



Programme Pay for Performance 2018 pour les hôpitaux généraux

Note d'accompagnement



AVRIL 2018

SOMMAIRE

I.	Programme P4P pour les hôpitaux généraux à partir de 2018.....	2
II.	Disponibilité et (autorisation d’) utilisation des données.....	3
III.	L'ensemble des indicateurs P4P 2018.....	3
	A. Statut d’accréditation ISQua qui est d’application le 15 mai 2018.....	5
	B. Participation à des enregistrements cliniques non obligatoires et labels de qualité	5
	C. Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient : % de notifications d’incidents codées de manière conforme.....	8
	D. Expériences des patients.....	10
	E. Indicateurs de processus cliniques : antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales	13
	F. Nombre de points à obtenir pour les indicateurs antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales	13
	G. Indicateurs de processus cliniques : « cancer »	15
	H. Nombre de points à obtenir pour les indicateurs de processus cliniques « cancer »	16
IV.	Méthode de calcul du budget par hôpital en 2018.....	18
	A. Montant disponible pour le programme P4P	18
	B. Modalités d'acquérir le budget P4P.....	18
	C. Versement du budget P4P dans le BFM de 2018	18
	D. Répartition du montant disponible.....	18
	E. Calcul du score total.....	19
	F. Calcul du montant par point et par lit justifié.....	19
V.	Le groupe de travail P4Q.....	20
VI.	Les membres des groupes de travail d’experts.....	21
	A. Pour les indicateurs de processus cliniques : antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales	21
	B. Pour les indicateurs de processus cliniques : cancer du sein.....	21

I. Programme P4P pour les hôpitaux généraux à partir de 2018

Dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, l'introduction d'un **programme « Pay for Performance »** (P4P)¹ représente une priorité clairement établie et annoncée dans les plans stratégiques successifs.

« Pay for Performance » est un mécanisme qui conditionne la rémunération des soins dispensés à la qualité de ces soins. La qualité est évaluée au moyen d'indicateurs de structure, de processus et/ou de résultat.

Les initiatives P4P sont de plus en plus mises en œuvre dans le monde entier pour améliorer la qualité des soins. Bien que tout le monde ne soit pas convaincu des effets potentiellement favorables et que des effets secondaires défavorables puissent également intervenir (p.ex. le *gaming*), il y a malgré tout suffisamment d'expériences positives à l'étranger pour qu'un programme P4P soit également instauré dans les hôpitaux de Belgique²⁻⁴.

Un bon modèle de P4P devrait également tenir compte des défis à venir. C'est pourquoi le programme belge P4P ne se concentre pas uniquement sur les activités cliniques au sein des hôpitaux ; il inclut également des indicateurs portant sur l'expérience des patients, la culture et l'organisation apprenante. Idéalement, des indicateurs sur la continuité des soins et la coopération clinique au sein de réseaux et les soins transmuraux seront également ajoutés à terme.

Le programme P4P 2018 a été développé par le **groupe de travail P4Q** (plus d'informations sur le groupe de travail P4Q sont disponibles dans le chapitre V de ce document) et soumis pour avis au Conseil fédéral des Établissements hospitaliers.

Ci-dessous, se trouve une explication sur l'ensemble des indicateurs pour 2018 et la méthode de calcul du budget qui sera attribué à chaque hôpital. Dans un premier temps, le programme P4P est appliqué aux **hôpitaux généraux**⁵ et son début est fixé au **1^{er} janvier 2018**.

¹ Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, Remmen R, Sermeus W, Van Den Broecke C, Van Herck P, Vanmeerbeek M, Willems S, De Gauquier K. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van 'Pay for Quality' programma's in België. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2009. KCE Reports vol 118A. D/2009/10.273/50.

² Y. Ogundejia et al. The effectiveness of payment for performance in health care: a meta-analysis and exploration of variation in outcomes. Health Policy 120 (2016) 1141–1150.

³ R. Milstein et J. Schreyoegg. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. Health Policy 120 (2016) 1125-1140.

⁴ A. Mendelson et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care. A Systematic Review. Ann Intern Med. 2017. DOI: 10.7326/M16-1881.

⁵ Les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et des hôpitaux Sp soins palliatifs. Les hôpitaux universitaires relèvent également du groupe des hôpitaux généraux.

II. Disponibilité et (autorisation d') utilisation des données

Pour le calcul des indicateurs du programme P4P, le SPF Santé publique utilisera des données déjà recueillies à d'autres fins, de manière à éviter de surcharger les hôpitaux avec des enregistrements supplémentaires. Il convient ici de distinguer les données disponibles publiques et non publiques.

- Pour les **données disponibles publiques** (le statut d'accréditation par exemple), aucune autorisation spécifique ne doit être demandée, étant donné que cette information peut être trouvée sur les sites Internet (des organismes d'accréditation par exemple).
- Pour les **données disponibles non publiques** (par ex. VIP², VPP, Santhea, BSM-management et FRC), le SPF SPSCAE a :
 - demandé aux organisations concernées d'utiliser les données collectées pour le calcul des indicateurs P4P;
 - demandé aux hôpitaux individuels l'autorisation de demander leurs données aux organisations impliquées.
- Le **Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé** a confirmé qu'une autorisation pour l'utilisation secondaire des données n'est pas requise.
- Le **directive GDPR**: les principes de protection des données ne s'appliquent pas aux données anonymes ou anonymisées demandées (voir le considérant 26 du règlement général sur la protection des données).

III. L'ensemble des indicateurs P4P 2018

L'ensemble des indicateurs P4P (ou set d'indicateurs P4P) pour 2018 doit être considéré comme une **première étape vers un programme P4P à part entière**. Un lancement modeste, le pragmatisme, la disponibilité de données nationales et la faisabilité à court terme sont les quatre éléments qui ont joué un rôle lors de la sélection des indicateurs pour 2018. Pour les prochains sets, davantage d'indicateurs de qualité, sans doute plus appropriés, pourront être ajoutés, tandis que certains seront modifiés ou supprimés. À l'avenir, les progrès réalisés dans un domaine spécifique pourront également être rétribués.

L'ensemble des indicateurs P4P 2018 se compose d'une part, d'indicateurs **à l'échelle de l'hôpital** et d'autre part, d'indicateurs **liés à des pathologies**.

- A l'échelle de l'hôpital, 3 indicateurs de structure et 1 indicateur de processus/résultat ont été retenus.
- Concernant les pathologies, 3 indicateurs de processus d'antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales, 4 indicateurs de processus pour le cancer du sein et 5 indicateurs de processus pour d'autres cancers ont été retenus.

Chaque hôpital peut obtenir un maximum de **80 points** et le nombre de points effectivement obtenus représente son score total P4P (cf. chapitre IV). En 2018, la majeure partie des points à obtenir proviennent des indicateurs à l'échelle de l'hôpital (55/80). À l'avenir, la répartition des points sera révisée chaque année et pourra par conséquent faire évoluer le poids de chaque indicateur.

Les **indicateurs de mortalité** sont grisés (cf. tableau 1) ; ils sont mentionnés dans le set de 2018, mais ne sont pas pris en compte pour le calcul du budget des hôpitaux.

- Dès que les indicateurs de mortalité pourront être calculés sur la base des données RHM, ils seront intégrés dans le calcul du budget. Cela ne sera pas possible avant 2020, étant donné que pour calculer les indicateurs sur des volumes d'admissions suffisants, il faut rassembler les données de plusieurs années (de 2016 à 2018).
- Le fait de reprendre les indicateurs de mortalité dans le set de 2018 souligne l'importance de ces indicateurs et signifie qu'ils ont un rôle déclencheur important (« trigger »). Les hôpitaux sont dès à présent invités à analyser en interne les taux de mortalité et à lancer des stratégies d'amélioration. Pour soutenir les hôpitaux dans cette tâche, il est nécessaire de développer un programme doté de quelques instruments pratiques permettant de lancer des initiatives d'amélioration. Ce programme pourrait s'inscrire dans le prolongement du programme de soutien qui a été proposé aux hôpitaux entre 2013 et 2017 (dans le cadre des contrats qualité et de sécurité du patient).

Tableau 1 : ensemble des indicateurs P4P 2018 et nombre de points à acquérir par domaine et par indicateur

Indicateurs à l'échelle de l'hôpital (55 points)		Indicateurs liés à des pathologies (25 points)	
Structure (40 points)	Processus/ résultat (15 points)	Processus (25 points)	Résultat 0 point en 2018 (20 points dans une phase ultérieure)
Statut au 15 mai 2018 de l'accréditation ISQua (25/80 points)	Expériences des patients (15/80 points)	3 indicateurs d'antibio-prophylaxie en cas d'interventions chirurgicales (10/80 points)	Indicateurs de mortalité
Participation à des enregistrements cliniques non obligatoires et favorisant la qualité, et/ou acquisition de certains labels de qualité (5/80 points)		4 indicateurs liés au cancer du sein	
Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient : % de notifications d'incidents codées de manière conforme (10/80 points)		5 indicateurs liés à d'autres tumeurs malignes (15/80 points)	

A. Statut d'accréditation ISQua qui est d'application le 15 mai 2018

Dans une accréditation ISQua à l'échelle de l'hôpital, la qualité réelle des soins dans tout l'hôpital est passée au crible et évaluée au regard de normes et standards (internationaux) supérieurs. Il s'agit d'un exercice radical qui impacte tous les départements et tous les niveaux de l'hôpital. Les institutions de soins déploient d'importants efforts pour obtenir un certificat d'accréditation ISQua.

Le fait d'intégrer l'accréditation dans le set d'indicateurs P4P permet de récompenser les hôpitaux qui ont déjà reçu un certificat pour les efforts fournis. Les hôpitaux qui se préparent à cette accréditation sont également récompensés et par conséquent stimulés.

Pour veiller à ce que tous les hôpitaux puissent être récompensés, les points pour cet indicateur sont accordés selon un système progressif (cf. tableau 2).

Tableau 2 : nombre de points à obtenir grâce à l'accréditation ISQua à l'échelle de l'hôpital

Accréditation ISQua obtenue au 15 mai 2018.	25 points
Audit-test effectué par une instance accréditée ISQua au plus tard le 15 mai 2018	15 points
Contrat signé au plus tard le 15 mai 2018 avec une instance accréditée ISQua	10 points

En 2018, dans le cadre du programme P4P, aucun budget n'est (pour l'instant) prévu pour les hôpitaux qui ont déjà obtenu plusieurs accréditations ISQua. Les hôpitaux ayant obtenu une accréditation ISQua qui n'est plus valable au 15 mai 2018 et ne souhaitant plus participer à un cycle de suivi ne peuvent pas obtenir de points pour cet indicateur.

Le statut d'accréditation des hôpitaux en Flandre peut être vérifié auprès des diverses instances d'accréditation ISQua et cette information est disponible publiquement. Les hôpitaux généraux sur lesquels aucune information n'est disponible auprès des institutions ISQua seront contactés individuellement pour demander leur statut d'accréditation.

B. Participation à des enregistrements cliniques non obligatoires et labels de qualité

Enregistrements cliniques non obligatoires

Les enregistrements cliniques peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins dans certains domaines spécifiques et sont notamment considérés comme un moyen d'évaluer la qualité des soins, de donner et obtenir du feedback, de comparer les performances et de réduire la variation des pratiques.

Seuls les **enregistrements cliniques non obligatoires** sont pris en compte pour cet indicateur. Les enregistrements effectués par tous les hôpitaux, les enregistrements effectués dans le contexte d'une étude clinique et les enregistrements liés à une convention INAMI n'entrent pas en ligne de compte.

Dans le set d'indicateurs P4P de 2018, seule la participation à un enregistrement clinique est considérée comme un indicateur de structure. Il est envisagé, à terme, d'évaluer si ces enregistrements cliniques peuvent fournir des indicateurs de processus ou de résultats. Pour ce faire, l'intégration de ces registres cliniques dans Healthdata.be est requise.

Les hôpitaux peuvent choisir parmi la liste ci-dessous (tableau 3). Plusieurs options ont été prévues, car tous les hôpitaux ne prennent pas en charge tous les types de patients. Certains enregistrements se rapportent à des données plus anciennes (par exemple PROCARE). À l'avenir, l'accent sera placé sur les données (plus) récentes, mais le groupe de travail P4Q estime judicieux de récompenser rétroactivement les efforts favorisant la qualité.

Tableau 3 : participation à des enregistrements cliniques non obligatoires et favorisant la qualité

	Domaine	Enregistrement	Source	Année d'enregistrement pour le financement P4P en 2018
1	Radiothérapie	PRISMA-RT Belgium concernant l'analyse des incidents dans les services de radiothérapie	PRISMA-RT	2017
2	Cardiologie	Registre STEMI (ST elevation myocardial infarction)	Belgian Interdisciplinary Working Group on Acute Cardiology (BIWAC)	2017
3	Oncologie Cancer de l'utérus	EFFECT (EFFectiveness of Endometrial Cancer Treatment)	Fondation Registre du Cancer (FRC)	2012-2015
4	Oncologie Tête et cou	Carcinomes de l'oropharynx	Fondation Registre du Cancer (FRC)	2012-2015
5	Oncologie Cancer rectal	PROCARE	Fondation Registre du Cancer (FRC)	2012 (l'année la plus représentative)
6	Étude de prévalence ponctuelle	GLOBAL PPS (The Global Point Prevalence Survey of Antimicrobial Consumption and Resistance) OU ECDC PPS (European Centre for Disease Prevention and Control): Infections in acute care hospitals in Europe - Point Prevalence Survey	Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC)	2017
7	Antibioprophylaxie	Audit antibioprophylaxie sur dossiers médicaux	Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC)	2017

Étant donné que certains hôpitaux ne traitent pas les types de patients de la liste ci-dessus (ces hôpitaux ne pourront donc acquérir suffisamment de points), des labels de qualité, que les hôpitaux peuvent obtenir sur base volontaire, ont également été ajoutés à cet indicateur.

Labels de qualité

Trois labels ont été sélectionnés pour cet indicateur (cf. tableau 4). Cette liste est limitée, car seuls trois labels satisfont aux critères suivants :

- Le label est potentiellement réalisable pour la plupart des hôpitaux (c.-à-d. pas de labels spécifiques liés à des soins dispensés par un (très) petit nombre d'hôpitaux)
- Le label a une plus-value dans le domaine de la qualité et les efforts accomplis pour obtenir le label favorisent la qualité des soins aux patients
- Il est possible de vérifier si le label a été obtenu ou pas
- Aucun autre financement n'est lié au label.

Tableau 4 : liste des labels de qualité

	Domaine	Label	Source	Label applicable au
1	Mère/enfant	Initiative Hôpital ami des bébés (label IHAB)	SPF Santé Publique	15 mai 2018
2	Gynécologie et obstétrique	EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology)	www.ebcog.org	15 mai 2018
3	Cancer du sein	Breast Centres Certification ITALCERT (EUSOMA)	<ul style="list-style-type: none"> • www.eusoma.org • https://www.breastcentrescertification.com/ 	15 mai 2018

À l'avenir, on pourra envisager d'intégrer d'autres labels encore en cours d'élaboration et susceptibles d'être intéressants à terme, comme par exemple le label « Senior Friendly Hospital ».

La participation à un enregistrement clinique et l'obtention d'un label de qualité peuvent être demandées au gestionnaire de l'enregistrement concerné ou à l'organisation qui octroie le label.

Nombre de points à obtenir pour la participation à des enregistrements cliniques non obligatoires ou labels de qualité

Les hôpitaux obtiennent un point par participation à un enregistrement clinique non obligatoire de la liste et un point par label de qualité de la liste. Pour cet indicateur, le nombre maximum de points à obtenir ne peut toutefois pas être supérieur à 5.

Tableau 5 : exemple

		hôpital X	hôpital Y	hôpital Z
	ENREGISTREMENTS			
1	PRISMA-RT Belgium		1	
2	Registre STEMI (ST-elevation myocardial infarction)	1	1	
3	EFFECT (EFFectiveness of Endometrial Cancer Treatment)	1	1	1
4	Carcinomes de l'oropharynx		1	
5	PROCARE	1		
6	GLOBAL / ECDC PPS	1	1	1
7	Audit antibioprofylaxie sur dossiers médicaux			
	LABELS DE QUALITÉ			
1	Initiative Hôpital ami des bébés (label IHAB)	1	1	
2	EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology)			1
3	Breast Centres Certification ITALCERT (EUSOMA)		1	
	Total nombre des enregistrements et des labels par hôpital	5	7	3
	NOMBRE DE POINTS ACQUIS POUR CET INDICATEUR	5	5	3

C. Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient : % de notifications d'incidents codées de manière conforme

Seul indicateur relatif à la sécurité du patient du set, cet indicateur s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'un système de gestion de la sécurité du patient. Ces dix dernières années, grâce aux contrats fédéraux qualité et sécurité du patient, tous les hôpitaux généraux ont beaucoup investi dans la mise en œuvre du système de gestion de la sécurité du patient.

Concrètement, cela signifie :

1. **L'implémentation d'un système de notification et d'apprentissage à l'échelle de l'hôpital** dans l'objectif de permettre à tous les prestataires de soins et, si possible, aux patients de notifier librement et sans restriction des situations qui compromettent ou risquent de compromettre la sécurité des patients.
2. **L'application de la taxonomie de l'OMS pour toutes les notifications d'incidents.** Cela implique que toute notification d'incident est analysée et classifiée selon un modèle international et reconnu (taxonomie de l'OMS)⁶. Un certain nombre d'éléments sous-jacents sont en outre attribués de manière aussi uniforme que possible à des catégories prédéfinies. L'ensemble uniforme et minimal d'éléments devant y figurer a été fixé par le SPF SPSCAE.
3. L'exportation des données du système de notification et d'apprentissage de chaque hôpital **vers un fichier XML**. Cette possibilité avait déjà été prévue par le SPF en 2010 et chaque hôpital peut générer un rapport d'exportation.

⁶ http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

4. Cette exportation vise à **agrèger** les notifications d'incidents des différents hôpitaux de manière totalement anonymisée afin de constituer un corpus commun d'apprentissage :
- Un hôpital peut comparer le profil de ses notifications d'incidents à ceux des hôpitaux qui participent à l'exercice d'agrégation.
 - Il est possible de procéder à une analyse statistique sur une base de données agrégées et notamment de relever des problèmes qui peuvent alors être résolus à un niveau supérieur (par exemple, incidents avec certains groupes de médicaments ou certains matériaux médicaux comme les pompes de chimiothérapie).

Pour cet indicateur, les **résultats du rapport d'exportation** (point 3) sont utilisés. Cet indicateur n'a donc pas pour objectif de vérifier la prévalence des incidents, mais bien d'encourager davantage l'apprentissage systématique et structuré à partir des notifications d'incidents, tant au sein de l'hôpital qu'entre les différents hôpitaux.

Tableau 6 : nombre de points à obtenir avec des notifications d'incidents encodées de manière conforme (sur la base d'un minimum de 100 notifications d'une période librement choisie entre le 1er janvier 2017 et le 15 mai 2018)

Fichier XML contenant ≥ 98 % de notifications d'incidents codées de manière conforme	10 points
Fichier XML contenant 90 – 98 % de notifications d'incidents codées de manière conforme	8 points
Fichier XML contenant < 90 % de notifications d'incidents codées de manière conforme	6 points
Fichier XML ne pouvant être fourni	0 point

La conformité des encodages des notifications d'incidents doit être contrôlée à l'aide d'un logiciel et ce travail peut être réalisé par chaque hôpital. Le SPF Santé Publique a commandé le développement d'un programme de contrôle qui permet de calculer le pourcentage de notifications dont l'encodage est conforme et calcule le score P4Q sur cet indicateur). Ce programme est facile à utiliser et est disponible en ligne via le lien www.patient-safety.be.

Pour le premier exercice (2018), les hôpitaux font un rapport des données XML d'une période qu'ils choisissent librement entre le 1er janvier 2017 et le 15 mai 2018 avec un minimum de 100 notifications. La période choisie ne peut toutefois pas couvrir plusieurs années civiles.

Le fait de récompenser les hôpitaux pour cet indicateur garantit le prolongement des initiatives antérieures du SPF. C'est également une étape préparatoire à la participation, à terme, au projet « aggregation of adverse events » du SPF en collaboration avec Healthdata.be et qui, à l'avenir, devrait servir d'indicateur (par exemple à partir de 2021).

D. Expériences des patients

Il est important de mesurer l'expérience des patients. En Flandre, cette mesure est réalisée au moyen de l'enquête « Vlaamse patiëntenpeiling », un instrument développé par la Vlaams Patiëntenplatform (VPP). Une version validée de ce questionnaire est disponible en français, mais celle-ci n'est actuellement utilisée que pour les patients francophones pris en charge dans les hôpitaux flamands. Les hôpitaux francophones en Wallonie et à Bruxelles n'utilisent pas ce questionnaire.

Pour mesurer l'expérience des patients, la plupart des hôpitaux francophones travaillent avec Santhea ou BSM-management⁷, ou organisent une mesure autonome. En Flandre, l'indicateur sur l'expérience des patients fait partie du projet d'indicateurs flamands VIP². Les résultats sont publiés sur le site www.zorgkwaliteit.be si les hôpitaux le souhaitent. Il n'existe pas (encore) pareille initiative dans la partie francophone du pays.

À terme, l'objectif pourrait être un système commun et unique. Pour les hôpitaux francophones en Wallonie et à Bruxelles, c'est la PAQS (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients) qui joue un rôle moteur dans la politique de qualité des hôpitaux ; en Flandre, c'est le VIP².

Ces plateformes peuvent apporter une contribution grâce à leur collaboration et leur concertation avec d'autres acteurs comme le VPP, la LUSS, Santhea et BSM-management. Le résultat de l'enquête sur l'expérience des patients dépend en effet fortement de la méthode de sondage et celle-ci devrait, à terme, être valide et uniforme.

Différentes échelles de mesure sont actuellement utilisées dans les deux parties du pays pour mesurer l'expérience des patients (une échelle de 4 et de 11 points pour la VPP et une échelle de 5 points pour les organisations Santhea et BSM-management). C'est en raison de ces divergences méthodologiques et pour encourager les hôpitaux à sonder l'expérience des patients qu'un système de récompense spécifique a été conçu pour cet indicateur (cf. tableau 7).

L'indicateur est divisé en deux parties : un indicateur de processus (réalisation ou non de la mesure) et un indicateur de résultats (scores positifs aux deux éléments sélectionnés) :

- **Indicateur de processus** : mesure de l'expérience des patients dans les services C et D où, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 15 mai 2018, au moins 300 questionnaires ont été complétés.
 - En 2018, les résultats des hôpitaux mesurant l'expérience des patients de manière autonome, sans l'intervention d'une autre organisation, sont pris en compte dans le calcul de l'indicateur. Ces hôpitaux sont toutefois encouragés, à terme, à participer à des initiatives comme le « Vlaamse patiëntenpeiling », Santhea ou BSM-management.
 - En 2018, la réalisation d'une mesure sur l'expérience des patients est récompensée par 10 points.

⁷ BSM-management est une organisation commerciale en Belgique francophone qui remet des avis et mène des études pour les hôpitaux et d'autres organisations (commerciales et non commerciales). Elle est également chargée de réaliser des formations en vue d'améliorer en continu les activités et les processus au sein des organisations avec lesquelles elle travaille. BSM-management réalise des enquêtes auprès des patients dans 16 hôpitaux wallons, analyse et rédige un rapport de feedback pour les hôpitaux. <http://www.bsm-management.be/>

Les hôpitaux peuvent obtenir des points supplémentaires (5 maximum) pour l'indicateur de résultats s'ils obtiennent un pourcentage suffisamment élevé de scores positifs aux deux éléments sélectionnés.

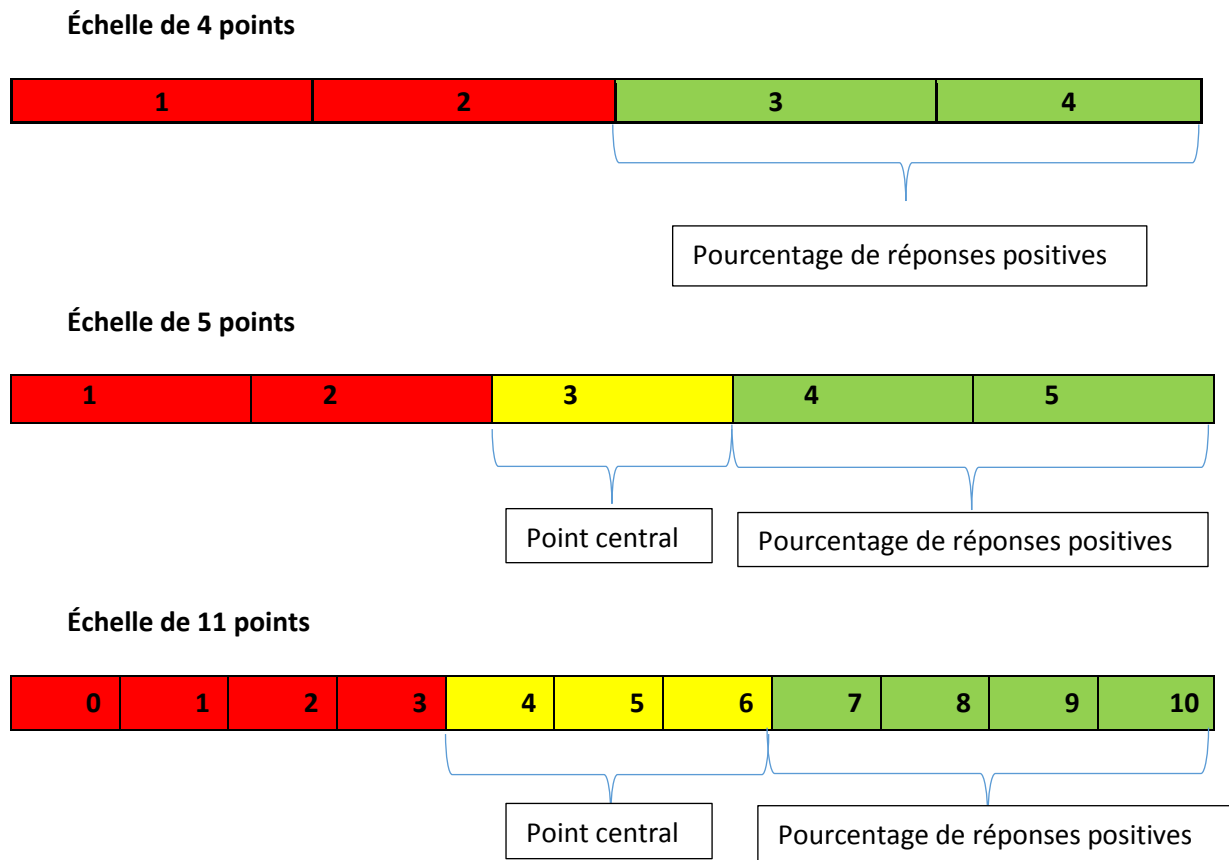
- **Indicateur de résultats** : scores positifs aux deux questions suivantes :
 - « Quelle note donneriez-vous à cet hôpital pour cette hospitalisation ? »
 - « Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille et à vos amis ? »

Pour chaque question, les points sont calculés en divisant le nombre de personnes interrogées ayant donné une réponse positive par le nombre de personnes interrogées (= % de réponses positives par question).

Le calcul des scores positifs tient compte des différences entre les échelles de mesure. Une échelle de Likert sur 4 points, une échelle de Likert sur 5 points et une échelle de Likert sur 11 points sont utilisées.

L'échelle de Likert est une échelle d'intervalle permettant aux répondants d'indiquer sur un spectre la mesure dans laquelle ils sont d'accord ou pas d'accord avec chacune des questions. Afin de pouvoir calculer le pourcentage de réponses positives, le point central doit être déterminé pour les différentes échelles de mesure (cf. figure 1).

Figure 1 : calcul des scores positifs



Pour l'échelle de 4 points, le pourcentage de réponses positives est calculé sur la base du nombre de répondants ayant attribué un score 3 ou un score 4.

Pour l'échelle de 5 points, le pourcentage de réponses positives est calculé sur la base du nombre de répondants ayant attribué un score supérieur à 3 (scores 4 et 5).

Pour l'échelle de 11 points, le pourcentage de réponses positives est calculé sur la base du nombre de répondants ayant attribué un score supérieur à 6 (scores 7, 8, 9 et 10).

Pour cet indicateur, il existe un risque que les hôpitaux sélectionnent les questionnaires présentant majoritairement ou uniquement des scores positifs aux deux questions. Cet indicateur est toutefois repris depuis le début du programme P4P afin de souligner qu'il est important, pour garantir des soins de qualité, d'interroger les patients sur leurs expériences. Actuellement un nombre limité de points est attribué au résultat de ces deux questions.

Tableau 7 : nombre de points à obtenir avec l'indicateur « Expériences des patients »

Processus (à partir d'au moins 300 questionnaires)	Oui	Non			
Les expériences des patients sont mesurées pour les services C et D entre le 1/1/2017 et le 15/5/2018	10 points	0 point			
	Réponses positives entre le 1/1/2017 et le 15/5/2018				
Résultats	≥ 60 %	< 60 % et ≥ 50 %	< 50 % et ≥ 40 %	< 40 %	pas de réponse
% de patients ayant donné une réponse positive à la question : « Quelle note donneriez-vous à cet hôpital pour cette hospitalisation ? »	2,5 points	1,5 points	1 points	0,5 point	0 point
% de patients ayant donné une réponse positive à la question : « Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille et à vos amis ? »	2,5 points	1,5 points	1 points	0,5 point	0 point

Entrent en ligne de compte pour le premier exercice (2018) les données qui ont été recueillies dans les services C et D entre le 1^{er} janvier 2017 et le 15 mai 2018, avec un nombre minimum de 300 questionnaires.

L'objectif est d'évoluer vers un indicateur de résultat pur, pour lequel les expériences des patients sont demandées sur la base d'un échantillon représentatif.

À terme, des enquêtes sur l'expérience des patients (de type « **PREM**³ » ou « Patient Reported Experience Measures ») seront réalisées dans d'autres services que les services C et D et les résultats seront mis à la disposition du public.

³ Les enquêtes **PREM** visent à interroger les patients sur des éléments objectivables qui ont contribué à leur expérience dans l'hôpital. Les **enquêtes de satisfaction** évaluent plutôt la satisfaction subjective des patients. La satisfaction individuelle est plus soumise à des facteurs sur lesquels l'hôpital et ses prestataires de soins n'ont pas ou peu d'influence et entraînent moins de propositions d'amélioration concrètes pour les soins.

Les mesures d'enquêtes « **PROM** »⁴ (« Patient Reported Outcome Measures ») seront également intégrées, comme indicateur de résultats, dans le domaine « Expériences des patients ».

Pour les futurs sets d'indicateurs, il est envisageable d'ajouter un indicateur permettant d'apprécier si les enquêtes menées auprès des patients donnent effectivement lieu à des actions d'amélioration.

E. Indicateurs de processus cliniques : antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales

La politique en matière d'antibiotiques et la prévention et le contrôle des infections constituent des piliers fondamentaux de la qualité des soins et contribuent en outre à la sécurité du patient. La note stratégique de BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) pour la période 2014-2019 a défini, pour les hôpitaux belges, un suivi continu de quelques indicateurs de qualité, dont les indicateurs « Choix des antibiotiques dans le cadre de la prophylaxie chirurgicale ». Les 3 indicateurs suivants ont été définis pour le programme P4P 2018 en concertation avec les experts de BAPCOC :

Antibioprophylaxie en cas de :

- Prothèse totale de hanche (peut à l'avenir alterner avec la prothèse totale du genou)
- Hystérectomie
- Implantation d'un pacemaker (permanent)

Pour calculer ces indicateurs, on utilise des données du RHM et de l'INAMI (2012-2014). La Cellule technique du SPF-INAMI couple les deux bases de données avec un code d'identification unique pour chaque séjour à l'hôpital. Pour chaque hospitalisation, seules des données sur le choix et la dose de l'antibiotique sont disponibles dans cette base de données couplée. Il n'est pas encore possible de générer des données sur le moment de l'administration ou la durée de la prophylaxie.

Pour ces indicateurs, il convient de veiller à ce que les volumes (nombre d'interventions) soient suffisamment importants. C'est pourquoi les indicateurs de processus pour l'antibioprophylaxie sont calculés sur une période de trois ans (2012-2014). Il s'agit là des chiffres les plus récents.

F. Nombre de points à obtenir pour les indicateurs antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales

Le domaine relatif à l'antibioprophylaxie (prothèse totale de hanche, l'hystérectomie et l'implantation d'un pacemaker (permanent) fournit un score de 10 points.

⁴ Une **PROM** constitue un résultat important de la qualité des soins et mesure comment les patients ressentent le traitement (et ses conséquences). De nombreux instruments mesurant la perception qu'ont les patients (et non les prestataires de soins) de leur santé, de leur qualité de vie et leur fonctionnement ont été mis au point.

Les résultats de ces indicateurs de processus antibioprophylaxie sont présentés à l'aide d'un « funnel plot » (graphique en forme d'entonnoir) sur lequel sont positionnés tous les hôpitaux. Lorsque la compliance aux recommandations s'écarte significativement de la valeur cible de 90 % (au-dessus ou en-dessous de la limite de contrôle), l'hôpital est doté d'un numéro anonyme.

La valeur cible (*target*) pour tous les indicateurs de processus antibioprophylaxie est fixée à 90 % de compliance. Dans le modèle statistique (régression logistique hiérarchique), une correction est faite pour les paramètres suivants: année d'enregistrement (2012, 2013 ou 2014), âge du patient à l'admission, sexe du patient et « *Severity Of Illness* » (SOI).

Les hôpitaux sont répartis en 3 groupes en fonction de leur positionnement par rapport aux limites de contrôle à 99,8 % (il s'agit de l'intervalle de confiance exact à 99,8 % d'une variable suivant la loi binomiale).

Les points situés **hors des limites de contrôle inférieure ou supérieure** indiquent une variation due à des causes spéciales (ou assignables) autour de la valeur cible de compliance située à 90 %.

Les points situés **à l'intérieur des limites de contrôle** indiquent une variation due à des causes communes (ou aléatoires) autour de la valeur cible de compliance située à 90 %.

Dans le graphique, un numéro sera attribué uniquement aux hôpitaux ayant des résultats déviants (en dehors des limites de contrôle). Chaque hôpital recevra individuellement les points octroyés pour chaque indicateur.

Les hôpitaux peuvent obtenir 0, 3 ou 5 points par indicateur, selon le résultat obtenu (cf. tableau 8).

Tableau 8 : nombre de points à obtenir pour les indicateurs antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales

Hôpitaux avec % de compliance \geq limite de contrôle supérieure	5 points
Hôpitaux avec % de compliance dans les limites de contrôle	3 points
Hôpitaux avec % de compliance \leq limite de contrôle inférieure	0 point

Le nombre total de points pour les 3 indicateurs antibioprophylaxie est converti en un score de 10 points pour l'ensemble de ce domaine.

Pour les hôpitaux qui ne traitent pas tous les groupes de pathologies, un calcul adapté sera élaboré. Si un hôpital ne traite pas une certaine pathologie, cet indicateur n'est pas pris en compte lors du calcul du nombre total de points. Le dénominateur sera donc révisé en fonction du nombre d'indicateurs pour lesquels l'hôpital PEUT obtenir des points.

G. Indicateurs de processus cliniques : « cancer »

L'ensemble d'indicateurs P4P comprend des indicateurs de processus cliniques sur le cancer du sein et d'autres indicateurs de processus sur le cancer. Les résultats sont calculés par la FRC (Fondation Registre du Cancer).

Pour les **indicateurs de processus cliniques « Cancer du sein »**, une sélection a été réalisée avec des experts cliniques et le FRC sur la base des données de 2012-2014. Cet exercice a donné lieu à la sélection des 4 indicateurs suivants (*l'indicateur également utilisé par le VIP² est indiqué en italique*) :

1. *Consultation oncologique multidisciplinaire : % de patientes diagnostiquées avec un cancer du sein invasif qui ont l'objet d'une Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM) dans le premier mois avant et jusqu'à 9 mois après la date d'incidence.*
2. Traitement/chirurgie mammaire conservatrice : % de patientes diagnostiquées avec une tumeur du sein unifocale pT1 n'ayant pas reçu de thérapie néo-adjuvante et qui ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice du sein (CCS), non-suivie par une mastectomie dans les 6 mois après la CCS.
3. Enregistrement stade clinique inconnu : % de patientes diagnostiquées avec un cancer du sein invasif pour lequel le stade clinique est enregistré comme inconnu auprès de la FRC.
4. Enregistrement stade pathologique inconnu : % de patientes diagnostiquées avec un cancer du sein invasif pour lequel le stade pathologique est enregistré comme inconnu auprès de la FRC.

Les 4 indicateurs précités ont été choisis par les experts et la FRC.

En concertation avec la FRC (données de 2013-2015), les indicateurs suivants ont été retenus comme **indicateurs de processus cliniques « autres tumeurs malignes »** :

% de patients diagnostiqués avec un cancer pour lequel le **stade clinique (cTNM) est enregistré comme inconnu** auprès de la FRC pour :

- Cancer du rectum
- Cancer de la prostate
- Cancer du poumon
- Cancer de l'endomètre
- Cancer de la tête et du cou

La détermination du stade clinique est cruciale pour mettre au point un plan de traitement. Il s'avère que le stade clinique (cTNM) est souvent connu, mais n'est pas noté ou enregistré. En intégrant ces indicateurs dans le programme P4P, l'amélioration dans un premier temps de la qualité des données est visée, ce qui impactera également la qualité des soins.

H. Nombre de points à obtenir pour les indicateurs de processus cliniques « cancer »

Le score du domaine relatif aux 9 indicateurs de processus cliniques cancer est de 15 points.

Pour les **4 indicateurs de processus cancer du sein**, seules les **cliniques du sein agréées ou les cliniques satellites du sein agréées** perçoivent des points.

Les 4 indicateurs de processus cancer du sein sont calculés sur la base des données de la FRC 2012-2014. Pour le calcul du nombre de points, la liste des cliniques du sein agréées (coordinatrices et satellites) en date du **1^{er} janvier 2018 sera utilisée**.

Cela signifie que :

- Seuls les 62 hôpitaux possédant une clinique du sein agréée (en date du 01/01/2018) peuvent acquérir des points sur les 4 indicateurs de processus cancer du sein et par conséquent obtenir un financement P4P pour ces indicateurs.
- 40 hôpitaux qui ne disposent pas d'une clinique du sein agréée ne reçoivent pas de points pour ces 4 indicateurs de processus cancer du sein.

Les résultats de ces indicateurs de processus cancer du sein sont présentés à l'aide d'un « funnel plot » (graphique en forme d'entonnoir) sur lequel sont positionnés les hôpitaux. Lorsque la complaisance s'écarte significativement de la valeur cible définie par EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) (au-dessus ou au-dessous de la limite de contrôle), l'hôpital est doté d'un numéro anonyme.

Pour les **5 indicateurs de processus « autres tumeurs malignes »**, tous les hôpitaux peuvent en principe percevoir des points.

Si toutefois un hôpital ne traite pas une pathologie spécifique (cancer de la tête et du cou par exemple), l'hôpital ne peut acquérir de points pour cet indicateur. Dans ce cas, le score 0 n'est pas attribué et, lors du calcul des points, le dénominateur est adapté au nombre d'indicateurs pour lesquels l'hôpital PEUT bel et bien obtenir des points.

La classification cTNM pour les tumeurs malignes est utilisée, elle décrit l'étendue de la tumeur. Les valeurs cibles de cTNM pour chacune de ces tumeurs sélectionnées, sont fixées à 10 % par la FRC.

Toutefois, pour le cancer de l'endomètre, le système de détermination du stade de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) est également utilisé en plus de la classification cTNM. La valeur cible, en cas d'absence de stade clinique pour le cancer de l'endomètre, se situe également à 10 %, quel que soit le système utilisé (cTNM ou FIGO).

Les résultats de ces indicateurs de processus « autres tumeurs malignes » sont présentés à l'aide d'un « funnel plot » (graphique en forme d'entonnoir) sur lequel sont positionnés les hôpitaux. Lorsque la complaisance s'écarte significativement de la valeur cible (en dehors des limites de contrôle) fixée à 10%, l'hôpital est doté d'un numéro anonyme.

Les hôpitaux sont répartis en 3 groupes en fonction de leur positionnement par rapport aux limites de contrôle à 99,8% (il s'agit de l'intervalle de confiance exact à 99,8 % d'une variable suivant la loi binomiale).

Les points situés **hors des limites de contrôle inférieure ou supérieure** indiquent une variation due à des causes spéciales (ou assignables) autour de la valeur cible de compliance située à 90 %.

Les points situés **à l'intérieur des limites de contrôle** indiquent une variation due à des causes communes (ou aléatoires) autour de la valeur cible de compliance située à 90 %.

Dans le graphique un numéro sera attribué uniquement aux hôpitaux ayant des résultats déviants (en dehors des limites de contrôle). Chaque hôpital recevra individuellement les points octroyés pour chaque indicateur.

Les hôpitaux peuvent obtenir 0, 3 ou 5 points par indicateur, selon le résultat obtenu (cf. graphiques 2 et 3). Pour les 2 premiers indicateurs du cancer du sein (COM et pT1 unifocal) les points sont attribués de la même manière que les indicateurs antibioprophylaxie (voir tableau 8). Pour les 7 autres indicateurs (cTNM et pTNM), un faible pourcentage correspond à un bon résultat (voir tableau 9).

Tableau 9 : nombre de points à obtenir pour les indicateurs « cancer » (cTNM et pTNM)

Hôpitaux avec un \geq limite de contrôle supérieure	0 points
Hôpitaux avec un % dans les limites de contrôle	3 points
Hôpitaux avec un \leq limite de contrôle inférieure	5 point

Le nombre total de points pour les 9 indicateurs du cancer est converti en un score de 15 points pour l'ensemble de ce domaine.

IV. Méthode de calcul du budget par hôpital en 2018

A. Montant disponible pour le programme P4P

Le montant de financement à répartir entre les 102 hôpitaux généraux s'élève à 6.060.935,00 euros en 2018. Chaque hôpital peut obtenir une partie de ce budget, sur base du nombre de points obtenus pour les indicateurs de l'ensemble 2018. Les hôpitaux qui obtiennent de mauvais scores ne seront pas pénalisés (c'est-à-dire pas de réduction des autres éléments du BFM).

Les hôpitaux reçoivent le financement P4P par numéro d'agrément.

B. Modalités d'acquiescer le budget P4P

Les hôpitaux généraux décident eux-mêmes s'ils participent au programme P4P. Les hôpitaux qui ne participent pas ne peuvent pas avoir de budget. Pour des raisons pragmatiques et de faisabilité, un contrat sera proposé aux hôpitaux qui décident de participer pour officialiser la participation (volontaire) au programme P4P.

C. Versement du budget P4P dans le BFM de 2018

Les hôpitaux participants au programme P4P reçoivent le montant du financement de 6.060.935 euro (pour l'ensemble des hôpitaux) basé sur les résultats obtenus, dans le BMF du 1er juillet 2018.

D. Répartition du montant disponible

Idéalement, le lien entre la qualité fournie (score P4P obtenu) et le financement devrait être maximal et l'entièreté du montant P4P devrait être associée au score P4P obtenu.

Étant donné que la rétribution financière est introduite progressivement, un système hybride est appliqué pour 2018 (inspiré du financement BMUC). Concrètement, cela signifie que le montant disponible de 6.060.935,00 euros sera composé d'une partie fixe de 20 % et d'une partie variable de 80 % pendant la phase de lancement du système P4P. La partie fixe sera un **montant fixe**, identique pour tous les hôpitaux participants, quel que soit le score P4P ou la taille de l'hôpital. La **partie variable** est attribuée sur la **base du nombre de points acquis par chaque hôpital et pondérée selon l'activité justifiée**⁸ (cf. tableau 10).

Tableau 10 : répartition du montant disponible

6.060.935,00 euros	MONTANT TOTAL P4P EN 2018
1.212.187,00 euros	Partie fixe totale (20 % du montant P4P) → 11.884,19 euros par hôpital (si tous les hôpitaux participent)
4.848.748,00 euros	Partie variable à répartir entre 102 hôpitaux sur la base du nombre de points acquis et de l'activité justifiée

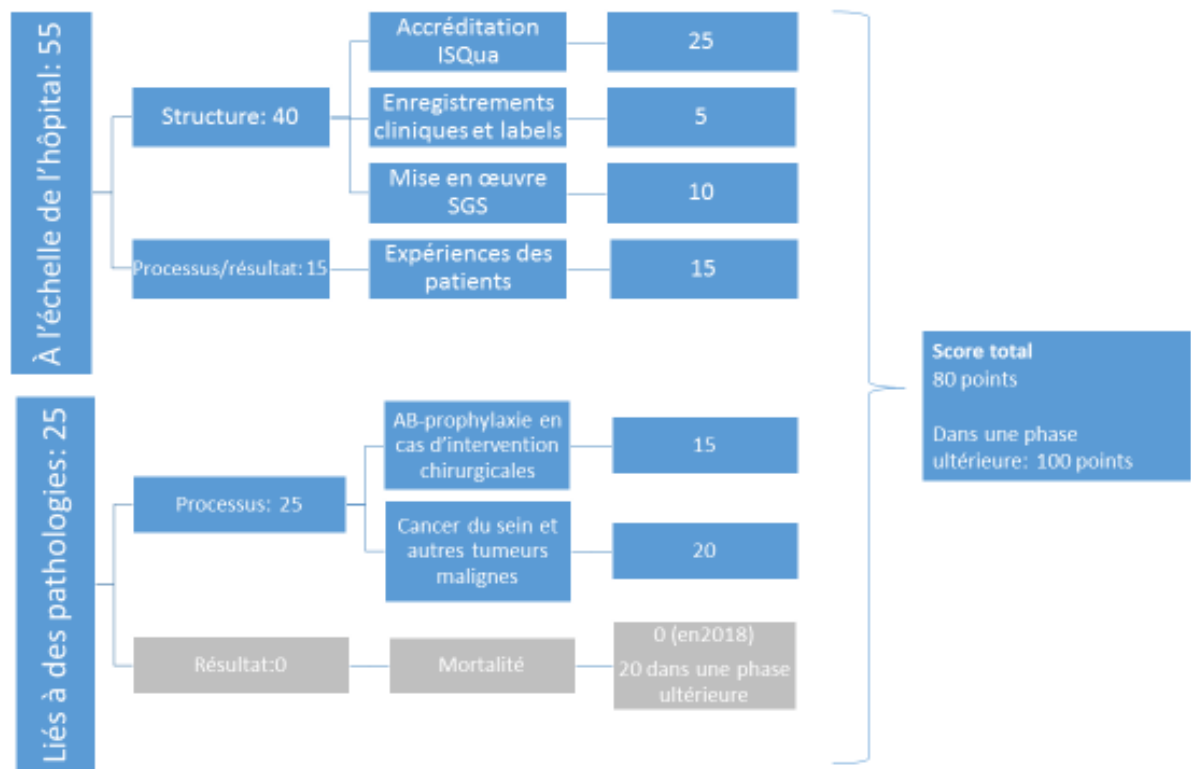
⁸ A partir du 1^{er} juillet 2017, le calcul est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée.

La méthode de calcul du montant par hôpital est révisée chaque année. Le but est, à terme, d'associer le montant P4P total au score P4P obtenu.

E. Calcul du score total

Puisque les points ont été attribués directement aux indicateurs et domaines, il suffit d'additionner les points par domaine pour obtenir le score total par hôpital (cf. figure 2). Il y a, au total, 80 points à acquérir en 2018. Dès qu'un incitant sera attribué aux indicateurs de mortalité, le nombre de points à obtenir passera à 100.

Figure 2 : points par domaine et par indicateur



F. Calcul du montant par point et par lit justifié

Un montant par point et par lit justifié est calculé permettant de définir le budget attribué à chaque hôpital. Le calcul se fait de la manière suivante :

$$\frac{\text{Montant total à dépenser}}{\sum (\text{nombre de lits justifiés } H_i \times \text{score total } H_i)} = \text{MONTANT PAR POINT PAR LIT} = Z$$

Montant par hôpital individuel $H_i = Z \times \text{nombre de lits justifiés } H_i \times \text{score total } H_i$

V. Le groupe de travail P4Q

Début 2017, un **groupe de travail P4Q** composé d'experts des administrations et du secteur a été créé sous la présidence du SPF Santé publique.

Le choix des membres et du président a été fait en concertation avec la cellule stratégique de la ministre De Block. Le groupe de travail avait pour mission de servir de caisse de résonance pour les parties concernées et - par un processus de co-création - d'élaborer une proposition concrète et opérationnelle d'un programme P4P pour les hôpitaux généraux.

Le groupe de travail P4Q se réunit **chaque mois** et s'est réuni, en 2017, les 26/1, 22/2, 16/3, 8/6, 29/6, 14/9, 19/10, 16/11 et 14/12.

À court terme, une stratégie sera élaborée pour le suivi, l'implémentation et l'évaluation du programme P4P.

Tableau 11 : membres du groupe de travail P4Q

Aelvoet	Wim	Cellule Qualité et Sécurité des patients du SPF Santé publique
Annemans	Lieven	UGent
Casselmann	Kristien	Cellule stratégique Ministre de la Santé publique et Affaires sociales
Claesen	Marlies	Cellule Qualité et Sécurité des patients du SPF Santé publique
Crommelynck	Anja	Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles
De Toeuf	Jacques	BVAS-ABSyM
Geboers	Marc	ZorgnetICURO
Haelterman	Margareta	Responsable de la cellule Qualité et Sécurité des patients, présidente du groupe de travail P4Q
Herbaux	Denis	Directeur PAQS
Jacques	Jessica	CHU de Liège
Kesteloot	Katrien	Cellule stratégique Ministre de la Santé publique et Affaires sociales
Marquet	Kristel	UHasselt - AZ Vesalius
Meeus	Pascal	I.N.A.M.I.
Peleman	Hilde	Cellule Qualité et Sécurité des patients du SPF Santé publique
Ramaekers	Dirk	Médecin-chef Jessaziekenhuis – KU Leuven
Vanhaecht	Kris	Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) – UZ Leuven
Vlayen	Annemie	Cellule Qualité et Sécurité des patients du SPF Santé publique
Winnen	Bert	Chef de cabinet Ministre de la Santé publique et Affaires sociales

VI. Les membres des groupes de travail d'experts

A. Pour les indicateurs de processus cliniques : antibioprophylaxie en cas d'interventions chirurgicales

Buyle	Frank	UZ Gent
Catry	Boudewijn	WIV-ISP
Briquet	Caroline	Cliniques Universitaires Saint- Luc
Cortoos	Pieter-Jan	UZ Brussel
Hammami	Naïma	Zorg en Gezondheid
Magerman	Koen	Jessa
Meeus	Pascal	RIZIV - INAMI
Seyler	Lucie	UZ Brussel
Vandael	Eline	WIV-ISP

B. Pour les indicateurs de processus cliniques : cancer du sein

Awada	Ahmad	Institut Jules Bordet
Canon	Jean-Luc	Grand Hôpital de Charleroi
Carly	Birgit	CHU Saint-Pierre
Colpaert	Cecile	GZA
Cusomano	Pino	CHC
Decloedt	Jan	AZ-Sint Blasius
Delvenne	Philippe	CHU de Liège
Duck	Lionel	Clinique Saint-Pierre
Neven	Patrick	UZ Leuven
Renard	Nathalie	Chwapi
Scailliet	Pierre	Cliniques Universitaires Saint- Luc
Van Damme	Nancy	Stichting Kankerregister
Van Eycken	Liesbeth	Stichting Kankerregister
Vandenbroecke	Rudy	UZ Gent
Verhoeven	Didier	Klina
Villeirs	Geert	UZ Gent
Weerts	Joshep	CHC
Weltens	Caroline	UZ Leuven
Wildiers	Hans	UZ Leuven