

# Indicateurs Pay For Performance (P4P)

Le programme P4Q est un indicateur de qualité et sécurité mis en place par les autorités publiques fédérales. Il consiste à évaluer les hôpitaux généraux en ce qui concerne la structure, les processus et le résultat.

Les initiatives P4Q sont de plus en plus mises en œuvre dans le monde entier pour améliorer la qualité des soins. Le programme belge P4Q ne se concentre pas uniquement sur les activités cliniques au sein des hôpitaux ; il inclut également des indicateurs sur l'expérience des patients, la culture et l'organisation apprenante.

Un feedback individuel a été remis à chacun des 100 hôpitaux généraux du Royaume.

## RÉSULTATS POUR LES INDICATEURS P4P 2019

### A. Le statut d'accréditation ISQUA au 15 mars 2019

Le [statut d'accréditation](#) des hôpitaux a été vérifié auprès des diverses instances d'accréditation ISQua. Les hôpitaux généraux pour lesquels aucune information n'est disponible auprès des institutions ISQua ont été contactés individuellement pour demander leur statut d'accréditation.

*Nombre de points à obtenir grâce à l'accréditation ISQua à l'échelle de l'hôpital*

Accréditation ISQua obtenue au 15 mars 2019	25 points
Audit-test effectué par une instance accréditée ISQua au plus tard le 15 mars 2019	15 points
Contrat signé au plus tard le 15 mars 2019 avec une instance accréditée ISQua	10 points

TABLEAU 1 : SCORE DE VOTRE HÔPITAL POUR L'INDICATEUR "STATUT D'ACCREDITATION ISQUA AU 15 MARS 2019"

AGR	247
STATUT D'ACCREDITATION ISQUA AU 15 MARS 2019	
SCORE DE VOTRE HÔPITAL SUR 25 POINTS	25

## HH Participation à des enregistrements non obligatoires, des activités d'amélioration de la qualité et des labels de qualité

Différents enregistrements non-obligatoires et activités d'amélioration de la qualité sont pris en compte pour le calcul de cet indicateur. Des labels de qualité que les hôpitaux peuvent obtenir sur base volontaire sont également retenus pour cet indicateur.

Pour chaque hôpital, il a été vérifié pour quels [enregistrements, activités d'amélioration de la qualité et labels de qualité](#) des points pouvaient être obtenus. Si un hôpital, par exemple en raison d'une population spécifique de patients, ne pouvait pas participer à un enregistrement clinique, le dénominateur a été ajusté pour le calcul du score total sur 5 points. Le même raisonnement a été appliqué pour les activités d'amélioration de la qualité et pour les labels.

**TABLEAU 2 : SCORE DE VOTRE HÔPITAL POUR L'INDICATEUR: "PARTICIPATION À DES ENREGISTREMENTS NON-OBLIGATOIRES, ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET LABELS DE QUALITÉ"**

ENREGISTREMENTS NON-OBLIGATOIRES ET ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS VOTRE HÔPITAL	OUI=1 NON=0
Radiothérapie: PRISMA-RT Belgium concernant l'analyse des incidents dans les services de radiothérapie (1/1/2018-15/3/2019)	1
Cardiologie: Registre STEMI (ST elevation myocardial infarction), BIWAC (1/1/2018-15/3/2019)	0
Soins Intensifs : MICA (Monitoring Intensive Care Activities), SPF Santé publique et le Collège pour les soins intensifs (1/1/2018-15/3/2019)	0
Chirurgie traumatologique : TraumaRegister DGU® (au 15/3/2019)	0
Participation du patient : Patient Participation Culture Tool (PaCT), Ugent (1/1/2014-15/3/2019)	0
Participation aux enregistrement avant et après la campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains, SPF Santé Publique (campagne 2016-2017)	1
LABELS DE QUALITÉ DANS VOTRE HÔPITAL AU 15 MARS 2019	OUI=1 NON=0
Mère/enfant: Baby Friendly Hospital Initiative (label IHAB)	0
Gynécologie et obstétrique, EBCOG	0
Cancer du sein, Breast Centres Certification ITALCERT (EUSOMA)	0
<b>NOMBRE TOTAL D'ENREGISTREMENTS ET LABELS DANS VOTRE HÔPITAL</b>	<b>2</b>
<b>ENREGISTREMENTS ET LABELS AUXQUELS VOTRE HÔPITAL PEUT PARTICIPER</b>	<b>9</b>
<b>SCORE SUR 5 POINTS</b>	<b>2,00</b>

## Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient :

### % de notifications d'incidents codées de manière conforme

Pour l'indicateur « [Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient](#) », il a été demandé d'exporter dans un fichier XML toutes les notifications d'incidents enregistrées dans le système de notification et d'apprentissage de votre institution, pour la période comprise entre le 1/7/2018 et le 31/12/2018. La conformité de l'encodage des notifications d'incidents par rapport à la taxonomie de l'OMS a été vérifiée au moyen d'un programme de contrôle mis à disposition en ligne. Pour cela, les gestionnaires d'utilisateurs de chaque hôpital ont reçu un nom d'utilisateur individuel et un login. Le programme de contrôle génère une copie du rapport obtenu par les hôpitaux et celle-ci est conservée de manière sécurisée dans le Cloud. Cette copie n'est accessible qu'à l'équipe P4P du SPF Santé publique. Le pourcentage de conformité indiqué dans le rapport est utilisé par le SPF Santé publique pour calculer le nombre de points pour cet indicateur.

Le nombre de points à obtenir pour cet indicateur est :

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

TABLEAU 3: SCORE POUR VOTRE HÔPITAL POUR L'INDICATEUR "IMPLÉMENTATION D'UN SYSTEME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DU PATIENT : % DE NOTIFICATIONS D'INCIDENTS CODÉES DE MANIÈRE CONFORME"

AGR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR	% DE NOTIFICATIONS D'INCIDENTS ENCODÉES DE MANIÈRE CONFORME DANS LE FICHER XML	SCORE SUR 10 POINTS
247	624	624	100,00	10

## Expériences des patients

Le domaine « [Expériences des patients](#) » est composé d'un indicateur de résultat qui fournit des informations dans deux domaines:

- ☑ Satisfaction du patient par rapport au séjour ou à l'hôpital
- ☑ Recommandation du patient à l'égard du service ou de l'hôpital

Les exigences minimales pour cet indicateur sont :

La mesure des expériences des patients a été effectuée dans la période entre 1-07-2018 et 31-12-2018 dans un service C ou D et un nombre minimum de 125 questionnaires ont été complétés.

L'indicateur est calculé sur 15 points (7,5 points par partie), en fonction de la proportion de réponses positives :

INDICATEUR DE RÉSULTAT POURCENTAGE DE SCORES POSITIFS	≥ 80%	<80% et ≥ 70%	<70% et ≥ 60%	< 60%	Pas de réponse
"Quelle note donneriez-vous à cet hôpital pour cette hospitalisation ?"	7,5 points	4,5 points	3 points	1,5 point	0 point
"Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille et à vos amis ?"	7,5 points	4,5 points	3 points	1,5 point	0 point

Les données de certains hôpitaux francophones ont été obtenues auprès de BSM-management. Pour les hôpitaux flamands ayant participé à l'enquête « Vlaamse Patiëntenpeiling », les données de VIP<sup>2</sup> ont été utilisées. Les hôpitaux flamands et francophones qui organisent de manière indépendante les enquêtes d'expériences des patients ont été contactés individuellement par le SPF Santé publique pour la transmission de leurs résultats.

Le **TABLEAU 4** présente les résultat individuel pour cet indicateur.

TABLEAU 4: SCORE DE VOTRE HÔPITAL POUR L'INDICATEUR « EXPÉRIENCES DES PATIENTS »

INDICATEUR DE RÉSULTAT	Nombre de réponses au questionnaire	% de scores positifs	SCORE SUR 15 POINTS (7.5 POINTS PAR PARTIE DE RÉSULTAT)
<b>PARTIE RÉSULTAT 1 :</b> La satisfaction du patient à propos du séjour à l'hôpital	414	97,30	7,5
<b>PARTIE RÉSULTAT 2 :</b> La recommandation de l'hôpital à la famille, aux amis	357	97,20	7,5
<b>SCORE SUR 15 POINTS</b>			<b>15</b>

## Indicateurs de processus cliniques « oncologie »

Les 5 indicateurs de processus cliniques relatifs aux cancers regroupent 4 indicateurs de processus cliniques relatifs aux enregistrements par un programme de soins oncologiques et 1 indicateur de processus clinique relatif aux enregistrements par un programme de soins oncologiques et/ou un laboratoire d'anatomie pathologique.

Les indicateurs de processus cliniques oncologie ont été calculés sur un score total de 15 points.

**Pour le sous-domaine « cancer de la prostate, du poumon, du côlon, et du rectum »,** la sélection des indicateurs a été réalisée par la Fondation Registre du Cancer (FRC), en collaboration avec des experts cliniciens, à partir des données disponibles dans la base de données fermée de la FRC pour les années d'incidence 2015 et 2016. L'indicateur mesure la proportion de patients diagnostiqués avec un cancer invasif pour lequel le stade clinique (cTNM) n'a **pas** été communiqué au Registre du Cancer **par un programme de soins oncologiques**, et qui ont subi une intervention chirurgicale dans les 9 mois suivants la date d'incidence et ce, pour 4 types de cancer :

- [Cancer de la prostate](#)
- [Cancer du poumon](#)
- [Cancer du côlon](#)
- [Cancer du rectum](#)

Les valeurs cibles pour ces indicateurs ont été déterminées par la FRC et fixées à 10%.

**Pour le sous-domaine « tumeurs tête et cou »,** l'indicateur sélectionné par la FRC, en collaboration avec des experts cliniciens, est le suivant:

1. Proportion (%) de patients avec un cancer épidermoïde tête et cou opéré, pour lesquels le stade pTNM est disponible dans la base de données du Registre du Cancer (années d'incidence 2009-2014) ;

Cet indicateur a été calculé sur base d'une méthodologie différente de celle utilisée pour les indicateurs oncologie susmentionnés. Il comptabilise les stades pathologiques qui ont bien été communiqués à la FRC **par un programme de soins oncologiques et/ou par un laboratoire d'anatomie pathologique.**

La valeur-cible pour cet indicateur a été fixée à 95%, telle qu'elle est définie dans le rapport n°305 du KCE<sup>1</sup> et dans les rapports de feedback individuels de la FRC (Quality indicators for the management of head and neck squamous cell carcinoma, diagnostics 2009-2014).

Le tableau ci-dessous reprend la valeur-cible de chaque indicateur, ainsi que le poids attribué à chaque indicateur pour le calcul du score total pour le domaine oncologie. Pour chaque indicateur, les hôpitaux peuvent recevoir 0, 3 ou 5 points, en fonction de leur position dans le graphique en entonnoir (funnel plot). Pour les indicateurs reprenant la proportion de pTNM non-enregistrés pour les cancers de la prostate, du poumon, du côlon et du rectum, le score est calculé sur 10 points (pondération double). L'indicateur relatif à la proportion de pTNM disponibles pour les tumeurs de la tête et du cou est calculé sur 5 points (pondération simple). Le total des points est donc calculé sur 45 points, puis ramené à un score sur 15 points pour le domaine oncologie.

<sup>2</sup> <https://kce.fgov.be/fr/indicateurs-de-qualit%C3%A9-pour-la-prise-en-charge-du-cancer-de-la-t%C3%AAt-e-et-du-cou>

Indicateurs	Valeur cible	Pondération	Points
% pTNM non-enregistrés pour le cancer de la prostate	≤10%	x2	/10
% pTNM non-enregistrés pour le cancer du poumon	≤10%	x2	/10
% pTNM non-enregistrés pour le cancer du côlon	≤10%	x2	/10
% pTNM non-enregistrés pour le cancer du rectum	≤10%	x2	/10
% pTNM disponibles pour le cancer tête et cou	≥95%	x1	/5
Total (sur 45 points)			/45
<b>Score pour le domaine (sur 15 points)</b>			<b>/15</b>

Si un hôpital ne traite pas un cancer particulier (par exemple cancer de la tête et du cou), l'hôpital ne peut obtenir de points pour cet indicateur. Dans ces cas, les points ont été calculés en tenant compte du nombre d'indicateurs pour lesquels l'hôpital peut effectivement obtenir des points. Le score est influencé par le nombre de cas traités à l'hôpital.

Score total pour le CHMouscron : indicateurs de processus cliniques « oncologie »

.

