

RÉFÉRENT HOSPITALIER

Critères de performance pour la continuité des soins

PAR PHILIP MOONS ET CHRISTIANE GOSSET

En Belgique, la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins existe depuis les années 90 dans les hôpitaux généraux, psychiatriques et les centres de révalidation. Plusieurs études ont démontré que cette fonction favorise efficacement la continuité des soins pour les patients vulnérables. Cependant, on est encore loin d'en mesurer les performances.

CONTEXTE ET HISTORIQUE DE LA FONCTION RH

La fonction RH (référént hospitalier) est introduite dans les hôpitaux belges à la fin des années 90 en réponse à la réduction de la durée d'hospitalisation et à l'encouragement des soins extra-muros. Elle se définit comme la préparation de la sortie, structurée en différentes phases, et ce dès l'admission du patient à l'hôpital. Il s'agit d'élaborer et de proposer un ensemble de soins individualisés aux patients présentant une problématique complexe ou de longue durée ainsi qu'à leurs aidants naturels. Cette démarche est interdisciplinaire et s'effectue en concertation avec des intervenants externes. L'ensemble des soins comprend des aspects cliniques, organisationnels et financiers, et vise une réintégration optimale du patient à son domicile. La méthode suivie dans le cadre de ce processus de soins est coordonnée par le référent hospitalier pour la continuité des soins, lequel en assure également le suivi.

De nombreux travaux ont étudié les effets d'une préparation structurée et

bien accompagnée de la sortie de l'hôpital. En Belgique, le Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap de la KU Leuven et l'Ecole de Santé publique de l'Université de Liège ont réalisé une étude sur les effets de la fonction RH auprès des personnes âgées admises dans un hôpital aigu. Il en ressort que si cette fonction peut prévenir l'institutionnalisation, elle ne permet pas de réduire le nombre de réhospitalisations¹. Ces résultats s'inscrivent dans le droit fil de la littérature internationale².

fonction RH influence le processus de l'accompagnement de la sortie. Elle permet de prendre très tôt connaissance des problèmes de continuité auprès des patients de manière systématique et approfondie¹. Il est ainsi possible d'anticiper plus rapidement et de répondre plus adéquatement aux besoins du patient et de sa famille puisque l'accompagnement débute dès l'admission à l'hôpital.

La fonction RH a également contribué à un changement de mentalité. Le fait de (re)mettre les besoins holistiques du

// La fonction RH a souvent amélioré le travail d'équipe //

La fonction RH s'applique aussi en santé mentale. Dans notre pays, les résultats obtenus dans les hôpitaux psychiatriques montrent que la fonction RH influence le taux de réadmissions³, comme on le relève également dans la littérature⁴⁻⁵.

Outre ses effets sur les réhospitalisations et les institutionnalisations, la

patient au centre de la démarche de soins et d'accorder une attention explicite aux besoins des aidants naturels a constitué une plus-value importante puisque les aides informelles de proximité jouent un rôle crucial pour le retour à domicile des patients.

La fonction RH a souvent amélioré le travail d'équipe. Elle a permis l'organi-

>>>

>>>



Christiane
GOSSET

est médecin, docteur
en santé publique
et chargée de
cours à l'Ecole de
Santé publique de
l'Université de Liège.

cgosset@ulg.ac.be

sation de réunions d'équipes pluridisciplinaires, et s'il existait déjà une tradition de concertation en ce sens, elle a favorisé des réunions plus structurées et plus efficaces. Parallèlement, le rôle d'intervenants comme les logopèdes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et travailleurs sociaux, s'est retrouvé mieux (re)connu et plus apprécié¹.

L'amélioration du travail d'équipe ne concerne pas uniquement les intervenants intra-muros. En effet, la fonction RH a renforcé la collaboration entre hôpitaux et partenaires extra-muros. Collaborer signifie d'abord reconnaître les différences respectives sur le plan de l'expertise, de la vision et des intérêts du patient^{1,6}. De la même manière, elle a permis de porter un autre regard sur la sortie contre avis médical. Auparavant, elle signifiait souvent la fin de l'accompagnement, alors qu'actuellement, une concertation peut avoir lieu avec le patient et les partenaires extra-muros après la sortie de l'hôpital.

Enfin, la fonction RH améliore la continuité des soins en cas de réhospitalisation⁶.

ont été conclus, en attendant un financement structurel. En 2005, 114 hôpitaux G, 8 hôpitaux G isolés, 19 hôpitaux Sp, et 49 hôpitaux psychiatriques intègrent la méthodologie de la fonction RH dans leur institution (situation au 31/05/2005).

LE CONTENU DE LA FONCTION RH

La fonction RH se décline en trois niveaux: microscopique, mésoscopique et macroscopique.

Le **niveau microscopique** prend en compte les relations individuelles avec le patient qui est suivi selon un processus structuré en cinq phases: screening des patients à risque; collecte large et approfondie des données concernant les besoins physiques, psychiques et sociaux du patient; détermination interdisciplinaire des objectifs de soins et d'un plan de soins, en concertation avec le patient et son entourage; réalisation du plan de soins, et évaluations régulières des objectifs et des actions mises en œuvre¹. Le niveau microscopique est assuré en équipes pluridisciplinaires, où chaque intervenant a

des initiatives pour implanter et maintenir cette culture. Cette mission peut être intégrée dans les cellules d'experts/qualité existantes pour autant que toutes les personnes concernées soient impliquées. Il importe que les différents départements et services concernés par la continuité des soins y soient représentés.

Les missions principales à ce niveau consistent à déterminer les lignes de force de la politique menée en matière de continuité des soins et de la sortie et à les intégrer dans le plan de l'institution; promouvoir le fonctionnement interdisciplinaire; élaborer des structures de communication interne; développer des instruments et créer des conditions préalables favorables à la mise en œuvre de la fonction au niveau microscopique; développer les compétences et la formation permanente; promouvoir, surveiller et améliorer la qualité de la fonction RH, et rédiger un rapport d'activité à l'attention de la direction et de l'autorité fédérale.

Au **niveau macroscopique**, la fonction RH vise la collaboration avec les structures extra-hospitalières en vue d'assurer la continuité des soins et la prévention des rechutes. Pour ce faire, un organe de concertation, composé de représentants de l'hôpital et des services extra-muros, doit se réunir. Les missions principales consistent à déterminer les lignes de force de la collaboration avec l'extra-muros et à les intégrer dans le plan de politique générale de l'hôpital; intégrer les lignes de force de la politique en matière de continuité des soins et de la sortie, à partir de la cellule d'experts/la cellule qualité, dans le plan de politique générale de l'hôpital; élaborer des structures de communication transmurale, y participer et les faciliter; élaborer ou améliorer des protocoles de coopération avec des services extra-muros; intégrer l'hôpital dans des réseaux de soins; promouvoir,

>>>



Philip
MOONS

est infirmier et
docteur en sciences
sociales de la santé.

Il est chargé de
cours au Centrum
voor Ziekenhuis-
en Verplegings-
wetenschap de
la KU Leuven et
travaille également
en tant qu'infirmier
spécialisé aux
Universitaire
Ziekenhuizen
Leuven.

philip.moons@med.
kuleuven.be

La fonction RH est introduite dans les hôpitaux belges à la fin des années 90 en réponse à la réduction de la durée d'hospitalisation et à l'encouragement des soins extra-muros

LA FONCTION RH EN 2005

Les effets positifs de la fonction RH ont incité l'autorité fédérale à poursuivre son soutien financier aux hôpitaux qui continuaient à l'appliquer. Pour les hôpitaux généraux et universitaires appliquant la fonction au sein de leurs services de gériatrie (lits G), un financement structurel a été prévu (A.R. du 25/04/2002; M.B. 30/05/2002 et A.R. du 11/07/2005; M.B. 25/07/2005). Pour les services Sp de plus de 80 lits et pour les services A des hôpitaux psychiatriques, des contrats annuels

ses responsabilités en matière de soins, mais où le référent hospitalier assure la coordination et, dans ce cadre, établit un lien solide avec le service social.

Le **niveau mésoscopique** vise, dans l'ensemble de l'hôpital, à créer une culture de promotion et de surveillance de la continuité des soins, de sorte que la fonction puisse être menée de façon efficiente et effective au niveau microscopique. Il est donc souhaitable que chaque hôpital dispose d'une cellule d'experts ou d'une cellule qualité qui prenne

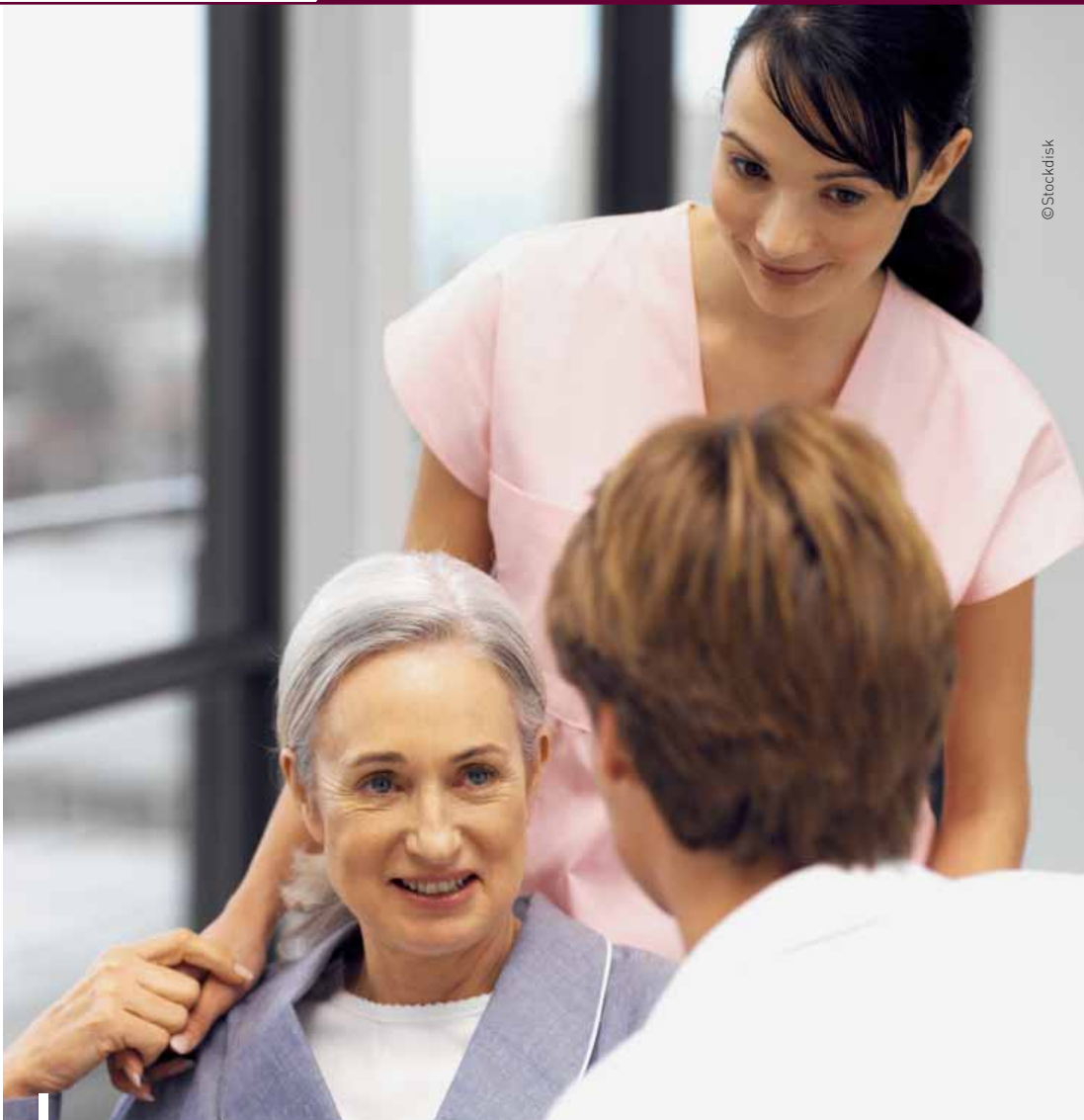
>>> surveiller et améliorer la qualité de la collaboration, et transmettre l'expertise au sein du réseau de partenaires.

LES CRITÈRES DE PERFORMANCE DE LA FONCTION

Il est difficile d'examiner dans quelle mesure la fonction RH est bien implantée. Or, chaque hôpital doit pouvoir évaluer la qualité de ses prestations, par exemple dans le cadre d'audits internes ou pour répondre aux instances de contrôle. C'est pourquoi le besoin s'est fait sentir d'élaborer des critères ou indicateurs de performance. Ils ont donc été établis de manière empirique en mettant l'accent sur le processus et les résultats (outcome) de la fonction RH⁷.

Un critère de performance se définit comme un instrument quantitatif (par exemple un chiffre, un ratio, un indice, un pourcentage) donnant une indication sur la performance d'une organisation, un processus ou un résultat spécifique⁸.

51 référents hospitaliers des hôpitaux G, Sp et A ont proposé, dans un questionnaire ouvert, une liste de critères de performance d'une fonction RH. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse de contenu, ont été regroupées et classées en fonction des niveaux micro-, méso- et macroscopiques. Les éléments non directement mesurables ont été supprimés avant d'établir une liste provisoire. Cette liste a été exa-



Le niveau mésoscopique vise, dans l'ensemble de l'hôpital, à créer une culture de promotion et de surveillance de la continuité des soins, de sorte que la fonction puisse être menée de façon efficiente et effective au niveau microscopique.

minée avec des experts de la fonction RH jusqu'à l'obtention d'un consensus. Il importait que les critères soient applicables pour les lits G, Sp et A. Ils ont ensuite été opérationnalisés pour être aisément mesurables via le système navigator^{®9}, qui n'a pu cependant traiter l'ensemble des critères. D'autres propositions de

mesure ont alors été choisies, surtout des définitions.

Au total, 25 critères de performance ont été identifiés. Parmi ceux-ci, 11 concernent le niveau microscopique, 11 autres le niveau mésoscopique et 3 le niveau macroscopique. Quatre critères ont été opérationnalisés de deux façons. L'ensemble

¹ Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleef, S., Bollen, S., Manhaeve, D. et al. (1999). Effectiviteit van ontslagmanagement in de Belgische gezondheidszorg: Onderzoeksresultaten uit de algemene ziekenhuizen. Acta Hospitalia, 39, 45-56.

² Hyde, C. J., Robert, I. E., & Sinclair, A. J. (2000). The effects of supporting discharge from hospital to home in older people.

Age Ageing, 29, 271-279.

³ de Froidmont, C., De Geest, S., Denhaerynck, K., Ghyselen, K., Gosset, C., Hillewaere, L. et al. (2001). Ontslagmanagement in Belgische psychiatrische ziekenhuizen: Pilootstudie tweede fase. Leuven-Luik: KUL-ULg.

⁴ Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr.

Serv., 51, 1410-1421.

⁵ Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. Cochrane.Database. Syst.Rev., CD000050.

⁶ Hillewaere, L., Decat, W., & Moons, P. (2003). Ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen: vijf jaar later. Acta Hospitalia, 43, 61-68.

⁷ Donabedian, A. (1980).

Explorations in quality assessment and monitoring Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

⁸ O'Leary, M. R. (1994). Lexikon. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

⁹ Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (2004). Navigator: Het indicatorsysteem van het

Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap K.U.Leuven, Algemene ziekenhuizen - Indicatorset - Handboek. Leuven: CZV.

¹⁰ Vleugels, A., Quaethoven, P., Breugelmans, S., & De Paepe, L. (2003). Klinische performantie-indicatoren voor het kwaliteitsbeleid van de Vlaamse algemene ziekenhuizen Leuven: Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven.

Le niveau microscopique de la fonction RH prend en compte les relations individuelles avec le patient qui est suivi selon un processus structuré en cinq phases.

>>>

permet d'avoir une idée de la qualité de la fonction RH dans les hôpitaux par le biais de 29 opérationnalisations. Parmi celles-ci, 11 sont exprimées sous forme de rapport, 7 de façon dichotomique (oui/non), 10 par le biais de définitions et 1 par un calcul.

Le protocole strict élaboré au départ a évolué vers une mise en œuvre souple et pratique. Ainsi, depuis 2001, la fonction a intégré le service social. Les Comités locaux d'accompagnement pluridisciplinaire se sont transformés, et plusieurs structures hospita-

Les effets positifs de la fonction RH ont incité l'autorité fédérale à poursuivre son soutien financier aux hôpitaux qui continuaient à l'appliquer

A SUIVRE

La fonction RH existe depuis 1998 dans les soins de santé belges et les hôpitaux peuvent se prévaloir d'une expérience et d'une expertise dans le domaine.

Une collaboration plus efficace a pu s'instaurer avec les structures extra-hospitalières d'aide et de soins à domicile de façon à garantir la continuité des soins après la sortie⁶.

Ces dernières années, la fonction RH a subi une série d'évolutions.

lières coopèrent pour fonctionner comme de véritables plateformes régionales travaillant avec les structures de soins et d'aide à domicile.

Cependant, face à cette souplesse, de nombreux référents se demandent si la qualité des soins offerts correspond aux attentes des patients et de l'autorité fédérale. C'est pourquoi, une évaluation formelle de la fonction RH a été proposée sous forme d'indicateurs de performance.

Si les critères d'évaluation des hôpitaux sont explicites et clairs, les hôpitaux pourront alors (ré)agir de manière proactive et approfondie.

La liste des critères de performance et les différents niveaux d'évaluation possible démontrent que la collecte des informations ne peut être assignée à une seule personne et que cette responsabilité relève tout autant des responsables de département que des directions. Dans la même optique, les coordinateurs qualité ou les coordinateurs RCM ou RPM pourraient apporter leur expertise.

Les critères proposés sont pertinents: ils ont été produits par les référents hospitaliers eux-mêmes puis discutés et traités par un groupe d'experts scientifiques et cliniques de la fonction. Le recours à ces deux stratégies augmente la validité des critères et la faisabilité de leur opérationnalisation.

La liste des critères de performance doit cependant s'enrichir d'autres éléments. Il conviendra d'élaborer des définitions, des critères d'exclusion, des conditions d'enregistrement et d'implémentation par indicateur^{9, 10}. Une évaluation de la faisabilité et des conditions de collecte des données devrait orienter son organisation opérationnelle future. ○

PERFORMANTIEMAATSTAVEN VOOR ONTSLAGMANAGEMENT: EEN AANZET TOT KWALITEITSMETING

Sinds eind jaren 90 wordt ontslagmanagement in België toegepast in algemene en psychiatrische ziekenhuizen en in revalidatiecentra. Verscheidene studies hebben de effectiviteit van ontslagmanagement ter bevordering van de continuïteit van zorg voor kwetsbare patiëntengroepen kunnen aantonen. Adequate performantiemetingen ontbreken echter tot op heden. Dit artikel heeft als doel de beschikbare evidentie te bespreken, de huidige context van ontslagmanagement in België

te situeren en empirisch gegenereerde performantiemaatstaven voor ontslagmanagement voor te stellen. Deze maatstaven kunnen een aanzet geven aan individuele ziekenhuizen om hun performantie op het vlak van ontslagmanagement te evalueren door middel van interne audits. Daarnaast kan de overheid deze lijst van performantiemaatstaven gebruiken om een wetgevend kader te creëren, of om de evaluatie van ontslagmanagement door visitatiecommissies te kunnen sturen.