amélioration continue du CREx et du tableau de bord

### 5. INDICATEURS

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques?

Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? (Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe)

Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ?

Dans la cadre du projet, avez-vous eu recours ou vous êtes inspiré d'une méthodologie ou une technique spécifique? Avez-vous eu recours à des documents scientifiques ou développés par des instituts ou des consultants ?

Bien que notre tableau de bord soit structuré selon la logique Norton et Kaplan, nous l'avons récemment retravaillé pour mieux répondre à nos besoins dans le cadre de notre démarche EFQM. Nous nous tenons informés et consultons toutes les sources d'information disponibles à ce sujet, notamment les publications scientifiques. Nous n'avons pas eu recours à un consultant extérieur. Nous avons développé nos propres indicateurs selon nos besoins.

Indicateurs retenus:

**Nombre de fiches d'évènement précurseurs ou indésirables**

**Nombre de fiches avec une action d'amélioration**

**Nombre d'actions d'amélioration retenues au CREx**

**Nombre d'actions d'amélioration du CREx réalisées dans les délais**

**Nombre d'actions d'amélioration du CREx non réalisées**

**Nombre de fiches classées par mois**

**Nombre de réunions du CREx**

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées

La mise à jour du tableau de bord est gérée par une équipe indépendante du service de radiothérapie. La fréquence de rafraichissement des données n'est pas toujours suffisante pour réaliser un management réactif.

- Actions menées pour contrer ces difficultés

Rencontre régulière de l'équipe de gestion du tableau de bord. Le service de radiothérapie et l'équipe du tableau de bord exposent les difficultés et cherchent des solutions avec nomination d'un responsable et délais de mise en application.

- Facteurs de succès

Faire évoluer le tableau de bord et choisir des indicateurs en fonction des processus étudiés et des objectifs fixés.

Nomination d'un responsable par indicateur

- Facteurs de risques

La consultation du tableau de bord ne devient pas une action régulière du management.

Lenteur pour faire évoluer le tableau de bord.

- Principaux enseignements



Communication des résultats à l'ensemble des professionnels du service nécessaire et utile.

Le tableau de bord est un outil indispensable pour la gestion de tous les projets Qualité.

## 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcer l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

- Type de message / communication: Communication orale avec démonstration sur un support informatique.  
Projet: affichage dans le service de l'évolution de certains indicateurs.
- Techniques de communication utilisées (face to face, mail, réunion, conférence ...): Présentation de l'outil et des résultats à la réunion de service
- Périodicité de la communication: 1 fois par an. Perspective: affichage remis à jour mensuellement

## 8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet? Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information?

- Profil quantitatif et qualitatif des RH utilisées pour la réalisation du projet Réalisation "technique" du tableau de bord par une équipe externe du service (équipe institutionnelle). + Mise à jour, évolution, encodage, nouveaux projets: 2 jours par mois de la responsable Qualité
- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Si oui, quel est le coût de cette intervention ? Non
- Autres ressources spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...). Non
- Coût global du projet hors RH: Voir équipe tableau de bord de l'institution
- Décomposition si possible de ce coût global: Voir équipe tableau de bord de l'institution
- Nombre de journées affectées au projet: Voir équipe tableau de bord de l'institution
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions: Voir équipe tableau de bord de l'institution

## 9. OUTPUT - Réalisations

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration menées: fréquence de mise à jour passée de biennale à bimensuelle voire mensuelle
- Principaux résultats obtenus – Evaluation de l'impact/ Prise de conscience grâce à la visualisation de certains résultats qui ont découlé sur des plans d'actions concrets.

- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet: outil devenu indispensable pour le management et la gestion de la qualité en radiothérapie
- Souhails pour améliorer le projet: suggestions en interne – suggestions en externe
  1. Intégration de nouveaux indicateurs: satisfaction patients, personnels, impact sur la collectivité
  2. Rapprocher les indicateurs des processus
  3. Davantage responsabiliser les responsables d'indicateurs.

Merci

## FICHE DESCRIPTIVE: SUCCESS STORY UZ LEUVEN

### 1. DONNEES GENERALES DU PROJET :

- Titre du projet : Visite régulière du top management dans les services, discussion des dossiers patients.

### 2. INTEGRATION

Tout d'abord, nous aurions aimé que vous nous indiquiez comment le projet est né, comment il a été géré et que vous donniez une courte description de ses aspects principaux.

- Origine du projet : le concept s'inscrit dans la méthodologie de l'évaluation personnelle (self evaluation) et est motivé par la préparation et le suivi de l'accréditation hospitalière.
- Qui est à l'origine du projet : un groupe de réflexion stratégique relatif à l'accréditation, composé du top management (membre du comité de direction, comité de gestion et conseil médical) plus le chef de projet de l'accréditation et le coordinateur qualité. Le projet est géré sur le plan opérationnel par le chef de projet accréditation.
- Contenu du projet : visite systématique de tous les départements de l'hôpital par une équipe de 4 personnes, à savoir un médecin actif dans le management, un cadre moyen nursing, le management de la qualité et l'hygiéniste de l'hôpital. Les visites de « sites » sont effectuées sur base des dossiers patients qui permet d'analyser le trajet suivi par le patient.

### 3. PERIMETRE

Objectif important du projet : en collaboration directe avec les collaborateurs des différents départements, stimuler et encourager tous les aspects liés à la qualité et à la prise en charge sécurisée du patient et dès lors appliquer les différents principes et les applications pratiques qui en découlent, afin d'établir dans l'hôpital une culture d'amélioration continue de la qualité. Parallèlement, les différents départements peuvent faire remonter un feedback vers le management, ce qui fournit l'occasion d'un audit de ce département, audit en relation directe avec la mise en place des standards de qualité pour la prise en charge sécurisée du patient.

### 4. PLANNING

Il n'y a pas de date de fin, pas de début de projet : ceci est un processus continu.

## 5. INDICATEURS

L'audit est effectué sur base d'indicateurs/points d'attention développés en interne, en veillant à ce que la construction de ces indicateurs soient en ligne avec les standards qui seraient repris dans le processus d'accréditation.

Dans le cadre de ce projet une méthodologie vous a-t-elle inspiré ?

Le concept de suivi patients tel qu'appliqué dans le processus d'accréditation « JCI » a servi de base à notre réflexion.

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés ; la nature de ces difficultés et la manière dont elles ont pu être surmontées sont généralement éclairantes. Pouvez-vous nous donner une description des principaux problèmes et défis rencontrés ?

- Problèmes principaux : aucun
- Facteurs clés de succès : motivation des collaborateurs et feedback direct des différents départements à destination du management, accompagnés de points d'amélioration concrets.

## 7. COMMUNICATION

Le lancement du projet, son exécution, la création d'un bon « team building » ou la motivation des différents participants, ont probablement fait l'objet d'une communication interne importante. Vous avez probablement également communiqué les résultats en interne et en externe ; pouvez-vous nous expliquer comment vous avez appréhendé cette communication ?

L'annonce du projet par l'intermédiaire d'une newsletter sur l'intranet ainsi que des explications orales lors de réunions (essentiellement des réunions de chef de service nursing).

## 8. MOYENS INVESTIS ET COUTS

Les moyens investis dans le projet ont-ils fait l'objet d'un calcul complet? Le coût du projet a-t-il été évalué de manière globale ou détaillé en fonction des différents éléments qui le constitue ?

Pouvez-vous partager cette information ?

Aucun moyen complémentaire n'a été alloué à ce projet.

## 9. REALISATION

En fonction de l'évolution de votre projet, pouvez-vous nous donner l'information suivante ?

Résultats principaux atteints : ceci est un des aspects qui a contribué à l'obtention de l'accréditation de l'hôpital dans son ensemble. Par ailleurs le projet a été poursuivi dans l'optique du processus d'accréditation revu tous les trois ans.

## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet : mesure de la charge de travail dans les unités banalisées

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, de l'idée ?  
la direction du département infirmier et les 2 chefs de service
- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle ?  
la direction du département infirmier et les 2 chefs de service
- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?  
Mettre en évidence les signes objectifs de la lourdeur du travail en salle banalisée en comparant les services entre eux avec des indicateurs identiques et identifiés comme éléments provoquant une lourdeur dans la charge de travail

### 3. SCOPE

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

Objectif principal du projet :

Pouvoir apporter l'effectif en personnel soignant correspondant le plus justement aux besoins des services en fonction de la charge de travail de ceux-ci.

- Objectifs complémentaires :  
Donner une vision équitable des mesures mise en place pour l'attribution de l'effectif en personnel soignant

- Public cible

Le personnel soignant

- Service(s) ou unité(s) impliqué dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun)

Les unités banalisées (par l'intermédiaire des chefs d'unité)

- Etapes principales du projet –

Choix et mise en place des indicateurs objectivant le plus précisément possible la lourdeur du travail en salle banalisée

Réunion hebdomadaire avec les chefs d'unité permettant la mise en commun d'autres éléments moins objectifs mais pouvant influencer le lourdeur des prises en charge des patients et dans un second temps de comparer les services entre

eux d'un point de vue staff effectif et charge de travail => souci d'équité respecté entre unité.

#### 4. TIMING

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu ?

- Date de démarrage du projet
- Date (prévue) de fin du projet

Ce projet est continu et se réactualise et/ou se précise en fonction du vécu

#### 5. INDICATEURS

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques ?

Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? ( Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe)

Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ?

Voir mémoire en annexe

Dans la cadre du projet, avez-vous eu recours ou vous êtes inspiré d'une méthodologie ou une technique spécifique ? Avez-vous eu recours à des documents scientifiques ou développés par des instituts ou des consultants ?

Voir mémoire en annexe

#### 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées

Le choix des indicateurs et leur pondération afin d'être le plus cohérent avec la réalité de terrain

- Actions menées pour contrer ces difficultés

Concertation entre les différents intervenants et renseignement théorique sur ce qui a déjà été fait antérieurement et ailleurs

- Facteurs de succès

La volonté de réussite et la ténacité dans le respect du suivi des échéances

- Facteurs de risques

Le découragement et une vision trop restreinte des réalités de terrain

- Principaux enseignements

La recherche de solution et la mise en commun entre les différents acteurs permettent de s'assurer que les personnes ressources seront interpellées par le souci de réussite du projet.

#### 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcer l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous

avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

- Type de message / communication

Explications des buts poursuivis et des avantages qui en ressortent

- Techniques de communication utilisées ( face to face, mail, réunion, conférence ... )

Réunions avec les chefs d'unité, mise en place de temps de parole lors de la journée de formation obligatoire du personnel

- Périodicité de la communication

Mensuel

## 8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet ? Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information ?

- Profil quantitatif et qualitatif des RH utilisées pour la réalisation du projet

Pas d'information à ce sujet

- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Si oui, quel est le coût de cette intervention ?

Mémoire réalisé dans le cadre d'un Master en santé publique

- Autres ressource spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...)
- Coût global du projet hors RH

Pas d'information à ce sujet

Décomposition si possible de ce coût global

Pas d'information à ce sujet

- Nombre de journées affectées au projet
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions

## 9. OUTPUT - Réalisations

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration menées

Pondération et amélioration des points en fonction des réalités de terrain

Principaux résultats obtenus – Evaluation de l'impact

Visualisation claire et rapide des services et de leur charge de travail

Solidarité inter unité améliorée

- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet

Toujours d'actualité

- Souhaits pour améliorer le projet : suggestions en interne – suggestions en externe

Réactualisation du projet en fonction des évolutions et des éléments pouvant modifier l'interprétation des résultats

Merci

## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet : [Benchmarking](#)

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, de l'idée ? [La Direction Générale et le Conseil Exécutif.](#)
- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle ?

[Un consultant externe \(Eurogroup Consulting\) ; Monsieur Dusanic, Directeur des Ressources Humaines ; Madame Cambier, Directrice du Département Infirmier ; Monsieur Lefébure, Directeur Général Administratif et Financier et le Docteur de Toeuf, Directeur Général Médical.](#)

- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?

[Nos objectifs sont de comparer nos propres pratiques avec ceux qui réussissent le mieux dans le domaine de l'exploitation hospitalière. Comparer donc nos niveaux de production, nos ratios de gestion, analyser nos processus \(les rendre comparables et les comparer à d'autres\), réfléchir sur la façon dont nous organiserons les activités internes de l'Institution, rechercher la meilleure pratique professionnelle. L'amélioration de l'efficacité \(rendement\) et de l'efficience conduit à une amélioration de la qualité, objectif ultime poursuivi.](#)

### 3. SCOPE

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

#### Objectif principal du projet

[Les sites bruxellois du CHIREC sont répartis sur 3 localisations géographiques : Cavell , Parc Léopold et Basilique. L'objectif est d'analyser l'existant en termes de personnel employé et de ratios de données de gestion, et de préparer l'Institution à son déménagement sur un site unique Delta en 2017 : description des besoins futurs, et comparaison de l'existant avec le projeté, et proposition de mise en route des mesures correctives nécessaires s'il échet.](#)

- Objectifs complémentaires

[Valider les données récoltées, acquérir la connaissance des processus de mesure de comparaison, et valider les indicateurs de productivité et les processus de correction.](#)

- Public cible

[Tout le personnel salarié du CHIREC, services impliqués : administratifs \(accueil, admission, téléphonie\), DRH, comptabilité, facturation, RCM, logistique \(transport,](#)



entretien sanitaire et autres techniques, magasin, restauration), hospitalisation, (brancardage, volantes de nuit, urgences, hôpital de jour, stérilisation, unités de soins), consultations et médico-techniques, laboratoire, pharmacie.

- Service(s) ou unité(s) impliqué dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun)

Voir supra.

- Etapes principales du projet –

Analyse de la performance de l'ensemble des fonctions de l'Hôpital en termes de productivité, présenter des ratios de gestion pertinents, comparer ces deux points à un benchmark de référence et enfin proposer des pistes d'amélioration de potentiel. Cette analyse se fait en deux étapes :

- a. récolte des données et validation, analyse des niveaux de productivité des activités de base.
- b. localisation de l'effectif pour lequel des gains de productivité pourraient être réalisés par la fusion hospitalière à envisager. Là aussi deux étapes :
  - i. comparer la productivité future du site unique sur base du périmètre défini par le CHIREC, et validation des process et services identifiés au point a) par des observations sur le terrain et l'interview des responsables.
  - ii. permettre d'identifier les contraintes et conditions critiques de succès nécessaires à un rassemblement harmonieux des activités hospitalières sur site unique.

#### 4. TIMING

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu ?

- Novembre 2009 : date de démarrage du projet : analyse préalable
- Janvier 2010 : présentation du projet à la direction, rencontre individuelle avec les chefs d'équipes
- Février 2010 : récolte des données
- Mars 2010 : validation avec les chefs d'équipes
- Mai et Juin 2010 : présentations

En fait, ce projet s'est donc étalé sur 8 mois : - deux mois d'analyses préalables  
- six mois d'opérationnalisation

#### 5. INDICATEURS

Une nomenclature des activités fournie par Eurogroup Consulting permet de ventiler le temps presté pour chaque activité de base d'un service X.

Cette récolte est faite pendant une durée de 15 jours, donnant ainsi un pourcentage pour chacune des activités de base prestée dans un service, pourcentage alors comparé au nombre d'ETP payé. Par exemple : un responsable d'une unité de soins passe un certain temps à exercer sa fonction de responsable, à donner des conseils, à communiquer, à encadrer ses subordonnés, à assurer la formation du personnel, à gérer les contrats, à participer à la récolte de données pour la comptabilité, et à préparer les commandes et achats. Toutes ces activités représentent un certain nombre de minutes ou d'heures sur une journée de travail. L'exercice final est d'analyser l'organisation générale de toute l'Institution, au travers de ce morcellement par période sub horaire de l'activité de chacun.

Il y a dans tout l'hôpital 880 activités de base. Dans le travail du personnel en charge de la logistique et des prestations administratives et générales, 14 activités principales (responsables accueil, secrétariat, ressources humaines, administration, etc.) sont retrouvées, représentant 104 activités de base.

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques ?

Les indicateurs sont ceux de Eurogroup Consulting.

Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? ( Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe)

Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ?

Dans le cadre du projet, avez-vous eu recours ou vous êtes inspiré d'une méthodologie ou une technique spécifique ? Avez-vous eu recours à des documents scientifiques ou développés par des instituts ou des consultants ?

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées

Le projet a suscité beaucoup d'inquiétudes parmi le personnel, bien évidemment relayées par les syndicats.

- Actions menées pour contrer ces difficultés

Information individuelle et par service.

Une préparation aux interviews de l'ensemble du personnel a été nécessaire, tant pour préciser les objectifs de l'étude que pour expliciter sur la méthodologie, et s'assurer de la parfaite collaboration de tous ceux qui seront interviewés.

- Facteurs de succès

Les facteurs de succès ont été l'information répétée, et la volonté affirmée de la direction de considérer cette enquête comme un élément d'analyse globale de l'activité hospitalière et certainement pas comme un outil de réduction des effectifs des travailleurs en vue d'optimiser les flux de travail.

- Facteurs de risques

Le facteur de risque majeur était la possibilité de non collaboration du personnel aux récoltes des données et ce ne fût pas le cas.

- Principaux enseignements

Communiquer, communiquer, communiquer.

## 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcer l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

- Type de message / communication

En janvier 2010, le projet d'enquête a été présenté lors de séances d'information au personnel qui se sont tenues sur chacun des sites hospitaliers du CHIREC, Braine-l'Alleud

- Waterloo y compris, bien qu'il ne fût pas spécifiquement nécessaire à l'étude qui se focalisait sur le Delta futur. De même, et dès l'intention affichée de réaliser l'étude, le Conseil d'Entreprise a été tenu au courant, et a reçu de façon régulière les informations rendues disponibles par Eurogroup Consulting, et les rapports intermédiaires. Le projet a été également présenté au Conseil Exécutif, au Conseil Médical et au Conseil d'Administration. Lorsque l'étude a été terminée, les résultats de cette étude ont été de la même façon présentés à tous les acteurs ci-dessus énumérés, et ont fait en plus l'objet d'une communication à l'Assemblée Générale de l'ASBL.

Forme choisie : communication orale présentée sous forme de conférence, éclairée par des textes sous format PowerPoint, textes qui ont été mis à disposition de toute personne qui souhaitait les analyser. Il y a donc eu une communication sur le projet, une communication formelle intermédiaire sur l'état des lieux avant l'analyse fine c'est-à-dire fin mars, et bien entendu la présentation définitive des résultats faite en juin 2010.

- Techniques de communication utilisées ( face to face, mail, réunion, conférence ... )  
Voir supra.
- Périodicité de la communication  
Voir supra.

#### 8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet ? Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information ?

Nous n'avons pas procédé aux coûts liés au travail fourni par les membres de notre personnel pour aider à la réalisation du projet, ni au coût correspondant aux heures passées par les membres du personnel qui ont été interviewés. Le seul coût direct identifié est le coût du contrat avec le consultant extérieur.

- Profil quantitatif et qualitatif des RH utilisées pour la réalisation du projet
- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Si oui, quel est le coût de cette intervention ?
- Autres ressource spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...)
- Coût global du projet hors RH  
130.000 € TVAC.
- Décomposition si possible de ce coût global
- Nombre de journées affectées au projet
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions

#### 9. OUTPUT - Réalisations

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration menées

L'objectif étant d'évaluer la force de travail nécessaire pour assurer les tâches CHIREC sur le site Delta, les rares zones de gain de productivité potentiel ont fait l'objet d'une démarche spécifique. Les pyramides des âges et le plan de gestion de carrière de chacun des membres du personnel salarié ont été étudiés, avec les intéressés. Les possibilités de réaffectation sur des sites qui ne fusionneront pas ou dans les activités qui seront encore en fonction, de modifications de fonction par le biais de formations complémentaires, le recours éventuel à une prépension, sont en voie d'évaluation.

- Principaux résultats obtenus – Evaluation de l’impact
- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet

La question ne se pose pas, le projet étant par définition limité dans le temps.

- Souhaits pour améliorer le projet : suggestions en interne – suggestions en externe
- Il n’est évidemment pas exclu que un an ou deux avant le déménagement prévu, une étude de même nature soit menée, pour mesurer les progrès réalisés, et les domaines dans lesquels il faut encore agir.

## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet : « Travail sur l'organisation de la maternité à partir de l'indicateur « taux de césarienne » du feedback multidimensionnel.

### 2. INTEGRATION

En 2006, après une forte croissance de son activité, soutenue par un engagement très fort des équipes médicales (gynécologues, pédiatres, anesthésistes) et infirmières, le service de gynécologie obstétrique connaît un passage difficile : baisse d'activité, doute, perte de motivation, dégradation de l'ambiance entre et au sein des équipes, désorganisation, .. Soucieuse de maintenir un service performant, la direction initie alors une réflexion visant à consolider les acquis et à restaurer une dynamique positive. Un bilan opérationnel est réalisé visant à redonner une image objective du service, partagée par les différents acteurs, à situer les points forts, et à dégager un vaste plan d'action, construit sur des lignes directrices, claires, structurantes, et partagées.

### 3. SCOPE

L'objectif principal du projet était de restaurer une dynamique positive dans un service phare pour l'institution.

Les objectifs complémentaires étaient de consolider les acquis par la formalisation d'une série d'éléments touchant à l'organisation, aux protocoles, à la communication.

Ils sont repris ci dessous tels que rédigés à l'époque.

1. Renforcer la cohésion de l'équipe médicale
2. Renforcer la cohésion avec les autres équipes médicales (pédiatres, anesthésistes ) et avec le département infirmier.
3. Réorganiser le travail du service,  
Procédures consensuelles à revoir / développer / respecter
4. Réorganiser la communication au sein du, et avec les autres services  
Tenue des dossiers, de l'oral à l'écrit, réflexion vers l'informatisation
5. Travail multidisciplinaire donc nécessaire planification multidisciplinaire  
des activités  
des ressources  
des personnes : médecins, infirmières, ..  
des matériels  
des locaux : salles acc, chambres

L'ensemble des acteurs cités ci dessus a été impliqué dans le projet, mais l'essentiel du travail a été réalisé principalement par les gynécologues et l'équipe infirmière.

Il est en effet apparu en cours de projet que l'évolution du métier d'accoucheuse vers celui de sage-femme, entre autres, contribuait à redessiner les attentes et les relations entre ces 2 équipes, et que cela nécessitait une concertation renforcée.

Le projet a été construit en plusieurs étapes.

1. Bilan opérationnel proposé par la direction : présentation des indicateurs connus
2. Bilan opérationnel réalisé avec les équipes : état des lieux et des difficultés
3. SWOT réalisé avec et par les équipes
4. Formalisation des attentes et engagements respectifs
5. Plan d'action
6. Suivi opérationnel

#### 4. TIMING

Le projet a démarré en 2006. Il a été phasé en un certain nombre d'étapes, correspondant chacune à un ou plusieurs objectifs. Certaines de ces étapes sont encore à réaliser, notamment celles qui conduisent à la rénovation complète des infrastructures (construction d'un nouveau service, en cours) et au recrutement médical (en cours).

Pour ces raisons, et même si nous avons quitté le « mode projet », nous estimons le projet toujours en poursuite et donc en cours. Il bénéficie d'un accompagnement particulier.

#### 5. INDICATEURS

Comme précisé plus haut, l'objectif principal du projet était de restaurer une dynamique positive dans un service phare pour l'institution. En particulier, nous voulions convertir le précédent dynamisme lié à des objectifs quantitatifs, vers un dynamisme en lien avec des objectifs qualitatifs.

En initiant le projet, la direction souhaitait appuyer son bilan opérationnel par différents indicateurs disponibles.

- Nombre d'accouchements, nombre d'admissions, journées réalisées, durées de séjour, turnover du personnel, cartographie du recrutement, ..
- Occupation des plages opératoires, nombre d'inductions par jour, ..
- Taux de césarienne, taux d'accouchement sous péridurale, taux d'induction, nombre de transferts NIC et MIC, respect des protocoles, taux d'instrumentation des voies basses, ..

Si la baisse d'activité pouvait en partie expliquer une baisse de motivation des équipes, certains autres indicateurs semblaient par contre intéressants à utiliser, au mieux pour restaurer une image qualitative positive du service, en tous cas pour susciter la réflexion sur les points forts et les points faibles.

C'est notamment le cas de l'indicateur « taux de césarienne ».

Nous connaissions cet indicateur par le KCE report vol 41 B de 2006 sur les Indicateurs de qualité clinique.

Nous connaissions la grande disparité dans le recours à la césarienne en Belgique, notamment mise en évidence par l'étude de l'Agence Inter-Mutualiste (présentation faite à la commission des médecins chefs de la FIH, le 29/05/2006, par le Dr Lucet).

Le taux faible de césariennes au CHTN relevé dans cette étude (13,2% en 2002, soit 67 césariennes pour 439 accouchements), et également relevé dans le Feedback Intégré Multidimensionnel (FBI) sur la période 2000-2003, a été présenté aux équipes et sujet à discussion.

Conscients de la difficulté d'interpréter ce taux bas et des biais possibles, nous l'avons cependant délibérément présenté positivement, comme possible indicateur d'une bonne qualité de prise en charge.

Nous travaillons dans notre maternité avec une équipe de 4 gynécologues ayant chacun entre 80 et 150 accouchements / an. Un faible nombre d'intervenants, une expérience importante et un volume d'activité élevé sont généralement mis en rapport avec un faible taux de recours à la césarienne.

Ces « points forts » ont été reconnus par les équipes comme facteurs de succès futurs.

Il en a été de même avec la présentation des PSI 17-18-19 et 20 issus du Feedback des Patients Safety Indicators de 2008, qui semblent positionner favorablement le service

Concrètement, nous avons utilisé cet (ces) indicateur(s) pour construire une réflexion autour des points suivants :

1. Suivi mensuel du taux de césariennes
  - Un tableau de bord a été créé
  - Objectif : générer le suivi mensuel d'un certain nombre de techniques (césariennes , sièges, forceps, ventouses, épisiotomies, ..)
2. Redéfinition de la politique médicale dans le service dans une série de situations (sièges, ..)
  - Cfr guidelines
  - Objectif : révision des protocoles et harmonisation des pratiques
3. Planification hebdomadaire des césariennes
  - Nombre limité de césariennes les jours de quartier opératoire
  - Objectifs :
    - meilleure communication entre les médecins, et avec les sages-femmes
    - meilleure répartition de la charge de travail / satisfaction patientes et personnel
4. Planification des inductions
  - Nombre limité d'inductions par jour
  - Objectifs :
    - meilleure communication entre les médecins, et avec les sages-femmes
    - meilleure répartition de la charge de travail / satisfaction patientes et personnel

## 5. DIFFICULTES

Nous aborderons ici essentiellement les difficultés principales / solutions en lien avec les 4 points précédents :

### **1. Mise en place d'un indicateur de suivi**

- Compréhension de l'indicateur / informations répétées
- Mise en place d'un relevé interne / mise en place d'une procédure
- Construction de l'indicateur / support de la cellule RCM

### **2. Politique médicale, protocoles et procédures**

- convaincre de la nécessité d'une redéfinition, dégager un consensus, formaliser et respecter les protocoles / réunions multiples, définition d'un ROI du service, révision de toutes les procédures
- enregistrement d'un suivi et évaluation / en cours

### **3-4 : Planification des activités**

- Convaincre de la nécessité d'une redéfinition / réunions + directives
- Respecter et évaluer / carnet de planification accessible depuis les consultations des gynécologues, application stricte des directives
- Organiser la communication / staff médicaux et de services hebdomadaires et obligatoires

### **Facteurs de succès :**

- Forte implication de la direction
- Forte implication des équipes

## 6. COMMUNICATION

Nous aborderons ici essentiellement la communication en lien avec les indicateurs.

Elle a été réalisée essentiellement sous forme de présentations, par exemple powerpoint, relative aux indicateurs qualité, à l'indicateur taux de césarienne, aux disparités relevées dans le benchmark, aux interprétations possibles.

Elle a visé les équipes médicales et infirmières et a été suivie de discussions.

## 7. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Aucune ressource spécifique n'a été attribuée à ce projet.

Avantages : implication directe des acteurs dans le projet

Désavantages : charge de travail supplémentaire pour plusieurs acteurs (direction, médecins, infirmières, ..)

Cela représente une réelle difficulté : organiser un projet qualité est un investissement. La charge de travail est un coût immédiat difficile à absorber, sans financement direct, mais dont nous savons qu'il génèrera in fine un apport bien plus grand. On parle souvent du coût de la qualité, mais celui de la « non qualité » bien que difficile à mesurer est plus grand encore ...

### OUTPUT – Réalisations

Principales réalisations au décours :

- En lien direct avec le suivi d'indicateurs :
  - Familiarisation des équipes avec les notions d'indicateurs / leur apport / leurs limites
  - Familiarisation des équipes avec la notion de benchmark
  - Mise en place d'un outil d'enregistrement d'indicateurs internes à la maternité
  - Mise en place des outils de planification des inductions
  - Mise en place des outils de planification des césariennes
  - Participation à Navigator
- En lien avec le projet de manière plus globale :
  - Révision des procédures et protocoles avec aujourd'hui une bonne observance
  - Révision du ROI du service
  - Formalisation d'une communication plus systématique
  - Et un ensemble d'autres réalisations en lien avec :
    - Leadership médical et infirmier
    - Organisation du travail
    - Organisation de l'environnement de travail
    - Satisfaction des personnels
  - Au total, le premier objectif, restaurer une dynamique positive dans le service, a été atteint.
- A venir :
  - Poursuivre la mise en place (il persiste des points de difficulté qui sont en cours de traitement)
  - Démarrage d'un IC spécifique « accouchement eutocique »
  - Démarrage d'un IC spécifique « césarienne »

## 8. CONCLUSION

Dans l'objectif visé, restaurer une dynamique positive dans le service « Maternité » du CHTN, la disponibilité d'indicateurs reconnus a permis de mettre en évidence des points forts, des points faibles, et des facteurs de succès, et de rassembler les équipes soignantes autour d'un projet de service orienté vers la qualité.



## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet : Développement des indicateurs du Département Infirmier

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle ?  
infirmière détachée à la collecte  
des données, à l'analyse et à la présentation des données des indicateurs.  
(cellule indicateur département infirmier)
- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?
  1. Définition des indicateurs : formation, qualité, production
  2. Collation des données
  3. Analyse des données
  4. Feed-Back et transmission aux cadres infirmiers et aux unités de soins.
  5. Monitoring hebdomadaire, trimestrielle, annuelle des indicateurs
  6. Présentation et feed-back aux cadres infirmiers

### 3. SCOPE

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

Objectif principal du projet : obtenir un monitoring des indicateurs pour réagir au plus vite et atteindre les objectifs fixés dans chaque indicateur.

- Objectifs complémentaires : améliorer la qualité des soins par un monitoring continu
- Public cible : cadres infirmiers, unités de soins
- Service(s) ou unité(s) impliqué dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun) : toutes sauf pour certains indicateurs spécifiques (Acute Pain Service)
- Etapes principales du projet

### 4. TIMING

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu ?

- Date de démarrage du projet : [1998 au CHU Vésale et étendu à l'ISPPC depuis le regroupement hospitalier](#)
- Date (prévue) de fin du projet : [non prévu, poursuite des monitorings](#)

## 5. INDICATEURS

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques ? [oui, cf. présentation](#)

Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? (Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe)

Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ? [Création par Lambert Lesoil](#)

Dans la cadre du projet, avez-vous eu recours ou vous êtes inspiré d'une méthodologie ou une technique spécifique ? Avez-vous eu recours à des documents scientifiques ou développés par des instituts ou des consultants ? [Revue de la littérature sur la qualité des soins, les indicateurs cf. F.Bardiau, A. Jacquerye, Donabedian...](#)

+ [Business intelligence + cockpit management : développement outil informatique](#)

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées : [circonscrire et définir l'indicateur, récolte des informations venant des différents sources](#)
- Actions menées pour contrer ces difficultés : [meilleures participations et entente avec les départements concernés \(cellule de gestion, RH...\)](#)
- Facteurs de succès : [persévérance, motivation](#)
- Facteurs de risques
- Principaux enseignements : [collationner l'information à un seul endroit c'est à dire au secrétariat de la Direction du Département Infirmier – cellule indicateur](#)

## 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcé l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

[Lors des réunions avec les cadres infirmiers, les Infirmier\(e\)s en Chef et les Directrices de sites](#)  
[Lors de la présentation des séminaires infirmiers avec la participation de 930 personnes/ an](#)  
[Lors du suivi des objectifs et bilans annuels avec les cadres infirmiers](#)

- Type de message / communication
- Techniques de communication utilisées (face to face, mail, réunion, conférence... )  
[réunions, cadres infirmiers, procès-verbaux, contacts directs, mails](#)
- Périodicité de la communication : [variable selon la fréquence de l'indicateur défini\( du quotidien à annuel\)](#)

## 8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet ? Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information ?

- Profil quantitatif et qualitatif des RH utilisées pour la réalisation du projet : [1 ETP/an](#)
- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Si oui, quel est le coût de cette intervention ? [non, création en interne CHU Vésale ensuite ISPPC](#)
- Autres ressources spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...) : [PC, LCD, matériel de bureau, CD, tableau projecteur, livres, logiciels informatiques](#)
- Coût global du projet hors RH : [4000 euros](#)
- Décomposition si possible de ce coût global : [PC portable, Microsoft Office 2007, scanner highspeed, logiciel numérisation des documents, logiciel de statistiques Statel, Microcharts Professionnal Edition, Crystal Graphics Template For Powerpoints, Powerplugs Charts, Tresenter Media, Smart Draw, L'essentiel du tableau de bord, Construire un tableau de bord pertinent sous excell, les nouveaux tableaux de bord des managers, téléchargement exemples fiches.](#)
- Nombre de journées affectées au projet : [1 ETP/an](#)
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions

## 9. OUTPUT - Réalisations

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration menées
- Principaux résultats obtenus – Evaluation de l'impact : [respect du budget financier, atteinte de la qualité auprès du patient](#)
- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet : [poursuite du développement depuis 1998 et ajouts d'indicateurs nouveaux](#)
- Souhaits pour améliorer le projet : suggestions en interne – suggestions en externe : [financer des ressources en matériel et humaine à ce projet par le SPF via le BMF](#)

## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet : **Evolution du pôle de support de gestion**

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, de l'idée ?
- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle ?
- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?

Le pôle de support de gestion s'est structuré de manière progressive, les principaux virages opérés l'ont été suite à un élément déclencheur de l'ordre économique.

#### **Phase 1 : 1980-1999**

A la création des cliniques, le pôle support de gestion n'était constitué que par la cellule du budget, chargée de réaliser et de suivre le budget annuel de l'hôpital.

Face à une problématique financière en 1982, rapidement circonscrite, la direction des Cliniques, appuyée par un cabinet de conseil crée la structure départementale encore en vigueur aujourd'hui. Ainsi, 9 départements cliniques sont créés et dans chaque département, un trio de gestion est nommé : un chef de département, un cadre infirmier de département et un assistant administratif de département (AAD). L'AAD dépend alors hiérarchiquement du chef de département, son rôle est essentiellement orienté vers le contrôle financier dans un contexte d'informatisation de la comptabilité et de la facturation. Outre ce rôle de contrôle, l'AAD crée en collaboration avec les acteurs de terrain les premiers tableaux de suivi d'activité. En 1999, les AAD changent de titre pour devenir les AGD, Assistants de gestion de département.

#### **Phase 2 : 2000-2009**

Une mauvaise année du point de vue financier en 2001 pour Saint Luc, les modifications des règles de financement et plus généralement la pression du financeur induisent une mutation de la fonction d'AGD. Ceux-ci sont de plus en plus sollicités pour des études analytiques telles que business plans, étude de rentabilité, de rationalisation etc. C'est durant cette période que la comptabilité analytique des Cliniques a réellement pris corps. La mission de sensibilisation des AGD auprès des prestataires prend une place encore plus importante. De par leur position « au cœur des départements », ils font passer des messages relatifs aux règles de financement, aux enjeux liés à la facturation et à la récolte de données administratives.

En 2007, les AGD intègrent le pôle de support de gestion sous la supervision directe du directeur financier. Cette modification organisationnelle a pour objectif d'harmoniser les pratiques entre les AGD et de renforcer le partage de connaissance et de faire évoluer les compétences financières des AGD.

Un autre pilier du pôle de support de gestion voit le jour en 2003 avec la création de la cellule Datawarehouse. Cette cellule a pour vocation de rendre accessible et exploitable centralement les données générées à travers toute l'institution. Un travail important est réalisé sur la

validation et l'uniformisation de l'information ainsi que sur la définition des référentiels institutionnels.

### **Phase 3 : à partir de 2010**

Le datawarehouse permet le développement de tableaux de bord sur mesure à l'usage des décideurs et des prestataires de terrain. De nouveaux indicateurs sont suivis en vue de permettre un pilotage de plus en plus précis de l'institution. Il y a 3 personnes au Datawarehouse à partir de mi 2011.

En vue de dynamiser la fonction d'AGD, 3 cellules de gestion ont été créées en 2010 : la cellule de gestion médecine, la cellule de gestion chirurgie et la cellule de gestion support. Ces cellules rassemblent 2 à 3 AGD sous la supervision d'un AGD « manager » chargé d'encadrer les AGD, de les orienter, de les coacher.

La création des cellules de gestion et la centralisation d'une partie des tâches administratives, de contrôle et de production d'information au niveau de la cellule du Budget permet aux AGD d'augmenter leur champ d'action aux ressources humaine, à l'optimisation des processus, au suivi stratégique des départements, au benchmarking etc. Avec une vue plus globale du fonctionnement du département, les AGD endossent progressivement un rôle de gestionnaire au sein des départements.

### **3. SCOPE**

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

Objectif principal du projet

Créer un pôle de support de gestion permettant de fournir aux décideurs le support, les outils, analyses et informations nécessaires à la gestion optimale des Cliniques.

- Objectifs complémentaires

Garantir un contrôle au sein des départements.

- Public cible

Toute personne amenée à prendre des décisions de gestion : Conseil d'administration, comité de direction, hiérarchie médicale, soignante et paramédicale, chefs de services de support et.

- Service(s) ou unité(s) impliqué dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun)

La direction financière se compose du pôle transactionnel (comptabilité, facturation, trésorerie, Service financier patients, planification des séjours) ainsi que du pôle support de gestion (budget, datawarehouse, AGD).

- Etapes principales du projet –

1978 : Création de la cellule du budget.

1982 : Départementalisation et création du poste d'AAD.

1999 : Les AAD deviennent les AGD.

2003 : Création de la cellule datawarehouse qui forme avec la cellule du budget le pôle de support de gestion.

2007 : Rassemblement des 10 AGD au sein du pôle de support de gestion

2010 : Création de 3 cellules de gestion

### **4. TIMING**

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu ?

- Date de démarrage du projet
- Date (prévue) de fin du projet

Non applicable

## 5. INDICATEURS

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques ?

Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? ( Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe)

Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ?

Dans la cadre du projet, avez-vous eu recours ou vous êtes inspiré d'une méthodologie ou une technique spécifique ? Avez-vous eu recours à des documents scientifiques ou développés par des instituts ou des consultants ?

Non applicable

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées
- Actions menées pour contrer ces difficultés
- Facteurs de succès
- Facteurs de risques
- Principaux enseignements

Nous sommes confrontés à un turnover important des AGD. Il s'agit en règle générale de jeunes universitaires, diplômés en économie, gestion ou management qui, après 3 à 5 ans passés dans la fonction quittent les cliniques.

Deux raisons principales expliquent ce turnover important:

- manque de perspective d'évolution de carrière dans la fonction.
- manque de coaching de l'AGD sur les domaines financiers de par son isolement au sein des départements médicaux.

Les solutions apportées sont les suivantes :

- formation complémentaire en gestion hospitalière encouragée.
- rassemblement des AGD qui dépendaient des chefs de département (médecins) au sein d'un pôle situé dans la direction financière.
- Création des cellules de gestion offrant un coaching proche des AGD de la part d'un AGD « manager » et une opportunité d'évolution de carrière.
- Harmonisation des pratiques permettant une mobilité interne pour les AGD qui désirent changer de département pour découvrir une autre facette de l'hôpital.
- Mise en place d'un système de parrainage des nouveaux AGD.

Les facteurs de succès de la mise en place du pôle de gestion sont les suivants :

- Cohésion du groupe (rencontres bimensuelles, team building, gestion par projet)
- Investissement important, tant en ressources humaines qu'en infrastructure informatique (ERP, Datawarehouse).

La bureaucratisation excessive constitue le principal facteur de risque. Elle aurait pour conséquence de distendre le lien de confiance et de partenariat entre les prestataires de terrain et le pôle de support de gestion.

Nous avons vu que les changements les plus structurants étaient déclenchés par des éléments subis et non prévus. Devra-t-on atteindre la prochaine mauvaise surprise pour faire évoluer la structure ? Il s'agit là d'un des enseignements à tirer de cette expérience : avoir une vision à moyen terme permet d'anticiper les changements d'accélérer l'adaptation de la structure aux besoins de l'environnement interne et externe. Dans ce cadre, le département

financier réalise des plans à 3 ans et encourage les différents services médicaux et de support à en faire autant.

## 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcer l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

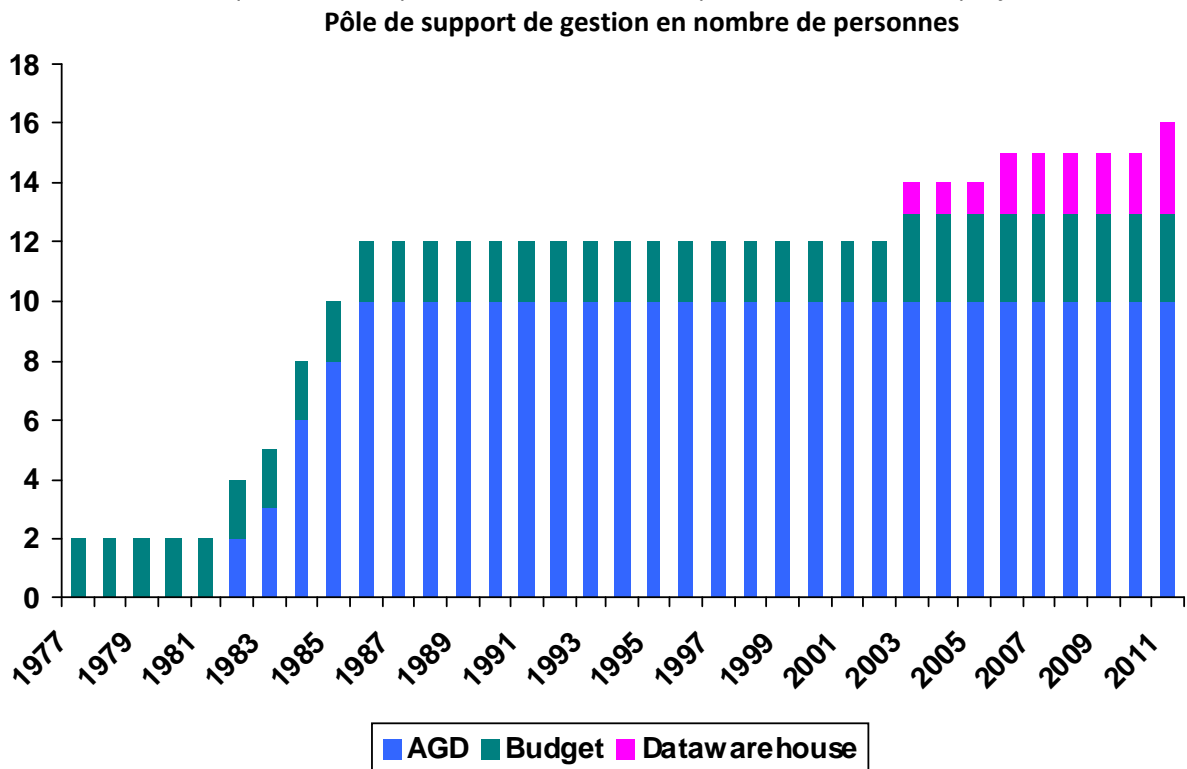
- Type de message / communication
- Techniques de communication utilisées ( face to face, mail, réunion, conférence ... )
- Périodicité de la communication

Il n'y a pas eu de communication concernant l'ensemble du projet, la communication a eu lieu lors de changements de structure, essentiellement par message écrit.

## 8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet ? Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information ?

- Profil quantitatif et qualitatif des RH utilisées pour la réalisation du projet



- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Si oui, quel est le coût de cette intervention ?
- Autres ressources spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...)
- Coût global du projet hors RH
- Décomposition si possible de ce coût global
- Nombre de journées affectées au projet
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions

## 9. OUTPUT - Réalisations

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration menées
- Principaux résultats obtenus – Evaluation de l'impact
- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet
- Souhais pour améliorer le projet : suggestions en interne – suggestions en externe

Merci



## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

- Intitulé du projet NOSOFLASH

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, de l'idée ?  
Docteur AI de Moreau de Gerbehaye
- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle ?  
Idem
- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?
  - Suivi systématique mensuel, par site et par unité de soins : du nombre de nouveaux cas de germes résistants : MRSA, ESBL, Clostridium difficile toxine positive et Bacilles gram négatif non fermentant multi-résistant.
  - Suivi du nombre de dépistage MRSA effectués par site et par unité de soins
  - Suivi ponctuel d'épidémies nosocomiales.
  - Evolution dans le temps de ces paramètres.

### 3. SCOPE

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

Objectif principal du projet

Développement d'un outil d'information et de conscientisation des travailleurs hospitaliers.

Détermination d'un indicateur de la politique et de la qualité de l'hygiène hospitalière  
Information des intervenants.

Identification des cas nouveaux par unité de soins et des cas d'acquisition d'infection nosocomiale.

- Objectifs complémentaires  
Cibler les points critiques : unités, équipes de soins.  
Cibler les actions de l'équipe d'hygiène.  
Implémenter des mesures spécifiques.
- Public cible  
Equipe médicale et soignante des unités de soins.  
Le personnel en contact avec les patients (brancardage, services médico-techniques, personnel d'entretien).
- Service(s) ou unité(s) impliqué dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun)  
Tous les services de l'hôpital
- Etapes principales du projet –

1. Elaboration quotidienne d'un bulletin épidémiologique reprenant tous les germes pathogènes pour lesquels des précautions additionnelles sont indispensables et diffusion de ce bulletin.
2. Intervention des équipes d'hygiène, utilisation du bulletin épidémiologique pour l'élaboration d'un fichier d'isolement qui sert de tableau de bord à l'intervention de l'équipe d'HH.
3. Vérification de l'encodage de tous les BE du mois dans le tableau d'isolement
4. Etape statistique : élaboration de requête dans le programme statistique du laboratoire Infopartner.
5. Comptage manuel et Confection des tableaux Nosoflash (X-cell)
6. Diffusion du Noso-Flash par mail et puis par Intranet.

#### 4. TIMING

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu ?

- Date de démarrage du projet  
Bulletin épidémiologique : 17 mars 2005  
Nosoflash : janvier 2008.
- Date (prévue) de fin du projet  
En continuité.

#### 5. INDICATEURS

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques ?

Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? ( Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe)

Il s'agit du nombre de dépistages, par unité de soins et par mois, pour le MRSA.

Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ? NON

Dans la cadre du projet, avez-vous eu recours ou vous êtes inspiré d'une méthodologie ou une technique spécifique ? Avez-vous eu recours à des documents scientifiques ou développés par des instituts ou des consultants ?

Programme Infopartner pour la partie statistique, permettant de réaliser le bulletin épidémiologique.

#### 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées  
La récolte des données  
Les fichiers d'isolement  
La diffusion des données
- Actions menées pour contrer ces difficultés  
Vérification systématique par le médecin responsable  
Identification d'un responsable pour la diffusion
- Facteurs de succès  
Systématisation mensuelle des données
- Facteurs de risques  
Le projet ne repose que sur 1 personne

- Principaux enseignements  
L'importance du système informatique dans le processus.  
L'implication des personnes dans la rédaction des différentes étapes du processus.  
Le suivi dans les unités de soins

## 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcer l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

- Type de message / communication  
Mail et Intranet.
- Techniques de communication utilisées ( face to face, mail, réunion, conférence ... )  
Entretiens avec des responsables d'unité.  
Mail.  
Présentation systématique des résultats au comité d'hygiène hospitalière et au comité technique d'hygiène hospitalière (réunion mensuelle)
- Périodicité de la communication  
Mensuelle.

## 8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet ? NON

Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information ? NON

Le projet nécessite une grande consommation de temps de médecin et infirmier.

- Profil quantitatif et qualitatif des RH utilisées pour la réalisation du projet  
Médecins et infirmières hygiénistes.
- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Si oui, quel est le coût de cette intervention ?
- Autres ressources spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...)  
Programme Infopartner  
Matériel informatique
- Coût global du projet hors RH  
Non évalué
- Décomposition si possible de ce coût global
- Nombre de journées affectées au projet  
Pour le bulletin épidémiologique : au moins 2 heures de validation quotidienne pour le médecin  
Pour la rédaction du fichier d'isolement : 1/2h par jour par infirmière hygiéniste  
Pour l'élaboration du Nosoflash : 5 après-midis par mois pour le médecin.
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions

## 9. OUTPUT - Réalisations

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration menées  
Définition de points critiques permettant des actions efficaces par l'équipe d'hygiène.  
Ciblage des unités problématiques.  
Révision des procédures en fonction des constats.  
Effort de formation.

- Principaux résultats obtenus – Evaluation de l’impact  
Diminution de l’incidence des germes suivis dans les trois sites.
- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet  
Poursuivre le projet.
- Souhaits pour améliorer le projet : suggestions en interne – suggestions en externe  
Automatisation  
Support informatique plus spécifique et développement de programmes  
Augmentation de l’équipe responsable du projet : appropriation du projet par d’autres médecins.  
Extension du projet à toutes les catégories de personnel -> message à adapter en fonction du type de personnel (personnel d’entretien, personnel logistique,...)

Merci

## FICHE DESCRIPTIVE : SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES DU PROJET

- Titre du projet : **PREACTIVATIE VAN HET CATHLAB**

### 2. INTEGRATION

- Qui est à l'origine du projet et qui a eu l'idée?  
*Dr. Waterbley (algemeen directeur)*
- Qui a développé le projet et l'a géré d'un point de vue opérationnel ?  
*Dr. Stockman (anesthesist-urgentist), Dr. Beeuwsaert (cardioloog, hoofdgeneesheer),  
Dr. Stammen (cardioloog), Dr. Spoelders (anesthesist, diensthoofd spoedgevallen),  
Dr. Vandecandelaere (dir. Kwaliteit en Erkenning), Lieven Lust (dienstoverste spoedgevallen en cathlab), Wim Seynaeve (hoofdverpleegkundige spoedgevallen/MUG), Patrick Van Coillie (hoofdverpleegkundige CathLab)*
- Pouvez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?

*Une reperfusion rapide après un infarctus aigu du myocarde est déterminante pour la survie future. Cette reperfusion peut être réalisée par une thrombolyse ou par un PTCA rapide. Notre projet identifie dans une première phase l'enregistrement des temps auprès des différentes personnes de contact. Par ailleurs, l'intention est également de redévelopper le processus d'activation afin que le moins de temps possible soit perdu. La préactivation préalable à l'admission est également définie, éventuellement même lorsqu'elle est effectuée par des médecins externes tel qu'un médecin généraliste, sur place chez le patient. La stratégie de transport secondaire est également soulignée pour raccourcir le temps de transport entre hôpitaux. Pour ces deux derniers points, un contact a été établi avec les hôpitaux et prestataires associés. Dans une phase ultérieure, l'analyse sera faite de savoir comment l'organisation du transport effectué par un centre de référence pourrait réduire le taux de mortalité.*

### 3. PERIMETRE

- Objectifs importants pour le projet :

*Centralisation et activation plus efficace du CathLab, avec réduction des interventions non nécessaires.*

*Réduction du temps Door-To-Balloon*

*Uniformité et rationalisation dans la terminologie et dans les indications nécessaires à un transport secondaire rapide.*

- Objectifs additionnels :

*Réduire ou éliminer le temps de transport (de préférence en faisant appel à un médecin généraliste d'un centre de référence pour une indication secondaire ou tout au moins par une communication très fluide de sorte que le transfert puisse avoir lieu rapidement).*

*Augmenter la satisfaction des référents d'une part par une sensibilisation au temps d'intervention, d'autre part par une intervention rapide du service d'urgences lorsque l'intervention du centre de référence ne paraît pas appropriée. Pour les médecins d'urgences sur le terrain, une responsabilisation par le contact direct avec le cardiologue interventionnel, et une diminution du temps perdu pour le traitement des indications jusqu'au PCI primaire.*

- Le public visé :  
*Les patientes avec une indication d'une angioplastie primaire dont l'état de santé peut être amélioré par un transfert rapide vers une salle de cathétérisme. .*
- Service (s) ou entité impliqués dans le projet (si nécessaire le rôle de chaque personne).  
*Service d'urgence*  
*Service de cathétérisme*
- Etape importante pour le projet :

*Analyse du problème : janvier 2007*

*Analyse de la littérature*

*flowcharts v/ drafts Pre-Activatie CathLab en Secundair Transport: avril 2007*

*1° version définitive : Référence au Cathlab Urgence: juin 2007 – septembre 2007*

*Formation du personnel CathLab et des urgences : juillet 2007*

*Implémentation : juillet 2007*

*Suivi : continu*

*Information des centres de référence (service des urgences, cardiologues, médecins d'urgence, médecins SMUR, direction : janvier 2011*

#### **4. TIMING**

- Date de début de projet :  
*Cfr supra*
- Date prévue de fin de projet :  
*En cours. La phase d'implémentation est également passée.*

#### **5. INDICATEURS**

- Lesquels?  
*Temps Door-To-Balloon ,*
- $\Delta T$  arrivée au CathLab-pose du balloon
  - Basé sur des indicateurs existants? OUI

*DTB=door-to-balloon time - (référence : médiane DTB 100.4 min +/-23.5 dans 365 hôpitaux, N Engl J Med 2006;355)*

1.  $\Delta t$ = différence de temps entre l'arrivée au CathLab et la première pose de balloon (référence: médiane 37 min dans 1347 hôpitaux, NDMI 4)

- Méthodologie spécifique ?

*Pas de méthodologie spécifique (cfr phasage ci-dessous).*

## **6. DIFFICULTES**

- Problèmes principaux :

*Communication, enregistrement, traitement, suivi*

- Actions entreprises pour résoudre ces problèmes :

*Soutien de la Direction (collaborateurs du staff)*

- Facteur clef succès :

*Approche multidisciplinaire de toutes les personnes concernées.*

- Facteurs de risque :

*Equipement (cfr les chiffres de départ semblent être bons avant même l'intervention.)*

*Suivi, information à répéter*

## **10. COMMUNICATION**

- Type de message/communication

*Communication interne par mail, sessions d'information, réunions, intranet, poster, système de gestion de document. Communication externe par courrier.*

- Technique de communication utilisée (face à face, mail, réunion, conférence, ...)
- Fréquence de communication : limitée aux différentes étapes du projet.

## **7. MOYENS INVESTIS ET COUTS**

Profil des ressources humaines en quantité et en qualification à intégrer au projet :  
*médecin clinicien (total d'environ 30 heures), direction (10 heures), collaborateurs de staff (20 heures), nursing (10 heures), médecin chef de service + formation d'une heure par collaborateur, secrétariat (8 heures)*

Consultants ?

*Non, seulement des collaborateurs dans les hôpitaux...*

Moyen spécifique autre en dehors des ressources humaines (software, matériel, ...)

*MS Office produit classique, Intranet.*

Coût global sans les ressources humaines:

*Il s'agit uniquement du coût d'expédition vers tous les partenaires externes concernés, référent, poster, formulaire d'enregistrement.*

Détail si possible des coûts globaux.

*Le coût n'est pas chiffré.*

Jours supplémentaires associés au projet

*Aucun.*

Détail de séjour par fonction *cfr a.*

## 8. REALISATION

En fonction de l'évolution de votre projet, pouvez-vous nous donner l'information suivante ?

Action d'amélioration entreprise

- Rédaction d'une description de processus et optimisation
- Sensibilisation des collaborateurs et des référents.
- feedback des données enregistrées.

Principaux résultats atteints – évaluation de l'impact

*Lors de l'analyse du problème et analyse de la littérature, il est apparu que les résultats du processus HHRM en soi étaient inférieurs à la comparaison de la littérature : 91,6% des patients restent en dessous de la référence DTB de 90 minutes. Le temps Cathlab reste 100% en-dessous de la référence.*

*Les temps :*

	<i>Pre-interventie</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
<i>Moyenne DTB</i>	<i>0:50</i>	<i>1:04</i>	<i>0:49</i>	<i>0:37</i>	<i>0:45</i>
<i>Médiane DTB</i>	<i>0:51</i>	<i>0:55</i>	<i>0:42</i>	<i>0:35</i>	<i>0:36</i>
<i>Moyenne Δt</i>	<i>0:20</i>	<i>0:21</i>	<i>0:21</i>	<i>0:23</i>	<i>0:23</i>
<i>Médiane Δt</i>	<i>0:20</i>	<i>0:20</i>	<i>0:20</i>	<i>0:22</i>	<i>0:20</i>

*Même après une hausse initiale (non significative), une tendance vers une baisse du DTB apparaît, aussi bien pour la moyenne que pour la médiane, ce qui indique une amélioration du processus.*

Volonté de prolonger le projet :

*Le projet a démarré avec l'intention de le prolonger et de l'ouvrir à des hôpitaux externes après une phase initiale interne. C'est ce qui s'est passé. L'aspect satisfaction des référents (cfr objectifs secondaires) n'a pas été couvert.*

Souhait d'améliorer le projet : suggestions internes – suggestions externes

*Meilleurs outils d'enregistrement des données : pour cela il sera fait usage à partir de 2011 de « Cardio Report » à partir du dossier électronique du Cathlab.*



## FICHE DESCRIPTIVE : SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES DU PROJET

- Titre du projet : TRAJET DE SOINS POUR UNE FRACTURE DU COL DU FEMUR

### 2. INTEGRATION

*Tous les 5 ans ont lieu à l'hôpital les journées du management. Ces journées ont pour objectif de déterminer les objectifs prioritaires des 5 ans à venir. Lors de cette journée, le feedback du Ministère est discuté dans le cadre du contrat de sécurité du patient. Ce feedback consiste en une banale scorecard avec des indicateurs de sécurité du patient et un certain nombre d'indicateurs de performance économiques et cliniques.*

*Il ressort de cette balance scorecard un niveau de mortalité élevé pour les fractures de hanche. Ce qui est important dans cette analyse est la position vis-à-vis des autres institutions. L'orthopédiste et l'infirmier responsable du département de chirurgie se sont révélés surpris mais reconnaissent qu'il y a au sein du processus clinique un certain nombre de points d'achoppement.*

*On suppose que ces derniers sont partiellement responsables du niveau élevé de mortalité.*

*Après cette prise de conscience, la question s'est posée au sein du réseau des itinéraires cliniques de l'intérêt de participer à une étude internationale permettant de mesurer les effets de cet itinéraire clinique. Cette étude s'est présentée comme une opportunité qu'il fallait saisir. Instruments de mesure et clefs d'intervention nous ont été proposés par le réseau. Par ailleurs, le cadre contraignant dans lequel il convenait de réaliser cette analyse rassurait quant au fait que le projet ne s'enliserait pas. Au début de 2009, une mesure préliminaire a été effectuée, coordonnée par le coordinateur qualité et le responsable nursing du département de chirurgie. En 2010, un groupe de travail multidisciplinaire a été mis en place sous la responsabilité du coordinateur qualité. Ce groupe de travail était composé du responsable nursing du département, d'un médecin orthopédiste, d'un kinésithérapeute, d'un assistant social et d'un gériatre.*

*Ce groupe de travail a analysé de manière critique les résultats de la mesure préliminaires, a établi un plan de travail, a fait l'inventaire des points critiques à examiner, à fixé les rendez-vous nécessaires et a établi un document de suivi. L'itinéraire clinique a été mis en place et de nouvelles mesures ont été effectuées à partir de début 2011.*

### 3. PERIMETRE

Objectifs principaux du projet : diminution de la mortalité chez les patients avec une fracture du col du fémur.

Objectif secondaire : établir une meilleure procédure de sortie.

3.3. Service(s) et entité impliqués dans le projet (si nécessaire le rôle de chaque personne)

*Le noyau dur de l'équipe est constitué du responsable nursing de l'unité de soins, d'un médecin orthopédiste, d'un kinésithérapeute et d'un assistant social. Le gériatre, l'ergothérapeute et le diététicien(ne) sont également impliqués dans le projet. Ils donnent un avis concernant les soins gériatriques, l'autonomie dans la vie quotidienne et l'alimentation.*

Etapes importantes du projet :

*En 2009, une mesure préliminaire a été effectuée auprès de 20 patients. L'objectif était de déterminer les aspects cliniques de l'itinéraire clinique. Un certain nombre d'indicateurs ont également été mesurés.*

*En 2010, un plan de travail a été mis en place sur base de l'analyse effectuée au sein du groupe de travail, des moments clés d'intervention au cours de l'itinéraire clinique, un inventaire des goulots d'étranglement a été dressé et un document spécifique de suivi a été mis en place.*

*En 2011, les mesures effectuées ont permis d'évaluer le processus de soins au sein de cet itinéraire clinique. Une deuxième série d'analyses a ensuite été effectuée pour mesurer l'effet de l'itinéraire clinique.*

#### **4. PLANNING**

Date de début de projet: 1/4/2009

1/4/2009 – 15/7/2009: mesures préliminaires

1/6/2010 – 3/12/2010: développement de l'itinéraire clinique

6/12/2010 – 30/11/2011: mesure des suivis

Date de fin de projet :

30/11/2011, l'itinéraire clinique sera ensuite évalué sur une base périodique.

#### **5. INDICATEURS**

Lesquels ?

Au jour +1 postopératoire, les aspects suivants doivent être évalués par le nursing :

- Douleur (Score VAS)
- Statut cognitif
- Traction préopératoire
- Intervention dans les 24 heures après admission

Au jour +2 post-op, les aspects suivants doivent être évalués par le nursing du département :

- Score VAS
- Statut Cognitif

- Mobilisation (active – passive-, jour +1 et jour +2)

A la sortie:

- Douleur (score VAS)
- Statut cognitif
- Mobilisation
- Statut fonctionnel (KATZ)
- Mobilité
- Complications
- Statut social
- Sortie + destination
- Prophylaxie anti thrombotique

31 jours après la sortie, les aspects suivants sont évalués sur base d'une interview téléphonique combinée à une liste de questions à remplir par le patient :

- Résidence
- Statut social
- Mobilité
- Statut fonctionnel (KATZ)
- Mortalité
- Réadmission
- Qualité de vie

Les aspects suivants sont mesurés sur base d'une analyse de dossier :

- Trajet du patient lors de la période d'hospitalisation
- Historique médical (enregistrement de la co-morbidité, eschare, médication à domicile)
- Analyse préopératoire effectuée (radio, prise de sang, Hgb)
- Qualité de l'enregistrement préopératoire (statut cognitif, douleur, mobilité, historique de chute, consultation du service social).
- Qualité de l'enregistrement postopératoire (statut cognitif, douleur, balance, équilibre)
- Alimentation
- Prévention du décubitus
- Médications
- Cathéter urinaire et drain pour plaie
- Consultation gériatrique

Sur base des indicateurs existants ? OUI *Les indicateurs sont proposés par le réseau des itinéraires cliniques dans le cadre de leur étude. Les indicateurs sont choisis sur base des moments clés d'intervention.*

Méthodologie spécifique ?

*Les indicateurs sont en phase avec la méthodologie des itinéraires cliniques.*

## 6. DIFFICULTES

L'implication des médecins dans le projet :

*La présence du médecin orthopédiste aux différentes réunions n'est pas assurée dans la mesure où le développement d'un itinéraire clinique prend beaucoup de temps. C'est pourquoi il est important lors de la planification des réunions de tenir compte de l'agenda du médecin responsable.*

*Il est important d'effectuer un sondage préliminaire pour déterminer la période de réunion la plus appropriée. Il est apparu lors d'une réunion avec le médecin qu'il ne pouvait être présent qu'à un jour bien déterminé, à midi, et cela pendant un quart d'heure. Tout a donc été mis en place pour que les différents aspects à évaluer avec le médecin soient*

*concentrés et discutés pendant ce quart d'heure. Cette manière de travailler s'est révélée très efficace.*

*L'importance de l'engagement médical et de la présence d'un médecin à une réunion de coordination doit cependant être soulignée. Un médecin impliqué peut exercer l'influence nécessaire sur les membres du groupe de travail, ce qui est indispensable à la bonne prise de décision. Le médecin insiste souvent lors des discussions et des débats sur qui fait quoi. Nous constatons qu'un médecin impliqué dans la discussion privilégie l'importance d'un itinéraire clinique bien organisé à l'importance de l'intérêt des groupes individuels.*

L'implémentation d'un itinéraire clinique :

*Le développement d'un itinéraire Clinique dans un petit groupe de travail et l'implication des intervenants principaux n'est pas une garantie de la réussite du projet. Lors des séances d'information de nursing, nous constatons beaucoup de résistance. La remarque principale est : encore du travail en plus.*

*Ici aussi la présence du médecin est très importante. Il a l'autorité et l'influence nécessaire pour compenser cet argument de travail additionnel par l'importance de l'intérêt du patient et d'un bon trajet de soins.*

*Lors des séances d'information des équipes infirmières, le médecin n'était pas toujours présent, mais seulement lors du dernier quart d'heure au cours duquel il avait l'occasion de souligner l'importance du projet et ainsi encourager chacun à travailler dans la même direction.*

Les mesures peuvent demander beaucoup de temps :

*Effectuer des mesures est un travail intensif dans la mesure où un grand nombre d'indicateurs est demandé à différents moments. La question est de savoir si à l'avenir l'utilisation du set d'indicateurs reste réalisable. D'autant plus que tous ces indicateurs sont enregistrés sur papier et que chaque dossier doit être sorti pour être analysé. Un dossier électronique du patient pourrait être ici d'un grand intérêt. A l'avenir, il est également nécessaire d'évaluer si le set d'indicateurs ne doit pas être réduit et si les données ne doivent pas être extraites de la Datawarehouse du RCM.*

*Les enquêtes à effectuer auprès des patients à 30 jours et six mois après leur sortie demandent également beaucoup de temps. Pour l'instant quelqu'un se consacre à cette activité partiellement. La question est de savoir si à l'avenir cela restera réalisable, et si une enquête écrite ne serait pas suffisante.*

Le choix des différents corps de métier qui doivent participer au groupe de travail :

*Le groupe de travail était constitué à l'origine d'un médecin orthopédiste, d'un gériatre, du responsable nursing de l'unité de soins, d'un kinésithérapeute et du service social. Cette composition était liée au fait*

*que le suivi interne était postopératoire et qu'un problème pouvait être rencontré avant la sortie du patient.*

*Après avoir établi les moments clés de l'intervention, il est apparu que l'état nutritionnel et le statut fonctionnel avait une influence importante sur la sortie. Le groupe de travail a dès lors été étendu à une diététicienne et à une ergothérapeute.*

*Dès l'instant où le rôle du service d'urgence ne devait pas spécialement être revu dans l'itinéraire clinique, ce dernier n'a été intégré qu'en dernier lieu dans la concertation. L'avenir nous indiquera si cela est suffisant. .*

L'itinéraire Clinique se limite à l'unité de soins chirurgicale. Certains patients proviennent également de la gériatrie.

*Les intervenants de soins en gériatrie ne sont pas au courant de l'itinéraire clinique et des documents qui sont utilisés. Lors d'une évaluation ultérieure de cet itinéraire, il faudra déterminer si l'itinéraire clinique doit être mis en place également dans le service de gériatrie.*

## **11. COMMUNICATION**

*L'itinéraire Clinique est présenté lors d'une réunion d'équipe au cours de laquelle les deux unités de soins les plus impliquées pour des patients souffrant d'une fracture de hanche sont présentes. La présence du médecin orthopédiste est ici également importante.*

*Les versions papier de l'itinéraire clinique sont mises à disposition des unités de soins. Les infirmiers des urgences sont informés par leur responsable, qui a participé à la concertation au sein du groupe de travail et y a été informé du rôle du nursing du service d'urgences.*

## **12. MOYENS INVESTIS ET COUTS**

*Estimation du coût salarial en tenant compte des salaires à l'heure pour les différentes disciplines:*

	Salaire
8 réunions internes avec les médecins, les kinésistes, le responsable nursing, le coordinateur qualité, l'ergothérapeute, le service social et la diététique.	5.052 €
2 réunions entre les responsables nursing et l'ergothérapeute.	252 €
Travail préparatoire des responsables nursing et du coordinateur qualité pour les réunions.	1.472 €
Formation des responsables nursing et du coordinateur qualité (3 groupes de travail organisés par le réseau des	793 €

itinéraires cliniques)	
Réunion d'équipe au cours de laquelle la mise en place de l'itinéraire Clinique est proposée à deux unités de soins.	3.563 €
Enquête téléphonique après trente jours et après six mois auprès de 20 patients auprès desquels les indicateurs sont mesurés.	509 €
Analyse des dossiers des 20 patients inclus dans l'étude.	677 €
<b>Coût total du projet</b>	<b>12.318 €</b>

### 13. REALISATIONS

*Rédaction de l'itinéraire clinique. Les différents services où des patients sont admis disposent d'une version plastifiée de l'itinéraire clinique qui leur sert de fil conducteur.*

*Un document de suivi est mis en place pour suivre la mobilité, la fonction ADL, le statut social et nutritionnel du patient. Ce document sert de base à la concertation multidisciplinaire.*

*Au jour +5, une concertation structure à lieu entre le médecin, le kinésithérapeute et le service social. Lors de cette concertation l'état du patient est évalué en fonction de la sortie. Si nécessaire, le plan de traitement est adapté.*

*Des réunions sont planifiées pour le suivi médical relatif à l'ostéoporose, la sous-alimentation et l'état de confusion.*

*Des consultations avec la diététique et le service social sont à présent intégrées de manière structurelle. Il est également établi ce qui doit être discuté lors de ces consultations.*

*Dès l'instant où le projet est toujours en cours et où les mesures ne sont pas encore totalement effectuées, l'effet de l'itinéraire Clinique sur l'outcome ne peut pas être totalement déterminé.*

## FICHE DESCRIPTIVE SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES PROJET

Intitulé du projet : **Quartier Opérateur : A la conquête de l'efficiace**

### 2. INTEGRATION

Dans cette première question, nous voudrions que vous nous racontiez la naissance du projet, sa mise en place et que vous nous donniez une brève description de ces aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, de l'idée ?

**La direction Générale (Madame Patrice Buyck) et la direction générale médicale (Prof Nathan Clumeck) ont pris conscience de la nécessité d'investir dans une réorganisation du Quartier Opérateur.**

- Qui a développé et géré le projet de manière opérationnelle ?

**Les directions ont décidé la création d'un Comité de Gestion Opérationnel du Quartier Opérateur. C'est ce comité qui va faire des propositions et gérer le suivi quotidien des projets d'amélioration. Ce comité de gestion rend compte à la Direction générale médicale et au comité de gestion stratégique où les différentes directions sont représentées.**

- Pourriez-vous expliquer en quoi consiste le projet ?

**Etablir sur le terrain un comité de gestion opérationnel pluridisciplinaire dont les missions sont les suivantes :**

- ✓ **Etablir, actualiser et optimaliser le programme d'attribution des plages opératoires et des salles d'opération.**
- ✓ **Mettre en adéquation les ressources humaines et matérielles aux besoins liés à l'activité.**
- ✓ **Coordonner les interactions avec les autres secteurs de l'hôpital (unités de soins, pharmacie et stérilisation, informatique, lingerie et services techniques).**
- ✓ **Veiller à la maintenance du plateau technique.**
- ✓ **Veiller au respect des règles de sécurité, d'hygiène et de qualité des soins**
- ✓ **Veiller à l'enregistrement correct des données à visée de facturation et de statistiques.**



- ✓ Gérer le stock du matériel mis à disposition dont l'approvisionnement est réalisé par la pharmacie et sous la responsabilité du pharmacien.
- ✓ Analyser et proposer les procédures du quartier opératoire en cherchant l'efficacité de l'organisation générale du quartier opératoire

Le comité rassemble un représentant des chirurgiens (Prof Rika Deraemaeker, adjointe à la direction médicale), un représentant des anesthésistes (Dr Inge Pastijn), l'infirmière en chef du quartier opératoire (Brigitte Croix) ainsi qu'un coordinateur opérationnel (Olivier Ferrali). Le CGO se réunit de manière hebdomadaire et en toute circonstance dictée par la nécessité, afin de fixer le programme de la semaine suivante et de s'assurer du suivi des différentes actions entreprises. Il veille à intégrer dans le programme les urgences éventuelles. Le comité se réunit mensuellement avec les responsables de l'hygiène. Le comité se réunit mensuellement avec les responsables de la qualité

Le Prof. Deraemaeker assure la coordination du comité de gestion dans le respect des missions préalablement définies, elle rend compte à la direction générale médicale.

Le Dr Pastijn assure la représentation du corps d'anesthésie et assure la gestion du planning opératoire en étroite collaboration avec le corps infirmier et le Prof Deraemaeker. Olivier Ferrali, coordinateur du quartier opératoire, sous la supervision de la Direction générale, assure le suivi des projets de gestion globale du quartier définis par le comité de gestion. Il coordonne les services de supports (les stocks en pharmacie, l'organisation des achats, les interactions avec la stérilisation,...) et leurs fonctionnements avec le quartier opératoire.

### 3. SCOPE

Nous souhaitons ici que vous précisiez les objectifs du projet, les personnes impliquées et que vous détailliez les principales étapes de réalisation de ce projet.

- Objectif principal du projet
  - **Mettre en place une structure de gestion spécifique au quartier opératoire**
- Objectifs complémentaires
  - Améliorer la coordination entre les différents services qui entourent le quartier opératoire afin d'arriver à une fluidité des flux
  - Amélioration de la gestion des ressources humaines
  - Amélioration de la gestion des achats et du parc de matériel
  - Coordination de la maintenance biomédicale
  - Contrôle des flux de médicaments, prothèses etposables
  - Rationalisation de la stérilisation
  - Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (description des circuits patients)
  - Gestion des événements indésirables : Observation-Analyse-Action
  - Gestion de la communication
  - Informatisation du quartier opératoire

- **Anticiper les changements et adapter l'environnement à l'activité future**
  - **Simplification des liens hiérarchiques entre le comité, les directions et les ressources humaines du Quartier opératoire**
  - ...
- **Public cible**
    - **Brancardiers**
    - **Equipe de soutien (aides logistiques et aides soignantes)**
    - **Infirmiers (chef, second, chef de services)**
    - **Instrumentistes**
    - **Perfusionniste**
    - **Chirurgiens (et spécialistes)**
    - **Anesthésistes**
    - **Préposé nettoyage**
    - **Secrétaires**
    - **Personnel de la Pharmacie**
    - **Personnel de la Facturation**
    - **Personnel de la Stérilisation**
    - **Acheteurs**
    - **Biotechniciens**
    - **Les directions générale et médicale**
  - **Service(s) ou unité(s) impliqué dans le projet (expliquer si nécessaire le rôle de chacun)**
    - **Le Service d'anesthésie**
    - **Le service de chirurgie et spécialistes**
    - **Le département nursing**
    - **La pharmacie**
    - **Les achats**
    - **La stérilisation**
    - **La maintenance biomédicale**
    - **La facturation**
    - **Le service de nettoyage**
  - **Etapes principales du projet –**
    - **Extension du comité de gestion (anesthésiste-nursing)**
    - **01/01/2010 : Nomination du Prof Deraemaeker comme adjointe à la direction médicale**
    - **01/02/2010 : détachement d'un agent de la facturation au quartier opératoire**
    - **01/04/2011 : Nomination d'un coordinateur pour la quartier opératoire**

#### 4. TIMING

Pourriez-vous nous donner la date de démarrage du projet (en précisant si nécessaire de temps de préparation qui a précédé le démarrage réel) et soit la date de fin si la projet est terminé soit la date prévue de fin soit nous expliquer si le projet est récurrent ou continu ?

1. Date de démarrage du projet  
**1<sup>er</sup> Janvier 2010**
2. Date (prévue) de fin du projet  
**Indéterminée ce jour**

## 5. INDICATEURS

Dans le cadre du projet, avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques ?

**Oui**

- Si oui pouvez-vous nous indiquer ci-dessous la liste des indicateurs utilisés ? ( Si vous disposez de documents complémentaires intéressants pouvez-vous nous les communiquer en annexe), Avez-vous développé ces indicateurs vous-mêmes ou vous êtes vous basés sur des indicateurs existants si oui lesquels ?
  - **Sur base du rapport de la MeaH de Septembre 2006 (cf annexe) :**
    - **Nombres d'heures d'ouverture du programme opératoire**
    - **Les temps opératoires**
    - **Taux d'occupation**
  - **Développement interne**
    - **Evolution du nombre d'interventions,**
    - **Le nombre d'interventions en rapport avec les K et N**
    - **Heures d'absentéisme au niveau du nursing**
    - **Variation du chiffre d'affaire**
    - **Suivi des consommations par intervention et par rapport au code de remboursement**
    - **Variation du montant des stocks**

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés, la nature de ces difficultés et la façon dont elles ont pu ou non être surmontées sont toujours riches d'enseignements. Pourriez-vous nous décrire les principaux problèmes ou challenges rencontrés dans le projet ?

- Principales difficultés rencontrées : **la « non-volonté de certaines RH au changement et le nombre trop important de projets introduits**
- Actions menées pour contrer ces difficultés : **fractionnement des projets, communication et discussion avec les RH sur place...**
- Facteurs de succès : **observation, anticipation, analyses, description des profils, organisation, communication, formation et responsabilisation, le but étant d'augmenter l'efficacité**
- Facteurs de risques : **projets complexes et trop nombreux suscitant anxiété et stress**
- Principaux enseignements : **communication, simplification, formation, responsabilisation, valorisation, respect et bien-être**

## 7. COMMUNICATION

Votre projet pour être lancé, pour sa mise en place, pour renforcer l'adhésion ou pour motiver les participants à sans doute fait l'objet de communications en interne. Vous avez peut-être aussi communiqué à propos des résultats de ce projet soit en interne soit en externe, pouvez-vous nous expliquer comment vous avez réalisé cette communication ?

- Type de message / communication : **écrits de doléance concernant des événements indésirables, entretiens personnels, mail pour toute RH, les News sur les tableaux de bords dans les couloirs et dans les salles**
- Techniques de communication utilisées (face to face, mail, réunion, conférence, ... ) : **séminaires, assemblée générale, formation des RH,**

**création des UFO ( Unité Fonctionnelle et Opérationnelle, constituée d'Anesthésiste, Chirurgien, Infirmiers, et le comité de gestion opérationnel), disponibilité des informations sur les écrans de TV.**

- Périodicité de la communication : **une assemblée par an, un séminaire par semaine, 4 à 5 formations par an, 2 UFO par an**

#### **8. RESSOURCES INVESTIES ET COUTS**

Quelqu'un dans votre hôpital a-t-il mesuré les ressources investies dans ce projet ? Un coût a-t-il été calculé pour différents éléments ou de façon globale. Pourriez-vous partager cette information ?

- Nomination d'un coordinateur opérationnel  $\frac{3}{4}$  temps au projet
- Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider à réaliser votre projet ? Non
- Autres ressources spécifiques en dehors des RH utilisées (soft, matériel...) : Non
- Coût global du projet hors RH : néant
- Décomposition si possible de ce coût global
- Nombre de journées affectées au projet: 10/10<sup>ème</sup> (1ETP) répartis sur plusieurs mois
- Décomposition de ces journées par profil de fonctions

#### **9. OUTPUT - Réalisations**

En fonction de l'état d'avancement de votre projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

#### *Actions d'amélioration menées*

##### **Au niveau organisationnel, actions du 1<sup>er</sup> janvier 2010**

- **Mise en place du circuit des événements indésirables avec le service qualité de l'hôpital. Le comité de gestion assure depuis fin Août la gestion des événements et propose des réactions rapides.**
- **Description d'un profil de fonction de l'équipe de soutien et formation de l'équipe fin Juin**
- **Formation et test du fonctionnement de la future armoire Vanas au sein du quartier opératoire du personnel de l'équipe de soutien.**
- **Installation de l'armoire Vanas en Juin 2010 après analyse et amélioration des interactions avec les anesthésistes et leur dossier informatisé pour simplifier toutes les procédures. De nombreuses améliorations sont en cours depuis l'installation de l'armoire en collaboration avec la pharmacie. Les deux dernières en dates (identification des médicaments manquants sur les plateaux en identifiant les salles, et la mise en place d'un scanning pour aller plus vite dans l'identification du patient).**
  - **La pharmacie est restée une semaine sur place pour assurer la formation du personnel du quartier opératoire**
  - **Plus de problème de rupture de stock de médicament depuis l'armoire Vanas**
  - **Réunions régulières entre pharmacie, anesthésistes et les firmes concernées pour améliorer le système et la facturation.**
  - **Mise en place d'une procédure d'urgence (affichée sur l'armoire et formation du personnel, le lundi 25 Octobre)**

- En contrepartie de l'installation de l'armoire Vanas, nous avons étoffé et redéfini les missions de l'équipe de soutien qui normalement est le principal utilisateur de l'armoire Vanas.
  - Engagement de +/- 5 ETP de soutien logistique en supplément de staff préalable qui était insuffisant
  - Description du profil de fonction
  - Test de l'organisation d'un référent de l'équipe de soutien pour deux salles d'opération
    - Le retour est très positif (responsabilisation, collaboration avec l'équipe nursing...)
    - Le personnel comprend mieux la préparation du matériel
    - Mise en place du nouveau système depuis Fin Aout
    - Chaque infirmier référent d'une discipline a fait des fiches techniques afin d'aider le personnel de l'équipe de soutien dans ses missions
- Engagement de personnel infirmier officiellement depuis le mois de Juin (5 ETP)
  - Nomination de Mme De Munck comme infirmière chef de services, pour le quartier opératoire, les One day chirurgicales, les USI, la garde adulte et le brancardage.
  - Evolution du cadre
    - Janvier 26.48 ETP
    - Fin Septembre 29.01 ETP
    - Fin Octobre 32.5 ETP (équipe de renfort comprise)
    - Fin Novembre 36.5 ETP voir 37.5 ETP (sous réserve de l'obtention de trois permis de travail).
  - Entre Janvier et début décembre 2010 l'effectif du quartier opératoire aura augmenté de 10-11 ETP infirmier et de 5 ETP de soutien logistique
- Description du programme de formation du personnel nursing
- Préparation d'une check list pour le personnel infirmier par discipline
- Redistribution des responsabilités du nursing
  - Intégration de Mme De Munck pour la supervision du personnel infirmier du quartier opératoire.
  - Nomination d'un infirmier adjoint à Brigitte Croix, Dany Vancauwenberg à qui la gestion du planning opératoire (le pilotage du programme) est confiée, afin de permettre à Mme Croix de suivre le recrutement et la formation du personnel infirmier, et assurer leur intégration dans l'équipe. Le secrétariat a été intégré dans cette nouvelle organisation.
  - Mme Croix est partie dans plusieurs écoles infirmières dans le courant du mois de Juin dans le cadre de sa mission de recrutement.
- Amélioration de la communication (cf point suivant)
- Mise en place d'un logiciel dédié à l'infirmier en salle
  - Il permet de contrôler le programme opératoire de la salle
  - Il permet l'appel du patient d'un simple clic de souris, et le suivi du déplacement de son patient en temps réel via la connexion au système i transport.
  - L'infirmier en salle est informé de la possible infection du patient
  - Le logiciel permet un suivi qualité par le scanning de l'étiquette patient (le patient sur la table est bien le patient attendu)
  - Test en salle 2, toutes les salles seront équipées pour fin novembre.
- Retrait du circuit papier pour la facturation des actes au quartier opératoire. L'informatisation des différents circuits permettra à terme la suppression du

**papier en salle. Présence de Mr Colla au sein du quartier opératoire pour toute demande de facturation.**

- **Amélioration du circuit des achats au sein du quartier opératoire avec la concrétisation d'un binôme (maintenance/achat) de coordination du matériel médical pour le QOP avec une grande simplification des processus de commandes.**
- **Mise en place d'un circuit de matériel défectueux afin d'assurer une traçabilité des appareils en maintenance.**
- **Définition d'un cycle de maintenance des salles du Quartier opératoire afin de favoriser la prévention des problèmes techniques avec la collaboration de la maintenance biomédicale sous la direction de Mr Boen. Le cycle sera très largement amélioré prochainement en définissant pour chaque appareillage du quartier, une fréquence de révision. Notre objectif est de prévenir au maximum les problèmes techniques en salle.**
- **Mise à jour de la procédure pour les allogreffes. La gestion se trouve maintenant centralisée à la banque du sang de l'hôpital**
- **Amélioration de la gestion des déchets au quartier opératoire**
- **Réunion mensuelle avec le comité d'hygiène**
  - **Redéfinition des zones**
  - **Rappels d'hygiène au sein du quartier**
  - **Avis sur les projets futurs et l'efficacité de l'organisation du quartier**
- **Planification du futur**
  - **Les projets initiaux ont été affichés dans le quartier opératoire avec la possibilité d'y déposer des remarques**
  - **Nous analysons toutes les possibilités pour une organisation simple et efficace**
- **Redéfinition des missions de la salle de réveil afin d'assister les anesthésistes pour les pré narcoses et ainsi assurer le suivi de son patient au début et à la fin de l'anesthésie.**

#### **Au niveau de la communication, actions du partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010**

- **Amélioration de la visibilité sur écran du planning opératoire dans le couloir du QOP**
- **Présence et disponibilité de l'équipe du comité de gestion (local de gestion dans le quartier).**
- **Adresse mail pour tout le personnel, ce qui permet la diffusion direct d'information.**
- **Boite aux lettres disponible pour interpeller le comité**
- **Diffusion des informations générales via l'écran du grand quartier : les news qui défilent toutes les 10 minutes**
  - **Installation prochainement prévue de deux écrans supplémentaires (dans le petit quartier et dans le sas)**
- **Présences et actions du Dr Deraemaeker sur le terrain afin de diminuer les tensions entre chirurgiens et personnel infirmier. Les actions ont été ciblées sur la nécessité du travail en équipe. Une diminution des tensions est clairement ressentie par le personnel.**
- **Le logiciel dédié à l'infirmier en salle permettra une diffusion d'information**
- **Un projet d'informatisation des fiches des évènements indésirables est en cours.**

#### **Au niveau du travail au sein du quartier, actions du partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010**

- Les problèmes récurrents de fermetures de portes seront réglés dans les investissements 2011, avec la mise en place de radars. Cette solution réglera le problème à long terme.
- Amélioration de la luminosité au sein du quartier, une étude est prévue en 2011 mais le changement des ampoules (avec un wattage plus important) est déjà planifié.
- La salle de détente sera aménagée avec du matériel permettant à la fois le repos du personnel mais aussi un espace pour partager son repas. Les projets sont en cours de validation.
  - Le projet de déplacer le Dancing vers le puits de lumière est à l'étude et est soutenu par la direction.
- Mise en place d'un ordinateur à disposition du personnel dans le dancing
- Remplacement de la télévision dans la salle de repos.
- Une future fontaine de distribution eau froide/tempérée est planifiée dès les marchés iris clôturés.
- Mise à disposition de 6 places de parking pour le personnel infirmier du QOP
- Redéfinition des missions de l'équipe de soutien afin d'aider le travail infirmier en salle lors des moments difficiles (manutention, recherche de matériel, de médicaments...)
- Un dossier de demande de sponsoring a été envoyé à trois firmes afin de débloquer un budget pour permettre des séances de relaxation au personnel du quartier opératoire.

#### **Au niveau de nos stocks, actions du partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010**

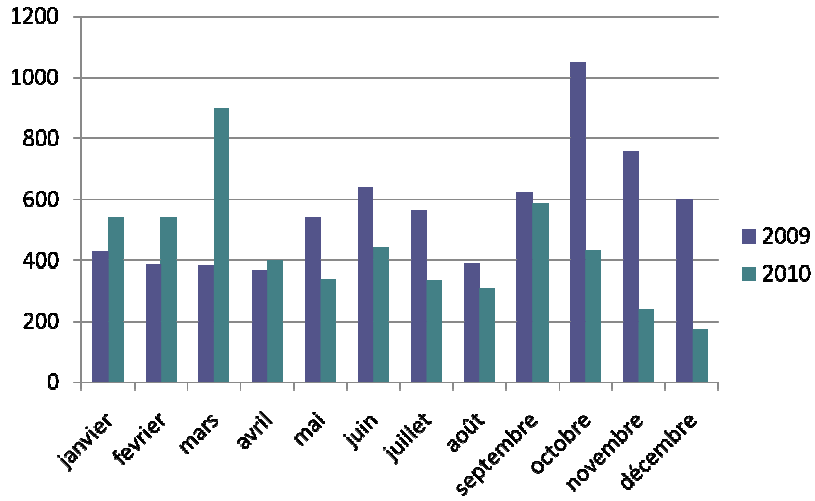
- Identification des stocks par discipline et analyse de leur pertinence en accord avec le personnel infirmier référent, chirurgien et pharmacie. Ajustement progressif de toutes les dotations. A l'heure actuelle, seul, les stocks de la chirurgie digestive ont été physiquement adaptés dans le cadre d'un projet test.
- Amélioration de la gestion des prothèses prévue par le logiciel en salle qui permettra par le scanning un suivi et traçabilité des prothèses utilisées et par conséquent tout comme pour l'armoire Vanas, nous mettrons fin au rupture de stock par erreur de facturation.
- L'aménagement et l'informatisation du stock central va offrir au delà de l'absence de rupture de stock, une meilleure préparation des plateaux pour le planning opératoire.
  - Principaux résultats obtenus – Evaluation de l'impact
    1. Diminution de l'absentéisme



**Diminution de l'absentéisme**

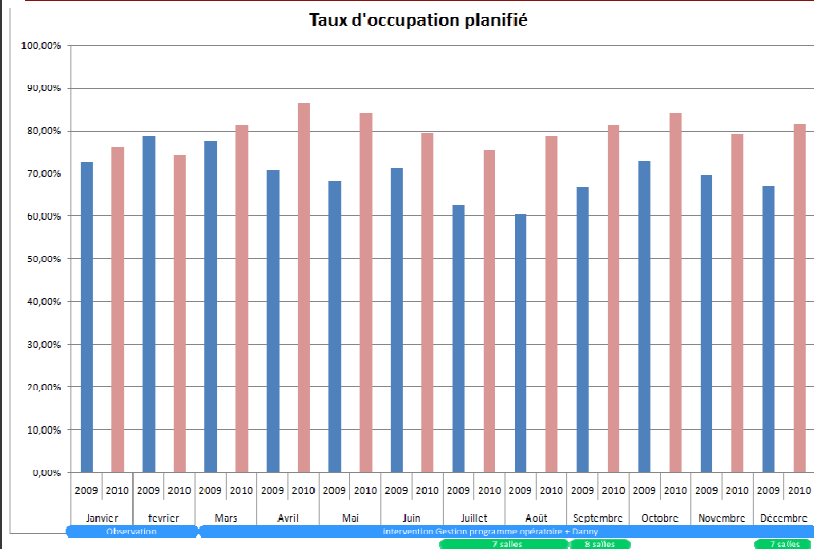
**Absentéisme :**

Comparaison 2009 et 2010 du nombre d'heures de maladie



**Meilleur taux d'occupation**

**Taux d'occupation planifié**







### Meilleur taux d'occupation

- Les plages d'**ouvertures** ont diminué de 3000 heures/an
- Le temps **opérateur** total à diminué de 310 heures/an
- Le taux d'occupation des salles d'opération a augmenté de 10% atteignant **80%**

### Augmentation du nombre d'intervention

Nombre intervention Valeurs seulement	2009	2010	écart
	2009	2010	
Admission +24h	5664	5875	3,60%
One Day	9348	9734	4,13%
<b>total</b>	<b>15012</b>	<b>15609</b>	<b>3,98%</b>

### Augmentation des recettes

	2009	2010 (extrapolé)	Variation
Montant facturé	9 707 054€	9 993 173€	286 119€ (+2.95%)
Montant supplément	1 977 365 €	2 174 280€	196 915€ (+9,96%)



## Gestion des stocks

RÉSULTATS 2009-2010

Stock	2009	2010	Variation
QOP	420 000€	330 000€	90 000 € (-22%)

Sur base des inventaires 2009-2010  
Sous réserve de contrôles futurs.



- Souhait ou non de reconduire ou de poursuivre le projet
- **Poursuivre le projet**
- Souhaits pour améliorer le projet : suggestions en interne – suggestions en externe

### Nos missions pour 2011

#### Recherche de synergie

- > Achat et maintenance biomédicale
- > Organisation de l'organigramme du nursing
- > Collaboration de la one day dans le QOP
- > Place plus importante dans le quartier pour le pharmacie et Stérilisation
- > Mise en place des Unités Fonctionnelles Organisationnelles

#### Unité Fonctionnelle Organisationnelle

Anesthésiste, chirurgien, infirmier et comité de gestion



Programme opératoire, équipe, matériel, équipement, stérilisation, pharmacie, achats, projets d'avenir, développement de nouvelles techniques, suivi des indicateurs...

NOS PROJETS 2011





### Recherche des capacités de chacun

- > Partage de la tâche de pilotage du programme opératoire
- > Responsabilité en fonction des capacités de chacun

### Qualité

- > Mise en place d'indicateurs d'activité et d'anticipation
- > Informatisation de la gestion des évènements indésirables
- > Mise en place de check list pour les différents acteurs du QOP
- > Mise en place d'une stratégie d'amélioration continue où chaque acteur de terrain aura sa place.
- > Gestion performante et dynamique des stocks du QOP



### Formation

Programmation de la formation continue.  
Intégration et formation des nouveaux engagés

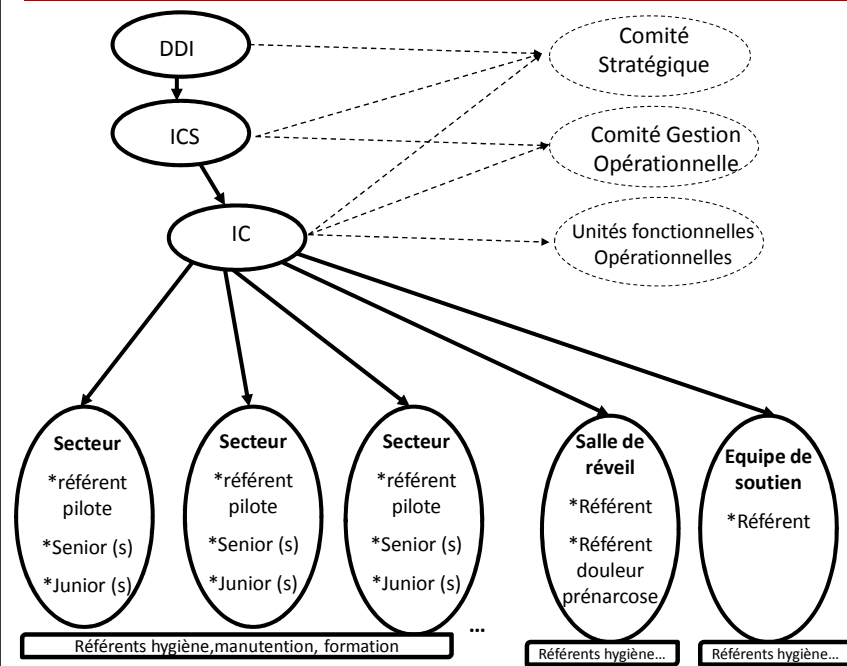
### Amélioration des horaires

Groupe de travail sur les horaires du personnel infirmier au QOP.  
Adéquation entre besoin QOP et souhaits du personnel

### Organigramme du nursing

Nouvel organigramme  
Redéfinir un cadre de fonctionnement  
Définir les rôles  
Tenir compte des changements et permettre à chacun de se situer

### Organigramme Département infirmier QOP et participation aux différents comités



### Gestion performante et dynamique des stocks

#### Gestion centralisée et automatisée des stocks visant :

- > une diminution de préparation de salle (picking 5 min au lieu de 20 min)
- > suivi des consommations automatisée pour le quartier (facturation patient)
- > gestion intégrée avec la pharmacie (actuellement complètement manuellement).



## Gestion performante et dynamique des stocks

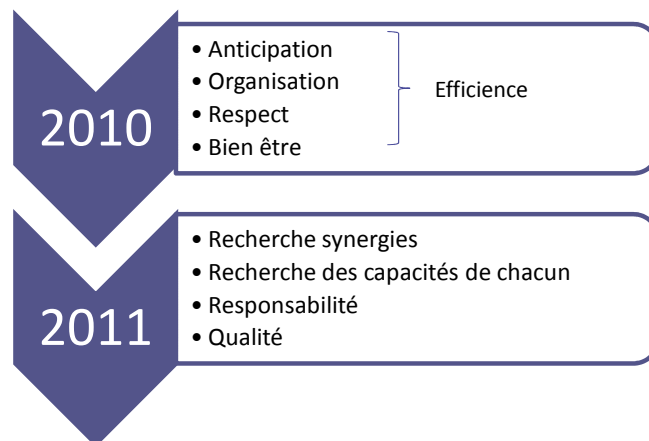
- > Phase actuellement : introduction et automatisation des fiches d'intervention et picking
- > Phase 2 : scanning du matériel
- > En production pour l'été 2011 pour certaines salles
- > Automatisation complète 2011.



NOS PROJETS 2011



## Les valeurs de nos projets pour 2011



NOS PROJETS 2011



Merci

## FICHE TECHNIQUE: SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES DU PROJET

- Titre du projet  
Qualité totale et accessibilité des soins pour tous : un accueil social

### 2. INTEGRATION

Tout d'abord, nous aurions aimé que vous nous indiquiez comment le projet est né, comment il a été géré et que vous donniez une courte description de ses aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, qui en a eu l'idée?  
Le ZNA est favorable à la qualité totale et à l'accès des soins pour tous. L'hôpital tient à tenir compte de la situation sociale du patient. C'est pourquoi le CEO et la direction de l'administration patients (gestionnaires du projet) ont eu l'idée d'organiser un premier point de contact : les assistants sociaux. Ils fournissent un support au patient, relatif à l'administration financière en vue d'une hospitalisation ou d'une consultation.
- Qui a développé et géré le projet, la partie opérationnelle ?  
La direction de l'administration patients gère le projet.
- Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste le projet ?  
Les assistants sociaux représentent, à l'accueil de l'hôpital, le premier point de contact social pour toutes les questions relatives à l'information, le conseil et l'aide au patient.  
Leur rôle est de garantir le droit aux soins de santé, de veiller à l'accès aux soins et de concrétiser le rôle social du ZNA.  
L'équipe des assistants sociaux en charge de l'accueil des patients couvre les fonctions suivantes :
  - Analyse des problèmes sociaux relatifs à l'administration des patients et détection des problèmes sociaux par exemple en termes de mutuelle, d'avances, de délais de payement, de zones de compétences des CPAS, de la garantie médicale, de l'assurance hospitalisation, du Fedasil, de la médiation avec le service de perception et les huissiers du ZNA, le choix de chambre, les responsabilités, etc.
  - Informer, orienter, suivre et éventuellement transférer selon une procédure appropriée pour offrir une aide sur mesure et améliorer l'autonomie du patient.
  - Prise en charge du bien-être psychosocial des patients et de leur environnement.
  - Assurer les prestations technico-sociales afin de garantir les droits du patient.

- Exécuter les formalités administratives et sociales au bénéfice du patient, afin de gérer les dossiers patients d'un point de vue réglementaire.
- Constituer et suivre le dossier administrativo-social du patient (rapport, formulation d'avis et de propositions, contrôle des informations transmises) afin de soutenir le trajet individuel du patient et prévenir toute intervention ou utilisation erronée.
- Enregistrement des données (nature de l'intervention, référents, profil de patients nécessiteux...) afin de favoriser la prise en charge des patients dans l'organisation interne.
- La mise en place et le maintien du réseau de soins afin d'assurer un bon aiguillage des dossiers et une bonne collaboration des intervenants.
- Consultation.
- Rôle sentinelle : signalisation des aspects et tendances politiques afin d'adapter la politique de l'hôpital à l'intérêt et aux besoins du patient et sensibiliser l'institution aux problèmes de société généraux.

### 3. PERIMETRE

Nous aurions aimé avoir une description des objectifs du projet, des personnes concernées et des différentes étapes nécessaires à sa réalisation.

Objectifs principaux du projet

Offrir des soins de santé de qualité et accessibles :

- à tous
- en tenant compte de la situation sociale
- avec un soutien si nécessaire
- avec un risque financier acceptable pour le ZNA.

Objectifs secondaires

Conscientiser les collaborateurs quant aux implications financières de chaque intervention de soins.

Le public visé

Les patients qui ne sont pas en ordre de mutuelle et/ou qui ne peuvent payer leurs soins de santé.

Les patients qui ne peuvent pas présenter de carte d'identité ou de données d'identité.

Service ou unité impliquée dans le projet (si possible le rôle de chaque personne)

- Dans le ZNA :  
Les médecins, les infirmiers, les collaborateurs de l'accueil, le service social.
- En dehors du ZNA :  
Les CPAS, les mutuelles, les assurances, le Fedasil...

Étapes importantes du projet

### 4. PLANNING

Pouvez-vous nous indiquer la date de début du projet ( et éventuellement la période de préparation avant le début effectif du projet) ainsi que la date de fin, si le projet est terminé, ou la date de fin prévue si le projet est en cours ou répétitif ?

Date de début de projet

2007

Date de fin du projet (prévue)

Le projet est terminé depuis février 2008 : les premiers collaborateurs sociaux ont été engagés.  
Le concept est maintenant piloté de manière continue.

## 5. INDICATEURS

Avez-vous, dans le cadre de ce projet, fait appel à des indicateurs spécifiques ?

Si oui, pouvez-vous nous donner la liste des indicateurs utilisés ? (si vous disposez de documents intéressants, pouvez-vous nous les communiquer ?)

Avez-vous développé des indicateurs vous-même ou vous êtes-vous basé sur des indicateurs existants ? si oui, lesquels ?

Dans le cadre de ce projet, vous êtes-vous inspiré ou avez-vous utilisé une méthodologie spécifique ?

Les coûts de cette mission sociale étaient très élevés.

Les chiffres qui ont fait l'objet d'une analyse sont les suivants :

- nombre de patients avec des informations d'identité insuffisantes,
- nombre de factures avec une adresse erronée,
- nombre/montant des factures non payées,
- nombre/montant des factures transmises à l'huissier,
- montant passé en réduction de valeur,
- coûts administratifs associés,
- profil de patients,
- ...

Les processus ont été analysés.

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés ; la nature de ces difficultés et la manière dont elles ont pu être surmontées sont généralement éclairantes. Pouvez-vous nous donner une description des principaux problèmes et défis rencontrés ?

- Problèmes principaux :
  - Le diagnostic : l'analyse, la constitution des groupes cibles de patients (CPAS, Fedasil, accidents de travail, touristes, illégaux, travailleurs de l'Union Européenne, marins...).
  - La définition du profil des travailleurs sociaux : équilibre entre l'aspect financier et le rôle social/accessibilité, la convivialité.
  - L'interaction avec le monde extérieur, les actionnaires, les réseaux.
  - Cartographie de la gestion des flux patients, la cohérence des flux.
  - La standardisation des processus par rapport aux besoins spécifiques et la traduction en règles et procédures.
  - Les chiffres et résultats.
- Actions entreprises pour faire face à ces difficultés
- Facteurs clés de succès
  - Valeur ajoutée pour les patients.
  - Identification correcte et données de facturation.
  - Meilleure perception des factures.
  - Adaptation correcte de l'« Intervention médicale urgente ».
  - Utilisation de « bonnes pratiques » (période d'apprentissage, cela rassure les collaborateurs concernés).
  - Suivi et suivi de soins : le projet n'est pas une fin en soi mais doit être amélioré de manière continue.
- Facteurs de risque



- Le profil des travailleurs sociaux : aspect financier par rapport au rôle social/accessibilité, convivialité.
  - L'usage inapproprié des services d'urgences par les patients pour éviter le « contrôle » à l'accueil.
  - L'adhésion de toutes les parties (spécialement les prestataires de soins).
  - Le développement de bons instruments de mesure, la mise en place d'un système de management opérationnel, le reporting sur les résultats.
- Leçons importantes

## 7. COMMUNICATION

Le lancement du projet, son exécution, la création d'un bon team building ou la motivation des différents participants, ont probablement fait l'aspect d'une communication interne importante. Vous avez probablement également communiqué les résultats en interne et en externe ; pouvez-vous nous expliquer comment vous avez appréhendé cette communication ?

- a. Type de message/communication
- b. Techniques de communication utilisées (face à face, mail, réunion, conférence...)
- c. Fréquence de la communication

Le projet a été réalisé par le département accueil patients. Dans le département, un groupe de projet a été mis en place sous la supervision du responsable. L'état d'avancement était établi dans le groupe toutes les deux semaines (le qui fait quoi, le projet a été réalisé phase par phase).

Une collaboration a été établie et est toujours établie par le groupe projet avec les différents services internes (facturation, perception, service social, chefs de services médicaux, ...) et les organisations externes (huissiers, CPAS, ...). Le projet a été activé auprès de toutes les personnes intéressées.

Le projet et l'organisation opérationnelle ont été intégrés.

## 8. MOYENS INVESTIS ET COUTS

Les moyens investis dans le projet ont-ils fait l'objet d'un calcul complet? Le coût du projet a-t-il été évalué de manière globale ou détaillé en fonction des différents éléments qui le constitue ?

Pouvez-vous partager cette information ?

- a. Nombre et profil des personnes allouées au projet  
 Directeur de l'administration patients, membre du comité de gestion  
 Chef de service de l'accueil patients, coordinateur de l'accueil (multisite)  
 Responsable de l'accueil patients par site.
- b. Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider dans ce projet ? Si oui, quel a été le coût de cette intervention ?  
 Le ZNA n'a pas fait, pour le projet, appel à des consultants.
- c. Autres moyens spécifiques en dehors des ressources humaines (logiciel, matériel...)  
 Pas d'application.
- d. Coût global du projet en dehors des ressources humaines  
 Pas d'application.
- e. Détail, si possible, de ce coût global
- f. Nombre de jours alloués au projet

Le projet a été exécuté en interne avec un certain nombre de personnes. Ces personnes ont consacré une partie de leur temps au projet parallèlement à leurs tâches opérationnelles. Ces ressources n'ont pas été mesurées de manière précise.

g. **Détail du nombre de jours par fonction impliquée**

Le projet a été exécuté en interne avec un certain nombre de personnes. Ces personnes ont consacré une partie de leur temps au projet parallèlement à leurs tâches opérationnelles. Ces ressources n'ont pas été mesurées de manière précise.

## 9. REALISATIONS

En fonction de l'évolution du projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- **Actions d'amélioration entreprises**  
Piloté de manière continue.
- **Résultats principaux atteints – évaluation de l'impact**  
Le travailleur social permet d'éviter les obstacles administratifs, cherche avec le patient des solutions financières (perception optimale).  
Il répond à des questions relatives aux frais d'hospitalisation. Les personnes de l'accueil sont en partie libérées de cette charge. Le prestataire de soins sait également à l'avance les risques financiers liés à ses prestations. Les médecins sont informés de la situation financière du patient. Cela leur permet, dans certains cas, de n'effectuer que les prestations médicales urgentes. L'identification des patients et les données de facturation sont plus correctes. Cela limite le nombre de factures qui ne peuvent pas être perçues.  
Les patients comprennent mieux ce que signifient « soins de santé accessibles financièrement » ou pas.  
Sensibilisation.
- **Volonté de prolonger le projet ou pas**  
Les travailleurs sociaux ont prouvé leur « utilité » (à tous les niveaux). L'organisation est adaptée de manière continue en accord avec toutes les personnes intéressées. Il reste encore une marge d'amélioration.

Merci.



## FICHE TECHNIQUE: SUCCESS STORY

### 1. DONNEES GENERALES DU PROJET :

- Titre du projet: **mesure des indicateurs qualité**

### 2. INTEGRATION

Dans un premier temps, pouvez-vous nous indiquer comment est né le projet, comment il a été exécuté et décrire brièvement ses aspects principaux.

- Qui est à l'origine du projet, qui en a eu l'idée?
  - Le médecin chef a eu l'idée de mesurer la qualité des soins et de la suivre. Cette idée est en phase avec les différents projets qualité du ministère de la santé.
- Qui a développé le projet, qui l'a géré, notamment sur un plan opérationnel ?
  - En accord avec le coordinateur qualité, le projet a été développé et décrit par le coordinateur RCM.
- Pouvez-vous décrire en quoi consiste le projet ?
  - Calcul des indicateurs qualité sur base des données administratives, c'est-à-dire les données RCM. L'objectif était également de suivre ces indicateurs par trimestre afin d'identifier les points d'achoppement et de les gérer.

### 3. PERIMETRE

Nous aurions aimé connaître les objectifs du projet, les personnes impliquées et les différentes étapes de sa réalisation.

Objectifs principaux du projet.

- Objectifs secondaires :
  - i. Le premier objectif du projet était d'avoir un instrument de mesure pour le suivi de la qualité des soins afin d'avoir une cartographie des points critiques et d'y remédier.
  - ii. Le second objectif était d'obtenir des données RCM correctes en effectuant une analyse de dossiers sélectionnés et de les confronter à la réalité. Les données RCM sont par ailleurs utilisées à d'autres fins, de sorte que l'analyse des dossiers (audit interne) est nécessaire. L'utilisation de dossiers considérés comme « à risque » était ici un bon départ (dialogue entre le prestataire de soins et les data managers).
  - iii. Le troisième objectif était de rassurer le prestataire de soins quant à la fiabilité des données enregistrées et à leur traitement (pensons à la répartition en APR DRG, activité justifiée, forfaitarisation, qualité-complications).

- Le public visé :
  - i. Le prestataire de soins : tout d'abord les médecins traitants.
- Service(s) et entité impliqués dans le projet (si nécessaire le rôle de chaque personne)
  - i. La cellule qualité et la cellule RCM.
- Etapes principales du projet :
  - i. Etude de la littérature relative aux indicateurs qualité afin de déterminer quelle voie suivre.
  - ii. L'option des indicateurs qualité AHRQ a été choisie parce que ce sont les mieux documentés et qu'ils sont également choisis par le Ministère de la santé. Par ailleurs l'algorithme de calcul est simple et transparent car les différents logiciels nécessaires sont mis à disposition.
  - iii. Calcul des indicateurs et suivi trimestriel. Pour cela les dossiers critiques (données RCM) qui devaient faire l'objet d'une discussion avec les prestataires concernés ont été imprimés. L'élément critique à ce niveau était et est de déterminer qui est le propriétaire du dossier.

#### 4. PLANNING

Pouvez vous nous donner la date de début de projet (le temps de préparation éventuelle avant la date effective de début de projet) ainsi que la date de fin, si le projet est terminé, soit déterminer la date de fin prévue ou si le projet est en cours ou récurrent ?

##### 3. Date de début de projet

- Le projet a été démarré en 2009. En une semaine, les indicateurs ont été calculés et les dossiers critiques imprimés. Dans les six mois suivants, le projet a été proposé aux médecins et éventuellement déjà discuté avec les personnes intéressées.

##### 4. Date de fin du projet (attendue)

- 'Never ending story', dans la mesure où la qualité des soins doit faire l'objet de mesures permanentes

#### 5. INDICATEURS

Avez-vous dans le cadre de ce projet utilisé des indicateurs spécifiques ?

- Dans le set des 45 indicateurs AHRQ, 10 ont été sélectionnés :
  - PSI 14 Déhiscence de blessure après une chirurgie abdomino-pelvienne
  - PSI 9 Hémorragie ou hématome postopératoire.
  - PSI 6 Pneumothorax iatrogène
  - PSI 5 Objet étranger laissé dans le patient après intervention.
  - PSI 2 Mortalité hospitalière dans les DRG avec un taux de mortalité bas.
  - IQI 23 Ratio de cholécystectomie laparoscopique.
  - IQI 19 Mortalité pour la fracture de hanche.
  - IQI 21 Ratio des césariennes
  - IQI 12 Mortalité pour le CABG
  - IQI 20 Mortalité en cas de pneumonie
  - IQI 15 Mortalité en cas d'infarctus aigu du myocarde.
- Cette sélection a été effectuée en tenant compte du fait que ces indicateurs ne devraient pas faire l'objet de longues discussions quant à leur enregistrement. Le contenu de l'indicateur est clair et peu sujet à discussion.

Si oui, pouvez-vous nous donner la liste des indicateurs utilisés ? (si vous disposez de documents intéressants, pouvez-vous nous les communiquer en annexe).

- Toute information est répertoriée et suivie sur :
  - <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

Avez-vous développé des indicateurs vous-même ou vous êtes vous basé sur des indicateurs existants, si oui : lesquels

- AHRQ, afin de ne susciter aucune discussion, et également parce que ces indicateurs sont faciles à calculer à partir des données RCM.

Dans le cadre de ce projet, avez-vous été inspiré ou avez-vous fait usage d'une méthodologie particulière?

- La base scientifique, les fondements et la simplicité de calcul ont été les principaux moteurs du choix de l'AHRQ. Le ministère de la santé a également choisi cette voie de sorte que nous disposons maintenant d'un benchmark national.

## 6. DIFFICULTES

Chaque projet ou réalisation rencontre des difficultés ; la nature de ces difficultés et la manière dont elles ont pu être surmontées sont généralement éclairantes. Pouvez-vous nous donner une description des principaux problèmes et défis rencontrés ?

- Problèmes principaux :
  - i. Le problème principal a été de trouver un propriétaire des indicateurs calculés. Les données RCM sont calculées par séjour. Les indicateurs de qualité sont également calculés par séjour. Mais durant le séjour, le patient est traité la plupart du temps selon des procédures de soins multidisciplinaires. Qui porte la responsabilité du résultat ? Prenons par exemple une complication postopératoire : si le patient après intervention est suivi par les soins intensifs, le chirurgien ou l'interniste, qui est responsable d'une complication postopératoire. Souvent la « patate chaude » est renvoyée d'une personne à l'autre.
- Actions entreprises pour faire face à ces difficultés
  - i. Jusqu'à présent, aucune décision n'a été prise en la matière.
  - ii. La proposition suivante est à l'ordre du jour :
    1. Par indicateur, un responsable est désigné pour indiquer quel collègue est propriétaire du dossier étudié. Ainsi, pour le cas décrit précédemment, un chirurgien peut décider qui est propriétaire de l'indicateur. Le propriétaire est différent d'un cas à l'autre lorsqu'il s'agit d'une procédure multidisciplinaire.
- Facteurs clés de succès
  - i. Pour un indicateur, les problèmes connus mais ignorés sont mis sur table, de sorte que la problématique ne peut plus être ignorée.
  - ii. Un deuxième indicateur est soumis à discussion afin de trouver un compromis entre la performance financière et la qualité des soins.
- Facteurs de risque
  - i. Avec une bonne communication et un accompagnement des prestataires de soins, les résultats ne sont pas considérés comme menaçants et le dialogue est possible.
- Leçons importantes
  - i. Le support du médecin-chef, de la direction médicale, du conseil médical et des chefs de service est indispensable pour permettre de dégager le temps nécessaire à la lecture et à l'interprétation des dossiers à risque.

## 10. COMMUNICATION

Le lancement du projet, son exécution, la création d'un bon team building ou la motivation des différents participants, ont probablement fait l'aspect d'une communication interne importante. Vous avez probablement également communiqué les résultats en interne et en externe ; pouvez-vous nous expliquer comment vous avez appréhendé cette communication ?

- a. Type de message/communication
  - i. La seule communication valable est la communication personnelle : du data manager, du coordinateur qualité au prestataire de soins. Cela doit être bien organisé et soutenu par la direction médicale (éventuellement en présence du médecin-chef).
- b. Techniques de communication utilisées (face à face, mail, réunion, conférence...)
  - i. La présentation en face à face du projet et des résultats aux chefs de service.
- c. Fréquence de la communication
  - i. Est malheureusement resté limité à un seul moment de communication. Le projet a coïncé sur la désignation des « propriétaires » ou responsables du dossier d'analyse.

## 11. MOYENS INVESTIS ET COUTS

Les moyens investis dans le projet ont-ils fait l'objet d'un calcul complet? Le coût du projet a-t-il été évalué de manière globale ou détaillé en fonction des différents éléments qui le constitue ?

Pouvez-vous partager cette information ?

- a. Le profil et le nombre de personnes allouées au projet
  - i. Calcul des indicateurs qualité : le data manager de la cellule RCM – 8 heures par trimestre.
  - ii. Analyse des dossiers : pas encore implémentée, mais estimée à une après-midi par indicateur par trimestre (communication entre le coordinateur qualité, le data manager de la cellule RCM et le « propriétaire » de l'indicateur).
- b. Avez-vous fait appel à des consultants pour vous aider dans ce projet ? Si oui, quel a été le coût de cette intervention ?
  - i. Tout a été développé en interne selon les directives de l'AHRQ.
- c. Autres moyens spécifiques en dehors des ressources humaines (logiciel, matériel...)
  - i. Afin de réaliser les calculs selon les règles de l'AHRQ, le grouper MS DRG a été acheté. Ainsi aucune conversion n'a été nécessaire et aucun algorithme logiciel n'a été développé comme cela a été le cas pour l'étude de l'UZ Liège.
- d. Coût global sans ressources humaines
  - i. 1000 € par an pour le grouper MS DRG.
- e. Détail, si possible, de ce coût global
- f. Nombre de jours alloués au projet
  - i. 8 heures de calcul des indicateurs par trimestre
  - ii. Estimation : 4 heures d'analyse et de discussion par indicateur par trimestre.
- g. Détail du nombre de jours par fonction

- i. Calcul des indicateurs : cellule RCM (data manager)
- ii. Analyse et discussion : coordinateur qualité, cellule RCM (data manager) et « propriétaire » de l'indicateur.

## 12. REALISATIONS

En fonction de l'évolution du projet, pouvez-vous nous donner les informations suivantes ?

- Actions d'amélioration entamées
  1. Pour le moment aucune, vu le manque d'analyse en profondeur par l'absence de « propriétaires ».
- Importants résultats atteints – évaluation de l'impact du projet
  1. Aucun.
- Volonté d'étendre le projet ou non
  1. Est évalué trimestriellement.
- Volonté d'améliorer le projet : suggestions internes – suggestions externes
  1. Désignation rapide de « propriétaires » de l'indicateur ou de comités qui effectueraient les analyses des différents indicateurs choisis.

Merci.

Figure 1: Conceptualisation de la performance du système de santé belge.....	9
Figure 2: Résultat de la stratégie de recherche de la littérature .....	13
Figure 3 : Le modèle théorique du projet PATH pour la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.).....	47
Figure 4 Exemple d'une fiche descriptive d'un indicateur du core set de PATH. ....	50
Figure 5 A North West Health System approach to Advancing quality.....	55
Figure 6 Modèle EFQM tel qu'utilisé dans le système luxembourgeois.....	78
Figure 7 : Exemple d'un set d'indicateurs : la fracture de hanche.....	83
Figure 8: Exemple 2 d'indicateurs et chiffre cible : traitement du cancer du poumon	84
<b>Figure 9 : Système de mesure en cascade</b> .....	104
Figure 10 Représentation du ratio Nombre de lits par hôpital.....	184
Figure 11 Distribution du nombre de gestion de sorties par le service social (/an /hôpital).....	184
Figure 12 Distribution du nombre de gestion des retours et placements (/an /hôpital) .....	185
Figure 13 Distribution du ratio de la gestion des sorties par le service social.....	185
Figure 14 Relation entre la gestion des placements et la gestion des sorties.....	186
Figure 15 Distribution du nombre d'ETP de travailleurs sociaux par 100 lits agréés	187
Figure 16 Evolution du staff par hôpital .....	189
Figure 17 : Distribution du taux de qualification des infirmiers.....	189
Figure 18 : Ratio Tomographes RMN / Tomographes axiaux transverses.....	191
Figure 19 Distribution des taux par hôpital (/1000 séjours) (PSI 6 Pneumothorax Iatrogène) .....	197
Figure 20 : Le modèle théorique du projet PATH pour la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.).....	277



Tableau 1 Les dimensions des soins de qualité (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001).....	15
Tableau 2 Les caractéristiques des indicateurs de performance (partiellement repris de (Adair and al 2003; Vlayen and al 2006; Smith and al 2008)) .....	23
Tableau 3 Types d'indicateurs .....	23
Tableau 4 Indicateurs de structure, processus et résultats selon Donabedian (1980).24	
Tableau 5 Indicateurs généralisés .....	60
Tableau 6 Indicateurs abandonnés .....	61
Tableau 7 Top 20 des indicateurs sélectionnés (quelle que soit la dimension) hôpitaux aigus (n=108) .....	106
Tableau 8 Caractéristiques principales des trios objectifs du système d'indicateurs de qualité.....	124
Tableau 9 Aperçu des indicateurs de qualité sélectionnés.....	174
Tableau 10 Nombre d'appareillages médicaux rapportés (2008).....	190
Tableau 11 Nombre moyen d'examens de laboratoire par ETP.....	192
Tableau 12 Indicateurs issus des statistiques annuelles relevant de l'activité du SMUR .....	193
Tableau 13 Distribution des taux par hôpitaux (/1000 séjours).....	199
Tableau 14 Régressions multiples analysant la relation entre les taux de PSI et les facteurs hospitaliers (Estimate ( $\beta$ ) et p-value) Références : année 2000, <300 lits, Subaigu, nombre moyen de diagnostics codés et nombre moyen de procédures codées. ....	200
Tableau 15 Corrélations entre les taux de PSI et le nombre moyen de diagnostics codés .....	201
Tableau 16 Nombre de mentions de chaque dimension de la performance hospitalière .....	213
Tableau 17 Mention de chaque dimension de la performance selon les fonctions des interviewés .....	215
Tableau 18 Description des dimensions et sous-dimensions de la performance hospitalière (Veillard, Champagne et al.) .....	277
Tableau 19 Liste des indicateurs proposés dans le cadre du projet HPI.be (Feedback multidimensionnel intégré et autres).....	280
Tableau 20 Fiches descriptives des indicateurs cliniques.....	285
Tableau 21 Fiches descriptives des indicateurs non cliniques.....	298