

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, 8 décembre 2022

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/566-2 (\*)

## **Avis P4P**

Au nom du Président,  
Margot Cloet

p.o., chef de service Management  
Office de la DG Soins de Santé

Annick Poncé  
Directeur général ad interim

(\*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 08/12/2022 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Le programme Pay for Performance (P4P) pour les hôpitaux généraux « aigus » en Belgique a commencé en 2018. Le P4P – c-à-d. le système consistant à lier des stimulants financiers à des indicateurs de qualité – se trouve à un tournant, tant sur le plan du contenu que budgétairement. C'est pourquoi le CFEH souhaite émettre un avis de sa propre initiative à propos du P4P.

Le présent avis sur initiative propre, qui esquisse les grandes lignes, sera présenté à l'assemblée plénière du CFEH le 8 décembre 2022. Nous restons à disposition pour continuer la réflexion ainsi que pour transmettre des avis ultérieurs, p. ex. après validation des grandes lignes par le Ministre. Les réunions du groupe de travail P4P du CFEH se sont tenues les :

- 31/03/2022 : explication par l'équipe P4P du SPF du programme P4P en cours et du set d'indicateurs actuel,
- 23/05/2022,
- 27/06/2022 et 28/06/2022 : séances d'information avec des experts spécifiques (BAPCOC, Sciensano, PAQS, VIKZ)
- 15/09/2022, 22/09/2022, 06/10/2022 et 26/10/2022.

À partir du 27/06/2022, la composition du groupe de travail P4P du CFEH a été élargie à des experts désignés par des membres du CFEH (médecins cliniciens, experts en système d'enregistrement de données et/ou en analyse de données, experts en qualité des soins et sécurité du patient, ...) et Sciensano, la PAQS et la VIKZ ont été invités également.

L'équipe P4P du SPF a été invitée à toutes les réunions du groupe de travail P4P du CFEH.

Les points suivants sont abordés dans le présent avis :

1. Introduction et contexte
2. Set essentiel de thèmes que le CFEH met en avant comme pertinents, utiles et réalisables dans le cadre d'un programme P4P intermédiaire stable pour les hôpitaux généraux « aigus » et sur lesquels un accord de principe existe pour finalisation technique ultérieure.
3. Demande adressée à monsieur le Ministre
4. Points d'attention

Le point 2 du présent avis porte uniquement sur les hôpitaux généraux « aigus ». Pour les hôpitaux généraux spécialisés « hybrides » (lits G/Sp isolés combinés à des lits A, K, T) et pour les hôpitaux psychiatriques, le CFEH propose de maintenir le système actuel de financement via des contrats fédéraux Qualité et sécurité des patients (programmes pluriannuels). Les hôpitaux généraux spécialisés « hybrides » et les hôpitaux psychiatriques ne sont en soi pas opposés à une intégration au programme P4P qui part d'une vision à long terme, mais alors avec des indicateurs et des critères adaptés à leur réalité. La spécificité des hôpitaux généraux spécialisés « hybrides » comme des hôpitaux psychiatriques rend en effet impossible la transposition telle quelle des indicateurs et critères P4P adaptés aux hôpitaux généraux « aigus » à d'autres types d'hôpitaux. Une étude et un débat supplémentaires sont indispensables, ce qui demande du temps.

## 1. Introduction et contexte

Assurer **des soins de qualité accessibles à tous** est l'une des valeurs fondamentales de notre système de santé. Dans le système des soins, la réalisation d'une amélioration continue et effective de la qualité est présente de multiples façons. De même, dans les plans de réforme annoncés par le Ministre en matière d'organisation et de financement des hôpitaux (plan du ministre Vandembroucke, 28 janvier 2022), de nouvelles initiatives favorisant la qualité et régulant la qualité y figurent de différentes manières, dans différents chantiers. **Améliorer et rendre plus visible encore la qualité des soins** – au sens large du terme – est une mission conjointe impartie au CFEH.

Le CFEH approuve le point de vue du Ministre que les différents chantiers des plans de réforme – y compris donc le volet « value-based purchasing » (rémunération à la performance) relatif à l'ajustement du programme P4P (« chantier 4 ») – doivent contribuer à la réalisation d'un **objectif multiple (5-Aim)** :

- Améliorer l'état de santé de la population,
- Améliorer la qualité des soins, telle que perçue (également) par la personne qui nécessite des soins et un soutien,
- Accroître la « valeur » pour les patients en termes de santé à l'aide des moyens investis (efficacité par rapport aux coûts),
- Améliorer l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (autrement dit, pas uniquement sur le plan financier) et en incluant les différentes formes de diversité,
- Veiller à ce que les professionnels de la santé soient en mesure d'effectuer leur travail de manière appropriée et durable,

et cela **dans un système logique et cohérent qui soit durable à long terme.**

Le CFEH **soutient le principe d'une démarche visant la qualité**, mais tient également à rappeler la remarque suivante exprimée dans le rapport du groupe d'experts P4P, programme 2018: « Des initiatives telles que P4Q sont de plus en plus souvent développées dans le monde entier dans le but d'améliorer la qualité des soins. Néanmoins, il n'existe aucune preuve convaincante de l'impact de ces mesures sur les résultats des soins. Il convient dès lors d'éviter à tout prix que l'introduction du P4P entraîne des effets secondaires indésirables comme la spéculation, la sélection de patients, ... »<sup>1</sup>

En réponse au souhait du Ministre de poursuivre néanmoins dans cette voie, le CFEH tient à émettre un **avis graduel**, dans lequel nous proposons, **d'une part, un set de thèmes** que nous jugeons **pertinents, utiles et réalisables** dans le cadre de la suite des activités sur la voie d'**un set P4P intermédiaire stable pour les hôpitaux généraux « aigus »** (venant remplacer les indicateurs actuels (2022)). **Simultanément, nous pensons qu'il importe que le P4P soit lui-même soumis en permanence à un cycle PDCA et qu'un trajet soit défini pour aboutir à moyen terme à une politique de qualité cohérente et lisible pour les soins hospitaliers** en Belgique, dont le P4P peut être l'un des éléments (voir également ci-dessous, points 3 et 4).

Les fils conducteurs dans l'élaboration de la proposition de thèmes (cf. ci-dessous, point 2) ont été

- les grands axes décrits dans le « chantier 4, value based purchasing : moduler le financement hospitalier par activités en fonction de la qualité atteinte » des plans de réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux proposés par le Ministre<sup>2</sup> (voir annexe 1),
- les principes de 5-Aim et d'objectifs de (soins de) santé,
- le lien avec des initiatives existantes en matière de qualité des soins et de sécurité du patient,
- l'input de médecins cliniciens et d'experts, et
- la faisabilité pratique à court terme.

Avec cette proposition, le CFEH entend contribuer de manière active et constructive à l'affectation aussi efficace que possible des moyens alloués au programme P4P. Tout cela dans un contexte positif, encourageant et motivant qui est reconnaissable et pertinent pour les patients, pour les professionnels des soins de santé sur le terrain et pour la société au sens large.

<sup>1</sup> CFEH/D/466-2 Avis du CFEH relatif au programme P4Q pour 2018, disponible via

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfhd466-2-avis-du-cfeh-relatif-au-programme-p4q-pour-2018>

<sup>2</sup> à savoir l'attribution du budget P4P en fonction d'un ensemble très limité d'indicateurs, qui doivent être liés à la dimension de sécurité des soins dans le concept de qualité des soins de l'IOM, et plus spécifiquement se concentrer sur la prévention des infections nosocomiales et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Voir l'annexe 1 pour plus de détails.

Le CFEH propose de maintenir le set P4P (intermédiaire) **stable pendant au moins deux ans**, sauf en cas d'erreurs ou d'aberrations. D'une part, cette façon de procéder offre une balise aux acteurs de terrain. D'autre part, elle crée la marge permettant de continuer à développer, dans une perspective d'avenir, une vision claire et une stratégie à long terme en matière de politique de qualité des soins dans un secteur en pleine transformation, surtout sur le plan de l'organisation et du financement (de base). Avant que des modifications soient apportées dans le programme P4P, le secteur demande suffisamment de temps pour permettre un trajet d'amélioration et éviter autant que possible une sanction rétrospective.

Cette réflexion ne doit pas se limiter aux hôpitaux généraux « aigus », mais par exemple inclure également les hôpitaux psychiatriques (en ce compris l'harmonisation avec les services A, K et Sp-6 dans les hôpitaux généraux et universitaires) et les hôpitaux généraux spécialisés disposant exclusivement de lits agréés sous les indices G et/ou Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, K ou T. Les parties prenantes rassemblées au sein du CFEH souhaitent contribuer activement aux évolutions futures et à la concrétisation de ce vaste projet de qualité des soins. Elles veulent le faire en collaboration avec les nombreux autres acteurs qui jouent un rôle clé dans la politique de qualité, la promotion de la qualité et la participation à la qualité au sein de l'écosystème des soins de santé. Vu l'importance croissante de la réflexion sur la qualité dans le secteur hospitalier (également), le CFEH propose la création d'un groupe de travail permanent sous l'égide du CFEH, auquel seraient invités en permanence des représentants de la VIKZ, de la PAQS et de l'équipe P4P du SPF Santé publique. Les indicateurs concrets pourraient alors être élaborés au sein de groupes de travail techniques faisant rapport à ce groupe de travail permanent.

2. Set essentiel de thèmes que le CFEH met en avant comme pertinents, utiles et réalisables dans le cadre d'un programme P4P intermédiaire stable pour les hôpitaux généraux « aigus » et sur lesquels un accord de principe existe pour finalisation technique ultérieure.

Dans la foulée du thème central de la déclaration de politique du Ministre sur le « value based purchasing », le CFEH reconnaît la « **sécurité** » comme dimension prioritaire des futurs programmes P4P (à court terme) dans les hôpitaux généraux aigus. Il soutient également totalement l'importance de **la prévention des infections nosocomiales et de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens**. Parmi les 7 thèmes rassemblés dans notre proposition, 6 se rapportent dès lors au domaine de qualité « sécurité » dans le concept IOM. De plus, 3 thèmes sont spécifiquement axés sur la prévention des infections et la lutte contre la résistance aux antibiotiques.

Afin d'améliorer la lisibilité de la proposition, le Tableau 1 présente une vue d'ensemble affichant – pour chacun des **7 thèmes** retenus par le CFEH – le lien avec les domaines de qualité (IOM), les domaines du Quintuple Aim, les objectifs de (soins de) santé et d'autres initiatives (prioritaires) en cours. Notre proposition comprend 3 indicateurs de résultat, 3 indicateurs de processus et 1 indicateur structurel. Six thèmes sur sept s'appliquent à l'hôpital tout entier, avec la nécessité de tenir compte lors de la finalisation technique ultérieure – si besoin est – de variables perturbatrices en effectuant p. ex. un case-mix et des adaptations selon le risque ; l'un des thèmes retenus, à savoir l'usage raisonné des antibiotiques, doit à notre avis être spécifique à des groupes de patients, pour des raisons méthodologiques et de comparabilité entre hôpitaux.

Outre des indicateurs bruts, vérifiables, non manipulables et non fondés sur l'autorapportage (parmi lesquels – mais sans s'y limiter – des indicateurs de résultat et/ou de sécurité), le CFEH propose d'accorder également dans les futurs programmes P4P une attention suffisante à la dimension d'**orientation sur la personne**, qui prend en considération à la fois l'orientation sur la personne du patient, du proche, de l'entourage et du professionnel des soins de santé. Parmi les 7 thèmes de la proposition, 2 se rapportent dès lors au domaine de qualité « orientation sur la personne » dans le modèle IOM. Par analogie avec les programmes P4P précédents, notre proposition comprend aussi 1 indicateur de mesure rapporté par le patient, ce qui implique que le patient reste activement associé à l'évaluation des soins.

Le CFEH considère également l'**efficacité** des soins comme un domaine essentiel dans le contexte du P4P (3 thèmes sur les 7). Le **centre de gravité du set essentiel proposé** vient ainsi se porter sur les **domaines de qualité « sécurité », « orientation sur la personne » et « efficacité »** dans le concept IOM.

Le CFEH tient à souligner que la sélection d'indicateurs de qualité auxquels un incitant financier est lié en tant que levier pour une amélioration de la qualité au sens large du terme, doit s'effectuer avec la circonspection nécessaire. Il faut en effet constamment mettre en place les incitants voulus pour une amélioration réelle et continue de la

qualité et éviter autant que possible les conséquences négatives<sup>3</sup> (potentielles). On ne peut comparer que ce qui est comparable – certainement dans le cadre du P4P –, ce qui exige notamment une clarté dans les définitions de cas, des pratiques de codage et d'enregistrement uniformes et fiables, et des méthodologies validées (voir également ci-dessous, point 4).

Parmi les 7 thèmes que le CFEH recommande dans le cadre d'un set essentiel P4P intermédiaire stable dans les hôpitaux généraux aigus, plusieurs sont déjà appliqués aujourd'hui à l'échelle du pays (p. ex. les CLABSI, l'hygiène des mains, les réadmissions non planifiées, les PREM, ...) avec ou sans recours à des définitions, une application et un contrôle harmonisés (à l'échelle nationale). Deux des sept thèmes retenus ont déjà fait partie par le passé du programme P4P pour les hôpitaux généraux, à savoir les PREM et l'accréditation à l'échelle de l'hôpital. Le CFEH estime toutefois souhaitable que les méthodologies sous-jacentes de ces indicateurs – dans le cadre du P4P – soient améliorées/actualisées/harmonisées davantage :

- PREM : le CFEH insiste pour que l'on évolue à bref délai vers une enquête uniforme (succincte) sur les expériences des patients, en utilisant une méthodologie validée qui minimise la possibilité de spéculation et ne laisse aucune latitude pour une éventuelle manipulation des résultats. L'objectif est une répartition correcte des moyens financiers sur la base de résultats PREM comparables entre eux.
- Accréditation à l'échelle de l'hôpital : le CFEH estime équitable que les hôpitaux qui sont encore occupés avec une accréditation ISQua, puissent prétendre à un même budget que ce fut le cas pour les hôpitaux qui ont fait ce choix il y a quelques années. Le CFEH pense également que d'autres concepts et systèmes de qualité validés (différents de l'accréditation ISQua) devraient pouvoir être pris en compte pour le budget P4P à condition qu'ils répondent à certains critères à préciser (comme par exemple une forme d'évaluation externe ou la preuve d'un effort objectivable pour installer un modèle institutionnel).

En outre, au moins 4 des 7 thèmes retenus font (aussi) déjà partie aujourd'hui des sets d'indicateurs de qualité « hôpitaux généraux » de la PAQS et/ou de la VIKZ<sup>4</sup>, ce qui souligne encore davantage l'importance d'une coopération interfédérale dans ce contexte.

---

<sup>3</sup> Les risques présumés ou effets pervers possibles du P4P sont, entre autres, une optimisation des résultats (spéculation sur les données), l'émergence accrue de certaines formes de sur- ou de sous-consommation (ex. stratégies de test et de dépistage en fonction de l'impact sur les chiffres d'incidence (infections), l'utilisation inappropriée d'antibiotiques en cas de suspicion de certaines infections, ...), un impact négatif sur l'accessibilité des soins (ex. sélection de patients, accessibilité financière dans les hôpitaux affichant de (très) bons scores, substitution des efforts (ex. baisse de qualité sur les aspects des soins qui ne sont pas mesurés, risque de soins moins axés sur la personne), l'aggravation du fossé en matière de qualité des soins entre les hôpitaux obtenant de bons scores – qui sont récompensés financièrement – et ceux moins performants, la manipulation ou la falsification de données, etc.

<sup>4</sup> Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). 2018 (version mise à jour le 13 février 2020). Définition d'un set d'indicateurs de qualité commun aux hôpitaux bruxellois et wallons. Bruxelles. Disponible via <https://paqs.be/fr-BE/Ressources/Publications/En-lien-avec-les-activites/Rapport-Definition-d-e2%80%99un-set-d-e2%80%99indicateurs-de-qua/PAQS-Rapport-Definition-d-un-set-d-indicateurs-de> ; [Kwaliteitsindicatoren Algemene Ziekenhuizen: de kwaliteit van de zorg in Vlaanderen in beeld](https://www.kwaliteitsindicatoren.be/) ([https://zorgkwaliteit.be/QI\\_AZ](https://zorgkwaliteit.be/QI_AZ)).

Tableau 1. Set essentiel de 7 thèmes que le CNEH met en avant comme pertinents, utiles et réalisables dans le cadre d'un programme P4P intermédiaire stable pour les hôpitaux généraux aigus et sur lesquels un accord de principe existe au sein du CNEH pour finalisation technique ultérieure.

Type d'indicateur	Thème	À l'échelle de l'hôpital ou pathologie spécifique	Domaine de qualité (IOM)				Contribue aux objectifs suivants en matière de soins de santé du 5-Aim :		Se raccroche aux objectifs de (soins de) santé suivants :		Lien avec d'autres initiatives (la liste n'est pas exhaustive)
		À l'échelle de l'hôpital Pathologie spécifique	Sécurité Orienté personne Efficacité	Accessibilité / équité En temps opportun Durabilité Continuité Efficience				Santé de la population Qualité des soins Coût efficacité Équité/accessibilité Bien-être des patients	Soins intégrés/collaboration Promouvoir la transparence Prévention Accessibilité Santé mentale		
Structure	Modèle de qualité à l'échelle de l'hôpital avec évaluation externe	×	×	×	×	×	×	×	×	P4P (accréditation ISQua), activités relevant des compétences des administrations fédérées (modèle de surveillance)	
Processus	Hygiène des mains	×	×			×	×	×	×	Campagnes nationales sur l'hygiène des mains du SPF SPSCAE en collab. av. BAPCOC, NVKVV, ABIHH et Sciensano ; groupe de travail hygiène des mains ; axe prioritaire chantier 4 plans de réforme du Min. Vandenbroucke. PAN RAM y compris HOST ; Conseil Supérieur de la Santé ; PAQS ; VIKZ	
	Usage adéquat des antibiotiques	×	×	×		×	×	×	×	P4P ; BAPCOC (groupe de travail médecine hospitalière) ; INAMI/AIM, Sciensano ; axe prioritaire chantier 4 plans de réforme du Min. Vandenbroucke. PAN RAM y compris HOST ; sociétés scientifiques ; (PAQS et VIKZ : information passive)	
	CLABSI (central line associated bloodstream infection)	×	×	×		×	×		×	Sciensano ; axe prioritaire chantier 4 plans de réforme du Min. Vandenbroucke. PAN RAM y compris HOST ; Conseil supérieur de la Santé (groupe de travail Soins par cathéter) ; PAQS ; VIKZ	
Résultat	Réadmissions non planifiées	×	×	×	×		×	×	×	AIM ; PAQS ; VIKZ	
	Expériences des patients (PREM)	×	×		×		×	×	×	P4P ; PAQS ; VIKZ ; sociétés scientifiques	
	Mortalité	×	×		×		×		×	Sociétés scientifiques, Sciensano : SPMA, VznkuL/LIGB, AIM, 3M	

Abréviations : ABIHH = Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière ; BAPCOC = Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission ; HOST = Hospital Outbreak Support Teams ; AIM = Agence intermutualiste ; IOM = Institute of Medicine ; PAN RAM = plan d'action national résistance aux antimicrobiens ; NVKVV = Nationaal Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen ; PREM = Patient Reported Experience Measures ; PAQS = Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients ; SPMA = Standardized Procedures of Mortality Analysis ; VIKZ = Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg ; VznkuL = Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven

Avec ces 7 thèmes, le CFEH estime mettre en avant un set équilibré, solidement étayé, valide, fiable, pertinent et (facilement) mesurable, porteur d'un potentiel d'amélioration suffisant et en outre réalisable à court terme, aussi sur le plan de la finalisation technique/méthodologique. Nous pensons que le set proposé reflète de façon équilibrée la réflexion sur la qualité et dispose du potentiel d'apporter une contribution substantielle à une rémunération appropriée de la performance et de l'amélioration constante de la qualité des soins. Ceci est conforme aux grands axes du volet « value-based purchasing » de la déclaration de politique générale du Ministre, s'inscrit dans le cadre de réflexion 5-Aim et reste dans les limites de ce qui est possible dans le contexte actuel.

Les thèmes sont pertinents pour le patient et pour la société, et sont en outre reconnaissables pour les professionnels des soins de santé actifs sur le plan clinique dans tout hôpital aigu. Les hôpitaux et leurs collaborateurs – que ce soit directement ou indirectement, p. ex. par le biais d'une coopération adéquate –peuvent avoir un impact important sur les résultats. Lors de la sélection des thèmes, il a notamment été tenu compte de l'opportunité temporelle des données susceptibles d'alimenter des indicateurs appropriés, consistant à travailler idéalement avec des données suffisamment récentes. Pour 1 thème au moins du set proposé, un retour d'information en temps réel est déjà possible aujourd'hui. La proposition de thèmes s'aligne autant que possible sur des flux de données et/ou enregistrements existants.

**L'incitant financier peut – en fonction du thème – être axé sur la rémunération de la qualité atteinte et/ou de l'amélioration obtenue de la qualité<sup>5</sup> et/ou sur la mise à disposition d'une information spécifique.** Nous visons ainsi à stimuler une culture d'apprentissage et d'amélioration dans laquelle chacun se sent constamment incité à aller de l'avant et à poursuivre les efforts.

Dans l'éventualité où le Ministre validerait la liste de thèmes proposée, une étape suivante pourrait consister à constituer – par thème – un groupe de développement chargé de la finalisation technique/méthodologique.

Bien entendu, nous devons être plus ambitieux à l'avenir, par exemple sur le plan des mesures de résultats (cliniques et/ou rapportés par le patient), des possibilités de développement des thématiques retenues, du croisement de sets de données existants, etc. Les activités en ce sens doivent se poursuivre structurellement, dans une dynamique interfédérale, en tenant compte aussi des acquis scientifiques internationaux et du cadre plus large des réformes et évolutions dans les soins de santé. Le CFEH se tient à disposition pour continuer la réflexion à ce sujet. L'aspect de plus en plus transmurale des soins - et donc la responsabilité conjointe de tous les membres de l'équipe soignante pour la qualité des soins fournis - doit également se manifester dans le nouveau set d'indicateurs à développer. Le partage d'expertise, qu'il s'agisse de bonnes pratiques mais aussi d'initiatives moins réussies, doit être valorisé : la révision et la pression par les pairs en tant que moyen d'aligner toujours mieux la qualité de soins fournie sur les objectifs prédéfinis de tous les membres de l'équipe soignante.

Plusieurs thèmes candidats, qui n'ont finalement pas été retenus dans le Tableau 1, ont fait l'objet de discussions approfondies au sein du groupe de travail P4P du CNEH en prélude à cet avis d'initiative. Il s'agit notamment de ceux-ci :

- **L'analyse de la dotation en personnel (infirmier)**, en tant qu'indicateur structurel. Ceci afin d'inciter les hôpitaux à enregistrer correctement les ratios de la dotation en personnel, à en assurer le suivi et à en permettre l'analyse.

Le CFEH souligne l'importance (de l'enregistrement et du suivi) des ratios de la dotation en personnel, conformément à des recommandations antérieures et aux résultats de la recherche scientifique.<sup>6</sup> De nombreuses preuves scientifiques démontrent en effet qu'une dotation

<sup>5</sup> Par exemple en prévoyant également – en plus d'un incitant financier maximal lié à l'obtention d'un objectif ambitieux – des valeurs seuils liées à des incitants financiers inférieurs au maximum, en couplant le financement à la capacité pour les hôpitaux de démontrer qu'ils s'attaquent à leurs résultats sur la base de plans d'amélioration, d'un échange d'expériences dans le cadre d'une amélioration continue, de la participation à des audits externes dans le contexte de l'hygiène des mains p. ex., etc.

<sup>6</sup> **CFEH/D/520-2** Avis complémentaire relatif au Fonds « Blouses blanches » (2020), disponible via <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfhd520-2-avis-complementaire-relatif-aux-fonds-blouses-blanches>; **CFEH/D/542-1** Avis du CFEH - mécanismes de répartition et de contrôle des moyens du Fonds « Blouses blanches » (2021), disponible via [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh\\_d\\_542-1\\_-\\_avis\\_fbb\\_-\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_542-1_-_avis_fbb_-_fr.pdf).

Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. **Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus**. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) **2019. KCE Reports 325B** ; de Cordova PB, Pogorzelska-Maziarz M, Eckenhoff ME, et al. Public Reporting of Nurse Staffing in the United States. *J Nurs Regul.* 2019 Oct;10(3):14-20. doi: 10.1016/S2155-8256(19)30143-7; de Cordova PB, Rogowski J, Riman KA, McHugh MD. Effects of Public Reporting Legislation of Nurse Staffing: A Trend Analysis. *Policy, Politics, & Nursing Practice.* 2019;20(2):92-104. doi:[10.1177/1527154419832112](https://doi.org/10.1177/1527154419832112). Disponible via <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1527154419832112>

(infirmière) adéquate réduit le risque de mortalité hospitalière et d'événements indésirables, améliore les résultats et les expériences pour les patients, et augmente le bien-être du personnel infirmier (cf. rapport KCE 325B). **Le CFEH juge le thème « permettre l'analyse de la dotation en personnel (infirmier) » à ce point important qu'il insiste sur l'introduction (ou la réintroduction) – à bref délai – de ces enregistrements** (en l'occurrence l'enregistrement journalier du personnel EMPLODAY, un élément du RHM) **en tant qu'obligation générale pour tous les hôpitaux**, avec l'utilisation de définitions uniformes et d'instructions suffisamment précises. Le CFEH déclare que cet item ne doit pas être une info facultative dans le cadre du P4P – qui en outre ne doit pas devenir un financement d'enregistrements –, mais que les ratios « **patient/nurse** » et « **patient/caregiver** » doivent à bref délai **être (à nouveau) suivis** au niveau national. Il s'agit en outre d'une recommandation figurant dans le rapport du KCE de 2019 sur la dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs (rapport KCE 325B) et le CFEH l'a déjà recommandé précédemment dans le cadre du suivi de l'efficacité du Fonds Blouses blanches (avis CFEH/D/502-2 et CFEH/D/542-1). Il s'agit donc aussi d'une thématique à examiner avec les rapportages FBB, l'agenda pour l'avenir du personnel de soins et la révision des normes d'agrément, mais **en dehors du cadre du système P4P**.

- **Des PROM**, en tant qu'indicateur de résultat :  
Sur la base des acquis actuels de la science, l'utilisation de PROM n'est pas indiquée pour des objectifs au niveau macro, comme le financement/le P4P. En revanche, les PROM ont surtout une utilité et un impact dans l'amélioration de la relation thérapeutique directe médecin-patient (c-à-d. la qualité au niveau micro), et probablement aussi pour le suivi et l'amélioration de la qualité au niveau méso. Par conséquent, le GT P4P du CFEH n'a pas retenu les PROM comme thème dans l'exercice actuel. Le CFEH insiste toutefois sur l'élaboration d'une **vision à long terme sur l'utilisation et le développement de PROM en Belgique**, dans le cadre de laquelle il faut inclure dans la réflexion les données probantes, les enseignements et les méthodologies au niveau international.
- L'**analyse** d'informations relatives à l'accessibilité (cf. CFEH-466-2, avis relatif au programme P4Q pour 2018) de **soins médicaux spécialisés ambulatoires électifs dispensés en milieu hospitalier : informations sur les délais d'attente et/ou informations sur le pourcentage de prestations accomplies au tarif de la convention**, en particulier pour les visites en polyclinique et les examens (une sélection d'exams) diagnostiques (en tant qu'indicateur de processus). En marge d'inquiétudes quant à la possibilité d'opérationnaliser ce thème (finalisation technique et méthodologie), la toute grande majorité des membres du GT n'ont pas retenu ce thème comme thème intrinsèquement lié à la qualité des prestations dispensées individuellement par un hôpital pour lesquelles le programme P4P via le BMF est conçu. Cela n'empêche pas que garantir l'accès aux soins pour tous est un objectif partagé (cf. aussi CFEH-553 : avis du CFEH sur les besoins prioritaires 2023).

### 3. Demande adressée à monsieur le Ministre

Dans cet avis d'initiative, le CFEH propose 7 thèmes qui lui semblent pertinents, utiles et réalisables (en pratique) dans le cadre d'un **programme P4P intermédiaire stable pour les hôpitaux généraux aigus**. Le centre de gravité du set essentiel proposé – présenté dans le Tableau 1 – se situe au niveau de 3 domaines de qualité dans le concept IOM : **sécurité, orientation sur la personne et efficacité**.

**Nous sommes impatients de connaître la réaction du Ministre à ce projet d'avis**. Il nous paraît crucial, dans les éventuelles étapes suivantes d'une liste finale de thèmes,

- **d'éviter les doublons et les recoupements** en réunissant – par thème – les instances et les acteurs adéquats et de miser au maximum sur l'utilisation d'indicateurs et d'outils déjà développés pour mesurer et valider ceux-ci ;
- **de constituer par thème un groupe de développement** qui sera chargé de la finalisation technique (la sélection/le développement d'indicateurs (validés) aisément mesurables, y compris leur **harmonisation**) et de la réalisation de fiches d'indicateurs. Il convient à cet égard d'utiliser au maximum des réflexions qui ont déjà été menées à d'autres niveaux. Pour cela, nous nous référons en particulier aux travaux que la VIKZ et la PAQS ont déjà réalisés à ce sujet, ainsi qu'à la liste non exhaustive d'initiatives figurant dans

le Tableau 1. De manière générale, il faudra permettre aux autres instances qui disposent de connaissances d'être intégrées.

- d'utiliser uniquement des indicateurs valides et fiables qui ont été développés conformément à une méthodologie « evidence-based ».

Le GT P4P du CFEH se tient volontiers à disposition pour partager les enseignements et les points d'attention qui ont déjà été abordés lors de réunions antérieures.

De même, nous sommes demandeurs de la création sous l'égide du CFEH d'un organe de concertation stratégique représentatif au sein duquel, entre autres, un **débat fondamental** sera mené sur ce que nous voulons atteindre à **long terme** avec le système P4P en tant qu'élément de la politique de qualité des soins au sens large. Toutes les parties prenantes pertinentes doivent y être rassemblées et il y a lieu de veiller à un juste équilibre entre l'expertise de fond sur le plan de la qualité et du financement et la représentation des parties prenantes. Une priorité devrait être de mettre de l'ordre et de la cohérence dans l'approche de la qualité.

#### 4. Points d'attention

Enfin, nous tenons encore à attirer l'attention sur 5 éléments supplémentaires, outre l'importance déjà évoquée au point 2 de l'introduction (ou de la réintroduction) au niveau national de l'enregistrement obligatoire des données journalières de personnel (EMPLODAY) en dehors du cadre du système P4P.

- 1) Le stockage croissant sous forme standardisée et structurée de documents relatifs aux soins dans des dossiers patient informatisés (DPI) offre des opportunités énormes. Non seulement ces données peuvent être exploitées pour l'aide à la décision clinique et la pratique fondée sur les preuves (« evidence-based practice ») et représenter de ce fait une plus-value importante pour les professionnels des soins de santé au niveau micro. Mais au niveau méso et macro également, ces données constituent une source inépuisable pour la gestion de population et la santé publique.

Pour réaliser ces plus-values, l'utilisation d'un **langage standard uniforme** est indispensable. L'accélération de l'implémentation de SNOMED CT **dans le dossier patient intégré pour tous les professionnels des soins de santé** est essentielle à cet effet.

Aux avantages décrits ci-dessus vient en effet s'ajouter ainsi la possibilité d'une **réutilisation de la documentation liée aux soins, d'un échange ininterrompu et d'un enregistrement automatique de données**. Ceci permet de supprimer encore du travail manuel, de sorte que les professionnels des soins de santé puissent se concentrer davantage sur l'essentiel, à savoir des soins appropriés pour leurs patients en demande de soins, soutenus par une **documentation correcte concernant les soins**.

**Cela nécessitera toutefois un investissement**, tant au niveau national qu'au sein des établissements hospitaliers. Au niveau national, la traduction doit être achevée et des directives nationales doivent être rédigées pour permettre l'interopérabilité des données. Les pouvoirs publics doivent continuer à investir dans le développement du DPI qui doit être compatible avec ce nouveau « langage ». De même, des moyens doivent être prévus pour la formation du personnel qui doit apprendre à utiliser ce nouveau « langage ». Il faudra également assurer l'implémentation de la terminologie au sein de chaque établissement de soins ainsi que les mises à jour régulières (SNOMED CT est actualisé chaque mois). Enfin, ce « langage » doit idéalement s'apprendre pendant la formation des étudiants. Ceci nécessite une stratégie nationale.

- 2) Le CFEH est d'avis qu'une **pondération approfondie est indispensable avant d'augmenter substantiellement le budget P4P**. Quelques principes de base dans ce contexte sont les suivants :

- Ce n'est possible que dans le cadre de la réforme plus globale du financement. Le financement global doit d'abord être suffisant pour financer tous les frais légitimes, dans le modèle organisationnel et de financement actuel.
- Le dispositif complet (soutien, mesure, amélioration, apprentissage, cohérence avec d'autres initiatives de qualité, ...) doit être (re)pensé et clair. Nous soulignons par là l'importance de mener un débat fondamental en la matière – alimenté aussi par les données scientifiques probantes quant à l'efficacité des programmes P4P sur la qualité des soins, les résultats pour le patient et les coûts – devant déboucher sur une vision à long terme.

- Un trajet (PDCA) pour le suivi, l'évaluation et l'amélioration ultérieure du P4P est crucial.
- 3) D'autres acteurs que les hôpitaux peuvent avoir un impact sur la **qualité des soins (transmuraux et intégrés)**. En ce sens, le CFEH tient à souligner l'importance de **mécanismes appropriés de responsabilisation de tous les acteurs concernés**, sans pour autant restreindre les responsabilités des hôpitaux en tant qu'élément de l'écosystème des soins au sens large.
- 4) Il importe que le P4P soit un **système transparent** et que les hôpitaux reçoivent des pouvoirs publics un retour d'information suffisant à propos des données. Il s'agit en l'occurrence des données utilisées, de leur traitement et des calculs dans le cadre du P4P, par analogie avec le feed-back d'autres financements au sein du BMF.
- 5) Pour les **hôpitaux généraux « aigus »**, le CFEH propose d'envisager **un système stable sur plusieurs années** pour « rentabiliser » l'investissement réalisé.  
Pour les **hôpitaux généraux spécialisés « hybrides »** et pour les **hôpitaux psychiatriques**, le CFEH plaide – dans la phase actuelle – pour la poursuite du système actuel de financement via les **contrats fédéraux Qualité et sécurité des patients**. La spécificité de ces types d'hôpitaux implique en effet que les indicateurs pertinents pour les hôpitaux généraux « aigus » ne sont pas nécessairement comparables et adaptés à d'autres types d'hôpitaux. Une étude et un débat supplémentaires sont indispensables.

**Annexe 1.** Axes principaux du « chantier 4 » des plans de réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux du Ministre : moduler le financement hospitalier par activités en fonction de la qualité atteinte.

**Annexe 1.** Axes principaux du « chantier 4 » des plans de réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux du Ministre : moduler le financement hospitalier par activités en fonction de la qualité atteinte.

(passages soulignés par nous) :

- « Pour parvenir à une réelle amélioration continue de la qualité des soins, il faut adopter une approche multifactorielle. Celle-ci doit s'appuyer sur les différentes dimensions du concept de "qualité des soins", telles qu'elles sont exposées dans le rapport de référence de l'Institute of Medicine (IOM). »  
<...>  
« Une politique de qualité intégrée dans les hôpitaux doit aborder ces différentes dimensions. Son succès est dans une large mesure déterminé par le degré de participation du personnel hospitalier, comme le montrent des observations récentes concernant l'augmentation des soins pertinents. »
- « Le bonus qui peut être obtenu en fonction de l'atteinte d'indicateurs de qualité sera augmenté et sera également concentré sur un ensemble très limité d'indicateurs. Ces indicateurs doivent être liés à la dimension de la sécurité des soins dans le cadre du concept de qualité des soins de l'IOM, avoir un impact budgétaire et se raccrocher à d'autres objectifs de santé souhaités. »
- « La prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux belges est de 7,3 %. Ce chiffre est supérieur à la moyenne de 6,4 % de l'UE-15. La prévention des infections nosocomiales et la réduction de la résistance aux antimicrobiens restent des objectifs importants de la politique de santé. À cet égard, nous pouvons également nous référer aux recommandations incluses dans le Plan d'action national belge "One Health" pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (RAM). Pour renforcer encore ce plan d'action, l'extension du programme P4P à partir de 2023 sera axée sur la lutte contre la résistance aux antibiotiques et la prévention des infections nosocomiales. Concrètement, cela signifie que la partie du budget du BMF réservée au P4P ne sera allouée à l'hôpital que si celui-ci atteint les indicateurs de qualité proposés pour les infections nosocomiales (telles que les septicémies liées aux cathéters, les infections de plaies postopératoires ou les pneumonies acquises sous ventilation). »