



# 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

### Executive summary

#### 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



## Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>OBJECTIFS DU PROJET</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>7</b>
4.1	LES EXPERIENCES INTERNATIONALES.....	7
4.2	LES EXPÉRIENCES BELGES .....	17
4.3	INTERVIEWS DANS UN ECHANTILLON D'HOPITAUX AIGUS : QU'AVONS-NOUS APPRIS ? .....	31
4.4	QUELQUES ELEMENTS SUR LA MESURE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE ISSUS DE LA LITTERATURE	35
4.5	INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LES HÔPITAUX ET LES SERVICES PSYCHIATRIQUES.....	36
<b>5</b>	<b>CONCLUSION : PISTES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN SET D'INDICATEURS</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>ADDENDUM BIJ HET HPI.BE RAPPORT</b> .....	<b>43</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 SCAE ;  
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)*

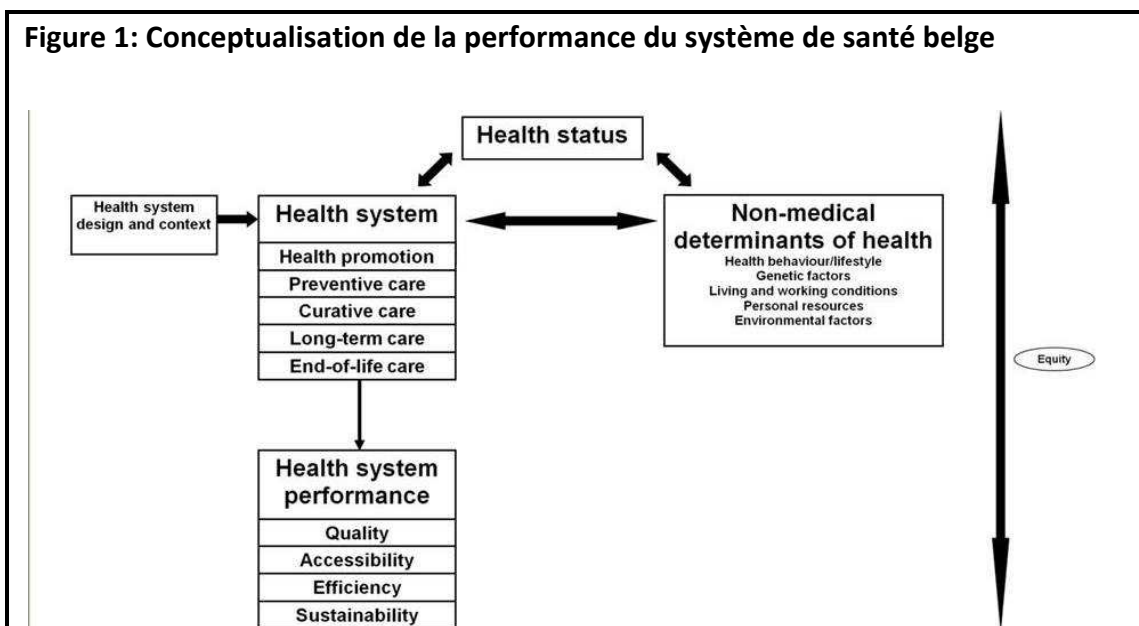
## Liste des abréviations

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

## Contexte belge

Mesurer la performance des hôpitaux est aujourd'hui considéré comme un élément indispensable du processus d'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit aussi souvent d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et financières. Les autorités fédérales belges se sont récemment engagées dans cette démarche de mesure de la performance hospitalière. Un cadre conceptuel a été établi par le Centre Fédéral d'Expertise des 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 cadre conceptuel est présenté dans la figure 1 qui permet de visualiser les concepts inclus et leurs corrélations.



L'approche holistique de ce cadre conceptuel a le mérite de souligner l'importance de (re)contextualiser la mesure de la performance hospitalière globale. 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.

Une autre initiative du Service Public Fédéral de Santé Publique (SPF SCAE) est l'envoi, depuis l'année 2006, de feedbacks à destination des hôpitaux. De plus, depuis 2007, le SPF SCAE établit avec les hôpitaux qui le souhaitent des contrats proposant un support financier pour la mise en place d'activités relatives à la mesure et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### *Quelques définitions*

#### *Performance*

- Le concept de performance comporte 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.

#### *Indicateur*

- Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif.
- C'est un outil d'aide à la décision dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif qui se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre.

#### *Types d'indicateurs*

- Les indicateurs de structure concernent les installations, les moyens, le matériel, le personnel et son niveau de formation
- Les indicateurs de processus se penchent sur la façon dont les soins sont réalisés
- Les Indicateurs de résultats se penchent à la fois sur la production (output) et sur le résultats des soins.

#### *Qualités des indicateurs*

- Pour être utilisables, les indicateurs doivent au minimum être valides, fiables, sensibles et spécifiques. Leur mesure doit être réalisable, les résultats faciles à interpréter et l'indicateur doit comporter un potentiel pour une amélioration.
- Ils doivent stimuler une réelle amélioration de la performance et pas uniquement une amélioration de l'enregistrement des données.
- Les indicateurs doivent également être adaptés au niveau auquel ils sont utilisés.

## **2 Objectifs du projet**

La mesure de la performance hospitalière suppose l'utilisation d'indicateurs prédéfinis. Or un ensemble d'indicateurs valides et acceptés par tous les acteurs fait encore défaut dans notre pays.

L'objectif de cette recherche est donc d'analyser les conditions de mise en place d'un tel set d'indicateurs dans le contexte belge, et de proposer des recommandations pour une opérationnalisation.

### **3 Méthodologie**

Nous avons répertorié et analysé les expériences d'amélioration de la performance hospitalière menées en Belgique et dans d'autres pays.

Nous avons aussi mené des interviews semi-structurées des membres des directions dans un échantillon d'hôpitaux afin de cerner les perceptions en rapport avec la performance. Ces interviews visaient aussi à comprendre dans le détail les initiatives orientées vers la performance hospitalière et d'en identifier les lignes de force et les difficultés rencontrées. Enfin, une revue de la littérature scientifique sur les indicateurs utilisés pour mesurer la performance hospitalière a été menée.

### **4 Résultats**

#### **4.1 Les expériences internationales**

##### ***Développement des sets d'indicateurs***

Nous nous sommes centrés principalement sur les projets européens à l'exception de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ américains) étant donnée l'influence de ces initiatives sur différents projets menés en Belgique. Nous présentons le programme QI et PSI de l'AHRQ, le projet européen PATH, très brièvement les projets de la Grande-Bretagne dont le système est en pleine réforme, les projets développés en France, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Luxembourg, au Danemark, en Suède et en Italie.

Les méthodologies de développement des indicateurs comprennent toutes une revue de la littérature scientifique sur le sujet à étudier, l'inventaire des données disponibles et à récolter. L'implication des organisations scientifiques, des universités ou des praticiens de terrain se fait par création de groupes de travail.

Plus de la moitié de pays étudiés développe ou valide parallèlement aux indicateurs, des recommandations de bonne pratique auxquelles les prestataires de soins peuvent se référer pour les standards de soins attendus et sur lesquels baser leurs actions d'améliorations.

La majorité des pays organise une phase de test des indicateurs avant de les valider avec les professionnels concernés et de généraliser leur emploi.

Lorsque l'évaluation se fait par pathologie, la mise en place est progressive avec un ajout des pathologies à évaluer.

Le plus souvent, l'indicateur est accompagné par une fiche qui décrit toutes ses caractéristiques et son mode de calcul. La plupart du temps, ces informations sont disponibles sur un site internet.

##### ***Quels indicateurs ?***

Au niveau du cadre conceptuel, on retrouve deux grandes tendances :

- une approche axée uniquement sur la qualité clinique et la sécurité du patient
- une approche multidimensionnelle qui outre la dimension qualité et sécurité patient, comprend des paramètres tels que l'efficacité, la gestion des ressources humaines, l'orientation patient.

Des pays comme l'Allemagne, le Danemark et en partie les Pays-Bas ont choisi d'évaluer la performance de leur système hospitalier par le biais d'un set d'indicateurs développés par pathologie. Dans le cas de ces sets d'indicateurs par pathologie, le nombre d'indicateurs est plus élevé, aux alentours de 10 indicateurs par pathologie. Ces indicateurs par pathologie sont alors déclinés en indicateurs d'outcome, vers des indicateurs de processus comme le montre l'exemple des indicateurs danois pour la prise en charge du cancer du poumon. Le nombre de pathologies qui font l'objet d'évaluation par indicateurs est croissant d'années en années et va de 10 pathologies pour le Danemark à 22 pathologies pour les Pays-Bas en 2010 et 30 pathologies en Allemagne.

La majorité des programmes étudiés repose sur une approche multidimensionnelle : les USA (AHRQ), le programme européen PATH, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la France, le Luxembourg, la Suède.

Dans les approches multidimensionnelles, le nombre d'indicateurs du set national est assez restreint, aux alentours de 30 indicateurs qui sont le plus souvent des indicateurs d'outcome.

Quatre programmes ont repris explicitement la dimension des soins centrés sur les patients (approche centrée sur le patient ou expériences des patients). La Grande-Bretagne a même développé des indicateurs spécifiques pour prendre en compte les expériences des patients de façon structurées : ces indicateurs sont les PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) et les PREMs (Patients Reported Experiences Measures).

L'aspect accessibilité est repris spécifiquement par 2 programmes : en France et en Suède.

Les autres dimensions couvertes sont :

- les résultats en terme de personnel ou orientation ressources humaines pour 3 programmes
- l'efficacité ou les coûts et la productivité
- ou les résultats clés en termes de gestion générale et financière.

Seul le projet PATH reprend la dimension de réponse aux besoins de la communauté. La France suit des dimensions liées à l'évaluation de la mise en œuvre de ses objectifs de santé prioritaires.

Les Pays-Bas mêlent quelques indicateurs généraux du fonctionnement des hôpitaux avec un grand programme d'indicateurs de qualité par pathologie.

Dans les pays où le recul est suffisant, on peut se rendre compte que les sets d'indicateurs ne sont pas fixes ; certains indicateurs peuvent laisser la place à des indicateurs plus prioritaires, d'autres sont abandonnés parce qu'ils peuvent donner lieu à des manipulations.

### ***Le fonctionnement***

Dans les programmes étudiés, deux (AHRQ et Suède) utilisent uniquement des données récoltées en routine pour construire leurs indicateurs mais il est à noter



que la Suède récolte de nombreuses données en routine par l'intermédiaire de registres de pathologie et même des registres de complications. Les programmes PATH, France, Pays-Bas et Danemark organisent des récoltes de données spécifiques en demandant aux hôpitaux de renvoyer les données nécessaires par l'intermédiaire d'un portail internet. En Allemagne et au Luxembourg, les programmes utilisent à la fois des données récoltées en routine et des données spécifiques.

Tous les programmes communiquent les résultats aux hôpitaux concernés. Le délai de communication est assez variable : entre 1 mois (Danemark) et 15 mois (PATH) après la collecte des données. Il est à noter que la longueur du délai est un des reproches fait au projet PATH. Les hôpitaux apprécient des feedbacks rapides. Dans 4 pays, les résultats sont rendus publics. En Suède et le Danemark, les résultats sont publiés sur internet pour informer les citoyens sur la qualité des soins mais aussi pour stimuler les comités responsables de l'organisation des soins à les améliorer. L'accent est mis sur les comparaisons régionales. Aux Pays-Bas, les résultats sont également rendus publics et utilisés par les Zorgvezekeraars (assureurs) pour négocier les contrats avec les hôpitaux.

Des audits ou visites sont organisés dans les hôpitaux de plusieurs pays pour comprendre les résultats des indicateurs, ou comme au Luxembourg pour évaluer, parallèlement à la mesure, le management de l'hôpital et l'ensemble de la dynamique mise en place pour améliorer la performance. En Grande-Bretagne, les audits vérifient la mise en place de processus et le respect des standards de soins. Ce pays a en effet explicitement choisi de ne pas établir de set fixe d'indicateurs standards de crainte que l'existence de ce set ne concentre toute l'attention des soignants aux détriments d'autres aspects des soins non suivis.

La valorisation financière n'est pour le moment utilisée qu'au Luxembourg, où les hôpitaux peuvent bénéficier d'une prime d'un montant de maximum 2 % de leur budget. Cette prime était liée aux efforts fournis par l'hôpital pour améliorer sa performance. Le mode d'attribution est en voie de changement mais le lien n'est pas encore direct entre les résultats des indicateurs et le montant de la prime.

### ***Leadership et management***

La mise en place d'un set d'indicateurs est une mesure insuffisante pour améliorer la performance hospitalière si elle n'est pas accompagnée d'une implication de la direction de l'hôpital et une mobilisation de l'ensemble du personnel. En ce sens, le set d'indicateurs peut constituer une balise commune, un outil de repère pour l'introduction de changements opérationnels. L'exemple du Luxembourg constitue une bonne illustration de ceci. Suite à la mise en place d'une première phase de leur programme d'amélioration et malgré une prime à la clé, les autorités luxembourgeoises ont constaté un manque d'investissement des directions et un investissement difficile des médecins dans ces programmes. Ce n'est que suite à des discussions approfondies avec les hôpitaux qu'il a été décidé comme aide au management d'introduire le modèle EFQM (*European Foundation for Quality*

*Management*) dans tous les hôpitaux luxembourgeois et de vérifier par audit la mise en place de celui-ci.

### ***Evaluation***

Nous avons trouvé peu d'informations sur l'évaluation de ces programmes. La plupart des programmes sont assez récents et n'ont pas fait l'objet d'évaluations structurées. En dehors de l'AHRQ, les projets étudiés ont tous été mis en place après 2003, soit il y a moins de 10 ans.

Les rares évaluations existantes montrent que les initiatives pour la performance peuvent générer une dynamique favorable au sein des hôpitaux mais que les obstacles peuvent être de divers ordres. Ainsi, dans l'évaluation de PATH, un obstacle à la bonne marche de projets de mesure de la performance hospitalière semble être la multiplicité des projets en relation avec les mêmes hôpitaux. Ceci peut impliquer une duplication de stratégies et de collectes de données, spécialement si les projets récoltent des indicateurs similaires mais avec des définitions légèrement différentes. Cette multiplication de collecte et les différences de stratégies influencent négativement la motivation des professionnels de santé.

Au Danemark, il a été rapporté que la mise en place du programme national a donné lieu à l'amélioration d'un certain nombre d'indicateurs mais que cette amélioration n'était pas satisfaisante en oncologie. Un facteur explicatif de ce phénomène était l'insuffisance des mesures d'accompagnement. Au Luxembourg, après la mise en place d'un premier projet d'évaluation par indicateurs, les autorités ont constaté un manque d'investissement de la direction des hôpitaux pour la mise en place de politiques d'amélioration de la performance globale de l'hôpital et une difficile implication des médecins. Ils ont donc opté pour l'imposition de l'adoption du modèle de management interne de l'hôpital par le modèle EFQM, management qui fait l'objet d'évaluation par audits.

Le programme de l'AHRQ est extrêmement intéressant parce qu'il ne nécessite pas de collecte de données spécifiques. Toutefois, le fait que les indicateurs soient uniquement basés sur des données administratives (collectées en routine) engendre d'autres limitations. Les utilisateurs constatent que les données administratives favorisent les indicateurs chirurgicaux ; certains indicateurs ne sont que de proxy pour la qualité ; plusieurs indicateurs sont vulnérables aux pratiques de sur-codification des co-morbidités ; les indicateurs de mortalité hospitalière sont influencés par les pratiques hospitalières comme les transferts et les sorties précoces. Ces indicateurs sont conçus uniquement comme des outils de dépistage de possibles problèmes de qualité.

Tableau 1 : Les initiatives internationales

Pays	Éléments contextuels	Cadre conceptuel	Dimensions de la performance évaluées	Recommandations de bonne pratique
<b>USA AHRQ</b>	AHRQ = agence du Dpt of Health and Human Services du Gouvernement Fédéral	Oui mais pas spécifique aux hôpitaux Les aspects Sécurité, Qualité, Effectiveness, Efficiency sont considérés comme important	Plusieurs sets d'indicateurs séparés développés pour la qualité clinique et la sécurité	Oui Recommandations de bonne pratique Information sur les mesures et les sets de mesures de qualité EBM
<b>USA - IHI</b>	Modèle de management	Oui	Non applicable	Non applicable
<b>PATH</b>	Programme développé par l'OMS Europe pour stimuler l'amélioration de la performance dans les hôpitaux	Oui Spécifique aux hôpitaux Prend en compte les orientations des systèmes de santé	6 dimensions interconnectées : Efficacité clinique, sécurité, approche centrée sur le patient, réponse aux besoins de la communauté, orientation ressources humaines, efficience	NON
<b>UK</b>	Réforme 2011-2015 en cours	Oui pour articulation des différents niveaux d'organisation des soins de santé dans le pays	PAS DE SET d'INDICATEURS STANDARDS Evaluation de la qualité par audits qui vérifient le respect des standards	Oui Recommandations de bonne pratique Standards de soins
<b>France</b>	Deux projets d'évaluation de la performance hospitalière (Certification et Compaq-HPST) menés en parallèle par une agence du gouvernement l'HAS	Non, pas de cadre conceptuel Mais des objectifs de santé prioritaires	Lutte contre la douleur, Continuité de la prise en charge des patients, Lutte contre les troubles nutritionnels, Sécurité des patients, Ressources humaines, Accessibilité, Coordination des soins, prévention primaire	Oui
<b>Pays-Bas</b>	IGZ produit des indicateurs par pathologie et sous-traite également la réalisation d'indicateurs à Zichtbare Zorg, un programme mixte gouvernement et organismes assureurs	Oui pour le système de santé dans son ensemble Pas de cadre spécifique pour les hôpitaux	Efficience clinique Patient au centre des soins Sécurité + indicateurs par pathologie	Non
<b>Allemagne</b>	Soins de santé organisés par Land	Non	Indicateurs par pathologie	Pas d'information valide
<b>Luxembourg</b>	Deux projets se sont succédés Incitants Qualité (1998-2002) EFQM et indicateurs de performance depuis 2004	EFQM pour le mangement interne des hôpitaux PATH pour la structuration des indicateurs	Résultats clés (gestion générale et financière), Résultats par pathologie Résultats en termes de personnel Procédures	Description des processus clés
<b>Danemark</b>	Organisation des soins de santé par comté	Evaluation de la qualité du système de santé dans son ensemble Pas de cadre spécifique pour l'hôpital	Indicateurs par pathologie	Oui
<b>Suède</b>	Organisation des soins de santé par	Multidimensionnel	Résultats des soins	Pas d'information valide

	comté		Expérience des patients Accessibilité aux soins Coûts et productivité	
<b>Italie</b>	Comparaisons régionales	Pas de cadre conceptuel	Pas d'information valide	Pas d'information valide

<b>Pays</b>	<b>Méthode de choix des indicateurs</b>	<b>Nombre d'indicateurs</b>	<b>Type de données utilisées pour la construction des indicateurs</b>
<b>USA AHRQ</b>	Revue de littérature, interviews d'utilisateurs d'indicateurs	IQI Indicateurs de qualité pour les patients hospitalisés : 45 PSI : Indicateurs de sécurité des patients : 20	Données collectées en routine
<b>PATH</b>	Revue des systèmes de mesure de la performance, revue de la littérature pour les indicateurs identifiés, enquête dans 20 pays pour déterminer leur utilité dans différents contextes	Core set de 24 indicateurs Set adhoc de 27 indicateurs à choisir en fonction du contexte	Récolte de données ad hoc L'hôpital reçoit la liste de données à fournir
<b>UK</b>	le NHS a instauré l'utilisation de Patient Reported Outcome Measures <b>PROMS</b> et de Patient Reported Experience Measures <b>PREMS</b>	Pas applicable	Pas applicable
<b>France</b>	En fonction des objectifs prioritaires, identification de possibles indicateurs dans la littérature scientifique, Hiérarchisation des indicateurs par les représentants hospitaliers, test des indicateurs, validation, généralisation	24 indicateurs généralisés 32 disponibles pour généralisation 42 testés Certains indicateurs utilisés lors de la 1 <sup>ère</sup> phase ont été abandonnés	Récolte de données ad hoc
<b>Pays-Bas</b>	Par pathologie, mise en place d'1 groupe de travail, revue de littérature, choix de 5 indicateurs en fonction de la pertinence, transparence et faisabilité	20 indicateurs généraux environ et 22 pathologies pour lesquelles il y a des indicateurs obligatoires	Récolte de données ad hoc L'hôpital reçoit une liste de données à fournir.
<b>Allemagne</b>	Institut en charge de la qualité (IQWiG) : Revue de la littérature, critères de pertinence	30 pathologies ou interventions avec une dizaine d'indicateurs par pathologie + nombre minimal d'interventions à atteindre pour certaines interventions délicates	Données collectées en routine + données supplémentaires
<b>Luxembourg</b>	Le ministère s'est inspiré de différents programmes comme l'IQIP, PATH pour développer des indicateurs permettant la mesure des outcomes et le benchmarking.	34 indicateurs de base retenus Certains sub-divisés en sous indicateurs	Données collectées en routine + données supplémentaires
<b>Danemark</b>	Par pathologie, établissement d'1 groupe de scientifiques. Revue de littérature sur les standards de soins et les indicateurs. Choix des standards et indicateurs Définition des données nécessaires à leur mesure	10 pathologies en 2010 Entre 6 et 10 indicateurs par pathologie	Récolte de données ad hoc

Pays	Méthode de choix des indicateurs	Nombre d'indicateurs	Type de données utilisées pour la construction des indicateurs
<b>Suède</b>	Critères -donner une image du système de santé dans son ensemble -tenir compte des données déjà disponibles -être basés sur des recommandations de bonne pratique EBM	124 en 2009 8 font l'objet d'analyses socio-économiques 19 sont présentés par hospital	Données collectées en routine y compris données des registres de pathologies, de complications
<b>Italie</b>	Pas d'information valide	34 indicateurs en 2010	Pas d'information valide

Pays	Phase test	Participation obligatoire	Mise en place	Communication des résultats	Délai du feedback
<b>USA AHRQ</b>	Indicateurs testés dans un petit nombre d'hôpitaux	Dépend des financeurs	Indicateurs utilisés depuis plus de 20 ans ont déjà fait l'objet de modifications Utilisation volontaire par les hôpitaux ou imposition par certains assureurs	Pas de résultats systématiquement publiés	Variable
<b>PATH</b>	Pré-test dans 6 pays	Non Hôpitaux volontaires	Fiche signalétique disponible pour chaque indicateur 16 pays participent au benchmarking.	Résultats confidentiels Organisation d'un feed-back présenté lors d'un workshop	15 mois après la réception des données
<b>UK</b>	Pas applicable	Pas applicable	Pas applicable	Pas applicable	Pas applicable
<b>France</b>	Chaque indicateur est pré-testé dans un petit nombre d'hôpitaux avant d'être éventuellement validé et admis pour généralisation	OUI	Toutes les informations nécessaires sont disponibles sur internet Fiche signalétique disponible pour chaque indicateur Aides pratiques à la mise en place	Résultats confidentiels pour le moment Publication à l'étude Organisation de workshop pour la communication et la discussion des résultats avec les hôpitaux	4 mois après la réception des données (Groene, 2008)
<b>Pays-Bas</b>	Indicateurs proposés aux associations scientifiques et groupe de pilotage qui les valident Test dans quelques hôpitaux et ensuite finalisation.	OUI	6 mois avant le début de l'année, les hôpitaux savent quelles données ils doivent collecter pour quels indicateurs. Les données sont envoyées de façon électronique.	Les résultats font l'objet d'un rapport qui est public.	6 mois après la réception des données
<b>Allemagne</b>	Pas d'information	OUI	Hôpital avec données « suspectes confirmées » doit se justifier par écrit et peut faire l'objet d'une visite. Contrats avec les mutuelles qui assurent un contrôle externe de la qualité sur base d'une documentation standardisée.	Publication chaque année des résultats pour les pathologies évaluées au niveau national et par Land. Publication sur le site internet des hôpitaux de leurs activités de management interne de la qualité, pas d'indicateurs	3 mois après la réception des données
<b>Luxembourg</b>	La 1ère phase après évaluation a montré ses limites et notamment le manque d'engagement de la direction de l'hôpital et a donné lieu à la 2d phase actuelle	OUI	Mise en place du modèle EFQM pour le management interne de l'hôpital évaluée sous forme d'audit Parallèlement publication des indicateurs	Pas de communication au grand public	Pas d'information

<b>Danemark</b>	Pas d'information	OUI	Collecte des données par région Mise en place progressive pathologie par pathologie Audits pour comprendre les résultats	Publication sur internet des résultats disponibles pour le grand public avec commentaires provenant des audits	1 mois (les données sont envoyées chaque mois)
<b>Suède</b>	Pas d'information	OUI	Organisation de la mise en place par région	Résultats par comté présentés sous forme de classement avec un IC et disponibles pour le public Résultats par hôpital présentés sans classement non standardisés	Pas d'information
<b>Italie</b>	Pas d'information	Pas d'information	Pas d'information	Pas d'information	Pas d'information

<b>Pays</b>	<b>Valorisation financière</b>	<b>Limitations</b>	<b>Evaluation formelle</b>
<b>USA AHRQ</b>	Utilisation des indicateurs pour financement ex 9 PSI IQI utilisés par Medicare-Medicaid pour le financement	Données administratives favorisent les indicateurs chirurgicaux Certains indicateurs ne sont que des proxy pour la qualité Plusieurs indicateurs vulnérables aux pratiques de sur-codification des co-morbidités. Indicateurs de mortalité intra-hospitalière influencés par des pratiques hospitalières comme transferts et sorties précoces Indicateurs conçus comme outils de dépistage de problèmes or utilisés dans des programmes de P4P	Pas d'évaluation de l'impact du programme
<b>PATH</b>	NON	Pas d'accompagnement des hôpitaux pour l'interprétation et la mise en place d'actions d'améliorations Récolte de données jugée fastidieuse, ne tient pas compte des données déjà récoltées par les hôpitaux Délai long entre la récolte de données et le feedback	Pas d'évaluation de l'impact du programme
<b>UK</b>	Pas applicable	Le NHS est en pleine mutation avec une fusion des certaines de ces 'agences', une ouverture vers le 'privé' pour générer des économies et mettre le patient au centre des soins.	Pas applicable
<b>France</b>	A l'étude Certains indicateurs sont utilisés par la procédure de certification	Pas de benchmarking pour stimuler les hôpitaux Pas intégré dans un programme global d'amélioration de la performance –qualité	Pas d'évaluation de l'impact du programme
<b>Pays-Bas</b>	NON Mais résultats utilisés par les Assureurs pour la négociations des contrats avec les hôpitaux	Programme récent	Pas d'évaluation de l'impact du programme
<b>Allemagne</b>	NON	Pas d'information	Pas d'évaluation de l'impact du programme
<b>Luxembourg</b>	OUI	Manque d'implication du corps médical, robustesse des données, manque	Pas d'évaluation de l'impact du

Pays	Valorisation financière	Limitations	Evaluation formelle
	Max 2% du budget de l'hôpital mais sans lien direct entre les résultats obtenus et le montant de la valorisation jusque 2010	d'indicateurs cliniques, manque de données longitudinales	programme Progression des hôpitaux au niveau de la gestion de la performance
<b>Danemark</b>	Non Mais résultats pris en compte dans la procédure d'accréditation	Pas d'information	Une publication relate un impact positif mais pas assez satisfaisant notamment en cancérologie où des actions spécifiques ont été menées.
<b>Suède</b>	NON	Pas d'information	Pas d'évaluation de l'impact du programme
<b>Italie</b>	NON	Pas d'information	Pas d'évaluation de l'impact du programme



## **4.2 Les expériences belges**

Proposer des recommandations en matière de mesure de la performance hospitalière en voie de son amélioration, qui soient adaptés au contexte belge, ne pouvait se faire sans tout d'abord répertorier et analyser les initiatives locorégionales en cours actuellement.

Ce processus visait à identifier les forces et les difficultés, ainsi que la valeur ajoutée de ces expériences afin d'en tirer, si possible, des enseignements généralisables à une plus grande échelle.

Le listing des initiatives a été fait à partir des informations disponibles sur internet et des informations collectées lors des interviews dans les hôpitaux. Nous avons également rencontré plusieurs personnes responsables de ces initiatives afin d'obtenir des informations pratiques.

L'analyse a été basée sur l'utilisation d'une matrice prédéfinie de paramètres (voir tables).

### ***Quantité et variété des approches***

Nous avons recensés 23 projets relatifs à la performance hospitalière. Ces projets sont présentés dans les tables 2 et 2 bis ci-dessous. Le grand nombre de projets et la variété des approches signent l'intérêt qui est porté à la performance hospitalière dans notre pays à l'heure actuelle. Cela dénote peut-être aussi la complexité de proposer un set d'indicateurs qui réponde aux intérêts des différents acteurs impliqués.

### ***L'évaluation par le privé : surtout le financier***

Les objectifs principaux des initiatives de benchmarking AWAGES, CIES, MAHA, 3M, Athena, Matrix sont de fournir des données de comparaison aux hôpitaux comme outils de gestion grâce à l'optimisation du codage, l'anticipation du financement, le suivi temporel.

Ces feedbacks fournis comme aide à la gestion sont disponibles dans des délais très courts mais sur des données non validées et parfois pas encore complètes. Ceci permet toutefois aux hôpitaux d'avoir des informations presque en temps réel (moins de 3 mois après la fourniture de données) très utiles pour la gestion au jour le jour.

### ***Peu de projets multidimensionnels***

Parmi tous ces projets, une minorité porte en réalité sur des projets multidimensionnels.

Le fait que les projets ne soient pas multidimensionnels, d'une part, reflète la segmentation du travail hospitalier ainsi que le manque de communication entre services, professions et niveaux de l'hôpital (comme décrit au travers des interviews). D'autre part, il encourage ou justifie cette segmentation.

- Feed-back multidimensionnel du SPF :

Suite à l'intérêt pour les feedbacks montré par les hôpitaux, le SPF SCAE a décidé d'exploiter au mieux les bases de données en sa possession et a publié deux feedbacks en 2006 et 2008, le troisième étant prévu pour 2011.

Les dimensions de ce feedbacks sont la performance clinique, la performance économique, les dimensions capacité et innovation, les dimensions ressources humaines et orientation patient.

Les indicateurs cliniques sont basés sur ceux de l'AHRQ qui comme nous l'avons vu plus haut sont scientifiquement validés, testés, faisables, malgré les limites inhérentes à l'utilisation de données récoltées en routine.

Ces feedbacks permettent à l'hôpital de se comparer à lui-même sur de longues périodes et de se comparer aux autres hôpitaux belges (anonymisés).

Ce projet présente un certain nombre de difficultés qui ressortent des interviews :

- Le feedback est peu connu au sein des hôpitaux, il est souvent confondu avec le feedback PSI et le contrat QS.
- Les objectifs de ce feedback apparaissent peu clairs aux hôpitaux.
- Il est peu coordonné avec les autres initiatives du SPF SCAE comme le feedback sur les PSI et le contrat QS et n'apparaît pas aux hôpitaux comme faisant partie d'une véritable stratégie d'amélioration de la performance hospitalière.
- Ce feedback est envoyé par voie postale à la direction de l'hôpital sans autre accompagnement.
- Il est peu diffusé au sein des hôpitaux. Lorsqu'il l'est, les prestataires de soins estiment les graphiques très complexes et peu compréhensibles pour des personnes de terrain.
- Il est suivi de peu d'actions. Les résultats concernent surtout des indicateurs de résultats des soins et les professionnels ne font pas spontanément le lien entre le résultat et les processus à analyser et modifier pour améliorer ce résultat.
- Plus d'accompagnement est demandé par l'intermédiaire de réunions régionales et de synthèses explicatives, des pistes d'interprétation et même des pistes d'actions d'amélioration.
- Le reproche le plus souvent formulé est le long délai de publication du feedback.
- Le manque de fiabilité des données est aussi mis en avant. Les données RCM servent avant tout dans le cadre du financement des hôpitaux et sont peu auditées. Le questionnaire 'Statistiques annuelles' contient des indicateurs basés sur des données peu définies et ne fait l'objet d'aucun contrôle de qualité.
- De plus, comme le feedback est limité aux données disponibles au SPF, des priorités de santé comme la prise en charge des cancers ne font l'objet d'aucun indicateur. La mortalité après infarctus est calculée pendant l'hospitalisation et non pas à 30 jours. La dimension de réponses aux besoins de la communauté n'est pas non plus abordée.

- Le Vlaamse Ziekenhuis netwerk
  - Ce réseau de 19 hôpitaux liés à la KUL met en commun l'expérience de ses membres dans le but d'une optimisation conjointe de la qualité des soins et des performances opérationnelles.
  - Dans un souci de correspondre aux besoins des hôpitaux participants, le travail s'organise en groupe de personnes du terrain spécialistes dans leur domaine.
  - Depuis 2003, le groupe organise des feedbacks, d'abord anonymes. Suite à la mise en confiance des participants, le feedback est maintenant ouvert, permettant les échanges de bonnes pratiques entre les hôpitaux du groupe.
  - Un set multidimensionnel a été établi et communiqué aux hôpitaux membres à la fin de mai 2011.
  - Le projet semble prometteur par l'intégration d'indicateurs de performance clinique et non clinique et par l'intégration des professionnels de terrain dans le développement des indicateurs. Nous manquons cependant d'informations et de recul pour l'évaluer.

### ***Une grande fragmentation des initiatives***

Plusieurs initiatives présentent des feedback semblables. Chacune de ces initiatives rassemble un petit nombre d'hôpitaux. Santhea, le CIES, Zorgdata-Athena, Matrix déclarent des objectifs très proches mais n'ont à notre connaissance, pas développé de collaboration (à l'exception de CIES et Matrix).

Les objectifs du feedback multidimensionnel du SPF et celui du Vlaamse Ziekenhuis Netwerk semblent avoir beaucoup de points communs, mais il n'existe aucun lien entre eux.

Une exception dans ce paysage morcelé est le projet suivant développé malheureusement uniquement du côté flamand.

- Le Vlaamse Quality Indicator project
  - Ce projet est une initiative commune des associations hospitalières flamandes (ICURO et Zorgnet), de l'association flamande des médecins chefs et des autorités flamandes dont le but est d'améliorer la qualité des soins par la stimulation et la facilitation de l'utilisation d'indicateurs de processus cliniques et d'indicateurs de résultats, ainsi que de rendre des compte sur l'utilisation des fonds publics et la qualité des soins offerts.
  - Porté par les associations hospitalières, le projet a développé de larges coopérations avec les autorités, les mutuelles, les universités.
  - Ce projet est récent et une évaluation de l'impact ne sera pas disponible avant plusieurs années.

### ***Performance clinique : des indicateurs basés sur des guidelines***

Au niveau de la revue de la littérature, des définitions et dans la présentation de l'IHI, nous avons vu que les indicateurs ne sont pas un but en soi. Ils ne sont que des outils de mesure de l'atteinte d'objectifs préalablement définis.

Or, notre recherche ne nous a pas permis pour de nombreux projets de prendre connaissance de ces objectifs préalablement établis. Peu de projets se réfèrent de façon directe à des standards de soins, des recommandations de bonne pratique ou à l'EBM. Nous avons vu lors des interviews que beaucoup de professionnels de santé face aux résultats des feedbacks d'indicateurs clinique ne faisaient pas le lien entre les indicateurs de résultats fournis et les processus à améliorer.

Des projets partis des recommandations de bonnes pratiques pour établir des indicateurs nous ont semblé particulièrement intéressants, d'autant plus qu'ils sont basés sur de larges coopérations. Il s'agit des projets conjoints KCE/registre du cancer/Collège d'oncologie/sociétés scientifiques.

- Pour les cancers du rectum (PROCARE), du sein et du testicule, ces organisations ont d'abord établis des recommandations de bonne pratique et des indicateurs qui en découlent qui sont à la fois EBM et adaptées à la situation belge grâce à la collaboration entre les scientifiques et les experts du terrain.
- Ces recommandations et ces indicateurs pour les différents niveaux de l'hôpital ont été testés. Les indicateurs de résultats sont déclinés en indicateurs de processus qui s'ils sont bien réalisés contribuent à l'amélioration du résultat.
- Le registre du cancer insiste sur une condition indispensable de réussite de ce type de projet : l'implication des professionnels de terrain à côté des experts pour une appropriation des indicateurs.
- Les limitations observées sont : la participation des hôpitaux n'est pas obligatoire, il n'y a pas d'exigence d'utilisation des résultats des feedbacks, ni de participation aux formations organisées dans ce cadre.

### ***Hygiène hospitalière : des indicateurs construits à partir des objectifs à rencontrer***

Parallèlement à cette recherche, également à la demande du SPF SCAE, une équipe de l'ISP avec un groupe de travail d'experts a établi un set d'indicateurs de performance en hygiène hospitalière à partir des objectifs du système d'indicateurs.

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.

### ***Le plus : l'ennemi du bien ?***

La multitude des initiatives bien que traduisant très certainement un intérêt pourrait se révéler être un obstacle à la mise en place d'une politique structurée de mesure et d'amélioration de la performance.

Les hôpitaux doivent transmettre les mêmes données à des initiatives différentes avec parfois quelques différences au niveau des délais et du contenu, ce qui génère un travail supplémentaire.

La duplication des projets avec objectifs semblables est également une menace pour les initiatives elles-mêmes qui peuvent présenter des feedbacks avec un nombre d'hôpitaux restreints comme comparatif notamment.

Il est à noter que les hôpitaux sont parties prenantes de plusieurs initiatives. Un signe d'un besoin d'approche multidimensionnelle ? Besoin d'intégration ?

### ***Quelles données pour quel monitoring ?***

Les indicateurs construits sur les données RCM rencontrent les mêmes limitations que celles listées par l'AHRQ : majorité d'indicateurs chirurgicaux ; certains indicateurs sont des proxy pour la qualité ; vulnérabilité aux pratiques de sur-codification des co-morbidités ; indicateurs de mortalité hospitalière influencés par les pratiques hospitalières comme les transferts et les sorties précoces. L'auteur principal des feedbacks multidimensionnels a réalisé une publication scientifique (Aelvoet, Terryn et al. 2010) dans laquelle il démontre que malgré les limitations, ces indicateurs ont un potentiel pour détecter d'éventuels problèmes.

Dans le cadre de ce projet, l'équipe de recherche a pu analyser certaines données récoltées en routine par le SPF SCAE afin de les valider pour une éventuelle utilisation au travers d'indicateurs de performance. Il s'agit essentiellement des données des statistiques hospitalières annuelles et des données RCM dans le cadre des PSI.

Les statistiques hospitalières annuelles constituent une source de données importante permettant de déduire des indicateurs pertinents de la performance hospitalière. Toutefois, un nombre important de limitations empêche leur utilisation dans l'état actuel des choses. En effet, la majorité des indicateurs testés indiquent une variabilité importante. Celle-ci est très certainement engendrée en grande partie par le manque de définition des données récoltées. Ce manque de référentiel commun permet une grande interprétation par les institutions de soins des informations demandées. De plus, l'enquête ne fait l'objet d'aucun contrôle. Nous l'avons vu au travers de plusieurs indicateurs, cela engendre la transmission de valeurs aberrantes, voire impossibles. De plus, les questions ne sont pas actualisées pour tenir compte de la situation en perpétuel mouvement des institutions de soins. Le manque de feedback régulier aux hôpitaux les démotive.

Et pourtant, cette enquête est un instrument souple qui peut permettre d'évaluer des axes différents de la performance hospitalière pour autant qu'il soit pensé de manière dynamique en relation avec les objectifs du système hospitalier et du système d'amélioration de la performance, qu'il présente des définitions claires des données à récolter et que la qualité des données soit vérifiée.

Les collectes de données spécifiques sont un poids supplémentaire que l'hôpital doit porter. PROCARE par exemple comporte un volet collecte de données particulièrement lourd d'après le KCE, ce qui a découragé la participation de certains hôpitaux.

Projets / Caractéristiques	Objectifs	Données utilisées	Dimensions des indicateurs
<b>Projets SPF SCAE</b>			
<b>Feedback multidimensionnel</b>	Exploiter les données disponibles dans un souci de transparence fournir un outil qui permette aux hôpitaux de se comparer et de définir des priorités d'améliorations	RHM (RCM, RIM) FinHosta Questionnaire statistiques annuelles	- Performance clinique - Performance financière - Capacité et innovation - Ressources humaines - Orientation patient
<b>Contrat QS</b>	Stimuler et soutenir la coordination de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les hôpitaux	Rapport remis par chaque hôpital participant	Pas applicable
<b>Feedback PSI</b>	Fournir aux hôpitaux un outil leur permettant de susciter une réflexion «gestion des risques» en interne. disposer d'1 outil pour 1 surveillance du système de soins afin de dégager des pistes d'actions en termes de gestion de la sécurité des patients ou de codage des complications chirurgicales et événements indésirables.	RHM (RCM)	- événements indésirables
<b>Feedback FinHosta</b>	Fournir un feedback budgétaire et financier aux institutions	FinHosta	Performance budgétaire Performance financière
<b>Feedback questionnaires statistiques annuelles</b>	Fournir au SPF SCAE un aperçu du paysage hospitalier sur base de données actualisées afin d'orienter la politique de santé ainsi que d'évaluer la qualité des services	Récolte de données spécifiques Par l'intermédiaire d'un questionnaire que les hôpitaux doivent remplir annuellement	Informations générales sur 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.
<b>Projet de l'ISP</b>			
<b>Set d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière</b>	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	Récolte de données spécifique	Hygiène hospitalière

Projets / Caractéristiques	Objectifs	Données utilisées	Dimensions des indicateurs
<b>Projets des associations hospitalières</b>			
<b>Vlaams Quality Indicator Project</b>	Améliorer la qualité des soins par la stimulation et la facilitation de l'utilisation d'indicateurs de processus cliniques et d'indicateurs de résultats Rendre des comptes sur l'utilisation des fonds publics et au sujet de la qualité des soins offerts	Non communiqué	Indicateurs pour l'ensemble de l'hôpital + Cardiologie Orthopédie Oncologie Mère-enfant
<b>Benchmarking AWAGES</b>	Créer une base de données financières et d'activité hospitalière à caractère régional pour produire une série d'indicateurs sectoriels ; permettre aux institutions de soins de se positionner par rapport aux établissements de même taille, de même région ou de même type ; disposer d'outils d'aide à la décision	Données récoltées en routine RCM RPM FinHosta Données de facturation	Indicateurs de gestion : BMF Montants de Référence Forfaits médicaments
<b>Initiatives liées à des universités</b>			
<b>Navigator</b>	Permettre aux institutions de soins de suivre et d'améliorer de façon continue la qualité clinique et organisationnelle des soins	Données récoltées en routine : RCM + récolte spécifique	Qualité clinique
<b>Vlaamse Ziekenhuis Netwerk</b>	Optimisation conjointe de la qualité des soins et des performances opérationnelles dans tous les secteurs à travers le partage et la validation des connaissances au sein du réseau	Non communiqué	Qualité clinique Sécurité Management-finances Ressources humaines
<b>Benchmarking CIES</b>	Aider les hôpitaux à comprendre leur financement	Données récoltées en routine RCM FinHosta Données de facturation	Indicateurs de gestion : BMF Montants de Référence Forfaits médicaments
<b>Initiatives privées de benchmarking</b>			
<b>MAHA</b>	Pour la banque : maîtrise du risque dans l'octroi du prêt au secteur par une bonne connaissance de celui-ci Pour les hôpitaux : aide au management par un positionnement vis-à-vis de l'ensemble du secteur	Données récoltées en routine RCM FinHosta	Indicateurs financiers
<b>3M</b>	Service de benchmarking développé dans la continuité de la vente de produits de codification des ApR-DRG Aider les hôpitaux à améliorer leur codification	Données récoltées en routine RCM FinHosta	Indicateurs généraux d'activité et de gestion comprenant l'évolution du case-mix et analyse de la codification



Projets / Caractéristiques	Objectifs	Données utilisées	Dimensions des indicateurs
		Données de facturation	Données pharmacie Données montants de référence
<b>Zorgdata - ATHENA</b>	Soutenir les hôpitaux par la génération d'informations à des fins de gestion et de décisions politiques	Données récoltées en routine RCM RIM FinHosta	Données de gestion Y compris qualité de l'enregistrement
<b>Matrix-Partezis</b>	Anticiper les modèles de financement du gouvernement.	Données récoltées en routine RCM RIM FinHosta Données de facturation	Indicateurs de gestion : Lits justifiés Forfaits médicaments Montants de référence Case-mix Performance clinique Qualité et sécurité
<b>KCE : Projets relatifs aux indicateurs de performance hospitalière</b>			
<b>Indicateurs de qualité clinique – 2006</b>	Fournir un cadre conceptuel pour le développement et l'utilisation d'indicateurs cliniques au niveau politique	Bases de données existantes	Qualité clinique : Accidents vasculaires cérébraux Soins périnataux Soins aux personnes âgées Prothèses totales de hanche
<b>Mesure de la performance du système de santé – 2010</b>	Concevoir un système d'évaluation de la performance du système de soins de santé Examiner son application en Belgique tout en construisant et mesurant un premier ensemble d'indicateurs	Bases de données existantes	efficacité réelle ; adéquation ; sécurité ; continuité des soins ; accessibilité ; efficacité ; durabilité
<b>Indicateurs de qualité en oncologie - 2011</b>	Formuler des recommandations pour la mise sur pied d'un système de qualité en oncologie en Belgique	Bases de données existantes Registre du cancer Données AIM-IMA RCM Données de mortalité	Indicateurs de qualité génériques pour tous les cancers Indicateurs plus spécifiques pour les cancers les plus fréquents

Projets / Caractéristiques	Objectifs	Données utilisées	Dimensions des indicateurs
<b>Projets conjoints KCE et Registre du cancer</b>			
<b>PROCARE II développement et test d'indicateurs de qualité - 2008</b>	Améliorer les résultats de la prise en charge des patients atteints de cancer du rectum par - standardisation des pratiques -réalisation et mise en place de guidelines -processus d'assurance de qualité grâce à un enregistrement spécifique et à des feedbacks et des formations	Enregistrement spécifique par le registre Données AIM-IMA Données de la banque carrefour pour calcul des survies	Prise en charge du cancer du rectum Qualité clinique
<b>Cancer du testicule : développement d'indicateurs de qualité – 2010</b>	Préparation de la mise sur pied d'un système de qualité en oncologie en Belgique	Enregistrement spécifique par le registre Données AIM-IMA Données de la banque carrefour pour calcul des survies	Prise en charge du cancer du testicule Qualité clinique
<b>Cancer du sein : développement d'indicateurs de qualité - 2010</b>	Préparation de la mise sur pied d'un système de qualité en oncologie en Belgique	Enregistrement spécifique par le registre Données AIM-IMA Données de la banque carrefour pour calcul des survies	Prise en charge du cancer du sein Qualité clinique
<b>Projets du Registre du cancer</b>			
<b>Autres projets comprennent la prise en charge de nombreux cancers</b>	Améliorer les résultats de la prise en charge des patients atteints de cancer	Enregistrement spécifique par le registre Données de la banque carrefour pour calcul des survies	Prise en charge clinique

Projets / Caractéristiques	Type d'indicateurs	Auteurs/Collaborations	Participants	Feedback
<b>Projets SPF SCAE</b>				
<b>Feedback multidimensionnel</b>	Principalement indicateurs d'outcome	Peu de collaboration Groupe de travail	Feedback envoyé à toutes les directions hospitalières	Documents papier En 2006, 2008, 2011 Délai de plus de 3 ans
<b>Contrat QS</b>	Pas applicable	Equipe SPF-SF Groupe d'accompagnement réuni au SPF avec experts hospitaliers	98% des hôpitaux belges	Pas applicable
<b>Feedback PSI</b>	PSI	Equipe SPF-SF Collaboration de départ avec le CHU de Liège	Feedback envoyé à toutes les directions hospitalières	Feedback en 2008 sur données 1999-2004 Délai de 4 ans Feedback prévu en 2011
<b>Feedback FinHosta</b>	Indicateurs de gestion	Equipe SPF-SF	Tous hôpitaux	Brochure en 2005 (données 1991 à 2001) Tableau de bord hospitalier 2006 (données 2003 à 2005)
<b>Feedback questionnaires statistiques annuelles</b>	De nombreux indicateurs de structure et de process pourraient être construits	Equipe SPF-SF	Tous hôpitaux	Feedback spécifique des données 2000-2001 Prise en compte de quelques données dans le feedback multidimensionnel
<b>Projet de benchmarking de l'ISP</b>				
<b>Set d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière</b>	Process Outcome + indicateur synthétique	ISP en collaboration Groupe de travail d'experts en hygiène hospitalière (SPF+Terrain)	Pas encore mis en place Rapport sortira en septembre 2011	Pas encore mis en place
<b>Projets des associations hospitalières</b>				
<b>Vlaams Quality Indicator Project</b>	Process Outcome	Organisateurs ICURO + Zorgnet Vlaanderen + Association flamande des médecins-chef + les autorités	Projet en phase de développement Nombre d'hôpitaux en évolution	Feedback agrégé prévu en 2012  A partir de 2013, résultats sur les sites internet des

		flamandes Collaboration avec les mutualités, la plate-forme flamande des associations de patients, le SPF SCAE et les universités flamandes		hôpitaux participants
<b>Benchmarking AWAGES</b>	Indicateurs de gestion	Equipe Santhea Financement de la région wallonne	Hôpitaux membres de Santhea Soutien de la région wallonne	Feedback annuel En décembre 2010, RCM 2007 + possibilités de consultation de la base par les hôpitaux
<b>Initiatives liées à des universités</b>				
<b>Navigator</b>	Process Outcome	CZV (Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap) – KUL	58 hôpitaux généraux 26 hôpitaux psychiatriques	Feedback 6 semaines après la clôture d'un trimestre sauf pour données RCM qui suivent les deadlines du SPF SCAE
<b>Vlaamse Ziekenhuis Netwerk</b>	Non communiqué	Groupes de travail en fonction des thématiques constitués par des membres des hôpitaux participants	19 hôpitaux	Set d'indicateur communiqué aux hôpitaux le 25 mai 2011 Feedback mensuel, trimestriel ou annuel en fonction des indicateurs
<b>Benchmarking CIES</b>	Indicateurs de gestion	CIES (Centre d'études interdisciplinaires en économie de la santé) UCL	23 hôpitaux	Feedback annuel
<b>Initiatives privées de Benchmarking</b>				
<b>MAHA</b>	Indicateurs de gestion	Banque Dexia	Feedback gratuit 100% des hôpitaux généraux 80% des hôpitaux psychiatriques Feedback complémentaire payant : 40% des hôpitaux	Feedback annuel Disponible 9 mois après la clôture comptable
<b>3M</b>	Indicateurs de gestion et financiers Qualité de la codification Ajouts de certains PSI et QI de l'AHRQ	Firme 3 M	50 Hôpitaux participent au benchmarking général +28 hôpitaux pour le feedback montants de référence et pharmacie	2 feedback par an Mai 2011 pour données 1 <sup>er</sup> semestre 2010 Novembre 2011 pour 2 <sup>ème</sup> semestre 2010

<b>Zorgdata - ATHENA</b>	Gestion	Asbl	55 % des lits hospitaliers en Flandre	Par trimestre plus annuel 1 mois après la réception des données
<b>Matrix-Partezis</b>	Gestion	Division d'une firme qui vent des logiciels+ Experts hôpitaux participants	65 hôpitaux (60% des lits hospitaliers belges)	Feedback sur les modèles de financement environ 6 mois à la fourniture des données (délai SPF SCAE)
<b>KCE : Projets relatifs aux indicateurs de performance hospitalière</b>				
<b>Indicateurs de qualité clinique – 2006</b>	Processus Résultats	KCE / Universités	Pas applicable	Recommandations pour la mise en place d'indicateurs de qualité clinique par les autorités
<b>Mesure de la performance du système de santé – 2010</b>	Outcome Processus	KCE, INAMI, ISP	Pas applicable	Recommandations pour la mise en place d'indicateurs de performance du système de santé dans son ensemble par les autorités
<b>Indicateurs de qualité en oncologie – 2011</b>	Outcome Processus	Pas applicable	Pas applicable	Recommandations pour la mise en place d'indicateurs de qualité clinique en oncologie par les autorités
<b>Projets conjoints KCE et Registre du cancer</b>				
<b>PROCARE II développement et test d'indicateurs de qualité – 2008</b>	Outcome Process	KCE/Registre du cancer/INAMI/Collèges d'oncologie/sociétés scientifiques	83 sites hospitaliers	Envoi de 3 feedback aux directions hospitalières + participants aux COM
<b>Cancer du testicule : développement d'indicateurs de qualité – 2010</b>	Outcome Process	KCE/Registre du cancer/Collèges d'oncologie	Test sur tous les hôpitaux	1 rapport feedback fourni sur demande de l'hôpital
<b>Cancer du sein : développement</b>	Outcome Process	KCE/Registre du cancer/Collèges d'oncologie	Test sur tous les hôpitaux	1 rapport feedback fourni sur demande de l'hôpital

<b>d'indicateurs de qualité – 2010</b>				
<b>Projets du Registre du cancer</b>				
<b>Autres projets</b>	Outcome Process	Registre du cancer / Collèges d'oncologie/sociétés scientifiques	Pas encore en place	Pas encore en place

### **4.3 Interviews dans un échantillon d'hôpitaux aigus : qu'avons-nous appris ?**

Pour analyser la façon dont les professionnels hospitaliers perçoivent, élaborent, appliquent ou parfois ignorent les indicateurs de performance au sein de leur organisation, nous avons interrogé, dans un échantillon de 13 hôpitaux aigus belges choisis sur une base de volontariat, le directeur général et/ou financier, la directrice du nursing, le médecin-chef, la coordinatrice qualité, le président du conseil médical et toute autre personne particulièrement investie dans l'évaluation et l'amélioration de la performance hospitalière soit un total de 73 personnes.

Toutes ces interviews semi-directives ont été enregistrées, retranscrites et analysées de manière itérative selon une méthodologie sociologique qualitative qui permet d'appréhender l'expérience des acteurs de terrain en minimisant les biais.

#### **Une vision de la performance multidimensionnelle**

Notre première étape a été d'étudier ce que signifie, du point de vue des acteurs, la performance. Il est apparu que la majorité des interviewés se réfère à plusieurs critères de performance. C'est par exemple le cas de ce directeur général, qui évoque ici cinq critères de performance :

*« La performance, pour moi, c'est effectivement le financier. Ma première mission, c'est 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 »*

La performance hospitalière est donc perçue comme multidimensionnelle. Sept dimensions en ont été identifiées à partir des déclarations des acteurs : la performance en termes de résultats financiers et d'activité ; de qualité des soins et sécurité du patient ; d'optimisation des ressources humaines ; d'orientation-patient ; de maîtrise des plus récentes techniques médicales ; de qualité de l'enseignement et de la recherche ; de responsabilité envers la communauté (accessibilité aux populations défavorisées, protection de l'environnement...).

#### **Mais pas de perception homogène de la performance**

Ces perceptions ne sont pas partagées de manière homogène. D'une part la fonction occupée dans l'établissement, d'autre part la culture propre à certains hôpitaux favorisent l'adhésion de chaque acteur à telle ou telle définition de la performance. Ainsi, les directeurs généraux sont les plus concernés par le volet finances-activité. Mais ils sont aussi, du fait leur

position en surplomb, les interviewés qui se réfèrent au plus grand nombre de dimensions de la performance. Les présidents de conseils médicaux, directeurs médicaux et coordinateurs qualité se focalisent sur la qualité des soins ou la sécurité des soins ; les directeurs du nursing partagent ces priorités mais se singularisent par un accent mis sur la performance en termes de ressources humaines.

Certains hôpitaux de l'échantillon possèdent 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. Notamment dans trois établissements où une culture de service public, liée à une patientèle précarisée, irrigue la vision de la performance de l'ensemble des acteurs interviewés et leur pratique professionnelle.

Il n'existe donc pas dans les hôpitaux, sauf exception, de vision uniforme des critères d'excellence à appliquer aux organisations de soins, ce qui est un des prérequis d'une politique cohérente de performance hospitalière.

### ***Peu de lien entre vision, objectifs et tableaux de bord***

Le lien n'est pas toujours fait entre vision, objectifs stratégiques et tableaux de bord : si la plupart des hôpitaux disposent aujourd'hui d'un plan stratégique, seuls 7 des 13 établissements de l'échantillon ont développé un tableau de bord institutionnel, généralement focalisé sur l'économique et la gestion au détriment des indicateurs de qualité. Il existe donc une grande différence entre les visions de la performance et les objectifs qui seront réellement développés sur le terrain : les éléments qualitatifs, présents dans la vision, ne se déclinent pas souvent en objectifs institutionnels.

### ***La priorité aux indicateurs financiers et de gestion***

Les indicateurs financiers et de gestion sont prioritaires au sein des hôpitaux, comme le constate ce coordinateur qualité :

*« 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 »*

Dans presque tous les hôpitaux, les batteries d'indicateurs financiers et de gestion sont donc surdéveloppées par rapport aux indicateurs cliniques.

### ***A chacun ses indicateurs ou le manque d'intégration des indicateurs***

L'autonomie relative dont disposent la plupart des professionnels de l'hôpital pour créer leurs propres méthodes de mesure de la performance aboutissent à une segmentation des politiques de performance et à l'élaboration de systèmes d'indicateurs inégalement développés, inégalement formalisés et souvent peu intégrés.

Sur le plan vertical, les directions générales, les directions infirmières et les directions médicales gèrent chacune leur système d'information en fonction de leurs missions, de leurs ressources, de leur structure interne, voire de la personnalité de leurs cadres ; elles développent ainsi des « piliers d'indicateurs » qui ne communiquent que partiellement entre eux.

De même, sur le plan horizontal, les unités de soin utilisent des indicateurs propres qui ne sont pas centralisés au niveau de la direction.



### ***Des indicateurs à durée de vie variable***

On rencontre dans les hôpitaux deux grands profils d'indicateurs, à la durée de vie différente.

Les indicateurs mesurés de manière routinière au niveau institutionnel, sont essentiellement liés à la gestion et à l'économie ; ce sont par ailleurs des indicateurs permanents. Certains indicateurs de qualité clinique ou de qualité-patient (infections nosocomiales, plaintes, déclarations d'incidents...) sont également permanents (parfois du fait d'obligations légales). La définition et le mode de collecte de ces indicateurs permanents est généralement très formalisé ; ils exercent essentiellement une fonction de pilotage ou de « signaux d'alarme » en cas de dysfonctionnements.

Mais les hôpitaux développent également des indicateurs ad hoc dans le cadre de projets ponctuels. Beaucoup d'indicateurs de qualité clinique ou de qualité-patient employés par les hôpitaux appartiennent à cette catégorie d'indicateurs spécifiques, faiblement formalisés, à durée de vie limitée, et généralement abandonnés dès lors que les objectifs du projet sont atteints.

### ***Et l'aide apportée par les contrats qualité-sécurité ?***

Les contrats qualité et sécurité contribuent à une sensibilisation des acteurs à la culture qualité mais sont mal intégrés dans le travail des différents secteurs de l'hôpital. Leur contenu (voire leur existence) est d'ailleurs fréquemment inconnus des acteurs interrogés. Les coordinateurs qualité eux-mêmes constatent leur mauvaise insertion au sein des établissements : ambiguïté de leur position dans les organigrammes, isolement, manque de ressources et de reconnaissance viennent limiter leur contribution à la promotion de la qualité. Cette formule de l'un d'entre eux est significative :

*« 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 ? »*

Leur marginalisation les oblige souvent à choisir eux-mêmes les actions qu'ils souhaitent développer, puis à négocier avec les autres acteurs pour obtenir leur aval ou leur soutien. Le succès de leurs projets est donc toujours dépendant de la bonne volonté des responsables d'unités, qui les considèrent comme des « éléments perturbateurs » de leur routine (toujours selon les termes d'un coordinateur qualité), ou des directions, qui ont d'autres priorités : *« 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 »*

Leur faible reconnaissance se reflète également dans la nature des indicateurs mis en place par les coordinateurs qualité qui sont le plus souvent temporaires, peu formalisés et non diffusés au-delà du service qu'ils concernent directement.

### ***Le recours au benchmarking ne donne pas toujours lieu à des actions d'amélioration***

Dix-huit dispositifs de benchmarking ont été cités par les hôpitaux. Parmi ceux-ci, les plus répandus sont l'enquête MAHA réalisée par la banque Dexia (tous les hôpitaux y participent), les études de la firme 3M (6 hôpitaux sur 13), le système Navigator de la KUL (4 hôpitaux), l'analyse de la CHAB rassemblant les hôpitaux académiques (4 hôpitaux) et, bien sûr, le feedback multidimensionnel intégré et les PSI. Toutefois, cette multiplicité d'outils 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.

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. Il n'a donné lieu à des effets significatifs et concrets sur les processus de travail que dans un seul établissement de notre échantillon.

### ***Les attentes vis-à-vis d'un set d'indicateurs***

Il ne se dégage pas des entretiens une liste d'indicateurs faisant consensus. L'apport de l'enquête se situe plus au niveau des critères que devrait respecter leur sélection d'une part, des modalités de leur opérationnalisation d'autre part.

#### *- Des indicateurs de qualité !*

Les critères avancés par les acteurs pour sélectionner les indicateurs sont la validité, l'opérationnalité, la simplicité, la précision des définitions, le nombre restreint d'indicateurs, la régularité de la mesure et la rapidité du feedback

#### *- Une aide à la compréhension des indicateurs*

Au niveau des critères d'opérationnalisation, les acteurs de terrain ont formulé une demande d'un meilleur accompagnement pour l'exploitation des indicateurs.

La capacité des hôpitaux à tirer profit dans leur activité managériale ou clinique d'un set d'indicateur communiqué de façon isolée est à l'heure actuelle surestimée ou, en tout cas, très inégale d'un établissement à l'autre :

« *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)

Un grand nombre d'interviewés souhaiteraient donc une aide à l'interprétation des résultats du set et à la mise en œuvre de mesures correctrices

« *Les indicateurs tous seuls, non. Ce que je voudrais, c'est un comparatif des process qui sont mis en place* » (médecin-chef).

#### *- Ne pas communiquer plusieurs fois la même information à des autorités différentes*

Enfin, plusieurs acteurs ont estimé redondantes les informations demandées par les entités publiques et souhaiteraient une plus grande coordination entre les différents niveaux d'autorité et les différentes agences pour mettre un terme à la duplication des demandes de données

### ***Facteurs de succès et d'échec dans la mise en œuvre des politiques d'amélioration de la performance mesurées par des indicateurs***

#### *- La définition de stratégies et d'objectifs*

Les indicateurs se doivent d'être pertinents par rapports aux objectifs définis par les institutions. Cette primauté de la stratégie est déclinée par les acteurs à plusieurs niveaux. :

- Définition de la politique nationale de santé ; plusieurs acteurs ont insisté sur le fait que les politiques de qualité des hôpitaux devaient s'insérer dans une évaluation des besoins de la population faite au niveau national (selon un directeur général, « *il y a des choix de société à faire sur la qualité, le débat sur la qualité des soins doit être élargi* »).
- Les indicateurs doivent s'inscrire dans une stratégie institutionnelle de performance, connue de tous les acteurs de l'hôpital et déclinée dans les équipes. La qualité, parent pauvre à l'heure actuelle dans beaucoup d'établissements, doit être inscrite dans leurs objectifs institutionnels pour bénéficier de moyens sur le long terme et pour donner une légitimité aux organes qui en ont la charge.
- Les objectifs de chaque projet doivent découler des objectifs institutionnels. La stratégie et les indicateurs de performance se déclinent ainsi de manière parallèle en cascade.

- *Un leadership fort pour mener les projets à bien.*

Une des clefs de succès des politiques de performance est la légitimité. Les projets qui aboutissent sont ceux qui sont portés par des « leaders » charismatiques sachant faire valoir leur pertinence auprès des acteurs et prendre en compte les attentes de ces derniers.

- *L'entretien de la motivation des personnels*

Par un feedback régulier sur le résultat des actions de performance, par la valorisation en interne des projets réussis ou par des incitations financières.

- *La disponibilité des ressources nécessaires aux politiques de performance*

Les personnes interviewées ont cité : la disponibilité de données fiables pour alimenter les indicateurs ; formation de professionnels pour effectuer cette mesure ; les moyens financiers pour assurer sur le long terme l'affectation de ressources humaines et techniques aux projets d'amélioration de la performance.

- *Des conditions « structurelles »,*

La bonne santé financière et la culture organisationnelle de l'hôpital semblent être des préalables à la mise en place spontanée de programmes d'amélioration de la performance avec une composante qualité et sécurité qui soit importante.

#### **4.4 Quelques éléments sur la mesure de la performance hospitalière issus de la littérature**

##### ***Mesurer ne signifie pas automatiquement améliorer***

Mesurer en vue d'une évaluation qualifiante (pour assurer la responsabilité publique, pour une accréditation ou un financement de la qualité) ou dans le but d'améliorer les processus de soins sont deux choses tout-à-fait différentes même si elles peuvent être complémentaires dans l'atteinte des buts institutionnels.

Mesurer permet de détecter et /ou de quantifier des problèmes.

Mesurer pour améliorer nécessite d'introduire parallèlement des changements dans les structures et les processus de soins. La mesure détermine quels changements ont apporté des résultats et dans quelle mesure.

### **Le Set d'indicateurs**

Mesurer pour améliorer nécessite des sets de mesures qui ont une relation entre elles (process, outcome, balancing measures) pour aider à comprendre les effets plus vastes des changements testés. L'objectif est la collecte systématique et l'analyse des indicateurs de qualité en vue de fournir des feedbacks et des commentaires à toutes les parties prenantes. Un set d'indicateurs permet également une approche multidimensionnelle de la performance hospitalière par la conception et la présentation des indicateurs du set en dimensions.

Les dimensions de la performance retrouvées dans les sets d'indicateurs sont la performance clinique ou efficacité, la dimension sécurité des soins, la performance financière, la performance en gestion des ressources humaines, l'approche centrée sur le patient (*patient-centeredness*), la gouvernance adaptée aux besoins du public (*responsive governance*), l'accessibilité et l'équité.

Dans un set d'indicateurs, toutes les dimensions sont considérées comme interdépendantes et doivent être évaluées simultanément pour donner une vision de la performance globale de l'hôpital.

Le développement d'un set d'indicateurs doit respecter quelques étapes :

- La définition des priorités basées sur des critères explicites
- La précision des objectifs que le set doit atteindre
- La constitution d'une équipe parmi laquelle figurent les principales parties prenantes
- L'identification des sources d'informations potentielles
- L'évaluation de la valeur de ces sources
- La sélection par l'équipe des indicateurs à partir de ces sources
- La description détaillée des indicateurs : numérateur, dénominateur, critères d'inclusion et d'exclusion, la définition des sources de données et la détermination des procédures de collecte
- La validation des indicateurs par la phase de test pilote

Le nombre d'indicateurs dans le set doit également être limité au maximum.

Le set doit être conçu de manière dynamique. Certains indicateurs doivent être supprimés lorsque le but est atteint et d'autres peuvent être introduit pour souligner d'autres priorités.

### **4.5 Indicateurs de performance dans les hôpitaux et les services psychiatriques**

Prof Dr Em Franz Baro  
Mental Health expert WHO

L'OMS a toujours attaché une grande importance au concept de qualité des soins dans les établissements 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. 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 certain nombre de projets sont développés en relation avec l'approche de l'OMS, par exemple 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.

En Belgique, 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.

Dans une seconde phase, 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'initiatives 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.

Dans la partie francophone de la Belgique un effort remarquable est fait depuis 2007 par le réseau *QualPsy*. 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 SPF SCAE. *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. Ces contrats visent à encourager les efforts des hôpitaux dans le domaine de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients, selon une vision stratégique sur 5 ans fixée jusqu'en 2012. Les contrats sont différenciés par type d'hôpital et exigent de mettre sur pied un set multidimensionnel d'indicateurs.

*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 et les processus trans muraux.

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**'. Bien entendu, cette étude présente certaines limites d'autant plus valables en institution psychiatrique qu'en hôpital général. Actuellement, seul les Pays-Bas et les Royaumes-Unis disposent d'une base légale solide.

Pourtant, l'implication de l'utilisateur (avec les indicateurs de performance décrits) présente des avantages fondamentaux en termes d'information, de communication, de choix et de qualité.

### **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.

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.

## **5 Conclusion : pistes pour la mise en œuvre d'un set d'indicateurs**

Le SPF SCAE 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>1</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*

---

<sup>1</sup> C'est-à-dire des formations standardisées et évaluées

Le SPF SCAE, 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 SCAE 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 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 convivial, 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.

## **6 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

## 7 Addendum

Le Tableau 1 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 1, 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 2 et le Tableau 3, 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 1 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>	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



Tableau 2 Fiches descriptives des indicateurs cliniques

## **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 pose) 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 obstétriques 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 3 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 :**

- Chiffre 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

**Ratio 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'examens réalisés en Résonance Magnétique Nucléaire

**Dénominateur** : Nombre d'examens 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

- Aelvoet, W., N. Terry, 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.
- Jacques, J., D. Gillain, et al. (2006). "Etude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports vol.42B. Ref. D/2006/10.273/46."
- 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)."
- Richmond, J., D. Hunter, et al. (2009). "Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty)." *J Am Acad Orthop Surg* **17**(9): 591-600.
- Van Brabant, 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."
- Verelst, S., J. Jacques, et al. (2010). "Validation of Hospital Administrative Dataset for adverse event screening." *Qual Saf Health Care* **19**(5): e25.
- 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."