



L'ÉVALUATION EN GESTION HOSPITALIÈRE

G *HOST est un ectoplasme de bonne famille; c'est l'acronyme d'un ancêtre éteint d'une grave affection: la "Gestion HOSpiTalière".*

GHOST hante entre Noël et Nouvel-An les couloirs de l'annexe de la gériatrie, écoutant les voix aphones, rauques et plaintives de vieillards qui n'ont de tare que d'avoir dix ans d'avance sur vous, litanies de sonneries d'appel au son du corps infirmier, expirant à court d'électricité, de souffle et de réponse, et dont le bouton des urgences pressées est usé par des doigts d'ancêtres jaunis et mis en quinconce par l'arthrite, bref – mais que c'est long les fêtes de fin de l'année qui n'en finit pas de mourir! – bref il hante un système hospitalier dont le rêve inachevé est celui d'être "ouvert à tous", comme disent ceux qui en fixent le prix d'accès.

C'est peut-être ce couloir de la gériatrie à Noël qui a dû inspirer le merveilleux poème d'Alfred de Vigny sur le son du ... corps:

*«C'est là qu'il faut s'asseoir, c'est là qu'il faut entendre,
l'adieu sourd et lointain d'un cor(ps) mélancolique et tendre»*

Mais on ne triche pas avec un auteur, surtout de cette trompe. On ne triche pas non plus avec le système GHOST: c'est bien dans ce couloir qu'est née du néant l'expression de ses sentiments distingués mais affectueux pour l'évaluation hospitalière, et singulièrement pour sa version orientée vers l'analyse de la qualité.

Mais Ghost est mort, lui aussi, et de misère. Sénile et gâteux avant la gloire, détrôné des priorités de la politique scientifique, méprisé par une jeune Commission des Communautés Européennes écrasée sous ses pluies d'or, d'argent, de parasites et de privilèges, ce modèle est resté avec ceux qui sont restés comme lui: dans les besoins.

*«Entre le pauvre et vous, vous prendrez Dieu pour juge,
Car comme eux vous fûtes pauvre, et comme eux orphelin»
Catachrèse*

L'ÉVALUATION EN GESTION HOSPITALIÈRE

Avec la collaboration de Sabine De Bruyn

Somma ire

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | L'organisation de l'évaluation hospitalière | 5 |
| 1.1 | Qu'est-ce qu'un bon hôpital? | 5 |
| 1.2 | La méthodologie générale de l'évaluation hospitalière | 7 |
| 1.3 | Tableau de synthèse de la méthodologie | 8 |
| 1.4 | Situation de l'évaluation sur le processus global d'un hôpital | 9 |
| 2 | La description des performances régulatrices appliquée à l'hôpital | 9 |
| 2.1 | Exploitations du critère de conformité | 9 |
| 2.2 | Les critères d'efficacité et d'économie | 16 |
| 3 | L'évaluation hospitalière selon le point de vue qualitatif | 20 |
| 3.1 | Les approches publiées en étude de la qualité | 21 |
| 3.2 | Des indicateurs de la qualité hospitalière | 28 |
| 3.3 | Les thèmes privilégiés selon le processus infirmier | 32 |
| 4 | Contribution à la "qualité totale" via le parcours du patient | 33 |
| 4.1 | Un rassembleur des informations et des analyses | 33 |
| 4.2 | Un tableau de "traçabilité" | 33 |
| 5 | Analyse des Résumés Cliniques Minimaux selon la qualité | 36 |
| 5.1 | Introduction | 36 |
| 5.2 | Les patients récurrents | 37 |
| 5.3 | Le rôle des médecins généralistes | 40 |
| 5.4 | Les situations pathologiques "sentinelles" | 41 |
| 6 | L'approche appréciative de l'évaluation hospitalière | 47 |
| 6.1 | Un couloir de bruits... | 47 |
| 6.2 | L'appréciatif dans l'organisation de l'évaluation | 47 |
| 6.3 | L'appréciation fondée sur le parcours du patient | 48 |
| 6.4 | Plan de l'étude d'appréciation par les patients | 50 |
| 6.5 | Quelques critères de pharmaco-vigilance | 52 |
| 6.6 | Plan d'appréciation par les médecins traitants | 53 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 7 | L'exploitation des scores sur les indicateurs | 54 |
| 7.1 | Le processus | 54 |
| 7.2 | Exemples de scores appréciatifs | 54 |
| 7.3 | Quelques constatations générales issues de diverses enquêtes d'opinion | 55 |
| 8 | Un exemple de tableau général "appréciatif" | 57 |
| 9 | Le jugement de l'Hôtel-dieu | 61 |

1 L'organisation de l'évaluation hospitalière

1.1 Qu'est-ce qu'un bon hôpital?

Le César de Marcel PAGNOL a dit «Tu n'es pas un bon à rien, tu es un mauvais à tout». Dans le cas d'un hôpital c'est l'opposé: il faut qu'il soit bon à tout et mauvais à rien - ce qui n'est pas peu de chose. Dès lors, pour pouvoir faire des assertions crédibles en la matière, il faut d'abord organiser l'objet en *thèmes*, si possible clairs et distinguables. Ensuite, il convient aussi d'organiser l'ensemble du *jugement*, son information et la gestion de son amélioration, ce qui est bien mieux que de fonder les actions de management sur des rumeurs et des constatations éparses. Lorsqu'une telle approche a un processus et est intégrée et persistante, elle est autorisée à porter l'épithète systémique.

Une telle approche générale a été conçue, programmée et mise en place sous le nom de Système "GHOST", ce qui est un acronyme pour "Gestion HOSpiTalière". La version exposée ici est orientée vers l'évaluation de la qualité, tandis que la partie *modèle* mathématique du système est l'objet de l'exposé autonome portant le titre de «GHOST, le Top Model hospitalier».

Il se tue (laissez-le mourir) à vous le dire: le statut de *méthodologie* est inséparable de la propriété de *transférabilité* d'un objet d'application à un autre et ce, pour autant évidemment que les objets d'étude relèvent d'une même problématique. Cette approche-ci présente donc la systématite comme pathologie dominante, vu que:

- Elle se fonde sur un *modèle* de base d'une institution hospitalière tel que présenté dans l'exposé «Modèles de processus»;
- Elle répond au *processus* global d'un EAH proposé dans l'exposé «Le Domaine de la gestion»;
- Elle est conforme au *plan* général d'"Investigation" dans l'exposé portant ce titre;
- Elle suit le *processus* de l'"évaluation" dans... et puis zut à la fin: quand on compose ou joue un concerto pour piano, c'en est un et pas autre chose. La systémique comme la musique sont des Dames, de sorte que, surtout quand elles sont religieuses, elles ont leurs règles.

L'évaluation d'une institution hospitalière, de ses multiples composantes et contributions, peut être considérée selon divers *points de vue*, qui, mais avec une analogie admissible disant leur cohérence d'opinion, sont ici appelés *juges*. Globalement, les attentes des juges sont concourantes: "on" veut être soigné par, travailler dans, financer une *bonne maison*. Cependant, lorsqu'on se penche sur les composantes jugées, les points de vue ont moins d'homogénéité; ainsi le juge financier n'a pas nécessairement le même point de vue, ou plutôt la même lecture de l'information, que celui de l'auditeur de la qualité des soins, ou que celui des personnes qui ont la charge de la surveillance en gériatrie ou encore celle des urgences pendant la nuit de Noël.

L'évaluation globale de l'institution, et le progrès de celle-ci vers la qualité au sens large, demande donc une approche multicritère et multijuge de l'information et de son analyse.

Conformément aux propositions de l'exposé général «L'Évaluation», le *jugement global* a été organisé selon les trois *approches* principales, à savoir le régulateur, le qualitatif, l'appréciatif. Les méthodes, critères de performances et indicateurs qui conviennent à ces approches y sont exprimés, et l'objet de l'évaluation est lui-même partitionné en cinq *thèmes* majeurs, des indicateurs spécifiques leur étant souvent nécessaires.

- L'approche *régulatrice* a été spécifiée par la satisfaction d'un référentiel et de normes.

Le régulateur domine la gestion hospitalière parce que les ressources dépendent de plus en plus de la satisfaction de règles officielles, ce qui est socialement bienvenu de par la prise en charge de l'aide à la santé collective. Celle-ci est définie ici par le fait que la possibilité d'être soigné et le niveau des soins ne dépendent que peu ou pas du tout des capacités financières des patients. Une section sera donc consacrée à la conformité et aux normes, la suivante l'étant à d'autres critères et indicateurs régulateurs;

- Le *qualitatif* a pour thème dominant la qualité des soins (médicaux et infirmiers) ainsi que les conditions qui y sont associées. Ainsi, l'analyse d'un taux d'effets iatrogènes ou d'un pourcentage de problèmes d'anesthésie ressort du domaine qualitatif, alors que la recherche de la productivité peut y être opposée, et que la satisfaction du patient relève de la qualité appréciative;
- L'approche *appréciative* sera dans ce cadre-ci formée par l'ensemble organisé des jugements de valeur, informés par les opinions des patients, du corps médical et infirmier, du personnel et des autorités, principalement via des enquêtes et leurs méthodes d'analyse. Elle conduit *in fine* à un répertoire d'améliorations souhaitées, et à une "image" de l'institution hospitalière vue par ses témoins.

Le Tableau 1 donne en guise d'échauffement la matrice de la méthode "approche-thème"; celle-ci montre les relations *dominantes*, et non exclusives. La santé fragile du Lecteur sera ensuite préservée par le schéma général et l'explication de la méthodologie.

Tableau 1. Les thèmes et approches de l'évaluation de la qualité hospitalière

| <i>Dominances</i> | <i>Régulatrice</i> | | | | <i>Appréciative</i> | <i>Qualitative</i> |
|-------------------------|--------------------|------------|-------------|----------|---------------------|---------------------------|
| Critères: Thèmes | Conformité | Efficacité | Efficiences | Économie | Appréciation | Contribution, Qualités |
| Stratégie | | | | | | |
| Dynamique- évolution | | | | | | |
| Structure | | | | | | |
| Processus | | | | | | |
| Exploitation | | | | | | |
| Contrôle | | | | | | |

1.2 La méthodologie générale de l'évaluation hospitalière

L'organisation de l'évaluation globale, conduisant à une vision systémique de ce qu'est un "bon hôpital", est l'intégration des démarches suivantes, livrées par l'exposé sur l'évaluation, et dont seules les étiquettes d'emballage sont placées ici sous les yeux:

Ceci forme donc une liste – on pourrait dire un "cahier des charges" – déjà initiée dans l'exposé sur l'évaluation, et spécifiée pour le contexte présent. L'organisation de la méthodologie de l'évaluation hospitalière consisterait alors à arranger ces différentes entrées de la problématique, et à en dégager des propositions utiles à la direction et aux acteurs de l'institution. À cette fin, les éléments de la liste seront synthétisés dans le Tableau 2. La section 1.4 en situera ensuite les objets sur un graphe du processus hospitalier global. Dans le cadre médical-hospitalier, on ajoutera (à la section 3.1) des *préoccupations majeures* en matière d'évaluation de la qualité des processus médicaux, par exemple "éviter des scénarios de catastrophe".

Les éléments qu'il convient donc d'assembler, de "systémiser" pour l'évaluation sont:

- Un *modèle* conceptuel de l'ensemble;
- Un consensus sur les *finalités*, étant donné le statut et la mission particulière d'une institution de santé, sa tutelle et ses acteurs;
- Les approches du *jugement*: régulative, qualitative, appréciative;
- Les familles de *critères* d'évaluation (efficacité, efficience, conformité, économie, contribution, appréciation);
- Les *objets dominants* de l'analyse de la qualité (les moyens mis en œuvre, les processus, les résultats);
- Les *thèmes* d'investigation des EAH (stratégie, dynamique, structure, processus, exploitation, contrôle);
- La *synthèse* des indicateurs;
- L'*adhésion* des parties intéressées.

Et dans le cadre de la gestion hospitalière, on ajoutera qu'il faut un *drap de lit* bien propre.

Toujours pas de méprise: il s'agit bien de ce tableau de chiffres sur feuille blanche, dont la vaste dimension en a donné le nom, et qui contient toute l'information nécessaire sur les charges et leurs allocations pour rédiger l'humble déclaration du "Prix de Journée d'Entretien" auprès du somptueux ministère de la Santé publique, et permettre à ce dernier de la vérifier, et en conséquence d'octroyer les subsides tant espérés.

C'est ce qui justifie ce besoin de propreté et de "conformité" recherché pour ce linge prestigieux, suaire portant pour des siècles les traits sacrés et ravagés des finances de l'Hôtel-dieu, linceul gravé de la face pathétique de l'hôpital exsangue, relique vénérée de l'administrateur-délégué implorant quelques restes de subsides dont les os sont déjà rongés par de misérables concurrents flamands.

1.3 Tableau de synthèse de la méthodologie

Tout y est!

Tableau 2. La problématique globale de qualité hospitalière

| | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|
| Thèses de finalité des EAH | Préoccupations du corps médical | Thèmes d'étude | Approches du jugement |
| Valeur du patrimoine | Éviter les scénarios de catastrophe | Moyens mis en œuvre | Régulatif |
| Efficience | Confort | Processus de soins | Appréciatif |
| Homéostasie | Compétence des acteurs | Résultats des soins | Qualitatif |
| Dynamique des relations | Qualités intrinsèques | | |
| Confort | Qualités révélées | | |
| Parties intéressées | Qualités réputées | | |
| Agence et intermédiaire | | | |
| Domaines de gestion | Approches recensées en étude de la qualité des soins | Critères d'évaluation | Normes et référentiels |
| Stratégie | Audit médical | Efficacité | Normes légales |
| Structure | Revue par les pairs | Conformité | Normes Iso |
| Dynamique-Évolution | Performances conditionnelles | Efficience | Référentiels externes |
| Processus et Régies | Technology Assessment | Économie | |
| Exploitation | Contrôle de qualité | Contribution | |
| Contrôle | Amélioration continue | Appréciation | Validation |

1.4 Situation de l'évaluation sur le processus global d'un hôpital

La Figure 1 doit être contemplée avec "stupeur et tremblements", comme il se doit quand un honneur grandiose vous a amené, misérable excrément de larve de crapaud, à être traîné face à l'Empereur nippon (merci Amélie NOTHOMB). Elle reprend (pas Amélie!) une version graphique du processus global d'un EAH, tel qu'il est présenté dans l'exposé sur «Le Domaine de la gestion» et exploité dans l'évaluation des entreprises publiques.

Cette version du processus global est à présent particularisée pour montrer ses correspondances avec le domaine hospitalier; il a été possible d'y entourer les domaines privilégiés de la problématique de l'évaluation. Le résultat: "de merveilleux nuages", comme le titre du merveilleux roman de la merveilleuse Françoise SAGAN. C'est beau et adéquat, et c'est même fait exprès, car un éminent Collègue a dit, en plein congrès sur la gestion hospitalière, et juste au moment où sa tête dépassait (à peine) du micro, que le problème de l'évaluation hospitalière, et surtout de celui de la qualité, était "nuageux à couvert".

2 La description des performances régulatrices appliquée à l'hôpital

2.1 Exploitations du critère de conformité

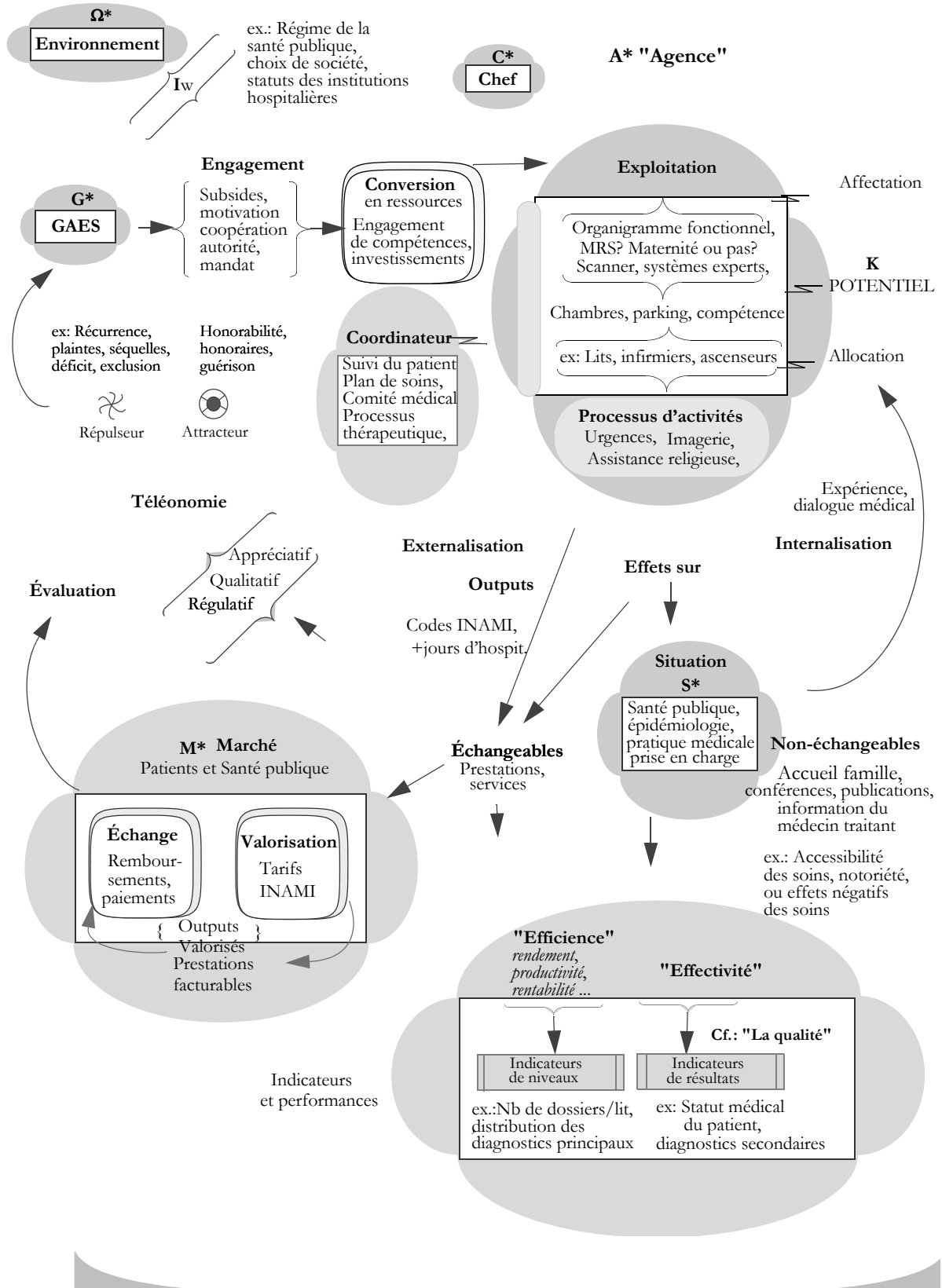
2.1.1 Genèse des normes de conformité

Les performances régulatrices sont principalement décrites selon des critères de conformité, d'efficacité, d'efficience et d'économie. À la surprise générale, c'est le premier cité qui va passer devant.

Le grand classique du critère de conformité est bien sûr la satisfaction de *normes*. En Belgique, le régime hospitalier s'est établi à partir du 24 décembre 1944, date de la législation sur l'assurance obligatoire. À partir de ce moment l'argent public est en jeu, donc les choses deviennent sérieuses et sous surveillance. Ceci se manifeste, à juste titre, par l'arrêté du Régent du 21 mars 1945 qui établit le libre choix de l'établissement hospitalier par les assurés sociaux pour autant que cet établissement soit *agrée* (par le ministère de la Santé publique). À défaut de cette agréation, l'établissement n'obtient pas l'intervention des assureurs.

Les suites de l'histoire sont la budgétisation de la construction et de la rénovation des hôpitaux publics en 1949, l'extension de la subsidiation aux hôpitaux privés en 1953 (donc leur insertion dans le régime d'agréation et contrôle par le pouvoir subsidiant), puis la grande législation du 23 décembre 1963 réformant l'assurance maladie-invalidité obligatoire. Celle-ci vise à garantir aux assurés sociaux la gratuité du séjour hospitalier, et réorganise le régime hospitalier lui-même, dont la première mise en œuvre d'un programme hospitalier national et la mise en place de *normes* d'organisation des hôpitaux, globalement d'abord, puis par département médical.

Figure 1. Objets de l'évaluation sur le processus global d'un hôpital



2.1.2 L'agrération

L'*agrération* est accordée en fonction de la satisfaction des normes, lesquelles sont constatées par des inspecteurs. Les conditions normatives initiales se généralisent par la loi de juillet 73 (*Moniteur* du 29 septembre 1973), qui cette fois s'occupe de *programmation hospitalière*, visant un développement dit "harmonieux et équilibré" (et pourquoi pas sain, intelligent, jeune, riche, beau, courtois et spirituel, comme tout Lecteur que l'on respecte?) du secteur hospitalier. Le point intéressant est que la loi de 1973 n'effectue pas une planification hospitalière, mais donne les *critères* de la programmation des différentes catégories d'hôpitaux ainsi que les spécialisations, équipements, capacités requises et *coordination* de la part des divers services hospitaliers. La chose est sérieuse puisqu'aucuns travaux, ni surtout de réaffectations de lits, qui ne soient pas conformes au programme ne sont autorisés.

Cette question de *coordination est la clef de la gestion hospitalière*, tant administrative que médicale, et son défaut est un cauchemar de l'évaluation de la qualité, laquelle dépend largement de *chaînes d'activités* interdépendantes.

Ceci dit, un effet favorable de l'établissement de ces critères pour l'évaluation est la croissance de la description et de l'*observation*, pour ne pas dire la *surveillance*, des hôpitaux, et donc l'introduction de conditions nécessaires à des évaluations mieux fondées.

2.1.3 Quelques exemples de normes hospitalières

Il n'est évidemment pas de mise ici de reprendre la législation (arrêtés et décrets) hospitalière, et ses normes légales ou conseillées; de toute façon, le législateur a négligé d'y imposer le principal, à savoir le *parking*. Quelques exemples, formant un échantillon aussi biaisé que celui des gens "interviewés" à la télévision, sont jetés ci-dessous pour en illustrer le propos.

Ainsi, dans les normes *générales*, conditions de l'agrération, il est bon de savoir que:

- Selon le règlement sur la protection du travail, l'hôpital est un établissement classé comme *dangereux, insalubre et incommode* et ce, dans la classe à plus haut niveau de risque, à savoir la classe A;
- Pour implanter un nouvel hôpital, il faut joindre à la demande le récépissé du versement d'une somme de 250 Bcf (en ce temps-là) au compte chèque postal du ministère de la Santé publique (à vos poches!);
- La demande doit être agréée par les fonctionnaires du service des *explosifs*;
- C'est le bourgmestre qui doit veiller au respect des conditions d'implantation et d'exploitation;
- Une condition d'agrération est que l'hôpital soit affecté *exclusivement* aux examens et traitements médicaux. Soit dit en passant, cela vise à exclure quelques utopies, dont l'exposé sur «L'Investigation» se fait l'écho, telle que celle d'un hôpital devenant un "village de la santé" ou d'un hôpital qui comprendrait un club de sport et autres choses qui feraient pourtant le plus grand bien aux Lecteurs (déjà?) fatigués;
- Le rapport du nombre de médecins et de membres du personnel soignant au nombre de patients doit être suffisant.

- C'est aux médecins qu'est confiée la direction effective des prestations médicales.

Cette règle qui semble aller de soi est déterminante: elle exclut la main-mise d'autres pouvoirs (les Sœurs Mutuelles? l'administration? le sorcier du village?) sur la pratique médicale et sa mise en œuvre. Elle pose aussi le problème des limites des pouvoirs budgétaires sur les choix médicaux en faveur du patient (par exemple ces pouvoirs pourraient imposer l'obligation de l'approche thérapeutique la moins coûteuse).

Il y a ensuite un ensemble de normes et conditions dites "spéciales" qui concernent soit des services médicaux particuliers, soit des équipements ou services généraux, dont quelques aspects sont cités ci-après:

- Les règles concernant les appareils à vapeur (stérilisation, buanderie) sont exactement ce que le public croit qu'on fait en réalité, et c'est tant mieux;

Lorsqu'on passe à la catégorie du traitement des déchets, ces règles disent exactement ce que le public croit qu'on ne fait pas. C'est dommage, mais tant pis;

- Les flux (électricité, gaz, égouts) doivent être suffisants: ainsi le débit quotidien d'eau disponible doit être d'au moins 300, et même 500 litres par lit dans certains cas. Quid alors des hôpitaux des déserts du Sahel, du Gobi, du Kalahari? (Rép.: pas d'hôpital).

Par contre, le sous-sol ne peut pas contenir de nappes aquifères!

- Une chambre d'hôpital (actuelle) est une installation dont le public ne soupçonne pas les règles et les complexités. Ainsi, s'il y a une baignoire, elle doit être surélevée et avoir une encoche suffisante pour que le personnel soignant puisse passer ses pieds dessous;
- Une norme difficile à appliquer est celle de la *flexibilité*. En effet, d'une part certaines spécialités doivent être autonomes, isolées (maternité, pédiatrie, contagieux, neuro-psy carcéral), mais il y a obligation de flexibilité en ce sens que bien des lits doivent être interchangeables selon les services médicaux. Les unités de soins surchargées doivent pouvoir utiliser des unités voisines et on doit faire preuve d'autres souplesses (notamment celle qu'il faut pour descendre d'un lit et y remonter sans en essayer les plâtres des fractures).

Une des raisons de cette demande de flexibilité est évidemment l'économique, la flexibilité autorisant une meilleure occupation globale, donc un potentiel moins important à mettre en place. Cela évite aussi la formation de "paroisses" blindées qui, si elles concentrent la facturation de façon adéquate, sont défavorables au dialogue médical et, partant, à la prise en charge "pluraliste" du patient. En revanche, il est vrai que les lits ont souvent besoin de ressources techniques et de compétences infirmières spécifiques selon les spécialités;

- Un problème connexe à celui de la flexibilité est celui de la *mixité*; en Belgique il n'y a pas de règle générale à cet égard mais il est naturel aux yeux de chacun d'éviter les situations gênantes pour les patients et leurs accompagnants. La norme minimale de 8 m² par lit est évidemment dérisoire à cet égard et bien d'autres.

2.1.4 Conformité et normes budgétaires

Si les visées des lois de 1945 et 1949 étaient incontestablement la mise en place d'un réseau hospitalier, en quantité d'offre et aussi en qualité de l'implantation (on est tout de même dans une période de reconstruction d'après-guerre), la suite de l'aspect "conformité" paraît largement gouverné par des considérations budgétaires.

Ainsi, après 1963, le coût de l'hospitalisation, d'ailleurs légitime en raison du progrès, est devenu "impayable" par les assureurs, dont aux premières loges les mutuelles, et s'est vu progressivement prendre en charge par l'État (le ministère de la Santé) sous la fameuse appellation de "prix de journée d'entretien". Les assureurs, les mutuelles, puis leur chapeau appelé INAMI, deviennent alors chargés de la couverture de l'autre volet, celui du coût des prestations médicales et certaines prestations associées à la thérapeutique.

En devenant le financier de l'hospitalisation, l'État s'est orienté vers l'établissement de normes, partant initialement de l'idée bienvenue que pour être financé il faut être OK. Dans cette voie, il a rapidement cheminé vers les conditions normatives d'octroi du remboursement du prix de journée, ce qui a dimensionné, ou plutôt "calibré" les services hospitaliers: on a donc à partir de là des *références à satisfaire* sur les moyens mis ou à mettre en place pour l'obtention de la requête budgétaire.

Mais il s'est avéré à juste titre, par exemple en raison du coût de la recherche dans les établissements hospitaliers universitaires, que le coût de l'hospitalisation était très variable d'un établissement à l'autre (ce qui est apparu par l'éclosion de comptes analytiques). Ceci a conduit à la recherche par les hôpitaux d'établir et présenter au ministère la requête de financement la plus élevée possible (celle qui a une promotion sur le "drap de lit").

Le contrepoison ne se fait pas attendre: le bâton à Phynances de l'État a frappé les hôpitaux de normes *limitatives* quant aux moyens mis en œuvre qu'il leur est permis de présenter à la couverture par l'État, via le *prix de journée* par *catégories* de coûts qui le composent (investissements, hôtellerie, personnel infirmier, équipements, etc.). C'est ce qui a conduit à une remarquable gymnastique de trucs et de comptes, dont une des résultantes induites est la disponibilité de statistiques et de comptes analytiques, nectar du gestionnaire, et fleuron de l'exposé sur les «Processus et Synthèses d'information» que prépare cette procession de jeunes pages (comme la suivait Henry III).

Établir des bornes de financement implique de poser des bornes de prolifération, avec cet argument imparable: moins il y en a, moins cela coûte. On est loin du temps où seulement l'avis motivé du Collège des bourgmestre et échevins devait être soumis aux fonctionnaires du service des explosifs pour implanter un hôpital. Les projets d'acquisition d'équipements lourds doivent être acceptés et ce, notamment pour éviter une concentration géographique qui en priverait par conséquent des zones mal desservies.

La suite de l'élaboration des normes par les autorités ("compétentes"!) est de plus en plus dominée par les considérations d'économie budgétaire mais est aussi progressivement orientée, après les essais d'endiguement des coûts de journées d'hospitalisation, vers l'*exploitation*, ce qui implique les coûts des *prestations* associées à l'hospitalisation, et dès lors – nous y voilà – vers les factures soumises aux assureurs (mutuelles, INAMI). En effet, la rapide augmentation de ces coûts en a fait reporter leur financement pour partie croissante sur l'État, et dès lors celui-ci se mêle de ce qui le regarde. Il faut être honnête et reconnaître que ce souci est légitime, l'explosion de ces coûts étant dite insupportable pour la collectivité... qui la supporte néanmoins en dernier ressort.

Malgré les estafilades budgétaires, il reste en Belgique un sens de l'éthique fort respectable, surtout en raison de l'influence du corps médical. Ainsi, les autorités n'ont pas encore supprimé le libre choix du médecin par le patient, d'une part, ni d'autre part la liberté de diagnostic et de thérapeutique (respectant la "bonne pratique médicale") de la part des praticiens.

Certains disent le libre choix *du patient*, au lieu de *par le patient*, ce qui amuse de penser que les médecins pourraient choisir leurs patients selon ceux qu'ils trouvent le plus rigolo de "thérapeuter". Les restrictions, ou plutôt les bornes supérieures, vont alors dans le sens du *forfait*, qui fixe pour certaines spécialités le montant de telle prestation médicale qui est alloué par cas ou journée. Ainsi est "endiguée" depuis 1991 la prolifération des examens en imagerie médicale et en biologie clinique; de même la facture de spécialités pharmaceutiques est forfaitaire par jour et par patient hospitalisé. Des dispositions de juillet 2001 bornent les honoraires des prestations de biologie clinique et en radiologie.

Un débat restant ouvert est d'établir des "normes" sous la forme de forfait, non plus dans l'optique des prestations effectuées, mais celle de l'affection dominante du patient pour laquelle il effectue ce séjour hospitalier, c'est-à-dire le "diagnostic principal". Ceci serait une révision fondamentale du financement hospitalier, et donnerait de nouvelles normes.

In fine, puisque ce sont les médecins qui sont la source des dépenses médicales – ils en vivent et bien des patients en survivent, au cas où il faudrait le rappeler –, la conformité, dans le sens ici de normes et de bornes, conduit à en diminuer le nombre (établir un "numerus clausus") et à régenter l'accès à la profession médicale et à ses spécialités.

Il ne resterait plus comme ultime mesure budgétaire restrictive qu'à limiter le nombre de personnes âgées, de malades et d'invalides. Déjà en l'an 2000, des interventions chirurgicales ne sont plus couvertes aux Pays-Bas pour les personnes d'un certain âge, des exclusions se font aussi au Royaume-Uni, et donc l'étape suivante serait la non-prise en charge. L'éthique de la Société, l'économique et l'évaluation hospitalière ont là un confluent de problèmes à confier au niveau le plus élevé, à la politique et au législateur.

De plus, les hôpitaux seraient plus sains s'ils n'accueillaient pas des tas de gens qui ont toutes sortes de maladies. On se plaint parfois dans le public, et en évaluation de qualité hospitalière, de choses "qu'on a attrapées à l'hôpital" (on dit *iatrogènes*), mais on ne dit pas ce que l'hôpital doit faire avec tous les miasmes, bestioles et autres petits trucs très communicatifs que les gens viennent y déposer pour s'en débarrasser.

En somme, l'aspect de l'agrégation, des normes, des forfaits, situé par définition dans le régulateur, donne une ambiance de l'évaluation via des "conditions nécessaires". C'est plus de la nature de l'*admissibilité* que de la *performance*. Cependant, même en restant à l'écoute des arguments appréciatifs et qualitatifs, on verra que *la dominance de la rentabilité reste inexorable*, qu'on le veuille ou non, sinon comme fin ultime, du moins comme critère nécessaire pour que d'autres critères et attentes puissent être poursuivis dans de bonnes conditions.

2.1.5 Adéquation aux normes d'agrégation définies par ISO 840

Les approches par les thèmes généraux résumées aux sections précédentes sont des répertoires utiles pour rassembler des éléments du parcours de la qualité, mais sont indifférentes au contexte. Un effort de correspondance entre ISO et la problématique hospitalière est à présent tenté au Tableau 2. Néanmoins, un tel tableau "ISO" peut être envisagé pour des services spécifiques de l'hôpital; c'est d'ailleurs une vertu du répertoire ISO d'être transposable d'un ensemble observé à un autre, ce qui justifie l'expression de "norme".

Tableau 3. Correspondances proposées entre l'ISO 2000 et la gestion hospitalière

| Sections standard de l'ISO | Idées | Critères | Concerne |
|---|---|---|---------------------|
| 4.1. Responsabilités de la Direction | Clients-Acteurs-Processus | Validation | |
| 4.2. Système qualité | Interactions; processus global | | Parcours du patient |
| 4.3. Revue du contrat | Relations d'agence | | |
| 4.4. Maîtrise de la conception | Exigences légales; Sûreté de diagnostic | | |
| 4.5. Maîtrise des documents et des données | Qualité du dossier médical; Qualité du dossier Infirmier | Disponibilité; Confidentialité; Adéquation. | Archivage |
| 4.6. Achats | | Fournitures | |
| 4.7. Maîtrise du produit fourni par le patient | Anamnèse exhaustive; Connaissance des risques et lourdeur | | |
| 4.8. Identification et traçabilité du produit | Parcours du patient; Dossier médical | | |
| 4.9. Maîtrise des processus | Qualification des opérateurs | | Plans de soins |
| 4.10. Contrôles et essais | | | |
| 4.11. Maîtrise des équipements de contrôle, de mesure et d'essais | Tests équipements | | |
| 4.12. État des contrôles et essais | | | |
| 4.13. Maîtrise du produit; conformité | Tests des fournitures; Repas | | |
| 4.14. Actions correctives et préventives | Prévention des escarres; Mesures d'hygiène | | |
| 4.15. Manutention, stockage, conditionnement, préservation | | | Pharmacie, labo |
| 4.16. Maîtrise des enregistrements relatifs à la qualité | | Audit médical | Processus médicaux |
| 4.17. Audit qualité interne | Audit médical | | |
| 4.18. Formation | | | |
| 4.19. Prestations associées et suivi | Suivi des patients. Méd. traitants | | |
| 4.20. Statistiques | | Séquelles | Les RCM |
| Réponse aux changements (non-ISO) | Non-ISO, bien qu'importants! | | |
| Satisfaction du patient (non-ISO) | Enquête continue | | |
| Absence d'effets négatifs (non-ISO) | | | Effets iatrogènes |
| Contrôle état final (non-ISO) | | Statut médical obtenu | |

2.2 Les critères d'efficacité et d'économie

2.2.1 Évaluation intrinsèque et extrinsèque

Est dite ici *intrinsèque* l'évaluation qui n'utilise pas, à des fins comparatives ou de référence, des données analogues issues d'autres EAH, donc ici des hôpitaux du même type. Une évaluation *extrinsèque*, en revanche, serait conduite en prenant en compte de telles références ou grandeurs expérimentales ou des résultats donnés aux fins de comparaison. Les qualificatifs utilisés ne sont donc pas "interne" et "externe", car la connotation de ces termes est différente:

- Par "interne", on entend plutôt la propriété d'être fait par soi-même, donc fait par des procédures et des acteurs de l'institution elle-même, qui en serait alors un peu juge et partie;
- Le terme "externe" lui est évidemment complémentaire: on y attend l'intervention de juges, opinions, compétences et méthodes issues de milieux extérieurs. Il y a en cela une analogie avec les approches "ésotérique" et "exotérique" de la validation.

Comme le système d'évaluation de *GHOST* travaille précisément sur chaque centre d'activité (et des regroupements que l'on peut décider), et comme il ne contient pas la mise en œuvre des comparaisons inter-hospitalières, il en résulte que les évaluations sont intrinsèques et ne peuvent se faire que des trois façons suivantes:

- Soit par confrontation directe des centres d'activités entre eux.
Dans ce cas, il va de soi que toute conclusion est relative, les résultats ne parlant que de la situation ou de la performance de chaque centre par rapport aux autres de la liste étudiée. Que tous soient "bons" ou "mauvais" n'a pas d'implication sur le rangement des centres concernés; aucune appréciation sur la valeur *absolue* n'est dérivée;
- Soit par considération de l'évolution dans le temps des centres d'activité étudiés.
Ce point de vue (et son exploitation informatique) est très différent: on est bon ou mauvais par rapport à soi-même selon qu'il y a amélioration ou dégradation sur les critères considérés. Cette approche est typiquement à prendre en charge par le *monitoring*;
- Soit par l'estimation de l'écart par rapport à un niveau estimé souhaitable sur les fonctions d'évaluation ou "critères".
Il y a alors un aspect d'évaluation *absolue*, comme si l'on donnait à chaque centre un "budget de performance" à satisfaire qui lui convient spécifiquement. Ce "budget de performance" ne peut être bien fondé que sur des informations (et leur historique), couplées à une véritable politique de l'institution, à la fois générale et par unité de soin.

Dans le système *GHOST*, qui la préconise, la façon opérationnelle de réaliser cette voie est, pour un groupe homogène de centres d'activité, de définir un "centre type" fictif *de référence*, qui présenterait des valeurs souhaitables sur les indicateurs, et d'établir les comparaisons par rapport à ce centre. Des conditions de validité de la confrontation doivent être satisfaites, telles que les ressources, le contexte, les dispositions permettant ou non d'atteindre effectivement les performances citées; ces conditions sont à considérer lors de l'interprétation et du jugement.

Techniquement, la distance de TCHEBISCHEV serait adéquate pour cette méthode.

Soit qu'il y ait p critères, d'indice j ($j=1, \dots, p$), et de rapport dimensionnel comparable (sinon il faut les standardiser). Si on désigne par z_j^* le score optimal que ce type de centre peut obtenir sur le critère j , l'écart $z_j - z_j^*$ est la pénalité; le vecteur z serait alors ce "budget de performance". Soit ω_j la pondération attribuée à la relation de surclassement, et ρ_j un facteur de normalisation.

Une version simplifiée s'écrit:

$$\Psi(z_1, \dots, z_p) = \text{Max}_{(j)} \omega_j (z_j - z_j^*) - \sum_{(j)} \rho_j z_j$$

Dans une telle méthodologie de l'évaluation, la charge du choix des critères est confiée à une collusion décideur-analyste, ce dernier ayant eu l'avantage d'avoir subi les présents exposés. Pour les unités de soin ou les départements, le sens des préférences et les paramètres associés relèvent du dialogue avec la politique médicale. La méthode permet de paramétrer et de modifier certains choix, au vu des performances mises en évidence par l'évaluation. La situation fait donc penser à celle de l'évêque Bossuet, dit l'"Aigle de Meaux" (sur la Marne), clamant ses célèbres *Oraisons funèbres* à de défunts Souverains, lesquels pouvaient alors entendre comment ils eussent dû se comporter pour moins expier leurs fautes dans l'au-delà (Marne évidemment).

Enfin, le *monitoring* a pour tâche de fournir et éditer régulièrement ces informations (on conseille le trimestriel) après avoir dissimulé les anomalies, inventé les données absentes et donné un petit coup de pouce par-ci par-là aux productivités pour ne pas se faire jeter dans la Meuse par la Direction, avec les pieds bien ancrés dans un bloc de ciment.

2.2.2 Confrontation des centres d'analyse

Les tableaux d'indicateurs ne sont en fait qu'une base de données; il faut aider leur lecteur en lui proposant des *priorités* d'attention, celles-ci (et non tout le fatras des indicateurs) étant seules destinées à un *Tableau de Bord*. Une aide à cette fin est de repérer les centres les moins bien rangés, en disant *pourquoi* ils ne sont pas performants (les raisons peuvent en être légitimes), et envisager les mesures d'amélioration en leur faveur. Il est bon aussi de repérer les meilleurs, et en connaître les raisons. Ceci est sans doute la plus intelligente, la plus "évaluative" des quatre phases proposées de la méthode.

Une manière de faire apparaître des rangement préférentiels des centres d'activité qu'il est permis de confronter est de les comparer à l'aide de méthodes multicritères et multi-juges. Ceci a été réalisé dans le domaine hospitalier par DE BRUYN et PIRNAY (Groupe Européen d'Aide à la Décision Multicritère, Liège, mars 1995).

2.2.3 Indicateurs de performances régulatifs

Les indicateurs de performances régulatifs qui suivent découlent de la liste générale proposée à la section 1 de l'exposé sur «L'Évaluation», mais à présent ils répondent plutôt à d'autres familles de critères que la conformité: les dominantes sont l'*efficience* et l'*économie*. Les indicateurs d'efficience présentant au dénominateur les ressources utilisées pour obtenir les quantités ou les valeurs qui figurent au numérateur.

Ces familles d'indicateurs sont homogénéisées selon les types d'activités médicales d'un établissement hospitalier: les services généraux, l'hospitalisation, l'hôpital de jour, la médico-technique, les polycliniques de consultation, les services auxiliaires. La liste d'indicateurs est cependant différente pour les services généraux, car ceux-ci n'ont quasi pas de recettes, et que les polycliniques ne présentent par définition pas de "prix de journée".

Encart 1. Les indicateurs et leurs regroupements en familles cohérentes

1. Rendement ("Nb" est écrit pour "nombre")

RELEVANT DE LA FAMILLE "EFFICIENCE":

1.1. Temps

| | |
|---------------------------|--------------------------------|
| Nb de clients (dossiers)/ | volume de prestation horaire |
| | / Nb de jours du mois |
| Nb de consultations | / volume de prestation horaire |
| | / Nb de jours du mois |
| Nb d'actes médicaux | / volume de prestation horaire |
| | / Nb de jours du mois |
| Nb d'actes techniques | / volume de prestation horaire |
| | / Nb de jours du mois |

1.2. Implantation

| | |
|----------------------|------------------|
| Nb d'admissions | / m ² |
| Nb de clients | / m ² |
| Nb de consultations | / m ² |
| Nb jours d'entretien | / m ² |

1.3. Équipement

| | |
|----------------------|-------------------|
| Nb de prestations | / unité technique |
| Nb de jours facturés | / lit agréé |
| | / lit réel |

1.4. Personnel

| | |
|----------------------|-----------------|
| Nb de jours réels | / agent médical |
| | / médecin |
| Nb de jours facturés | / agent médical |
| | / médecin |
| Nb de clients | / agent médical |
| | / médecin |
| Nb d'admissions | / agent médical |
| | / médecin |
| Nb de consultations | / agent médical |
| | / médecin |

1.5. Exploitation

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Nb d'actes médicaux (RCM) | / unité médicale |
| Nb de clients | / unité médicale |
| Nb de jours d'hospitalisation | / unité médicale |

2. Productivité

2.1. Temps

Chiffre d'affaires / vol. de prestation horaire
/ agent médical

2.2. Implantation

Chiffre d'affaires / m²
Produit total / m²

2.3. Équipement

Chiffre d'affaires / lit agréé
/ lit réel
/ unité technique

2.4. Personnel

Chiffre d'affaires / médecin
Honoraires / médecin
Chiffre d'affaires / agent médical
Produit total / nombre d'agents total

2.5. Exploitation (groupe et agrégation)

Nb de Résumés cliniques / unité médicale
Nb de Résumés infirmiers / unité médicale
Valeurs des dossiers RFM / unité médicale

3. Rentabilité

3.1. Monétaire

Résultats / chiffre d'affaires

3.2. D'activité

Résultats / lit réel
/ lit agréé

3.3. Des ressources

Résultat final / volume d'heures prestées
/ unité technique

4. Surveillance des charges

RELEVANT DE LA FAMILLE "ÉCONOMIE":

4.1. Monétaire

Charges directes / produit
Charges des SG / produit
Charges totales / produit

4.2. D'activité

Charges directes / patient
/ jour d'entretien
/ consultation, prestation, acte

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Charges des Ser. Gén. | / patient |
| | / jour d'entretien |
| | / consultation |
| | / prestation, acte |
| Charges totales | / patient |
| | / jour d'entretien |
| | / prestation, consultation, acte |

4.3. D'exploitation

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Charges directes | / par département |
| Charges des Ser. Gén. | / type de prestation médicale |
| Charges totales | / groupe médical |
| | / unité technique |
| Résumé financier | / Code ICD9 ou diagnostic principal |

5. Surveillance budgétaire

5.1. Écarts sur produits

5.2. Écarts sur charges

5.3. Écarts sur résultats

6. Surveillance financière

6.1. Valeurs ajoutées

6.2. Cash-flow

6.3. Besoin en fonds de roulement (bilan)

6.4. Engagements, trésorerie

3 L'évaluation hospitalière selon le point de vue qualitatif

L'évaluation hospitalière qualitative est une problématique si complexe qu'il y a des ouvrages entiers qui n'y sont pas consacrés. Elle peut être cependant organisée ("systémisée"?), selon la liste des thèmes suivante qui en est l'ordre dans lequel ils seront exposés ici. Cette liste est enrichie d'une introduction culturelle où quelques paroles sont recueillies de la part d'experts en la matière.

- Les approches publiées en étude de la qualité hospitalière;
- Principes guidant le choix des indicateurs;
- L'approche des indicateurs de qualité;
- Contributions à la "qualité totale": le parcours du patient;
- Analyses des RCM en relation avec la qualité;
- Exemples d'appréciations de "non-qualité" par des patients (de sources diverses);
- Conclusion et résumé.

3.1 Les approches publiées en étude de la qualité

3.1.1 Préoccupations et thèmes

Aux inquiets, aux prudents Lecteurs ayant à court terme le projet d'être expédiés "aux étages" d'un hôpital, à ceux dont "la robuste constitution prendra le dessus" (de quoi?), aux anciens footballeurs qui confondent leurs ménisques et leurs méninges, aux stressés qui prennent l'avis de la concierge au lieu de celui du cardiologue, il est bon de rappeler les *préoccupations majeures* en matière d'évaluation de la qualité des processus médicaux :

- Éviter les *scénarios* de catastrophe;
- Le *confort* des patients et des acteurs;
- La *compétence* des acteurs;
- Les qualités *intrinsèques* (a priori, de bonnes conditions de succès sont réunies);
- Les qualités *révélées* (par des indicateurs, des analyses);
- Les qualités *réputées* (par des opinions d'acteurs et témoins).

Trois thèmes dominent l'analyse de la qualité:

- L'étude des *moyens* mis en œuvre, à savoir les ressources, la structure et les services associés aux processus de soins;
- L'étude des *processus* de soins;
- L'étude du *résultat* des soins.

3.1.2 Les approches reconnues

Ce sont les préoccupations et thèmes cités ci-dessus que s'efforcent de rencontrer les approches reconnues de l'analyse de qualité dans le domaine médical hospitalier, à savoir:

- L'audit médical;
- La revue par les pairs;
- Le technology assessment;
- L'efficacité du processus;
- Les performances conditionnelles;
- Le contrôle de qualité.

Les points-clefs de ces approches seront maintenant passés en revue.

a L'audit médical

L'audit médical, codifié aux États-unis en 1973 par la Joint Commission On Accreditation of Hospitals, est le plus fréquemment citée pour évaluer la qualité des soins:

Basée sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux, elle s'intéresse à l'opportunité des thérapeutiques, et permet au corps médical de vérifier de manière objective le bien-fondé de sa démarche devant un problème de santé ainsi que la qualité des résultats obtenus.

Cet audit est défini ci-dessus par J.P. GASSÉE & P. SMETS (A.R.B.H., Congrès de Charle-roi, 1990). Il montre davantage la *conformité aux pratiques médicales* que l'*efficacité*, laquelle se lirait plutôt sur une population de résultats. Sa lecture concerne principalement:

- Les *événements sentinelles*;
- Les *handicaps résiduels*;
- Les *résultats négatifs de soins*.

L'étude peut être affinée par l'utilisation d'*indicateurs* de calibrage suivants:

- Une échelle de *sévérité*, ou de *pronostic sévère*;
- Un index de *case-mix*;
- La présence d'*outliers*;
- Une échelle d'*intensité des soins*.

La *méthode* de l'audit comporte six étapes, à savoir dans l'ordre:

- Choix du sujet;
- Choix des critères;
- Analyse d'un échantillon de dossiers médicaux;
- Analyse des résultats;
- Mise en place des actions correctrices;
- Réévaluation (après un délai).

Cette dernière étape indispensable consiste à procéder à un second audit, en général après un an, afin de vérifier dans quelle mesure les déficiences observées ont été corrigées (selon GASSÉE & SMETS, *op. cit.*).

L'audit médical peut s'articuler sur les Résumés Cliniques Minimaux. Ceux-ci, décrits dans l'exposé sur les «Processus et Synthèses d'information» ne remplacent évidemment pas l'ensemble précis des informations présentes dans les dossiers médicaux, mais par l'accessibilité et les possibilités de traitement des données contenues dans ces RCM, l'audit médical peut être aidé dans la fréquence, dans le meilleur choix des sujets et de l'échantillon.

b La revue par les pairs

La *revue par les pairs* (qui traduit le "review" américain) consiste en un débat entre experts sur des expériences acquises suite à des approches d'audit médical. La garantie de compétence et la passion pour l'amélioration y sont certes présentes, mais des inclinaisons corporatistes peuvent y nuire.

De plus, L'utilisation de "normes de référence" est très critiquée de par la difficulté de définir de telles normes indépendamment de la sévérité et intensité des "case-mix" des patients. Une formule utile à cet égard est la formation de centres spécialisés, tel en France l'"A.U.D.I.P.O.G." (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalité, Obstétrique et Gynécologie). La généralisation de cette idée de soumettre des dossiers apparemment exceptionnels à de tels cercles qualifiés serait certes une voie adéquate de diagnostic et traitement des... processus médicaux.

c L'efficacité du processus

L'*efficacité du processus* est associée au parcours médical du patient. Elle concerne surtout l'évaluation des procédures et la conformité des résultats des soins reçus. L'évaluation des résultats est fondée sur la conformité des procédés et la satisfaction des patients. Des indicateurs qui y sont utilisés sont relatifs notamment à la mortalité, à la morbidité, aux complications et à la satisfaction. L'approche de l'efficacité du processus est peu aidée par les RCM puisque, dans ceux-ci, on n'a pas d'indications, ni thérapeutique, ni sur le parcours médical du patient, et rien sur les résultats des soins. Les Résumés Financiers Minimaux, en revanche, qui font état de toutes les prestations (puisqu'on les facture!) contiennent donc beaucoup d'information sur les procédures, et sont utilement enrichis par le dossier des soins infirmiers.

Ce ne serait donc que la combinaison de ces trois sources qui pourrait reproduire un parcours suffisant des procédures qui ont été appelées au service du patient, en tout cas au cours de ce séjour-là. Cette combinaison de sources sera d'ailleurs également nécessaire pour l'approche du "technology assessment", qui n'est pas non plus directement informée par les RCM, et dont on parlera bien sûr dans quelques instants. Les thèmes de ce processus sont donc des aspects privilégiés du *parcours du patient* (Accueil, diagnostic, prescription, traitement, monitoring, suivi, etc.) que l'on retrouvera avec un soin méticuleux dans la section 4 concernant la qualité totale selon *GHOST*.

L'évaluation via l'"efficacité des processus" a cependant la réputation de poser quelques problèmes concernant:

- Les résultats des soins;
- La mesure de l'état de santé;
- La mesure de l'output.

Ces problèmes sont brièvement passés en revue ci-après.

Les résultats des soins

Comme l'objectif est d'améliorer l'état de santé du patient, plutôt que d'étudier la qualité des services fournis, il est peut-être plus correct d'envisager le résultat des soins; dans ce cadre, l'output du processus de "production de santé" serait la différence faite dans un indice de statut médical estimé à l'entrée et à la sortie, ou pendant la période de prise en charge. À ce jour (lundi, à 16h 25), il n'est malheureusement pas reconnu qu'un tel indice puisse être sérieusement construit; il pourrait être multicritère, ou établi relativement à un vecteur d'attributs de référence, mais il ne serait de toute façon pas facile d'y intégrer les facteurs de *sévérité* et de *risque*.

Certains indicateurs, cependant, pourraient être indirectement utiles pour approcher la qualité des résultats:

- Les indicateurs de morbidité

Ils apportent des informations sur la structure des maladies d'une population mais sont statiques. Ils ne permettent pas d'évaluer un résultat mais, qualité la plus intéressante comme d'habitude, aident sans doute le ministère à élaborer ses budgets. Le résumé clinique minimal (RCM), éventuellement présenté en "Diagnostic Related Groups", est une source évidente à cette fin;

- La restauration des fonctions

Les méthodes de cette classe tentent d'évaluer dans quelle mesure, à l'issue du séjour, le patient est à même de mener une vie normale; ce critère a en tout cas été cité comme allant de soi dans des instituts de psychiatrie et de revalidation;

- La satisfaction des patients:

Cette information dite couramment "en feedback" (laissons-les dire) est tout de même celle qui est le plus directement issue des capteurs de l'output, c'est-à-dire les patients eux-mêmes! De plus, l'usage de l'enquête d'opinion, qui sera l'objet de la section 6, est un argument contribuant aux attitudes plus humaines de l'hôpital.

Pour que les tests évoqués dans cette approche par les résultats des soins soient significatifs, il faut une large population et un regroupement des malades en "case-mix" – ainsi que le fait la méthode des DRG, c'est-à-dire des "Diagnostic Related Groups". Ces case-mix sont à affiner par deux critères de *sévérité* des cas, qui tiennent compte des complications de la maladie et des affections associées:

- Les *complications* sont les affections réputées comme étant issues, ou faisant partie, de l'évolution de la maladie concernée. Le degré de sévérité du cancer du poumon, par exemple, ne permettrait pas d'expliquer le pronostic et le coût des soins aussi bien que ne le font des critères cliniques de complications et d'association de pathologies;
- Les affections *associées* pourraient être connues par les diagnostics secondaires figurant sur les Résumés Cliniques Minimaux, en tout cas si ceux-ci sont encodés comme il faut. Néanmoins, cette observation est faite a posteriori et est même recueillie longtemps après, de sorte qu'elle n'aide pas à une assertion de la sévérité a priori.

In fine, l'information manquante pour ces assertions sur le résultat des soins, à la fois théoriquement et pratiquement, est une fois de plus le *statut* de santé avant et après la période considérée, dont la différence – le progrès, espère-t-on – serait la clef d'analyse des résultats du processus. La démarche rejoindrait alors celle de la mesure de l'output.

La mesure de l'état de santé

Le débat sur la qualité concerne aussi l'effet de l'hospitalisation sur l'état de santé du patient. Cet état se mesure selon deux dimensions: l'intensité de la maladie et sa durée.

- L'*intensité* résulte d'une échelle construite sur des critères de douleur et de restriction d'activité;
- La *durée* de la maladie est bien sûr imprécise. Elle pourrait être dite par la longueur de temps exigée par une thérapeutique spécifique, mais il est beaucoup trop de cas où cette relation n'a pas de sens. La durée de l'état pathologique associé n'est guère précis non plus, excluant déjà de la mesure tous les cas cardio-vasculaires, myéloprolifératifs, allergiques, récurrents et chroniques. Cet indicateur ne peut donc être généralisé.

Ces deux paramètres, intensité et durée, aideraient à comparer l'évolution naturelle de la maladie à son évolution soumise au processus thérapeutique sous revue. Ceci rencontre un peu le problème de mesure difficile qui est le cas de soins qui sont très bons, mais accordés à une dégradation inexorable de l'état d'un patient.

Pour mettre en œuvre cette approche, il faut une anamnèse complète et un statut médical précis de chaque patient à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Ceci demanderait, une fois de plus, un monitoring très coûteux, et... non facturable. Néanmoins, on peut constater depuis 1998 quelques tendances à suivre ce processus dans le cas des thérapeutiques multiples appliquées aux patients atteints du virus HIV.

Évidemment, on peut obtenir, à qualité médicale égale, des effets sensiblement différents selon les capacités de réponse des patients. En général, les personnes ayant le taux de réponse médicale le plus faible sont, par définition, les immuno-déficients, puis les personnes âgées. Selon les résultats d'une étude communiqués oralement (au congrès de l'Association Royale Belge des Hôpitaux, Montigny-le Tilleul, 1990), relative au Royaume-Uni, ce sont les patients issus des milieux plus défavorisés qui, une fois de plus, présentent davantage d'effets secondaires et de réticences au recouvrement de la santé.

Le système *GHOST* avance que l'évaluation du degré d'autonomie (retrouvé) serait l'indicateur le plus prometteur, mais c'est surtout en raison du point de vue choisi pour définir l'hôpital, à savoir celui d'une organisation (avec parking) ayant pour mission: "aider des patients à pouvoir se passer de lui". Cette approche est pratiquée déjà pour partie dans l'optique des soins infirmiers (notamment dans les Résumés Infirmiers Minimaux) et est appréhendée en relation avec les carences d'autonomie. De même, en neuro-psychiatrie, on utilise cette notion pour définir le degré de prise en charge nécessaire du patient.

La mesure de l'output

Le problème général est celui de la difficulté de mesurer les *résultats* des soins et les effets sur la santé, où le mot "résultats" traduit l'idée de l'"outcome" anglais. Ce qui est plutôt appréhendé, et éventuellement quantifié par les indicateurs, ce sont plutôt les "outputs immédiats" des soins. Cette histoire d'output à définir et à mesurer est ici fondamentale, car un résultat des soins devrait quantifier les changements dans le statut de santé d'individus ou de groupes de patients. Comme la définition du statut de santé est intimement associée au bien-être fonctionnel et psychologique, il est nécessaire de bien établir cette base pour pouvoir mesurer les effets des soins.

Les changements dans le statut médical se présentent parfois des mois, sinon des années, après la sortie d'hospitalisation. Si on ne dispose pas de suivi à court et long terme (par l'étude longitudinale de cohortes), on ne peut que constater les effets immédiats de l'hospitalisation. Et encore, comment ne pas déplorer, une fois de plus, la perte de contact entre le praticien et son patient, entre l'institution et son "client" dès que celui-ci est sorti de sa zone d'intervention? Client-sorti – client-guéri? Mais le suivi du patient, tant préconisé, et qui se retrouve frénétiquement sur tous les schémas hantés par le système *GHOST*, où le trouver dans les programmes de facturation?

d Les performances conditionnelles

L'approche dite des *performances conditionnelles* se caractérise par l'explicitation des conditions dans lesquelles s'effectuent les activités médicales. Y figurent effectivement:

- Les conditions "structurelles" (installations équipements);
- Les conditions des procédures;
- L'évaluation des résultats selon les catégories de difficultés à surmonter.

C'est d'ailleurs ce qui a inspiré à *GHOST* d'établir des *cibles de performances* en fonction des possibilités des unités de soin. On y retrouve les phases suivantes, avec de courts exemples réalistes :

- La structure: normes d'hygiène, déchets, dispositions d'isolement;
- Le processus: techniques aseptiques, usage d'antibiotiques;
- Les résultats: conditionnellement aux catégories, classes de pathologie tenant compte du facteur de risque;
- Le statut physique: (indice ASA) complété par les (5) "niveaux de maladie" et des facteurs de risque tels que la durée, le nombre d'intravasculaires.

Cette approche doit être spécifiée et mise en œuvre par département médical. En effet, au vu de la variété des processus médicaux, des différences considérables entre les "case-mix" selon les spécialités médicales, ainsi que de la complexité et la précision de l'approche pour tout un établissement, il est préférable de se concentrer efficacement sur des "segments-cibles à risques".

e Le contrôle de qualité

L'inspection

Le contrôle de qualité par inspection est une approche analogue à celles qui prévalent dans les processus de production, où des seuils d'exception – donc de rejet de qualité – sont statistiquement mis en évidence. Certains biais en ont été cités par des auteurs :

- La déformation des données;
- La manipulation des mesures de référence;
- Le transfert de responsabilité;
- La trahison;
- Le sabotage pur et simple de la surveillance;
- L'assassinat de l'inspecteur.

L'amélioration continue

L'approche dite "de l'amélioration continue" est fondée sur la constatation que bien des problèmes sont dus à la complexité des processus, alors même que les actes spécifiques sont un bon choix et sont bien exécutés. Il s'agit le plus souvent de mauvaise planification et coordination du travail, et d'absence ou de mauvaises directives. Les défauts les plus cités sont les suivants :

- La non-coordination de chaînes d'action;
- L'absence de consensus, de respect de celui qui travaille;
- Le manque d'investissement en formation, et de leçons tirées des expériences, fussent-elles des mésaventures.

C'est donc une fois de plus un défaut de coordination, d'information, d'interaction, de coopération, bref de *management*. La voie de l'*amélioration continue* est donc, par contre-poids, celle de :

- La planification du travail;
- L'établissement de directives correctes et leur communication;
- La mise en évidence de chaînes d'action et l'expression des séquences causes-effets;

- L'établissement de consensus entre les acteurs concernés par chaque scénario médical, avec un respect égal pour le rôle de chacun(e);
- L'analyse des soins effectués et leurs résultats;
- Dans l'approche de l'amélioration continue:
 - Il n'y a pas de clubs fermés;
 - Il n'y a pas de hiérarchie socioprofessionnelle parmi les médecins;
 - Les infirmières ne sont pas des "médecins ratés";
 - Les médecins réussis ne sont pas des "mandarins rapaces";
 - Les services généraux ne sont pas un "mal coûteux mais nécessaire".

f Le "technology assessment"

L'approche dite du "technology assessment" est analogue à celle du "coût-bénéfice" en gestion de projets. Elle est orientée vers les conséquences d'applications technologiques, spécialement les impacts non intentionnels, indirects, ou à délai. Elle a pour mission initiale d'en orienter les choix et est transférée ici vers les choix des procédures et techniques médicales. Une description succincte en donne quatre composantes:

- Les critères;
- L'évaluation;
- Les pénalités;
- L'analyse d'impacts.

1. Des *critères* relevant du "technology assessment" sont:

Primaires:

- Favorable au patient;
- Avantageux pour un grand nombre de patients;
- Épargne de coût: les techniques médicales plus chères sont-elles plus efficaces?
- Réduction des disparités entre les exercices médicaux.

Secondaires:

- Implications sociales et éthiques;
- Développement de la connaissance médicale;
- Aide à la politique de santé;
- Facilité de mise en œuvre;

2. L'*évaluation* s'intéresse surtout à:

- L'efficacité médicale;
- La qualité de la survie (par exemple l'indice "Qualy", indice de qualité de la vie, qui s'exprimait en mois de survie mais a survécu à des améliorations);
- La durée d'hospitalisation.

3. Les *pénalités*, auxquelles sont comparées (comment, au fait?) les contributions 1. et 2. ci-dessus, se situent dans les catégories suivantes:

- Les coûts directs, par exemple les coûts des ressources;
- Les pénalités indirectes: l'effet sur la productivité, sur la rémunération;
- Les intangibles, comme la douleur, la séparation familiale, l'angoisse.

4. L'*analyse d'impacts*, dont sont cités (selon la même source: ARBH, Charleroi, 1990):
- L'éthique et le juridique (telles la définition et la gestion du début et de la fin de la vie);
 - Le financement (le revoilà) national et propre à l'établissement;
 - Les effets internes à l'établissement;
 - La formation, la coordination multidisciplinaire.

L'approche du "technology assessment" paraît la plus riche, disons la plus couvrante, mais demande dès lors une expérimentation lourde (notamment l'analyse d'échantillons et d'exemples). Elle interfère dans l'activité courante et demande aussi un "modèle" crédible. Évidemment, c'est aussi un bon candidat pour l'analyse du financement des moyens nécessaires pour l'adéquation des processus contribuant à la santé publique.

3.2 Des indicateurs de la qualité hospitalière

3.2.1 Principes guidant le choix des indicateurs

La mesure de qualité de l'objet dépend des propriétés de l'instrument pour l'appréhender, en l'occurrence la *validité*, la *fiabilité* et la *confidentialité*.

- La *validité* d'un instrument est déterminée par sa capacité à remplir sa mission, à savoir exprimer et quantifier ce qu'il a été créé pour mesurer. Dans le cas d'un indicateur, on parlera plutôt d'*adéquation* pour cette propriété;
- La *fiabilité* d'un instrument décrit sa capacité à mesurer et quantifier d'une manière prévisible et avec le plus faible taux d'erreur;
- Quant à la *confidentialité*, elle va de soi dans le domaine médico-hospitalier.

a La qualité

Ceci dit, les indicateurs ne mesurent pas directement la qualité des soins, mais mesurent plutôt la validité et l'utilité des données et *informent* les évaluateurs et les acteurs de gens qui font (ou non) la qualité. Quelques exemples de tels indicateurs au service de la gestion médicale sont:

- Le taux de déstérilisation accidentelle;
- Le SIP, c'est-à-dire le "Sickness Impact Profile";
- NHP, "Nottingham Health Profile";
- MHIQ, Mc Master Health Index Questionnaire;
- QWB, Quality of Well-Being scale;
- PUMS, Patient Utility Measurement Test;
- TADL, Toronto Activities of Daily Living;
- HAQ, Health Assessment Questionnaire;
- QALYs, Quality Adjusted Life Years;
- "Starfield index".

b L'aspect temporel

Les deux précautions suivantes sont de mise pour les lectures des variations :

- Les variations de tendance et de profil (vecteur de scores d'indicateurs sur plusieurs dimensions ou critères) peuvent s'expliquer par des changements culturels ou des interventions extérieures autant que par les procédures internes ;
- Les variations de profil sont à associer aux variations de la patientèle.

Le problème d'utilisation est à présent d'assister les utilisateurs de données descriptives à évaluer les niveaux de valeurs intéressants, les variations temporelles des taux, et la situation des profils constatés par rapport à des valeurs ou groupes de référence. Sont ainsi pertinentes les questions suivantes :

- Quand doit-on décider d'agir en fonction de tel niveau ou variation d'un indicateur ?
- Combien d'observations temporelles sont nécessaires pour conclure à une tendance significative ?
- Quelle est la relation entre une tendance générale et un profil temporel de variation ?
- Comment peut-on traduire la lecture d'indicateurs concernant l'établissement en termes spécifiques pour un patient particulier ?
- Ensuite, les définitions des indicateurs évoluent, notamment en relation avec les connaissances et les techniques de collection de données ;
- Enfin, les choix d'indices et leur portée (par exemple leur spécificité par service médical) évoluent, ce qui peut rendre invalides les comparaisons rétrospectives et peut conduire à des conclusions inadéquates.

En résumé, il s'agit de paramétrer les trois grands thèmes associés aux diverses analyses : la *sévérité*, l'*intensité* et la *qualité*. Des indicateurs de *sévérité* sont fondés sur la variété des ressources utilisées, selon le DRG, la phase de l'affection, et la pathologie associée :

| Diagnostic | Degré de traitement | Complication | Co-morbidité |
|---------------------------|---------------------|--------------|---------------------|
| Principal et secondaires | En soins complets | Aucune | Pas de co-morbidité |
| Physiologique à 5 niveaux | Soins partiels | Modérée | Plusieurs |
| | Pas de traitement | Sévère | |

Ceci conduit à des familles d'indicateurs de sévérité, tels que l'AIM (temps de séjour hospitalier) et l'APACHE-III (avec risque de décès, en soins intensifs), le CSI, le "Desease Staging" liant la difficulté de traitement en raison de l'extension et des interactions d'affections, le PMC: "Patient Management Category", qui tient compte de l'instabilité clinique, ou encore le PRAG: "Patient Risk Index". Ceci aide alors aussi pour des indicateurs d'intensité, fondés sur la variété de ressources utilisées, pour une pathologie donnée et des degrés de sévérité équivalents.

Pour la qualité des soins, on en revient à sa problématique générale évoquée précédemment, en tentant de définir le résultat des soins, et y associer des "scores" du patient (comme le "PRAG" etc.), mais cette fois tenant compte des connaissances présentes et des technologies connues ou accessibles.

3.2.2 Les indicateurs du "MHA Quality Indicator Project"

Le MHA est la "Maryland Hospital Association" aux États-Unis. Cette association a été chargée de réaliser une vaste étude conduisant à un consensus sur des indicateurs de qualité qui devraient être généralement construits et exploités tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. Les indicateurs proposés figurent dans l'Encart 2.

Encart 2. Les indicateurs du MHA

a Hospitalisation

- Infections acquises à l'hôpital;
- Infections de plaies chirurgicales;
- Mortalité de patients hospitalisés;
- Mortalité néonatale et mortalité périopératoire;
- Césariennes;
- Réadmissions non programmées;
- Admissions non programmées donnant suite à une procédure ambulatoire;
- Retours non programmés dans une unité de soins spéciaux;
- Retours non programmés au bloc opératoire.

b Ambulatoire

- Retours non programmés aux urgences endéans les 72 heures;
- Patients enregistrés aux urgences pendant plus de 6 heures;
- Cas d'urgences pour lesquels l'écart entre les résultats initiaux et finaux de l'imagerie médicale a nécessité une révision de leur gestion;
- Patients quittant les urgences avant l'achèvement de leur traitement;
- Abandon d'une procédure ambulatoire le jour même de cette procédure.

Un complément utile est quelques indications issues d'une étude conduite en Angleterre par l'University Collège, concernant les principales sources directes (donc outre les défauts de coordination) d'erreurs médicales, et rapportée au début de l'année 2 000:

- Manque d'expérience pratique des jeunes médecins, auxquels on confie trop de responsabilité sans supervision;
- Effets secondaires de certains médicaments, peu connus des prescripteurs en raison du taux rapide de la pharmacodynamique;
- Ressemblance entre les noms de médicaments, même très différents, d'où des confusions graves;
- Écriture indéchiffrable de nombreux médecins.

3.2.3 Indicateurs proposés par le système *GHOST*

L'Encart 3 présente la liste des indicateurs de qualité proposée dans le système *GHOST*. La première partie est commune à tous les services, tandis que la seconde donne un exemple de liste spécifique (ici le cas de la maternité).

Encart 3. Indicateurs de qualité proposés par le système *GHOST*

a Indicateurs communs

- Taux d'infections post-opératoires sur plaie propre;
- Autopsies/nombre de décès;
- Effets iatrogènes;
- Septicémies / service;
- Escarres (% d'escarres / Nb de patients);
- Infections nosocomiales (% infectés / Nb de patients);
- Complications liées à un examen technique (% de complications/Nb. de patients);
- Durée de séjour exceptionnelle;
- Nombre d'heures de soins/patient;
- Taux de transferts internes;
- Taux de transferts externes;
- Taux de réadmission;
- Qualité du dossier médical;
- Taux de revalidation des patients;
- Accidents, chutes de patients;
- Pansements de cathéter par prévalence;
- Accidents transfusionnels (% / transfusions);
- Rapidité d'établissement du diagnostic (ex: nombre de jours entre l'admission et l'établissement du diagnostic par rapport au nombre total de malades sortis de l'hôpital);
- Formulation d'un diagnostic : proportion de patients sortis de l'hôpital sans diagnostic;
- Exactitude du diagnostic : nombre de malades avec concordance de diagnostic à la sortie de l'hôpital par rapport au nombre total de malades sortis de l'hôpital;
- Volonté de validation du diagnostic; taux d'autopsies décidées;
- Nombre de visites de médecins dans les chambres;
- Rapidité du traitement: par exemple, le nombre d'heures entre l'arrivée des malades en urgence et le traitement par rapport au nombre total de cas d'urgence.

b Indicateurs spécifiques pour un département : exemple de la maternité

- Taux d'expulsions spontanées (en %);
- Taux de césariennes (en %);
- Taux de ventouses (en %), et taux de forceps (en %);
- Mortalité périnatale globale sur les naissances vivantes (en %);
- Taux de prématurité, à savoir supérieur à 1 000 gr et inférieur à 2 500 gr (en %);
- Taux de dysmaturité inférieur à 2500 gr et supérieur à 37 semaines (%);
- Mortalité prématurée (pour 1 000).

3.3 Les thèmes privilégiés selon le processus infirmier

Les thèmes privilégiés du processus infirmier sont souvent typifiés par les tâches hôtelières et de nursing. Dans ce cas, les critères de qualité se réfèrent principalement aux mesures de la sécurité, de l'hygiène et du confort des patients. Des mesures objectives citées sont, par patient, le nombre d'erreurs médicamenteuses, le nombre de kg de linge utilisés... ou l'évaluation par les patients eux-mêmes, notamment leurs plaintes.

Cependant le processus infirmier est plus étendu et pourrait être synthétisé comme suit pour former six thèmes de qualité dont il faudrait réaliser l'analyse:

- Élaboration des soins, administration de la thérapeutique;
- Prise en charge des besoins physiques du patient;
- Prise en charge des besoins psycho-sociaux du patient;
- Bilan de réalisation du programme de soins;
- Mesures prises par rapport aux situations d'urgence;
- Organisation et administration de l'unité de soin.

Les thèmes de prise en charge des besoins physiques et psycho-sociaux des patients peuvent être étendus au "monitoring infirmier", dont une liste de prestations pouvant demander une analyse de qualité figure sur l'Encart 4.

Encart 4. Liste des prestations pour le monitoring infirmier

- Soins de base. Soins d'hygiène. Soins de qualité.
- Mobilisation.
- Élimination urinaire et/ou fécale.
- Alimentation générale. Diététique. Alimentation par sonde.
- Soins techniques. Soins aux patients trachéotomisés ou intubés.
- Mesures d'isolement.
- Prélèvements de sang. Médication intraveineuse et surveillance des perfusions.
- Médication intramusculaire, sous-cutanée et intradermique.
- Soins à une plaie chirurgicale. Soins à une plaie traumatique.
- Soins spécifiques de la bouche.
- Prévention d'escarres par changements de position.
- Éducation à l'autonomie. Aide pour l'habillement civil.
- Soins relationnels. Soins aux patients désorientés. Surveillance.
- Prise en charge d'une crise émotionnelle.
- Surveillance de tractions, plâtres, ou fixations externes.
- Rédaction de l'anamnèse infirmière.
- Enregistrement des paramètres vitaux. Enregistrement des paramètres physiques.

4 Contribution à la "qualité totale" via le parcours du patient

4.1 Un rassembleur des informations et des analyses

La contribution à la "qualité totale" proposée ici est la réunion, dans un même rassembleur, des apports des approches citées, à savoir :

- Les *résultats* de mise œuvre des approches de l'analyse de qualité (audit médical, etc.);
- La mise en place et le *monitoring* d'une batterie d'indicateurs, tels ceux de la section 2;
- La mise en œuvre du processus de *maîtrise de la qualité*, situé dans l'exposé général sur «L'Évaluation»;
- L'insertion de résultats d'*analyses* de RCM, tels ceux cités à la section 4.3 ci-après;
- Du point de vue *appréciatif*, les collections d'opinions des patients et de leur accompagnants obtenues en cours du séjour ou après celui-ci, les avis des médecins traitants, ainsi que les études de perception de l'institution dans son contexte civil et médical et sa contribution à la qualité de la vie dans la région;
- Les *thèmes* de la qualité;
- Les *critères* d'évaluation appliqués au parcours hospitalier, tels que:
 - La *conformité* : constatée par le respect de normes;
 - L'*efficacité* : mesurée par les degrés d'atteinte des objectifs, telle celle de l'efficacité du diagnostic selon sa confirmation ou encore celle de la thérapeutique mesurée par le changement de statut médical;
 - L'*efficience* : le niveau de résultat par rapport aux moyens engagés;
 - L'*économie* : l'utilisation parcimonieuse de ressources rares, mais aussi la modération dans la "pénibilité", ou de la charge physique et morale subie par le patient, ou selon sa durée de séjour;
 - Les *contributions*: par exemple à la qualité de la vie, au progrès, à la notoriété.

4.2 Un tableau de "traçabilité"

Des associations entre le parcours du patient et les critères sont présentés au Tableau 4. Seules les têtes de colonnes principales y figurent, mais la "traçabilité", c'est-à-dire la reconstitution de tous les événements et transactions, exige de plus :

- Le *responsable* suiveur (du parcours, du dossier, ou "propriétaire" du patient);
- L'*agent* qui effectue l'activité associée à cette phase du processus;
- Le *centre d'activité* concerné par cette phase, codé par l'analytique, et sa localisation;
- La source des *données* qui alimentent cette ligne du tableau;
- Les *critères* régulatifs, appréciatifs et qualitatifs, et leurs conclusions.

Les évaluations et leurs conclusions sont destinées au "Tableau de Bord hospitalier", à savoir la base de données située dans les « Processus et Synthèses d'information », d'où elles seront transmises à l'*intervention* aux fins d'éventuelles améliorations.

Tableau 4. Le Parcours du Patient et les repères de qualité

| Parcours du Patient Thèmes et actions | Questions | Critères régulateurs | Critères appréciatifs | Critères qualitatifs |
|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Identification | Qui? | Classes sociales | | |
| Source, genre, âge | D'où? | Étendue géographique | | |
| Origine | Adressé par ? | | | |
| Statut social | Économ. faible? | Accessibilité | | |
| Statut administratif | Assurable? | Conformité du dossier | | Exactitude du dossier |
| Description | Est quel cas? | | | |
| Type d'admission | Quelle origine? | Programmation | Accueil | Formalités |
| Urgence | | Normes, accessibilité, compétence | | Décision adéquate; Vigilance |
| Transfert interne | | Taux de transferts | | |
| Récurrence | | Normalité du retour | | Nb. d'exceptionnelles |
| Motif initial | Pourquoi? | | | Confirmé? |
| Statut médical | | | | Exhaustivité de l'anamnèse |
| Dossier | A eu quoi? | Normes de contenu | | |
| Diagnostic | Quoi? | Erreur ? | | Révisé? |
| Consultation | | Respect des horaires | Attentes | |
| Tests, analyses | | Exactitude, Timing | Attentes | Soin, rigueur, communication |
| Symptômes déficitaires | Aurait quoi? | Repérés? Consignés ? | | |
| Nb de systèmes physiologiques atteints | | Repérés? Consignés? | | Sévérité, Gravité |
| Choix du séjour | Qui décide? | Coordonné? | | |
| Via Polyclinique | Par quelle voie? | | | Adéquat? |
| Techniques médicales | | Qualification des agents | Charge pour le patient | |
| Spécialité | Où? | | Réputation | |
| Service | Quel? | | Préféré? | |
| Médecin | Chez qui? | | Courtoisie, Information | |
| Mode de séjour | | | | Clarté d'information |
| Assistance morale | Quelle aide? | Choix offerts ? | | |
| Pathologie | | | | Exact. de diagnostic |

| Parcours du Patient Thèmes et actions | Questions | Critères régulatifs | Critères appréciatifs | Critères qualitatifs |
|--|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Diagnostic Principal | | Bien ciblé? | | |
| Diagnostics secondaires | A quoi d'autre? | Encodage correct | | |
| Maladies contagieuses | Est contagieux? | Existence de local adéquat? | | Non-contagion |
| Thérapeutique | Comment? | | | |
| Procédures médicales | Par quelles? | Bonne pratique médicale | | Technology assessment |
| Protocoles | Trouve quoi? | Communication! | | Interprétation |
| Intervention | Avec quelles? | | | |
| Techniques à risque | | Nécessité | Pénibilité | Exécution correcte |
| Médication | | Adéquation posologie | | Efficacité |
| Processus de soin | Est bien? | | Relations humaines | |
| Séjour | Dans quelles conditions? | | Confort | Absence de nuisances |
| Durée de séjour | Reste longtemps? | Anomalies de durée | | |
| Durée exceptionnelle | | Anomalies de durée | | |
| Transfert interne | | Justification | | |
| Monitoring infirmier | | Conformité au plan de soin | Relations humaines | OK? |
| Accompagnement | | Locaux adéquats | | Commodités |
| Réponse | Va mieux? | Séquelles? | | Effets secondaires |
| Réadaptation | | | | Taux de revalidation |
| Complications | | Ratio d'anomalies | | |
| Effets iatrogènes | A attrapé quoi ici? | Événements sentinelles | | |
| Escarres | | Seuil tolérable | | |
| Résultat | Se porte bien? | | | |
| Nouveau statut médical | | Score | | Audit |
| Taux de succès | Guérit bien? | | | |
| Autonomie acquise | | Fonctions rétablies | | |
| Décès | | Normes de mortalité | | |
| Suivi et destination | Vers où? | | Est suivi? | |
| Type de sortie | | Ordre du dossier | Facilité des formalités | |
| Fiche d'évaluation | Qu'en pense-t-il? | | Appréciations | |
| Retour à domicile | Est pris en charge? | | | Communications |
| Transfert externe | | Mode transport | Accueil | |
| Autre hôpital | | Préparé séjour? | | |

| Parcours du Patient Thèmes et actions | Questions | Critères régulatifs | Critères appréciatifs | Critères qualitatifs |
|--|------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Maison de repos | | | | Prêt? |
| Service de Psychologie | | Autonomie ? | | Risques |
| Suivi ultérieur | Contacté? | | | Fidélisation |
| Dossier de décharge | | Exhaustivité; exactitude | Utilité | Clarté |
| Facturation | Paie bien? | % de contentieux | Clarté facture | Tout y est? |
| Conclusions à transmettre au Tableau de Bord, section "contrôle, - qualité" | | | | |

On dit, et redit, que la *qualité* se constate, *s'obtient* et se vérifie *par des processus et par de la coordination*. Elle n'est pas seulement le fait d'actes individuels bien faits, posés par des gens compétents. On espère que la base de données que constitue le Tableau 4 – étendu aux autres composantes citées – donne l'information intégrée à cette fin.

5 Analyse des Résumés Cliniques Minimaux selon la qualité

5.1 Introduction

L'apport des RCM (Résumés Cliniques Minimaux, décrits précisément dans l'exposé sur les «Processus et Synthèses d'information») à l'analyse de la qualité ne concerne pas la structure ni, malheureusement, le processus. En effet:

- Les RCM, prétendument élaborés dans une perspective (parmi d'autres) d'orientation vers la qualité, mentionnent la *pathologie* constatée et traitée (décrite par les "diagnostics principaux" et "secondaires") ainsi que les interventions qui s'ensuivent, mais aucune donnée ne se rapporte au processus de soins. La partie du parcours du patient s'y trouve, mais pas de façon explicite, et certes pas de manière séquentielle, à l'instar de l'histoire d'un séjour;
- Quant aux *résultats* des soins, en un mot si l'état de santé du patient s'est amélioré, il faut le deviner dans les RCM. Le contrôle, au sens où on l'entend ici, demande alors une phase ultérieure d'analyse.

Il faut donc rechercher dans les RCM des indicateurs "de non-qualité possible", qui informent sur les numéros de dossiers qui sont a priori des candidats méritant un examen plus approfondi en utilisant, par exemple, des approches suggérées ci-après. Ces dossiers comprendraient (essentiellement parmi les diagnostics secondaires) ceux qui signalent des complications, des escarres, des infections, une récurrence inexplicite et des durées de séjour hors des normes. C'est de cette façon *secondaire*, c'est-à-dire en utilisant une source indirecte d'information, que l'on peut opérer des repérages de non-qualité possible selon les RCM.

Comme il n'y a pas de référence comparative (ces renseignements ne s'ébruient pas, ne s'échangent pas), on dira simplement que la situation est bonne quand elle s'améliore, et quand le Conseil Médical *est correctement informé* et n'a pas de raison de s'alerter. Dès lors, on s'intéressera ici à la dynamique de la pathologie traitée et à la dynamique des patients.

Dans les RCM, la *dynamique de la pathologie* se traduit en une étude des durées de séjour exceptionnelles par maladie. La *dynamique des patients* est abordée en étudiant le rôle des patients *récurrents*, mais la prudence s'imposera dans leur association avec la qualité. Cependant, on ne peut guère se jeter sur les comparaisons dans le temps: en effet, si l'*encodage* d'événements dits "sentinelles" (donc indicateurs attirant l'attention) dans les dossiers RCM s'améliore, la situation paraît se dégrader alors que l'établissement s'améliore puisqu'il s'observe mieux. On se gardera aussi de faire des comparaisons inter-hospitalières sans vérifier très soigneusement l'homogénéité et la conformité des données.

Au total, l'apport du RCM est surtout un repérage des dossiers, ou des catégories de dossiers (on dit des "segments" de population) qui appellent sur eux une attention particulière. En effet, le repérage de la qualité totale, qui serait l'histoire de la qualité totale du patient, n'est pas repérable correctement par des indicateurs issus des dossiers RCM et RFM, parce que ceux-ci n'ont pas (et n'ont bien sûr pas le droit d'avoir), l'information sur la spécificité des services rendus, ni sur leur interaction.

Du point de vue des processus thérapeutiques, seule la connexion de l'analyse des Résumés Cliniques aux Résumés Financiers Minimaux permet (en 1995) d'analyser les relations entre la pathologie, la lourdeur des cas (diagnostics secondaires et interventions) et les techniques médicales qui y sont associées. Des liaisons sont également à faire entre l'évolution des entrées par urgences, de l'hospitalisation de jour et les classes de pathologie. Une telle étude, y compris les coûts des case-mix, a été réalisée pour un hôpital spécifique par DE BRUYN et GERMAÏ, Université de Liège, EGSS, Département de gestion, 1994, et rédigée par P.Y. GERMAÏ sous forme de monographie qui en donne aussi la méthodologie. Ces données et les analyses concernant de tels thèmes sont évidemment absolument confidentielles, et on ne badine pas avec ce genre de contraintes.

Du point de vue *qualitatif*, on peut effectuer des analyses précises des RCM, des associations entre des catégories de patients, des périodes de séjour et des classes de pathologies et des indicateurs d'éventuelle non-qualité tels que les effets iatrogènes. Un point original est aussi l'interaction entre les services médicaux, due à la spécialisation des prestataires et aux transferts des patients en cours de séjour.

Pour des raisons évidentes de confidentialité, *aucun résultat quantitatif réel d'analyse ne peut être reproduit ici* (à part la récurrence, qui est un aspect général), bien que ci-après tout soit issu d'études hospitalières réelles. L'utilité de cette section réside donc dans le parcours suggéré et le repérage de problèmes à surmonter.

5.2 Les patients récurrents

La notion de récurrence est peu citée dans le contexte de l'évaluation de la qualité. Sauf si les recherches en la matière sont peu divulguées, cela suggère que ce lien n'est pas pertinent ou simplement qu'il n'est pas adéquat de l'exploiter, ainsi que le montrent les précautions suggérées ci-après.

- Les patients revenant pour le même diagnostic ont le plus souvent une maladie chronique et la récurrence est contrainte par le suivi médical. La récurrence peut aussi être volontaire – pour raison de bons soins, de nirvaña hospitalier, d'extase thérapeutique;
- La récurrence inclut également les maladies aux affections diverses. Dans le cas du sida, de la toxicomanie, de la surveillance cardio-vasculaire, etc., le patient se doit de retourner régulièrement dans les hôpitaux aux structures compétentes, et la récurrence est due à l'évidence thérapeutique;
- La récurrence est parfois imposée aussi par un accident ou une urgence.

Ces quelques exemples montrent qu'on ne peut parler de la récurrence sans discernement. C'est pourquoi on distinguera quatre types de récurrence:

- La récurrence *volontaire*: le choix du patient n'est contraint ni par la pathologie, ni par une différenciation technique des soins ou du traitement;
- La récurrence *imposée* par l'environnement du patient: ni l'institution ni le patient ne décident de l'hospitalisation;
- La récurrence *médicale*, due au suivi médical d'une affection;
- La récurrence *technique*, qui repose sur la compétence technique de l'établissement.

Le jugement doit donc être réservé quant au lien entre la récurrence et la qualité, car elle regroupe une trop grande diversité d'affections, de motifs de séjour et de processus de soins. Cependant, les diverses formes de récurrence peuvent inclure des indicateurs de qualité et de non-qualité, évoqués ici. Bien que les données RCM ne discriminent pas ces types de récurrences, il est possible de les retrouver par implication et distinguer, ce que montrent aussi les tableaux suivants, l'activité récurrente de l'activité nouvelle.

a Les proportions de patients récurrents

Le Tableau 5 présente une proportion observée de RCM récurrents (53%) et celle de patients récurrents (28%, à savoir 5.890/20757); donc, sur la période concernée, 72% sont venus une seule fois.

Tableau 5. Les proportions de récurrents: exemple

| Analyse de la récurrence | Effectifs |
|---|-----------|
| Nombre total d'enregistrements RCM | 31.724 |
| Nombre total de RCM récurrents | 16.857 |
| Nombre de patients venus au CH | 20.757 |
| Nombre de patients "venus une seule fois" | 14.867 |
| Nombre de patients venus plus d'une fois | 5.890 |

b La récurrence selon l'origine des patients

Le Tableau 6 montre que la dominance de l'origine (à part 36% inconnu) est celle des médecins hospitaliers, et les types d'admission sont par urgences (40%), admission programmée (40%) et transfert interne (11%). La raison de cette part élevée d'inconnue n'est pas connue non plus: on peut donc supposer que c'est parce qu'on ne le sait pas?

Tableau 6. Répartition d'une récurrence selon "origine - admission"

| ORIGINES | % RCM récurrents | % RCM non récurrents |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| 0 = Inconnu | 5,90 | 5,70 |
| 1 = Initiative personnelle | 4,87 | 8,00 |
| 2 = Médecin généraliste | 6,90 | 8,01 |
| 3 = Médecin de l'hôpital | 50,82 | 43,90 |
| 4 = Médecin spéc. externe | 0,50 | 0,03 |
| 5 = Autre hôpital | 0,30 | 0,32 |
| 6 = MRS | 0,05 | 0,02 |
| 7 = Home | 0,07 | 0,03 |
| 8 = "Organisme" assureur | 0,01 | 0,00 |
| 9 = Autre | 36,35 | 39,12 |
| Total | 100,00 | 100,00 |

c La récurrence par départements médicaux

Le Tableau 7 présente des données réelles, mais par souci de confidentialité il s'agit d'une autre institution et d'une autre période. Dans les deux premières colonnes il montre la répartition de la récurrence et des nouveaux patients selon les grands départements médicaux. Les colonnes suivantes donnent, dans l'autre sens, le rapport des récurrents au nouveaux patients, soit le *ratio de récurrence*.

On lit que la proportion de récurrence est sensiblement plus élevée en médecine qu'en chirurgie, ce qui ne surprend pas, car la gériatrie a le taux de récurrence le plus élevé, justifié par les aller-retour avec les MRS. Ce taux relève d'ailleurs en majeure partie de prestations de médecine interne (la pneumologie, le cardio-vasculaire et l'oncologie, qui sont des facteurs d'âge bien connus).

Tableau 7. Répartition de la récurrence par département

| Récurrents en % | % Venus une fois | Département | Récurrents | Venus une fois | Ratio de récurrence |
|-----------------|------------------|-----------------------------|------------|----------------|---------------------|
| 1,48 | 2,82 | Neuro-Psychiatrie | 0.68 | 0.32 | 2.14 |
| 51,25 | 36,12 | Diag. et Trait. Chirurgical | 0.44 | 0.56 | 0.79 |
| 23,35 | 39,89 | Diag. et Traitement Médical | 0.66 | 0.34 | 1.92 |
| 12,9 | 11,11 | Pédiatrie | 0.49 | 0.51 | 0.97 |
| 0,68 | 3,06 | Gériatrie | 0.83 | 0.17 | 15.06 |
| 10,33 | 7,01 | Maternité | 0.44 | 0.56 | 0.78 |
| 100,00 | 100,00 | Total | | | |

5.3 Le rôle des médecins généralistes

Lorsque les généralistes confient leurs patients à un établissement hospitalier, ils s'engagent vis-à-vis du patient sur la qualité de l'activité hospitalière, autant pour les patients récurrents que pour les nouveaux. Il y aurait donc une relation du type qualité-confiance, qualité-notoriété. Encore que la relation entre le "succès" (les effectifs, la demande) et la qualité reste à établir, et qu'il faille en connaître les raisons, on respecte beaucoup les choix effectués par les médecins traitants en matière d'établissement, de services et confrères auxquels ils adressent leurs patients. Aux premières loges, c'est parce que leurs opinions sont fondées et qualifiées.

Des tableaux (bâti sur les RCM) qui mettent en évidence l'orientation par les généralistes seraient donc fort utiles, mais malheureusement l'encodage peut ne pas discriminer correctement cette variable. En effet, le médecin traitant s'adresse souvent en premier lieu à la consultation du spécialiste hospitalier. Les observations montrent d'ailleurs cette fréquence dominante dans la lecture des RCM. C'est donc le spécialiste consulté de la maison qui devient ensuite, dans l'encodage, celui qui hospitalise le patient (élegamment, l'envoie "aux étages" – pour autant que l'ascenseur soit libre!). Il a donc le mérite de fournir de la patientèle à l'hospitalisation, ce qui est bien vu en termes de taux d'occupation et donc de financement.

Le rôle des médecins généralistes – que l'on veut ici renforcer – peut bien résumer la séquence-clé de toute l'analyse et évaluation, dite en américain:

Assessment – Problem – Goal (possible results) – Actions – Outcome – Evaluation

5.4 Les situations pathologiques "sentinelles"

5.4.1 Rôle et repérage des événements sentinelles

On qualifie de *sentinelles* des affections ou des handicaps qu'on aurait pu éviter ou traiter et, au pire, des décès prématurés et ceux ayant des causes hors normes. L'approche des événements sentinelles suit dès lors une logique d'*indicateurs négatifs* de qualité, où l'on analyse *rétrospectivement* les faits afin de prévenir leur répétition.

Le repérage de ces événements et affections donne un renseignement qui peut être très général. Il peut en effet mettre en cause le processus global suivi par le patient même depuis l'avertissement du médecin traitant, l'appel et la réaction de services d'urgences, ou encore plus en amont les situations sociales et l'accessibilité des services et des compétences.

Il n'existe pas de répertoire "officiel" de tels événements, mais ils sont bien connus dans le Milieu, et leurs indices sont repérés depuis les premiers coups de main. Le conseil donné est de distinguer les affections sentinelles évidentes (telles les infections nosocomiales, les escarres, etc.) des événements composés (par exemple, le décès par diabète de patients de moins de 40 ans).

Un tel relevé d'événements "sentinelles" peut être obtenu sur la base des RCM. Mais, s'il est vrai que les événements "sentinelles" portent ce nom en tant qu'indicateurs de problèmes possibles en milieu hospitalier, il faut se garder de conclusions hâtives: tous les patients sont des "case-mix", et les facteurs de sévérité, de risque et l'état médical à l'admission demandent un tri soigné des observations.

Pour premier repérage on vérifiera si, dans les diagnostics cités dans les RCM (bien encodés), il figure des affections qui peuvent être associées au fait de l'activité hospitalière. Pour concrétiser ce raisonnement, trois voies sont explorées ici: les escarres, les complications et les maladies contagieuses.

5.4.2 Les escarres

a Définition et problèmes soulevés

Une escarre est particulièrement pénible. C'est une zone rouge qui s'étend sur le derme et se recouvre de bulles contenant un liquide séro-sanguinolent. Ces bulles se rompent et mettent le derme à nu, une ulcération apparaît qui gagne rapidement en largeur et en profondeur. Elle affaiblit donc encore l'état général du patient en s'ajoutant à l'affection qui le retient alité. Le problème de qualité des soins y est clairement repéré par les arguments cités dans l'*Encyclopedia Britannica* (version 5.1.2 en français):

«Zone tissulaire superficielle et limitée présentant une nécrose sèche, non infectée. Les escarres (ndlr.: dites "de décubitus") surviennent habituellement aux points d'appui chez des sujets qui sont alités pour une longue durée et qui n'ont pas une mobilité suffisante pour varier cet appui; leur mécanisme initial est ischémique. Siégeant par ordre de fréquence dans la région sacrée, aux talons, aux coudes, à l'occiput, elles se présentent d'abord comme une aire limitée de nécrose cutanée. [...]

Le traitement curatif, difficile et long, réclame impérativement la suppression de tout appui sur la zone escarrifiée. En réalité, il faut prévenir les escarres chez un sujet grabataire ou transitoirement immobilisé par l'emploi de matelas "alternants" et surtout par la mobilisation aussi précoce et aussi fréquente que possible de ces malades.»

La prévention de l'escarre impose donc une discipline continue: massage des zones de pression, toilette soignée, changements de position fréquents, utilisation de matelas spéciaux. Si la prévention revient à l'hôpital, l'escarre constitue par sa nature un indicateur de non-qualité.

Un repérage (quantitatif) est possible, parce que les escarres peuvent être enregistrées dans les RCM:

- En tant que diagnostics principaux, auquel cas elles sont le motif de l'hospitalisation,
- En tant que diagnostics secondaires, elles sont susceptibles d'être iatrogènes.

Les résultats dépendent évidemment de l'exhaustivité de l'encodage, fort variable selon les établissements. Dans cet ordre d'idées, un repérage évolutif des escarres, par exemple sur plusieurs années, pose le problème de l'invariance de la qualité d'encodage: le nombre de problèmes repérés peut augmenter simplement parce qu'on a décidé d'en être bien informé et qu'on a mis en place un *système* (enfin!) pour prendre en charge une telle *régie*.

b Les données utiles relatives aux escarres

Ceci dit, voici une liste de repérages d'escarres utiles en analyse de qualité:

- L'indice du pourcentage d'escarres par diagnostic principal.

On mesure par diagnostic principal la part d'escarres apparues, ce qui renseigne sur le risque et l'incidence;

- L'indice du pourcentage d'escarres par maladie.

Les "maladies" regroupent les diagnostics principaux selon la classification HCIMO (adaptation Hospitalière Internationale des Maladies et des Opérations). On mesure le nombre et la part d'escarres apparues par maladie; leur rangement dans l'ordre de fréquence est un indicateur évidemment utile à la surveillance;

- L'indice du pourcentage d'escarres par service.

On mesure ici la part d'escarres apparues par service selon le nombre d'enregistrements RCM par service. En général, la gériatrie présente le plus de problèmes; on le comprend aisément en raison de la fréquence et de la durée des séjours.

- Évolution de l'indice du pourcentage d'escarres.

Pour autant que l'on se fie aux données, un tel tableau montre de grandes *variations* du pourcentage d'escarres selon les trimestres. Ainsi pourrait-on s'interroger, si les différences sont significatives, sur le potentiel de soins infirmiers disponibles pour certaines périodes, notamment celles de Noël, du Nouvel-An, du Mardi-gras, de Pâques, de la fête du travail, des vacances d'été, de la Toussaint, du pont du 1^{er} novembre 14, du 15 novembre 18, du 10 mai 40, du 6 juin 44, de mai 68, de la Dynastie, du Te Deum, de Knokke-le-Zoute et des jours de courses avec sa mère – en n'oubliant surtout pas que ce sont là les périodes privilégiées de placement de nombreuse personnes âgées et non-autonomes dans les établissements de soins.

c Utilisation et amélioration des indices

Un indice d'escarres élevé constitue un signal d'alarme qualitatif, un indice faible montrant une bonne qualité. Cependant, outre la dépendance vis-à-vis des encodages, il faudrait différencier:

- L'apparition de l'escarre que l'on retrouve dans les symptômes du tableau clinique de la maladie, comme dans les cas de brûlures ou de certains traumatismes. Appelons-la "de type A, escarre symptomatique";
- L'escarre qui survient suite à une inadaptation hospitalière de la prévention, c'est-à-dire qui ne fait pas partie des symptômes du tableau clinique de la maladie. Disons "de type B, escarre non-symptomatique".

Dans une optique plus "régulative", l'interprétation de ces indices devrait reposer sur une comparaison trimestrielle au sein de l'hôpital et sur une comparaison inter-hospitalière. Mais pour être valable, elle doit prendre en compte les facteurs non contrôlables et, en outre, la dépendance de l'encodage rend une telle référence peu rigoureuse.

5.4.3 Les complications

On s'intéresse ici aux complications d'actes chirurgicaux et de soins médicaux telles qu'elles sont définies par le HCIMO des codes 996 à 999, ainsi qu'à l'ensemble des complications d'actes chirurgicaux et de soins médicaux exclues des codes 996 à 999. Pour augmenter la pertinence de certaines complications et l'interprétation des résultats, certains regroupements proposés par le HCIMO peuvent être conservés ici, mais on exclut les diagnostics qui ne sont pas des complications – par exemple celles relatives à la grossesse et aux accouchements.

La classification HCIMO est de ce point de vue inextricable: le repérage des complications est un jeu de renvois et d'ambiguïtés. Aussi, les analyses dont on parlera ici sont fondées sur un programme de tri par ordinateur écrit à cette fin.

Les complications peuvent être repérées soit comme diagnostic principal, soit comme diagnostic secondaire:

- En diagnostic principal, la complication est le motif du séjour;
- En diagnostic secondaire, la complication résulte d'un motif de séjour distinct.

Ces complications peuvent être des indicateurs de non-qualité si elles résultent de l'activité médicale et non des caractéristiques propres au patient. Cette différence est indécidable dans les RCM sans compétence médicale. En effet, il est évident que certains patients sont plus sujet que d'autres à souffrir de complications. De plus, ils n'entrent tout de même pas à l'hôpital les mains vides de petits et gros problèmes!

Il serait dès lors utile de distinguer les complications induites par certaines catégories de patients et de pathologie. Ceci dit, comme point de départ, les complications figurant dans les codes 996 à 999, révisés pour en éviter certains biais, constituent un premier indicateur de non-qualité.

Des repérages utiles en analyse de qualité sont les suivants.

- La répartition des complications par service.

Un premier indicateur utile est la répartition des complications par service, en prenant soin d'y faire figurer les diagnostics secondaires. Ainsi, la maternité peut présenter un pourcentage élevé en complications secondaires, mais ce peut être pour des raisons d'évidence médicale, ou d'inadéquation de la classification, ou encore de tri erroné dans l'étude;

- Les destinations des patients des RCM ayant comme diagnostic principal une complication et qui proviennent de transferts internes. On choisit ceux-ci en se fondant sur l'hypothèse que ces complications sont de nature à affecter fortement le patient, car:
 - Elles sont en diagnostic principal;
 - Elles résultent d'un transfert de spécialité médicale: c'est-à-dire que les complications ne répondent pas à l'activité du service initial.

On est forcé de prendre la *destination* comme variable de sortie du fait que la variable "type de sortie" est peu utilisable, le code 6 de transfert n'étant pas clair dans les RCM.

5.4.4 Les maladies contagieuses

La contagion est la transmission d'une maladie d'un sujet malade à une personne *saine*. Dans une évaluation orientée vers la qualité, on s'intéresse cependant aux contagions qui se développent au sein de l'hôpital, donc celles qui n'atteignent pas nécessairement une personne "saine", mais bien un autre patient hospitalisé. Le repérage et l'interprétation des maladies contagieuses dans un souci de qualité est difficile et très professionnel, et on n'en présentera ici que des lignes directrices faisant l'objet de consensus.

Repérages des indices de contagion:

- Déterminer une liste de maladies contagieuses transmissibles dans l'hôpital dont la responsabilité peut incomber à l'activité hospitalière, due par exemple à une surveillance relâchée dans les contrôles sanguins, à une mauvaise hygiène médicale ou des locaux;
- Sur base des RCM, effectuer une recherche des maladies contagieuses incluses dans cette liste dans le cadre de l'ensemble de l'établissement. Ensuite localiser ces contagions par service ou spécialité médicale;
- Pondérer ces maladies contagieuses selon les deux critères suivants:
 - Inversement proportionnel à la probabilité d'apparition de la contagion, soit pour raison externe (telle une région sensible), soit entre patients (un patient aux défenses immunitaires diminuées est plus enclin à une contagion);
 - Proportionnel au risque encouru par le patient atteint.
- Évaluer la qualité sur base d'une comparaison temporelle au sein de l'hôpital et d'une comparaison inter-hospitalière;
- Prendre en compte l'origine géographique de la population. Un hôpital comptant de nombreux patients de zones mondiales soumises aux maladies contagieuses est plus exposé à une contagion exogène;

5.4.5 Les durées de séjour exceptionnelles

a La durée de séjour exceptionnelle et la qualité

Un séjour exceptionnellement long attire l'attention et donne une présomption de complication, laquelle serait un indicateur de non-qualité. Mais la non-qualité n'est évidemment pas la seule cause de durées de séjours exceptionnelles. On avance par exemple:

- Un diagnostic progressif;
- L'évidence thérapeutique;
- Une réticence au retour à domicile, notamment par défaut d'autonomie;
- Une surveillance particulière.

La mesure peut aussi être préventive dans le chef du corps médical: la durée de séjour exceptionnelle peut rechercher la qualité des soins et l'assurance du travail bien fait. Dès lors, l'objectif de cette section est d'abord de proposer une méthode pour déterminer les durées de séjours exceptionnelles, et ensuite de catégoriser celles-ci pour aider à repérer les durées de séjours exceptionnelles qui sont à utiliser dans une évaluation de la qualité.

b Recherche des RCM dont la durée de séjour est exceptionnelle

La recherche des durées de séjours exceptionnelles via les RCM interroge sur:

- Les patients: QUI?
- Les diagnostics et les interventions: QUOI?
- Les services médicaux: LESQUELS?
- La récurrence: DÉJÀ VENU (pour cette raison-là)?

D'après la disponibilité des données RCM, un bon choix est celui d'une entrée par pathologie évaluée par service médical, car un regroupement de diagnostics est indispensable pour ne pas être confronté à une masse d'informations non significatives. Cependant ce regroupement par maladies ne suffit pas, les catégories de patients étant également des variables à inclure, surtout du point de vue de l'âge. Le meilleur regroupement serait sans doute le système de classification des "case-mix" des "Diagnosis Related Groups" ou une de ses versions postérieures qui regroupe les affections et les patients en groupes cohérents. Une voie directement praticable sur les RCM belges est celle de la classification par maladies HCIMO sur les trois premières positions des codes à cinq chiffres, précédant une distinction de catégories de patients.

D'abord, il faut définir les RCM dont la durée de séjour est exceptionnelle par groupe de maladies. Aux dix-sept Groupes de Maladies de la classification HCIMO (GM-H), on ajoutera deux rubriques: les *facteurs* influençant la santé et les *contacts* avec les services de santé ainsi qu'un groupe de RCM dont le diagnostic principal est absent. Ici on considère comme exceptionnelles les durées de séjour *supérieures au fractile 0,95*. Un tableau ad hoc fournit alors ces limites de l'exceptionnel et la durée de séjour maximale par maladie.

Pour éviter des émotions ponctuelles, les analyses devraient couvrir une période de trois ans. Par exemple, les RCM au diagnostic principal correspondant aux maladies de l'appareil circulatoire sont exceptionnels à partir d'un séjour de 33 jours. Une étude de données réelles (en 1993) – associée au présent exposé – a par exemple fourni 1.723 RCM jugés exceptionnels sur un ensemble de 31.724 RCM (donc 5,43%) en 3 ans.

On peut aussi exploiter, en astucieux statisticien esthète (redis-le?), l'évolution trimestrielle des percentiles 0,90 ou 0,95. Une diminution du fractile 0,95 signifie que le nombre de jours tel que 5% des cas lui sont supérieurs diminue, ce qui indique donc que la réduction moyenne se fait surtout par l'érosion des longues durées. Ceci prouve aussi que l'approche des moyennes est peu adéquate: c'est l'érosion des pointes qui est le phénomène, et non la tendance centrale.

c Évaluation de l'activité exceptionnelle

On s'occupe à présent de démontrer que le RCM exceptionnel est une observation qui mérite d'être traitée par une des approches d'évaluation de la qualité. Pour ce faire, il convient de comparer les RCM exceptionnels:

- Par *service*;
 - Selon la *lourdeur* des cas du point de vue des diagnostics et des interventions;
 - Selon les *complications*, les *escarres* et la *réurrence*.
- Activité exceptionnelle par service

L'objectif de ce renseignement est de signaler où se retrouvent les séjours exceptionnels. Ce n'est pas encore une mesure de la qualité, mais un ratio élevé signifie que le service traite un nombre proportionnellement élevé de cas exceptionnellement longs comme c'est souvent le cas, légitime, en gériatrie. À l'opposé, la pédiatrie présente une minorité de ces RCM exceptionnels. Il apparaît donc que la prise en compte de l'âge des patients pour déterminer les séjours exceptionnels est indispensable.

- Lourdeur des cas exceptionnels

La lourdeur des cas peut se définir en se référant aux nombres de diagnostics secondaires suite à une maladie GM-H., où le nombre maximum de diagnostics secondaires est de 10 par enregistrement. On éditera donc cette fréquence par maladies GM-H. L'utilité de ce tableau réside dans une comparaison temporelle ou inter-hospitalière. La *lourdeur* des cas est donc à distinguer de la *sévérité* des cas, déjà spécifiée plus haut, qui comprend notamment un facteur d'intensité non perceptible à partir des RCM.

5.4.6 Évaluation de la qualité à travers l'activité exceptionnelle.

Les séjours exceptionnels peuvent être considérés comme aidant au repérage de la non-qualité, en utilisant une sélection de l'exceptionnel fondée sur de meilleurs regroupements de pathologie et sur une confrontation des durées de séjour dans le temps. Ceci fait, il faut transmettre l'information aux approches qualitatives de l'analyse médicale, citées à la section 3.1.2, où l'*audit médical* serait le plus adéquat pour déterminer les causes et tirer des informations qualitatives à partir des cas exceptionnels. Cet audit doit y associer les événements sentinelles pour éviter un biais d'évaluation.

5.4.7 La mortalité et la non-qualité?

Le décès est le constat douloureux d'un échec des soins prodigués, de l'insuffisance de la médecine face au mal du patient ou à son âge avancé. Mais la question posée ici consiste à savoir si la mortalité (le nombre de décès au sein de la population hospitalière) peut ou non aider à évaluer la non-qualité.

Une première réponse est qu'il est déconseillé d'utiliser cet indicateur sans la sévérité, le risque et la lourdeur des cas des patients. En effet, la mortalité indiquerait davantage une évolution générale de la médecine que la qualité intrinsèquement hospitalière. Les décès étant principalement attribués au cancer, aux maladies cérébro-vasculaires et cardiaques, seule la période postopératoire est un moment de surveillance aiguë où les insuffisances ou les mauvais choix sont pénalisés par une telle issue. Or le RCM tel qu'il est conçu ne distingue pas de période pré- et post-opératoire; tout au plus permet-il peut-être de déterminer des décès "anormaux" (par exemple décès de diabétique avant 40 ans). De plus, l'encodage des variables concernant le type de sortie ("sur avis médical, contre avis médical, décès avec autopsie, décès sans autopsie, autre et inconnu") n'est pas fiable.

Dès lors, on refusera toute incursion dans ce domaine, déjà très sensible. Un autre argument de réticence est que les établissements hospitaliers ont une patientèle très variable quant à la sévérité et la lourdeur des cas. En raison de leur concentration d'équipements et compétences, les grands établissements publics, et surtout universitaires, sont plus chargés en cas difficiles et aussi en cas proches de basculer dans une phase terminale. Il serait plus gratifiant, si c'était faisable, de lire les choses positivement: considérer le nombre de cas ayant fait l'objet d'une rémission, alors que la situation était jugée critique. Ceci n'est pas impensable: il existe dans les "Medical Disease Status" un indice d'intensité qui, au niveau 5, indique une probabilité élevée de phase terminale.

6 L'approche appréciative de l'évaluation hospitalière

6.1 Un couloir de bruits...

Les jugements de valeur, informés par les opinions des parties intéressées (les patients, le corps médical et infirmier, le personnel, les autorités) répondent à une téléonomie d'acteurs: propriétaire du problème, clients d'une situation, récepteurs d'un processus. Ils bâtissent l'approche *appréciative*, qui certes contribue aussi à l'information sur la qualité, mais ne peut la remplacer. En effet, on ressent bien que la satisfaction de l'un ou l'autre acteur, qui peut être obtenue par privilège, cajolerie ou simplement par manque d'information de celui-ci, ne suffisent pas à spécifier ce qu'est véritablement la qualité. Ceci est particulièrement pertinent en étude de la qualité des soins (médicaux au sens large). Ainsi, l'analyse d'un taux d'effets iatrogènes ou d'un pourcentage de problèmes d'anesthésie est du domaine qualitatif, alors que la satisfaction d'un confort thérapeutique (ou d'un confort d'installation) pour le patient permet d'obtenir à bon compte (mais à quel prix!) une qualité appréciative qui n'est que superficielle. Ces deux autres entrées sont donc utiles, mais incomplètes, pour l'étude de la qualité.

6.2 L'appréciatif dans l'organisation de l'évaluation

Dans un exposé sur «L'Évaluation» hélas donné à l'heure de la sieste, et lors d'une «Entrevue avec l'information», à peine polie, beaucoup de choses en termes élégants sont dites, concernant l'approche *appréciative* de l'évaluation. On y apprend à qui s'adresser et sur quel ton, les observateurs privilégiés, les sujets de l'expérience, et surtout le nombre inquiétant de biais (d'*ambiguïté*, de *compétence*, de *téléonomie*, de *caractère*, de *métonymie*,

de *dissonance cognitive* et de *rumeur*) qui se présentent lors de la recherche d'opinion. Pour éviter de tels biais il faut confier le recueil d'opinion à des spécialistes, à des psychologues si tortionnaires qu'ils arrivent même à arracher des aveux révoltants à de jolies ménagères: leur faire dire en public, à la télévision, et pire encore, à leur propre mère, qu'elles utilisent le mauvais savon de lessive!

Le meilleur évitement de tous ces biais est finalement que, en matière d'enquête d'opinion, il vaut mieux demander à une experte qu'à cent mal biaisées, ou se débarrasser du problème d'enquête en le laissant à d'autres surdoués. Néanmoins, pour être exploitable dans un "système" cohérent d'évaluation, le recueil d'opinion doit avoir une *formulation* ad hoc, un traitement des réponses conduisant à des *scores*, et des indicateurs que l'on peut juger et comparer. Une telle contribution est aussi présentée dans l'«Entrevue avec l'information», avec précisément l'appréciation hospitalière pour cadre des exemples numériques.

L'intendance étant réglée, il s'agit maintenant d'organiser les *thèmes* de l'appréciation afin de rendre celle-ci cohérente avec les autres aspects de la gestion hospitalière pour que celle-ci permette d'y appliquer *simultanément* les différents critères d'évaluation. Le rassembleur de ces thèmes sera ici le *modèle global du processus hospitalier*. Sur ce modèle se situeront ensuite les réponses libres, les réponses codées et les scores, et enfin les points principaux et les priorités à transmettre au tableau de bord et à l'*intervention*.

6.3 L'appréciation fondée sur le parcours du patient

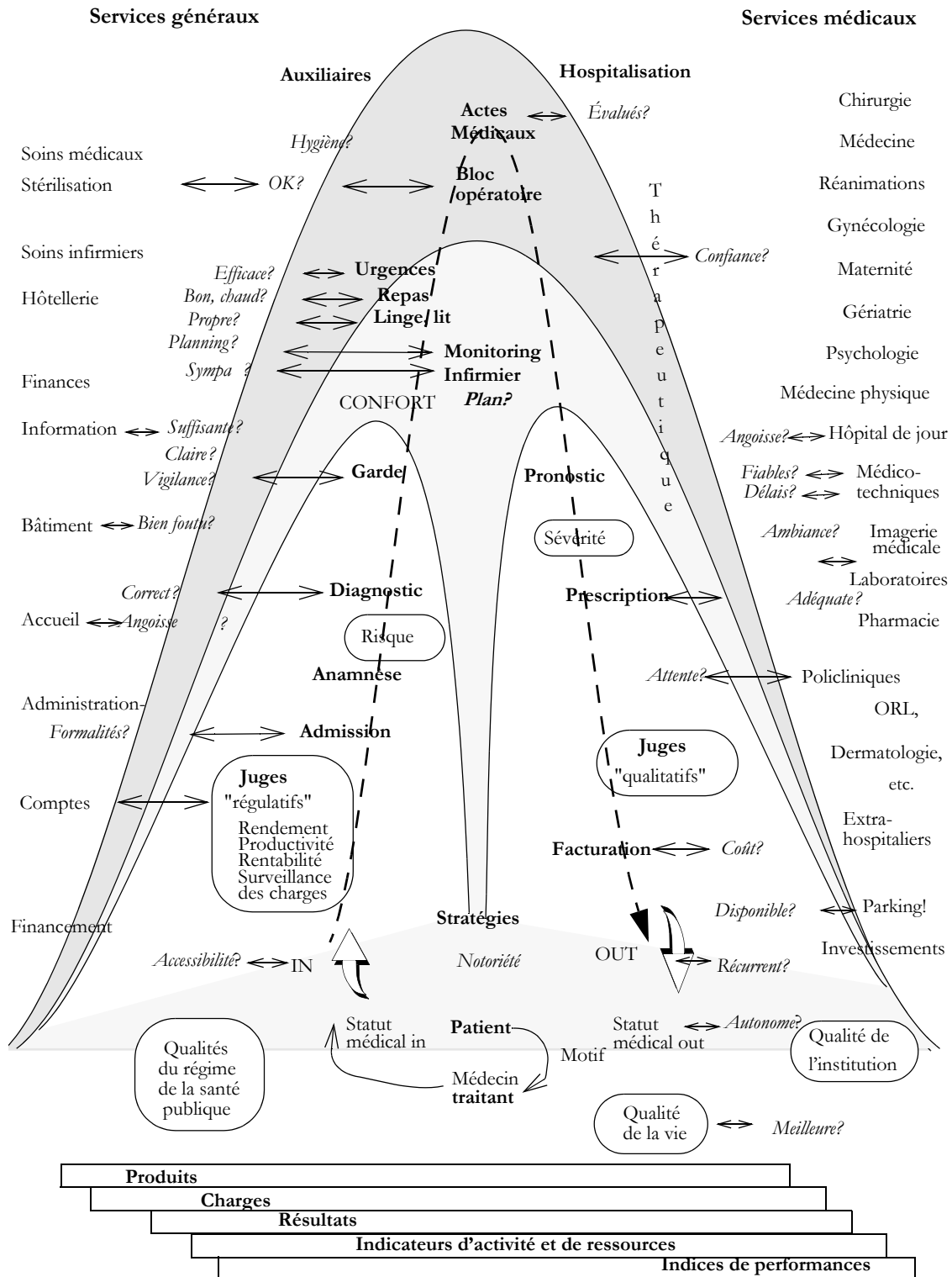
L'exposé sur les «Modèles de processus» présente un modèle graphique où sont situés les deux parcours, complémentaires, d'un patient dans un hôpital; la Figure 2 l'enrichit à présent en y portant tous les éléments rencontrés sur ces parcours. Ce processus général est le répertoire-guide des objets (en italique sur la figure) soumis à l'appréciation:

- Le parcours *institutionnel* est la séquence de services qui sont rendus au patient depuis le motif jusqu'au suivi ultérieur; là, il rencontre surtout les "services généraux".
- Le parcours *médical*, commence au motif de consultation d'admission et se poursuit par le diagnostic qui le concerne, le pronostic associé, la thérapeutique, les soins requis et leur monitoring, et enfin le suivi ultérieur. Le patient peut rester externe, ambulatoire dans les consultations et les techniques médicales, ou s'engager vers le plus interne (bloc opératoire, chirurgie).

Tous les patients, et pour partie leurs accompagnants, ont en principe affaire aux "services généraux, dont l'*appréciation* est accessible à la plupart d'entre eux. Dans ce domaine, il est très typique que la sensibilité des patients et de leur entourage soit clairement centrée, à part le parking (toujours loin devant), sur les services réunis sous le terme d'"hôtellerie".

Le processus médical, quant à lui, avec ses facteurs de risque et la sévérité, est spécifique par patient, de sorte que tous les privilégiés du séjour n'y sont évidemment pas témoins des mêmes choses et ne reçoivent pas la même facture. De plus, il relève bien plus du domaine *qualitatif*, et demande, on l'a dit, une approche professionnelle et se prête moins à l'établissement de "scores" appréciatifs; on n'en trouvera trace ici que dans les "réponses libres". Les points communs des deux parcours sont les relations humaines et le rôle déterminant du corps infirmier.

Figure 2. Les thèmes d'évaluation sur le modèle hospitalier



6.4 Plan de l'étude d'appréciation par les patients

Le parcours de la Figure 2 fournit plan d'étude appréciative, la logique d'un questionnaire d'enquête; il peut aussi aider à spécifier des points spécifiques, ou à repérer des objets d'appréciation qui lui sont adressés. La liste soumise de la sorte aux patients et à leurs accompagnants est étendue et organisée en thèmes comme le présente l'Encart 5. Dans les sections suivantes figureront les thèmes proposés à l'appréciation des médecins traitants, du corps infirmier et du public en général.

Encart 5. Plan de l'étude d'appréciation par les patients

A. RÉPUTATION publique de l'établissement

- Étendue géographique de la connaissance de l'institution
- Expression, par le répondant, de l'opinion publique répandue concernant:

La qualité globale perçue
 du point de vue médical
 du point de vue non-médical
 La qualité perçue par spécialité médicale

- Opinion personnelle concernant les points forts et points faibles

B. ATTRACTIVITÉ de l'établissement pour le patient

- Source du choix de l'établissement:

Décision personnelle
 Décision du médecin traitant
 Urgences et circonstances institutionnelles

- Raisons du choix de l'établissement:

Réputation globale; confiance dans l'établissement
 Réputation de médecin, ou d'une spécialité médicale
 Conseil du médecin traitant
 Confiance dans l'équipement médico-technique
 Proximité; "il y a toujours quelqu'un"
 Prix sans surprise
 Commodité, rapidité, parking

C. ACCESSIBILITÉ de l'hôpital

- Information générale sur les services offerts:

Horaires d'accès aux services d'accueil, et de visite aux services médicaux
 Délais des rendez-vous

- Facilité d'arriver (et stationner):

En voiture (**parking**?)
 En transport public
 Autrement

- Confort éventuel en ambulance
- Aide pour trouver les bâtiments et les locaux

D. ATMOSPHERE à l'arrivée

- Design (au premier coup d'œil)
- Propreté
- Ambiance générale
- Possibilité de communiquer avec ses proches, ses accompagnants

E. RÉCEPTION, ACCUEIL

- Temps d'attente à la réception
- Qualité des relations avec les agents d'accueil
- Formalités administratives
- Acomptes

F. ATTENTE avant la visite médicale

- Temps d'attente
- Aspect du local, adéquation aux enfants et personnes âgées
- Nuisances
- Commodités

G. EN CONSULTATIONS ou EXAMENS TECHNIQUES

- Aspect du local
- Qualité de l'équipement, du matériel
- Facilité de supporter l'examen:
 - moralemement
 - physiquemement
- Relations humaines:
 - avec les médecins
 - avec les infirmiers

H. INFORMATION sur le DIAGNOSTIC et sur ses conséquences

- Informations reçues sur l'état de santé
- Confiance
- Disponibilité du médecin
- Respect humain
- Soutien infirmier

I. TRAITEMENT et SOINS

- Qualité perçue des soins:
 - médicaux
 - infirmiers
- Relations humaines et soutien:
 - médical
 - infirmier
- Facile à supporter?
 - moralemement
 - physiquemement

J. CONDITIONS de SÉJOUR

- Aspect et équipements du local:
 - Confort, commodités
 - Cadre, ambiance
 - Entretien, services
 - Repas: qualité, quantité
 - Soins personnels
 - Nuisances (bruit etc.)
- Perception d'intérêt, d'accompagnement

K. LA NOUVELLE QUALITÉ de la VIE

- Perception des progrès de santé, d'être bien soigné
- Séquelles des soins

L. SUIVI ULTÉRIEUR

- Formalités de sortie:
 - Facilité
 - Clarté de la facture
- Appréciation du prix
- Relations ultérieures de l'hôpital:
 - Avec le patient, son dossier
 - Avec son médecin traitant
- Intention de:
 - Fidélité à l'établissement
 - Le recommander
- Améliorations souhaitées

6.5 Quelques critères de pharmaco-vigilance

La pharmaco-vigilance relève du "Care Material Management", où on retrouve aussi les instruments et produits de laboratoire et d'imagerie, ainsi que de pratique médicale et infirmière. Le problème important du traitement des déchets y est parfois joint.

- La pharmaco-vigilance concerne:
 - Le bon patient – la posologie correcte – la bonne voie – les moments prescrits
- Pour les produits, elle implique :
 - L'identification – le contrôle de conformité – l'action corrective
- Pour l'administration médicamenteuse, la vigilance veut minimiser des causes d'erreurs:

Le dosage et ses changements – acheminement – période – abréviations – calculs erronés – lisibilité – réécriture par quelqu'un d'autre – transcriptions et traductions.

6.6 Plan d'appréciation par les médecins traitants

Le plan soumis aux médecins traitants est plus bref et focalisé sur les thèmes qui les intéressent, issus du "Plan Directeur" proposé dans l'exposé sur «L'Investigation».

Encart 6. Plan d'appréciation par les médecins traitants

1. DYNAMIQUE-ÉVOLUTION

Évolution de l'offre de soins
L'évolution des techniques et de leur accès

2. STRUCTURE

Implantation
Équipement

3. ORGANISATION

Sources et communications de l'information

4. PROCESSUS

Services généraux
Connexion au secrétariat médical
Processus médical
Participation (réunions, suivi)
Accès aux médecins hospitaliers
Processus infirmier et monitoring du patient
Parcours du patient
Suivi du contact personnel

5. CONTRÔLE

Connaissance de la qualité
Capacité d'influencer la qualité

Encart 7. Critères appréciatifs relevant du corps infirmier

- Organisation et administration de l'unité de soin;
- Élaboration et monitoring du plan de soins;
- Prise en charge des besoins thérapeutiques et physiques du patient;
- Prise en charge des besoins psycho-sociaux du patient;
- Bilan de réalisation du programme de soins;
- Mesures prises par rapport aux situations d'urgence;
- Enregistrement et communication de l'information.

Encart 8. Critères appréciatifs relevant du public

- L'institution dans la ville et sa région;
- La considération par la tutelle et les pouvoirs publics;
- La notoriété différentielle des services;
- Attention à la rumeur...

La célébrité est l'avantage d'être connu de ceux qui ne nous connaissent pas
Chamfort

7 L'exploitation des scores sur les indicateurs

7.1 Le processus

Si la méthode de formulation des choix des questions et le traitement des réponses décrits dans l'exposé «Entrevues avec l'information» sont suivis régulièrement, l'évaluateur a sous les yeux une analyse immédiate de l'ensemble de l'enquête: il lui suffit de lire le tableau résumé des scores et de constater le rangement des items qui attirent le plus l'attention. De plus, comme la formulation du score est additive (en sommant les nombres de réponses), on peut éditer un score agrégé par type d'activité (hospitalisation, consultations, etc.) ou pour l'ensemble de l'établissement.

Malgré cette aide, une lecture trop hâtive, sans tenir compte des commentaires libres des répondants, est déconseillée: pour les raisons dites plus haut, les répondants ne sont pas habilités à tout juger sans biais, si ce n'est ce qui leur est immédiatement perceptible par l'ambiance dans laquelle ils se trouvent à ce moment-là.

7.2 Exemples de scores appréciatifs

Un exemple de scores appréciatifs est donné au Tableau 8, par thème et par département médical. Il est partiel, pour être bref, et adapté en vue de préserver la confidentialité, bien que cet hôpital ne soit ni belge ni repérable. La présentation est faite par "avis global" décroissant. Le score positif maximum (mathématiquement) pour un tel tableau, issu d'une enquête à quatre modalités seulement, est de 0,667, ce qui correspond à 100% de "très content".

On voit qu'il s'agit d'une bonne institution, bien appréciée. En effet, selon la méthode théorique mentionnée en 7.1, la référence "zéro" correspond au niveau "bon", ce qui est une valeur de référence très exigeante, vu la construction de cet indicateur.

On peut comparer des réponses spécifiques à un thème, par exemple à celui de la qualité des repas, avec le rangement de l'"avis global". Ainsi, on obtient clairement une des plus fortes appréciations positives de toute l'enquête (+0,523) pour les repas en gériatrie, et la plus cruellement négative (-0,749) pour les repas en maternité, alors que... ce sont les mêmes plats! Maintenant, que ces jeunes dames aimeraient à être spécialement gâtées au cours de leurs œuvres, on le leur accorde bien volontiers.

On y voit aussi que les repas sont moins appréciés que l'"avis global", mais lui sont fortement corrélés, ce qui illustre l'importance de la perception du confort par rapport au jugement global sur l'institution!

Tableau 8. Exemples de scores de satisfaction par thème et département

| | G. | H.J. | R.C. | U. | M.1. | P1. | S.p. | S.i. | M. | P2. |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Admission | 0.238 | 0.238 | 0.308 | 0.354 | 0.255 | 0.166 | 0.000 | 0.322 | -0.033 | -0.149 |
| Relations médecins | 0.533 | 0.238 | 0.421 | 0.460 | 0.255 | 0.000 | 0.299 | 0.452 | 0.130 | -0.202 |
| Relations infirmier(e)s | -0.067 | 0.238 | 0.384 | 0.397 | 0.373 | 0.267 | 0.025 | 0.425 | 0.083 | -0.070 |
| Qualité des soins | 0.200 | 0.381 | 0.359 | 0.408 | 0.490 | 0.133 | 0.099 | 0.416 | 0.130 | -0.067 |
| Relations personnel entretien | 0.267 | 0.330 | 0.235 | 0.166 | 0.078 | 0.067 | 0.088 | 0.224 | 0.104 | -0.075 |
| Propreté | 0.133 | -0.190 | 0.063 | -0.071 | -0.098 | -0.267 | -0.283 | -0.012 | -0.292 | -0.741 |
| Repas | 0.523 | 0.095 | -0.164 | -0.099 | -0.157 | -0.119 | -0.370 | -0.092 | -0.749 | -0.610 |
| Polycliniques | 0.451 | 0.330 | 0.187 | 0.308 | 0.478 | 0.127 | 0.137 | -0.153 | -0.232 | -0.323 |
| Avis global | 0.356 | 0.330 | 0.327 | 0.224 | 0.137 | 0.095 | 0.008 | -0.037 | -0.275 | -0.566 |
| Nb de réponses | 19 | 11 | 57 | 71 | 21 | 19 | 86 | 35 | 142 | 83 |

7.3 Quelques constatations générales issues de diverses enquêtes d'opinion

Les constatations suivantes sont issues d'expériences diverses, où les enquêtes ont été beaucoup plus larges que le petit exemple de scores présenté sur le Tableau 8. Elles ne "jugent" pas tel établissement, mais illustrent les aspects d'attitude et de biais de répondants. On verra ensuite l'intérêt de faire place à des réponses libres, donnant l'initiative de thème aux répondants.

7.3.1 La réputation d'un établissement

On apprend souvent que l'opinion personnelle des répondants – suite à leur expérience acquise par leur séjour hospitalier – est meilleure que celle qu'ils rapportent comme étant la réputation "dans le public". Ceci confirme que les rumeurs sont rarement généreuses, et que les colportages ont souvent dans ce domaine hospitalier une tendance négative que n'a pas l'observation directe.

7.3.2 L'effet de perception

La puissance d'opinion est souvent assez négative sur les urgences, en comparaison avec celle qui concerne certaines autres techniques médicales, alors qu'il est communément admis que c'est un très bon service dans les hôpitaux. La raison de ce paradoxe paraît être que la "non-qualité" pour les urgences est plus perceptible, plus sensible aux exigences imposées par la situation difficile du patient. Quel patient, et surtout quel polytraumatisé, peut dire en effet si par exemple une scintigraphie (une quoi?) est "de qualité"? Par contraste, des scénarios d'urgence qui ne sont pas optimaux sautent facilement aux yeux du patient aux abois et à ceux de ses accompagnants.

7.3.3 Le confort et la commodité

Le rangement des appréciations montre clairement, du côté négatif, la dominance sur le **parking**, le confort des chambres, la quantité de personnel, c'est-à-dire au fond la *commodité* pour le patient, mais le poste le plus... cher pour l'institution! D'autre part, l'avis global paraît fortement influencé par la qualité des relations humaines.

Les raisons du choix de tel établissement sont intéressantes et bien nettes dans les résultats. La *proximité* d'accès, le *parking*, et la *réputation* du médecin (auquel on s'adresse) ou d'un service médical sont déterminants; ensuite viennent le conseil du médecin traitant et l'expérience antérieure de ce patient. La commodité d'accès à quelqu'un de recommandé est donc la carte à jouer pour l'attractivité d'un établissement hospitalier.

7.3.4 L'opinion globale sur les soins

L'interprétation du score global est incertaine, car il n'y a pas moyen de savoir si des gens répondent "normal" quand tout va bien ou si c'est une réticence, ou encore si tous les gens vraiment satisfaits devraient répondre "très bien".

7.3.5 Réponses libres

À part les remerciements explicites, fréquents à la suite de séjours hospitaliers (ce que le public, et donc la rumeur, ne sait pas), les commentaires libres des répondants sont plutôt orientés négativement, c'est-à-dire que ceux-ci ne mentionnent que les points où des améliorations paraissent, à leur yeux, les plus souhaitables. Ce sont des points qui ne sont parfois cités qu'une ou plusieurs fois, et ne représentent donc pas une unanimité d'opinion, mais néanmoins sont remarquables en ce sens qu'ils ont attiré l'attention.

Parfois de tels commentaires ont trait aussi au parcours médical et sont plus proches de la notion de *qualité* que les questions fermées. Les informations fournies de la sorte (avec leurs biais?) sont édifiantes. Elles sont dites courtoisement, comme à regret, par des gens qui, au fond, se rendent compte de ce que, dans le domaine hospitalier, le normal c'est le parfait à temps plein, et que c'est demander beaucoup. Ces commentaires libres peuvent faire état de scénarios de soins malencontreux, de vains appels, de *coordination défectueuse*, surtout aux urgences, de la récurrence et de la pénibilité d'examens techniques, etc. Il est d'ailleurs typique, une fois de plus, que ces réponses libres concernent nettement plus des défauts de *coordination*, de *système* – disons de *management* – que des actes, ou des prestations médicales ou infirmières, jugés inadéquats.

En ce qui concerne les améliorations proposées par les patients, on se rend compte que ceux-ci ont en général peu d'initiative de suggestion. Selon les hôpitaux concernés, on peut mettre en évidence les éléments de l'Encart 9. Une des lectures de l'Encart 9 est que la gestion hospitalière se devrait donc avant tout d'avoir de grandes vertus... systémiques! On ne peut suggérer de meilleure méthode que de lire ces remarques, en examiner la légitimité, et s'en servir comme un des guides vers l'amélioration de qualité.

Encart 9. Les dominantes des réponses libres des patients

Les souhaits dominants (en plus du parking):

- L'information sur ce qui lui arrive;
- Les soins plus rapides;
- Plus de visites du médecin;
- Plus de sérieux dans le travail;
- Plus de médecins "car ils paraissent débordés".

Ce qui est primordial aux yeux des patients:

- La *coordination* des processus de soins, et la *coordination* des actes médicaux;
- La coordination du *suivi* de leur *parcours*;
- L'anxiété principale est surtout de ne pas être *pris en charge* de façon bien informée et continue.

8 Un exemple de tableau général "appréciatif"

Il est très utile d'organiser les opinions libres dans une base de données dynamique, et d'en extraire les suggestions les plus pertinentes; un tel rassemblement, rythmé par les thèmes du parcours, est présenté au Tableau 9. Celui-ci cite des améliorations souhaitables en milieu hospitalier classées par thème et par nature, issues de réponses libres réellement lues ou entendues lors de *diverses enquêtes* d'opinion concernant *des établissements différents*; les services plus concernés ne sont évidemment pas non plus cités. Ce tableau est donc "générique"; il vise à fournir un bon résumé, surtout *organisé, systémique*, des problèmes soumis à la gestion hospitalière (**non médicale**) par ses témoins.

Ces enquêtes visent les thèmes du séjour, mais pas les qualités ou les défauts des prestations médicales: une telle investigation, faut-il le redire, serait à mettre en place par le corps médical, qui seul peut être compétent. Et au fait, pourquoi ne pas exiger du ministère que certaines prestations d'analyse de qualité par le corps médical, en sa faveur et celle du patient et de l'établissement, soient facturables? Ce serait mieux que d'être harcelé d'avocats, ou que de se débrouiller sans support dans une succession d'actes tous difficiles, et dont on ne maîtrise pas tous les paramètres. Dès lors, ici une seule question (sur 50) relevant de cette qualité est posée au patient, à savoir simplement s'il estime avoir été "bien soigné". Le patient reconnaît en général qu'il ne sait pas vraiment y répondre, mais celle-ci est cependant d'une utilité évidente car, outre d'indiquer si des avis durement négatifs apparaissent, elle fait présumer de l'impression que le répondant est susceptible de communiquer dans le milieu extérieur après son séjour.

In fine, la tendance (naturelle) des répondants à apprécier davantage celui qui est le plus *sympathique* – ce qui n'est pas nécessairement corrélé avec la qualité intrinsèque de la prestation médicale ou infirmière – et une telle enquête ne peut nous en assurer.

Bien que l'attention reçue soit le principal critère de l'appréciation, on maintiendra que l'hôpital moderne ne devrait pas être obligé d'être à l'écoute de la variété des difficultés privées de chacun des patients; il y a des professionnels (et des bénévoles) pour cela, et il vaut mieux en engager à cette fin que de détourner trop de temps de la contribution principale due aux soins. L'anxiété légitime du patient – une donnée fondamentale à traiter – peut être mieux levée par une succession d'actes bien faits qui donnent confiance (y compris l'hygiène, la tenue, l'information, la propreté) que par une alternance de cajoleries et de brusqueries dans un processus qui paraît, aux yeux du patient, mal coordonné et pas au point. De plus, il est vrai qu'une certaine distance et une concentration à la tâche sont nécessaires à l'efficacité et à la perfection de l'exécution.

En général, une enquête copieuse, et surtout répétitive, est très lourde au regard de la qualité et de la variété de l'information que l'on peut en retirer; un acharnement est nécessaire pour extraire une information détaillée, dans un milieu difficile et souvent mal connu des patients. Si un "monitoring" systématique de l'appréciation doit être mis en place, il faudrait le repenser d'un façon nettement allégée. Il y a peu de chances en pratique que les rigueurs méthodologiques de l'analyse appréciative soient mises en œuvre de façon régulière, bien que la méthode citée dans cet exposé (et dans l'«Entrevue avec l'information») ait été appliquée de façon valide et utile.

Les enquêtes auprès des patients de divers établissements, ainsi que d'autres analyses, révèlent souvent leur impression que "cela n'a pas l'air *organisé*"... "cela n'a pas l'air *coordonné*", même si le répondant est très bien pris en charge. Mais il ne le sait pas, et c'est ce qui l'inquiète le plus. De toute façon, on entend toujours la même chanson, quels que soient les répondants: manque de *coordination*, *suivi*, *coopération*, *information mutuelle*... donc, manque de management et de... *Système*?

Quant à leur requête de "standing", l'hôpital doit-il être un hôtel-dieu de luxe? Et à quel prix? Et pour quels ayant-droit?

Le Poke-Yoke ("zéro défaut, zéro contrôle" en japonais), en tant qu'archétype de la qualité totale, demande à la fois l'intégration d'une globalité dans un système, et l'appel à la rigueur et l'efficacité de chaque action, acteur et sous-système particulier. C'est beaucoup, c'est trop. Mais un système d'évaluation n'est un bon "rassembleur" qu'à partir du moment où il a de bons lecteurs attentifs aux résultats, et une autorité dans la maison.

Tableau 9. Les critiques dominantes de la patientèle hospitalière

| Thème | Objet, nature de la critique ou du compliment |
|------------------------------------|---|
| Raisons du CHOIX de ce C.H. | Dominance du choix par proximité et raison d'urgence; Compétences, bons médecins, de notoriété attractive; Parfois renonce à y venir faute de parking suffisant |
| ARRIVÉE | |
| Accès et stationnement | Parking impossible, nuisances, bruit, circulation, manque de surveillance et discipline; Rampes d'accès absurdes, escalators vertigineux; Passages et manœuvres de défunts inadéquats dans le public; Ascenseurs impossibles, à la fois pour patients, poubelles, linge et visiteurs! |
| Bâtiment et ambiance | Hall d'entrée médiocre, mal fréquenté, fumeurs, cafétéria trop faible, sinistre le week-end; Fouillis, manque de tenue et de discipline; Maison des défunts inadéquate: installation et éclairage. |
| Accueil, admission | Des chambres réservées se révèlent non disponibles; Problèmes de respect des rendez-vous; Accueil moins bon en consultation et médico-technique qu'en hospitalisation. |
| Attentes | Longues attentes, depuis l'accueil; Très longues et mal installées en radio et examens techniques; Longues en urgences (surtout les enfants); Longues attentes, et vains appels dans les salles. |
| CONFORT du séjour | |
| Agréement de la chambre | Mélanges de patients dans les couloirs, accès et attentes; Souvent triste, trop de monde (supprimer les chambres à 6 lits); Équipements en pédiatrie et maternité peu inadéquates. |
| Équipement | Sanitaires! Des équipements dégradés, pas de douche. |
| Entretien, propreté | Parfois entretien sommaire, hâtif et superficiel; Linge, matelas parfois douteux. |
| Nuisances | Promiscuité, bruits extérieurs et de couloir, entrées intempestives, fumeurs! Manque local de détente. |
| Visites | Parking! Ascenseurs impraticables, manque de local; il y a des fumeurs; Manque de privauté et de toilettes pour visiteurs. |
| Repas | Tiédasses, peu variés, pas bons, heures inadéquates, surtout pour les enfants. |
| QUALITÉ DES SOINS | |
| Médicaux | Beaucoup de compétences et de qualité citées— quelques scénarios déplorés; Peu de visistes des médecins; anxiété d'absence de "médecin de nuit". |
| Infirmiers | Beaucoup de compétences et qualité citées; Manque de personnel. "Impression d'abandon" la nuit et le week-end (injustifiée); "Rechigne parfois aux soins personnels". |
| Techniques, équipement | "Ne paraissent pas modernes"; parfois dits "manipulés sans compétence". |

| Thème | Objet, nature de la critique ou du compliment |
|--|---|
| QUALITÉ DES LOCAUX DE SOINS | |
| Propreté des locaux | Des rafraîchissements sont souhaitables. |
| État des lieux et du matériel | Des lits, installations et appareils, demandent une réparation; Certains lieux trop froids ou surchauffés; Portes dangereuses (doubles battants) et cales des ascenseurs. |
| RELATIONS HUMAINES | |
| Relations avec les médecins | Beaucoup de compliments et qualités cités; "Inégal selon les personnes et les services; des attitudes déplorées"; Manque de médecins de nuit? |
| Relations avec les infirmier(e)s | Beaucoup de compliments et qualités cités; Inégal selon les personnes et les services; des attitudes déplorées; |
| Accompagnement | "Souvent sympa mais débordé, peu de personnalisation"; "Souhaite un <u>suivi</u> par son médecin traitant". |
| Attention reçue | Quelques problèmes de dignité et mixité; Impressions d'attentes sans soins (urgences, radio) (injustifiées); Impression qu'on s'occupe d'autres choses que du patient. |
| INFORMATION | |
| Sur l'hôpital et son fonctionnement | Dite insuffisante; mais "au fond, personne ne connaît le régime hospitalier". |
| Sur l'état de santé, examens et traitement | Surpris de voir des dossiers médicaux sur des bureaux; "Danger d'information inexacte, même par cordialité"; "Trop peu d'information aux services x et y"; Anxiétés longues; demande son médecin traitant. |
| Suivi | Le "cas" du patient est mal connu et non personnalisé; Manque d' <u>interaction</u> et <u>communication</u> intermédicale. |
| Sortie, formalités et suites | Lourdes en médico-technique et consultations; Prix raisonnable mais "agression immédiate"; Quelques surprises de facturation (soins ou boissons non reçus, ou en cas d'assurance). |
| Impression de progrès de santé | Beaucoup de notes de remerciements, surtout sur la cordialité et les bons soins; Les notes critiques semblent dues à la <u>coordination</u> , la non-prise en charge. |
| OPINIONS GLOBALES | En général: attentes, inconfort, sanitaires - PARKING Manque de personnel et d'installations; Beaucoup de compétences médicales et infirmières, et efforts "mal lotis"; Opinions inégales selon les services, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire; Manque de rigueur, coordination, confiance en général mais inégale; Processus : Inquiets de suivi, coordination, communication, interaction, information |
| Conclusion : | Il faudrait faire des enquêtes appréciatives sur la qualité des patients et de leurs accompagnants...? |

9 Le jugement de l'Hôtel-dieu

L'hôpital est une merveilleuse terre de vacances pour les systémiciens des EAH: on y trouve de tout, et en toutes saisons – sauf peut-être en gériatrie pendant les périodes de congé, et dans les Maisons de Repot(pot).

Il est riche de par la multiplicité des points de vue, depuis les plus basses contingences matérielles jusqu'à de véritables passions du secours à son prochain, par ses règles strictes et ses libertés, par la nécessaire coordination et complémentarité d'acteurs de statuts très différents, par les approches médicales extrêmes, allant de l'examen clinique du patient par des mains expertes couplées à une fonction de penser tournant à plein rendement, jusqu'à celui de rayons α , β ou γ issus de soleils technologiques irradiant de bonheur les tissus, faisant bronzer les peaux les plus intimes, ou rougir le bout des plèvres...

Il y a aussi le point de vue du patient, malade anonyme, numéroté par la Sécu, n'ayant que l'une ou l'autre affection parmi les 14.700 codifiées par l'ICD9CM (International Classification of Diseases, 9th Clinical Modification), mais qui se croit un "cas" unique, fascinant à lui seul un corps médical attentif, et dont les bulletins de santé paraissent en temps réel dans les grands magazines illustrant des saltimbanques plus célèbres par leurs mœurs dissolues que par les regards glaireux qu'ils laissent puruler sur les haillons de la société défavorisée.

La Voie de la Vertu est bien sûr l'amélioration de l'hôpital. Mais on a beau vouloir du bien à tous et à tout à la fois, le régulateur compris, l'hôpital restera conservé en milieu stérile dans son enveloppe budgétaire. Il faut rester honnête: une cholécystectomie faite à l'hôpital en aquarium (dit "bloc opératoire") par une équipe d'experts est remboursée à peine plus que le remplacement des "blocs optiques" de certaine voiture germanique un peu snob.

In fine, dans le milieu hospitalier aussi, l'évaluation par le critère de la *rentabilité* serait à nouveau imbattable. Hélas celle-ci se définit mal dans un régime où d'une part le financement est principalement constitué de subsides, tandis que les recettes sont contingentées par une tarification. La rentabilité est alors la capacité d'acrobatie plus que la capacité de gestion.

Il vient d'être montré que l'art du jugement n'est pas celui de la seule évaluation absolue ou de la seule relative, *mais de la comparaison de l'évaluation absolue à la relative*. C'est alors un monument à la gloire de Sir Geoffrey VICKERS, dont *The Art of Judgment*, cité et respecté dans ces exposés, a montré l'émergence de "systèmes appréciatifs" pouvant s'opposer à la seule attitude régulatrice.

En conclusion, l'évaluation d'un Ensemble d'Activités Humaines, et surtout d'un hôpital, est un problème multicritère et multijuge. Affaire de qualité, affaire de consensus, mais...

Who shall decide, when the Doctors disagree?
Alexander Pope (vers 1728)

