



Cour des comptes



Résumé hospitalier minimum et systèmes d'enregistrement apparentés



Rapport de la Cour des comptes transmis à la Chambre des représentants
Bruxelles, février 2017



Cour des comptes

Résumé hospitalier minimum et systèmes d'enregistrement apparentés



Rapport approuvé le 8 février 2017
par l'assemblée générale de la Cour des comptes

Résumé hospitalier minimum et systèmes d'enregistrement apparentés

La Cour des comptes a analysé la qualité de l'enregistrement du résumé hospitalier minimum (RHM) et de trois systèmes d'enregistrement apparentés. Le RHM contient certaines données relatives aux admissions que les hôpitaux sont obligés d'enregistrer et de communiquer à l'État fédéral : le diagnostic posé, la durée et le lieu de l'hospitalisation, les interventions nécessaires, etc. Le RHM sert de base au financement des hôpitaux, au soutien de la politique et à la recherche scientifique. Les hôpitaux peuvent également s'en servir pour leur gestion interne. Trois autres enregistrements hospitaliers apparentés ont aussi été examinés dans le cadre de l'audit : le résumé psychiatrique minimum (RPM), l'enregistrement des données des interventions des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smureg) et l'enregistrement des données des services d'urgence (Ureg). Le service *Data Management* de la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique) gère l'enregistrement ainsi que l'audit et le soutien des hôpitaux. Les enregistrements coûtent cher aux hôpitaux : plus de 1.100 ETP sont affectés au RHM et le logiciel spécifique coûte plus de 11 millions d'euros par an. Ces coûts sont partiellement couverts par le remboursement que reçoivent les hôpitaux à cet effet.

La Cour des comptes a analysé la qualité des quatre enregistrements à partir de deux questions d'audit.

1. Le cadre institutionnel offre-t-il des garanties suffisantes en vue d'un enregistrement efficient, cohérent et effectif ?
2. Le SPF Santé publique gère-t-il l'enregistrement de manière efficiente ?

En réponse à la première question d'audit, la Cour des comptes conclut que le cadre institutionnel n'offre pas de garanties suffisantes en vue d'un enregistrement efficient, cohérent et effectif.

La réglementation ne prévoit pas de sanctions applicables en cas de données transmises tardivement ou de mauvaise qualité, ce qui entrave l'efficacité des enregistrements. La ministre devrait élaborer une politique de sanction applicable en collaboration avec le SPF Santé publique et en concertation avec le secteur. Parallèlement, le SPF devrait réunir les conditions d'encadrement (par exemple, transmettre les instructions de codage à temps) pour que les hôpitaux puissent respecter leurs obligations.

L'utilisation d'un dossier patient informatisé (DPI) est un facteur de succès important pour réduire les frais d'enregistrement. Il manque toutefois encore des critères minimums de gestion que le logiciel doit remplir pour être homologué. Bien que la ministre ait pris des initiatives en 2015 et que les moyens budgétaires aient été doublés en 2016, il n'est pas certain que la majorité des hôpitaux disposeront d'un DPI intégré d'ici la date butoir de fin 2018. Seul un tiers des hôpi-

taux estiment être en mesure de respecter ce délai. Les raisons du retard se situent tant au niveau du SPF que des hôpitaux. La ministre devrait poursuivre les efforts en collaboration avec le SPF pour généraliser l'utilisation du DPI. Les hôpitaux aussi doivent prendre les initiatives nécessaires à cet effet.

Bien que l'utilisation d'un logiciel de groupement ne soit pas obligatoire, les hôpitaux estiment que ce logiciel est indispensable. Son coût est élevé parce que chaque hôpital négocie individuellement avec le fournisseur qui en détient le monopole. La Cour des comptes demande à la ministre d'examiner si elle peut réduire les coûts du logiciel de groupement pour les hôpitaux en prenant une licence d'utilisation nationale du logiciel.

La Cour des comptes recommande à la ministre d'instaurer, pour l'ensemble des enregistrements, un numéro de patient unique basé sur le numéro de registre national crypté et de demander aux hôpitaux de fournir toutes les données via *eHealth*, car il s'agit d'une condition de base pour une utilisation efficace des enregistrements.

En réponse à la seconde question d'audit, la Cour des comptes conclut qu'en dépit de quelques manquements, le SPF fournit des efforts considérables.

Une majorité des hôpitaux ne sont pas satisfaits du soutien fourni par le SPF : les directives manquent de clarté et de spécificité, la formation donnée par le SPF est lacunaire, les réponses aux questions et le feedback sont trop lents et pas toujours pertinents. Soixante-neuf pour cent des hôpitaux font appel à une formation externe payante. Le SPF doit davantage encadrer le déploiement des innovations dans les systèmes d'enregistrement, notamment en organisant des contacts plus individualisés avec les responsables au sein des hôpitaux et en respectant davantage les délais dans sa communication avec les hôpitaux.

Septante-neuf pour cent des hôpitaux se déclarent en mesure d'enregistrer à temps le RHM 2016 au moyen de la nouvelle version de la classification ICD-10-BE. Cependant, de nombreuses divergences de codage existent encore entre les hôpitaux et le SPF devra attendre les hôpitaux qui n'ont pas terminé la transition, ce qui met en doute la validité et la fiabilité des données.

Les enregistrements doivent être simplifiés et rationalisés afin de limiter le plus possible le nombre d'éléments à enregistrer et d'augmenter la cohérence entre les différents enregistrements. Le SPF doit poursuivre les initiatives en cours en la matière.

La date butoir légale n'est respectée pour aucun des enregistrements. Pour 2011, 2012 et 2013, le SPF a même été contraint de clôturer la banque de données sans attendre les données des derniers hôpitaux. Le retard est imputable tant aux SPF qu'aux hôpitaux. Par conséquent, aussi bien le calcul du financement que le soutien de la politique et la recherche scientifique reposent sur des données dépassées. S'il est vrai que le SPF suit la ponctualité, il ne peut cependant pas contraindre les hôpitaux à transmettre à temps leurs données. Le SPF doit poursuivre ses efforts visant à mettre à disposition des données plus actuelles pour le financement, la préparation de la politique et le feedback.

Il manque des objectifs chiffrés et des indicateurs concernant la précision et la fiabilité des enregistrements, ainsi qu'un rapportage public sur la qualité. Cette situation peut nuire à la confiance dans l'utilisation des données. Le SPF tente de veiller à la précision et à la fiabilité des données

grâce à diverses initiatives. Plusieurs facteurs de risque pèsent sur la précision des enregistrements, à commencer par la qualité des données reprises dans le dossier patient, l'insuffisance du contrôle interne sur les enregistrements au sein des hôpitaux et une pression de travail élevée pour les médecins et les infirmiers. Le SPF tente de limiter ces risques par le biais de contrôles et d'audits et en rédigeant des instructions détaillées de codage. La Cour des comptes recommande au SPF de récolter périodiquement des informations sur les aspects qui déterminent la qualité des enregistrements. À l'aide des résultats des audits statistiques annoncés, le SPF doit pouvoir dresser à terme une image globale de la qualité des données enregistrées et des éléments ayant une incidence positive sur celle-ci. Ainsi, il pourrait développer des indicateurs de qualité et prendre des initiatives plus précises pour les aspects qui s'avèrent avoir une incidence importante sur la qualité.

Les hôpitaux font un bon usage du feedback sur le RHM. Toutefois, le feedback arrive trop tard pour réorienter effectivement l'organisation et les analyses ne sont pas suffisamment détaillées et n'offrent pas assez de valeur ajoutée. Par conséquent, les hôpitaux acquièrent à leurs frais un feedback supplémentaire auprès d'une organisation externe ou d'une entreprise privée. Les hôpitaux sont convaincus que les pouvoirs publics utilisent dans la pratique suffisamment les enregistrements pour soutenir la politique, à l'exception du RPM. Seul l'enregistrement RHM est utilisé dans le cadre du financement des hôpitaux. Le RPM n'est pas utilisé dans le cadre du financement, alors que c'était l'objectif. Le RPM serait revu en profondeur.

Le service *Data Management* n'a pas suffisamment de personnel pour gérer les enregistrements, déployer toutes les innovations et soutenir les hôpitaux de façon adéquate, tout en exerçant les autres missions qui lui ont été attribuées récemment. En l'absence de renfort et tenant compte du fait qu'il existe surtout un besoin de personnel spécialisé, les recommandations à l'intention du SPF seront dès lors difficilement réalisables.

La ministre de la Santé publique se rallie dans l'ensemble aux conclusions et recommandations.

Chapitre 1

Introduction	15
1.1 Objet et délimitation de l'audit	15
1.2 Contexte	16
1.3 Méthode d'audit	16
1.3.1 Questions et normes d'audit	16
1.3.2 Méthodes d'audit	17
1.4 Procédure	17

Chapitre 2

Cadre institutionnel et organisationnel	19
2.1 Description et base légale des enregistrements	19
2.1.1 Résumé hospitalier minimum (RHM)	19
2.1.2 Résumé psychiatrique minimum (RPM)	20
2.1.3 Enregistrement des données des interventions des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smureg)	20
2.1.4 Enregistrement des urgences (Ureg)	21
2.2 Coût de l'enregistrement	21
2.2.1 Personnel	21
2.2.2 Logiciels	22
2.2.3 Indemnité	23
2.3 Dossier patient informatisé (DPI)	23
2.3.1 Développement d'un DPI hospitalier	24
2.3.2 Soutien financier aux hôpitaux en matière informatique	27
2.3.3 Réalisation d'une politique terminologique nationale	28
2.4 Respect de la vie privée	30
2.4.1 Processus d'enregistrement	29
2.4.2 Utilisation par des tiers	30
2.5 Structures de concertation et d'avis	31

Chapitre 3

Gestion par le SPF Santé publique	33
3.1 Planification et suivi	33
3.2 Personnel et moyens de fonctionnement	33
3.3 Classification et groupement	35
3.3.1 Classification des procédures et diagnostics médicaux	35
3.3.2 Groupement des données médicales et infirmières	36
3.4 Soutien aux hôpitaux	37
3.4.1 Soutien général	37
3.4.2 Assistance lors du passage à l'ICD-10-BE	38
3.4.3 Informatique	40
3.5 Politique de sanction et contrôles	43
3.5.1 Politique de sanction	43
3.5.2 Contrôles automatisés	44
3.5.3 Audits	45
3.6 Simplification administrative	47
3.6.1 Remarques des hôpitaux	47
3.6.2 Actions de l'administration	49
3.6.3 Principe <i>Only Once</i>	51

Chapitre 4

Qualité des enregistrements	53
4.1 Ponctualité	53
4.1.1 RHM	53
4.1.2 RPM	54
4.1.3 Smureg	54
4.1.4 Ureg	55
4.2 Précision et fiabilité	55
4.2.1 Points d'attention pour les hôpitaux	55
4.2.2 Points d'attention pour le SPF Santé publique	57
4.3 Continuité et cohérence	58

Chapitre 5

Utilisation des enregistrements	59
5.1 Feedback destiné à la politique interne des hôpitaux	59
5.2 Parangonnage externe	61
5.3 Utilisation par les pouvoirs publics	62
5.3.1 Financement	62
5.3.2 Soutien plus large de la politique	64

Chapitre 6

Conclusions et recommandations	67
6.1 Conclusions	67
6.1.1 Cadre institutionnel et organisationnel	67
6.1.2 Gestion par le SPF Santé publique	68
6.1.3 Qualité des enregistrements	69
6.1.4 Utilisation des enregistrements	70
6.2 Recommandations	70
6.3 Réponse de la ministre	72

Annexes

Annexe 1 – Enquête auprès des hôpitaux	75
Annexe 2 – Synthèse des recommandations	76
Annexe 3 – Réponse de la ministre	79

Abréviations fréquentes

Atoum	Application du SPF Santé publique pour la saisie et la transmission des RPM
BMF	Budget des moyens financiers
Cellule TCG & Audit	Cellule Terminologie, Classification, Groupement & Audit au sein du service <i>Data Management</i> de la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique
CNEH	Conseil national des établissements hospitaliers
DPI	Dossier patient informatisé
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i> (système de classification) : les autorités belges utilisent le APR-DRG (<i>All Patients Refined Diagnosis Related Groups</i>)
Finhosta	Application informatique du SPF Santé publique pour les données statistiques et financières des hôpitaux
ICD	<i>International Classification of Diseases</i> (système de classification de l'Organisation mondiale de la santé)
IHTSDO	<i>International Health Terminology Standards Development Organisation</i> (organisation internationale sans but lucratif pour le développement de normes terminologiques dans le domaine de la santé)
NRG	<i>Nursing Related Group</i> (système de classification)
Portahealth	Portail internet du SPF Santé publique pour les données d'enregistrement des hôpitaux
RHM	Résumé hospitalier minimum (le DM-RHM indique les données médicales et le DI-RHM les données infirmières)
RPM	Résumé psychiatrique minimum
Smureg	Enregistrement des données des interventions des services mobiles d'urgence et de réanimation
Snomed-CT	<i>Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms</i> : système international de terminologie clinique multilingue qui comprend des concepts, des relations et des termes cliniques (ainsi que des synonymes)
SPHG	Service psychiatrique en hôpital général
TDI	Registre du traitement des toxicomanies
Ureg	Enregistrement des données des services d'urgence

Chapitre 1

Introduction

1.1 Objet et délimitation de l'audit

L'État fédéral oblige les hôpitaux à communiquer une série de données relatives aux admissions: le diagnostic d'admission, la durée et le lieu de l'hospitalisation, les interventions nécessaires, etc. Ces données constituent le résumé hospitalier minimum (RHM). L'État fédéral gère le système d'enregistrement de ces données et l'exploitation du système. Le RHM est utilisé pour répartir une partie du financement des hôpitaux par le biais du « budget des moyens financiers » (BMF). Ce budget permet de payer le salaire des infirmiers et des paramédicaux et de couvrir diverses dépenses telles que la nourriture, le chauffage et la logistique. Il représente plus de trois milliards d'euros par an¹. Les pouvoirs publics utilisent aussi le RHM à d'autres fins stratégiques, tandis que les hôpitaux peuvent s'en servir pour leur gestion interne.

Les pouvoirs publics entendent réformer prochainement le financement des hôpitaux, de manière à mieux couvrir les frais de l'activité hospitalière tout en encourageant une plus grande efficacité. Si cette réforme s'oriente vers un système de calcul plus forfaitaire (par exemple, un forfait par type de pathologie), les enregistrements auront encore plus d'importance pour le financement.

C'est la raison pour laquelle la Cour des comptes a analysé la qualité du RHM. La gestion du RHM incombe à la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (ci-après « SPF Santé publique »). Le service *Data Management* de la DG Soins de santé gère l'enregistrement (la cellule de gestion de la banque de données) ainsi que l'audit et le soutien des hôpitaux en matière d'enregistrement (la cellule Terminologie, Classification, Groupement & Audit ou « cellule TCG & Audit »).

Outre le RHM, trois autres enregistrements hospitaliers apparentés, gérés par le même service, ont été examinés dans le cadre de l'audit: le résumé psychiatrique minimum (RPM), l'enregistrement des données des interventions des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smureg) et l'enregistrement des données des services d'urgence (Ureg). L'enregistrement du RPM a débuté en 1996. Contrairement à ce qui était prévu, le RPM n'est pas utilisé à des fins de financement. Lancé en 2003, le Smureg doit permettre aux pouvoirs publics d'évaluer le fonctionnement des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Enfin, l'Ureg a commencé en 2016 et fera office essentiellement de système d'alerte en temps réel pour détecter rapidement les crises sanitaires. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des quatre enregistrements examinés.

¹ Un hôpital dispose de trois sources de financement importantes : le budget des moyens financiers (BMF), les honoraires des médecins et les recettes des médicaments. Le BMF est pris en charge par le SPF (voir arrêté royal du 25 avril 2002).

Tableau 1 – Caractéristiques des enregistrements examinés

	RHM	RPM	Smureg	Ureg
Utilisation par les pouvoirs publics dans le cadre du financement des hôpitaux	oui	non (bien que prévu initialement)	non	non
Utilisation par les pouvoirs publics à d'autres fins stratégiques	oui	oui	oui	oui
Utilisation par les hôpitaux à des fins de gestion interne (prévue explicitement)	oui	oui	minimale	non
Transmission des données aux pouvoirs publics	groupées par semestre	groupées par semestre	par intervention	par admission
Délai de transmission des données	5 mois après la fin du semestre	3 mois après la fin du semestre	7 jours	immédiatement
Enregistrement depuis	1990 pour les systèmes précédents, 2008 pour le RHM actuel	1996 pour le système précédent, 2002 pour le RPM actuel	2003	2016

1.2 Contexte

Les données enregistrées doivent être comparables entre les hôpitaux pour servir de base efficace au financement des hôpitaux, à la préparation de la politique ou à la recherche scientifique. Pour ce faire, il est indispensable d'uniformiser et d'automatiser les enregistrements.

Les hôpitaux sont en train de passer de la version papier du dossier patient au dossier patient informatisé (DPI). Le DPI soutient le processus de soins relatif au patient. Il doit en outre contribuer à la simplification administrative, permettre un échange de données plus rapide et correct entre les prestataires de soins ainsi qu'améliorer et simplifier la gestion du dossier patient. Idéalement, les données du dossier patient doivent être enregistrées dans un langage médical standard universel. Ce langage est lui aussi déployé actuellement dans les hôpitaux. Les données du dossier patient doivent ensuite être transférées et codées dans le système d'enregistrement RHM. Les hôpitaux sont en train de passer à une nouvelle version de ce système de codification.

Ces innovations simultanées représentent de grands défis tant pour les hôpitaux que pour le SPF Santé publique. Le chapitre 2 de ce rapport aborde ces évolutions en détail.

1.3 Méthode d'audit

1.3.1 Questions et normes d'audit

La Cour des comptes a analysé la qualité du RHM et celle d'enregistrements apparentés de soins hospitaliers à partir de deux questions d'audit divisées en plusieurs sous-questions:

- 1 **Le cadre institutionnel offre-t-il des garanties suffisantes en vue d'un enregistrement efficient, cohérent et effectif ?**
 - 1.1 Les tâches et responsabilités du SPF Santé publique sont-elles clairement décrites et délimitées ?
 - 1.2 La réglementation prévoit-elle les garanties nécessaires en matière de protection de la vie privée ?
 - 1.3 Le SPF Santé publique dispose-t-il des compétences nécessaires et de moyens de contrainte ?

- 2 **Le SPF Santé publique gère-t-il l'enregistrement de manière efficiente ?**
 - 2.1 Le SPF Santé publique utilise-t-il les moyens disponibles avec efficacité ?
 - 2.2 La qualité de l'enregistrement est-elle suffisante pour atteindre les objectifs de l'enregistrement ?

Le cadre normatif de l'audit est constitué, d'une part, de normes générales de bonne gestion, telles que le référentiel Coso, et, d'autre part, de normes de qualité spécifiques (en matière de ponctualité, de fiabilité, de précision, de continuité et de cohérence) concernant la récolte, le traitement, l'analyse et l'utilisation des données ainsi que le rapportage à leur sujet.

1.3.2 Méthodes d'audit

La Cour des comptes a analysé des documents stratégiques et de gestion et s'est entretenue avec divers agents du service *Data Management* du SPF Santé publique.

En mars 2016, elle a aussi envoyé une enquête à tous les hôpitaux généraux belges pour connaître leur point de vue au sujet de la récolte des données pour le RHM, le RPM et les enregistrements relatifs aux services d'urgence (annexe 1).

1.4 Procédure

14 octobre 2015	Annonce de l'audit à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ainsi qu'au président du comité de direction du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Novembre 2015-juin 2016	Réalisation de l'audit
21 septembre 2016	Envoi de l'avant-projet de rapport au président du comité de direction du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
27 octobre 2016	Réponse du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
14 décembre 2016	Envoi du projet de rapport pour commentaires à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
13 janvier 2017	Réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (annexe 3)

Chapitre 2

Cadre institutionnel et organisationnel

2.1 Description et base légale des enregistrements

La base légale des quatre enregistrements est l'article 92 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. La loi est développée dans un arrêté royal pour chaque enregistrement, qui précise les objectifs de l'enregistrement concerné, les données à enregistrer, la désignation de la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique comme responsable du traitement des données et le délai dans lequel les hôpitaux doivent transmettre ces données.

2.1.1 Résumé hospitalier minimum (RHM)

Le RHM contient des données relatives aux séjours hospitaliers dans six domaines : les soins médicaux, les soins infirmiers, l'administration, la facturation, le personnel et la structure de l'hôpital. Les données médicales (DM-RHM) sont enregistrées toute l'année, tandis que les données infirmières (DI-RHM) ne le sont que pendant la première moitié de mars, juin, septembre et décembre. Les hôpitaux transmettent le RHM au SPF par semestre via le portail électronique *Portahealth*, en principe dans les cinq mois qui suivent la fin du semestre.

L'enregistrement est généralement assuré de manière centralisée par des collaborateurs administratifs spécialisés, qui se basent à cet effet sur les informations des dossiers patients en veillant à respecter les directives détaillées du SPF. Les données infirmières peuvent aussi être enregistrées par les infirmiers chargés des soins, avec ou sans supervision.

Pour chaque séjour hospitalier, les données du dossier patient (par exemple, les diagnostics) sont codées suivant les classifications imposées et stockées sous forme électronique. Cette méthode permet notamment de calculer une moyenne nationale de la durée de séjour par pathologie et de la comparer avec les durées de séjour réelles dans chaque hôpital.

La réglementation fixe les données à transmettre par les hôpitaux et leurs délais de transmission. En revanche, les hôpitaux définissent en toute autonomie la façon d'atteindre ce résultat et d'effectuer ces enregistrements dans la pratique (place de la cellule d'enregistrement dans la structure de l'hôpital, degré de centralisation, affectation de collaborateurs, niveau de formation, codage en temps réel ou après la sortie du patient, etc.). Le SPF demande seulement que chaque hôpital désigne une personne de contact RHM.

La base réglementaire pour le RHM est l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

2.1.2 Résumé psychiatrique minimum (RPM)

Le RPM est similaire au RHM, mais il concerne les patients psychiatriques et les données à enregistrer sont adaptées en conséquence. Contrairement au RHM, il n'est pas utilisé à des fins de financement. L'enregistrement est assuré de manière plus continue que pour le RHM: au début, à chaque période distincte et à la fin du traitement. Les RPM doivent être tenus à jour par les 64 hôpitaux psychiatriques et les 65 services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (SPHG). Les fichiers sont aussi transmis par semestre au SPF.

L'enregistrement du RPM est obligatoire et se fonde sur l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Les obligations en matière d'enregistrement ont entre-temps été réduites, parfois sans donner lieu à une adaptation de la réglementation. Une grande partie des enregistrements a été rendue facultative en 2013, en compensation d'une diminution annuelle du financement de l'enregistrement du RPM à raison de 2 millions d'euros. Cette décision s'explique par le fait que les données concernées représentaient la plus grande charge en matière d'enregistrement alors qu'elles n'étaient quasiment pas utilisées. Les hôpitaux peuvent continuer à enregistrer ces données, mais le SPF ne les intègre plus dans la base de données. Le RPM est en cours de révision (voir point 3.6.2).

L'enregistrement est également obligatoire dans les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP). L'audit n'aborde pas en détail l'enregistrement dans ces établissements, car ces derniers sont financés par les régions à la suite de la sixième réforme de l'État.

2.1.3 Enregistrement des données des interventions des services mobiles d'urgence et de réanimation (Smureg)

Un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) est une équipe médicale mobile rattachée à un hôpital, qui peut fournir une aide médicale urgente à l'initiative du Centre de secours 112. L'enregistrement Smureg collecte les données concernant l'appel² et l'intervention du Smur, le patient et son état clinique ainsi que les interventions cliniques. Il est assuré par les 97 Smur dans les sept jours au plus tard après l'intervention, via l'application web ou le service web du SPF. Le but du Smureg est de permettre aux pouvoirs publics d'évaluer notamment l'intervention et la disponibilité des Smur. Le Smureg n'est pas utilisé à des fins de financement.

L'enregistrement Smureg a été généralisé en octobre 2003 et intégré, en vertu de l'arrêté royal du 27 avril 2007, à l'enregistrement obligatoire (voir le point 2.1.1 sur le RHM).

Un enregistrement plus détaillé est développé depuis le 1^{er} janvier 2016 pour trois pathologies spécifiques : *arrêt cardiaque*, *syndrome coronarien aigu* et *stroke*. Il s'agit de cas d'urgence susceptibles de mettre la vie du patient en danger, dont l'issue dépend fortement d'une prise en charge médicale rapide et précise et pour lesquels l'intervention du Smur est donc appropriée. Cet enregistrement plus détaillé vise à fournir des données pour la

² Un Smur doit dispenser, dans un délai minimum et à l'aide de moyens appropriés et d'une équipe médicale adaptée, des soins corrects et adéquats sur le lieu de l'intervention et envoyer le patient à l'hôpital le plus proche ou, selon la pathologie, le plus indiqué.

recherche scientifique dans le cadre de projets européens. L'enregistrement supplémentaire de ces trois pathologies n'est pas obligatoire et les données ne sont pas validées (absence de contrôles logiques, par exemple), ce qui nuit à leur utilité pour la recherche scientifique.

2.1.4 Enregistrement des urgences (Ureg)

La Belgique ne dispose pas de moyens de détection permettant de cartographier une crise ou une situation potentiellement dangereuse pour la population (par exemple, une pandémie de grippe aviaire, une intoxication alimentaire provenant de l'industrie alimentaire). Le RHM n'est pas exploitable à cet effet, car il est communiqué trop tardivement (cinq mois après la fin du semestre) et certaines données ne sont pas suffisamment détaillées. C'est la raison pour laquelle l'Ureg a été conçu. Il s'agit d'une sorte de RHM *light* pour le séjour en service d'urgence, dont les données sont enregistrées en temps réel via une application web.

Après un projet pilote mené dans plusieurs hôpitaux, la communication des données d'urgence a été rendue obligatoire par arrêté royal³. Les données administratives doivent être communiquées depuis le 1^{er} janvier 2015 et les données médicales depuis le 1^{er} janvier 2016.

La majorité des données de l'Ureg sont aussi collectées par le biais du RHM. Le seul ajout important en matière de contenu concerne l'enregistrement obligatoire des plaintes et symptômes, les circonstances dans lesquelles ceux-ci se sont produits et le diagnostic provisoire. Les données seront traitées immédiatement dans le cadre d'un système de monitoring et la cellule de crise du SPF sera avertie en cas d'anomalies pertinentes. L'Ureg devra permettre de connaître le plus vite possible le nombre de présences au sein des services d'urgence, ventilées par groupe de maladies, par exemple. Les données anonymisées serviront aussi à la recherche scientifique.

2.2 Coût de l'enregistrement

2.2.1 Personnel

Les coûts d'enregistrement du RHM ont déjà été évalués à plusieurs reprises dans le passé à partir d'échantillons. En 2010, le réseau Zorgnet Vlaanderen a estimé que les hôpitaux affectaient 800 ETP à l'enregistrement, pour un coût de 54 millions d'euros (formation et équipements compris)⁴. En 2014, le CNEH a évalué l'effectif affecté à cette tâche à 1.051 ETP, pour un coût d'environ 80 millions d'euros (y compris 10 % de frais de fonctionnement, hors coûts pour le personnel et l'équipement informatiques)⁵.

Dans son enquête envoyée à tous les hôpitaux généraux belges, la Cour des comptes a notamment demandé le nombre d'ETP que ces hôpitaux affectent à l'enregistrement RHM. Il ressort des réponses de 91 hôpitaux (représentant 85 % du nombre total de lits), le total s'élève à 965 ETP, dont 71 % pour le DM-RHM et 29 % pour le DI-RHM. Par extrapolation à l'ensemble des lits des hôpitaux généraux, on obtient 1.114 ETP, soit 2,1 ETP en moyenne par 100 lits agréés.

3 Arrêté royal du 15 janvier 2014 précisant les règles selon lesquelles certaines données d'urgence doivent être communiquées au ministre compétent en matière de Santé publique.

4 Zorgnet Vlaanderen, *Charter voor een kwaliteitsvolle registratie van gegevens uit de zorgsector*, 2010, 32 p.

5 CNEH, *Avis de la section Financement du CNEH relatif aux besoins budgétaires prioritaires 2015*, 12 juin 2014, 4 p.

Ce résultat tient compte uniquement des collaborateurs qui sont chargés spécifiquement de l'enregistrement et seulement pour le temps qu'ils y consacrent : la cellule de codage centrale, le personnel spécifique des unités de soins (chefs de service, infirmiers en chef, infirmiers de référence, etc.), certains collaborateurs des services informatique et des ressources humaines, d'autres membres du personnel administratif, etc. De nombreux hôpitaux indiquent qu'il est très difficile de fournir des chiffres complets, dès lors que les enregistrements nécessitent la contribution de nombreux collaborateurs dans différents départements de l'hôpital. Les réponses révèlent que la charge de travail totale est sous-estimée dans le nombre d'ETP indiqué.

Le temps consacré à l'enregistrement des données proprement dit est difficile à isoler. Le temps que les médecins passent à remplir le dossier médical n'a en tout cas pas été pris en compte dans les ETP et le temps consacré à l'inscription des données infirmières dans le dossier au sein des unités de soins ne l'a pas été entièrement. Plus les données du dossier sont complètes et correctes, plus l'enregistrement ultérieur sera simple et rapide.

Si le temps consacré au codage et à la transmission des données est un peu plus facile à distinguer pour le DM-RHM (deux tiers des hôpitaux signalent disposer d'une cellule de codage centrale), il est difficile à isoler pour le DI-RHM car le codage est souvent réalisé au sein même de l'unité de soins (un tiers des hôpitaux déclarent disposer d'une cellule de codage centrale). Plusieurs hôpitaux indiquent ne pas inclure dans les ETP la charge de travail hors cellule de codage centrale (dix hôpitaux ont même mentionné des chiffres uniquement pour le DM-RHM et non pour le DI-RHM).

D'après les hôpitaux, 28 ETP seraient affectés au RPM (pour les 76 % des hôpitaux comportant un SPHG qui ont répondu à la question).

Pour le Smureg et l'Ureg, on dénombre encore respectivement 171 et 224 ETP (pour respectivement 54 et 47 hôpitaux). Les calculs sont toutefois bien différents selon l'interprétation de la question. Certains hôpitaux prennent en compte tous les collaborateurs du service des urgences (médecins, infirmiers et personnel administratif), dès lors qu'ils consacrent chacun une partie de leur temps à l'enregistrement (au sens large, à l'encodage des données des patients). D'autres indiquent seulement la petite partie du personnel qui exerce des tâches administratives spécifiques à l'enregistrement, telles que le contrôle et la transmission des données. Alors que les uns ne comptabilisent (quasiment) aucun ETP pour l'Ureg car les données proviennent automatiquement de leurs systèmes informatiques, d'autres mentionnent jusqu'à 20 ETP et plus pour cet enregistrement.

Les hôpitaux doivent encore effectuer bien d'autres enregistrements qui ne sont pas abordés dans le cadre du présent audit. Trente-deux hôpitaux indiquent que les ETP mentionnés ci-dessus consacrent aussi une (petite) partie de leur temps à de tels enregistrements (principalement le registre du cancer et le registre du traitement des toxicomanies [TDI]), mais il est question de moins d'un ETP par hôpital. En général, du personnel supplémentaire est prévu pour assurer ces autres enregistrements.

2.2.2 Logiciels

Outre les frais de personnel, les suites de logiciels que les hôpitaux utilisent pour les enregistrements représentent aussi un coût considérable. Les 70 hôpitaux qui ont mentionné un

coût pour leur logiciel d'enregistrement ont communiqué un coût annuel total de 7 millions d'euros. Ce total représente une moyenne de 100.000 euros par hôpital, soit 11,6 millions d'euros pour l'ensemble des 116 hôpitaux.

Le coût du logiciel de groupement spécifique, proposé dans une suite comprenant notamment le logiciel permettant de trouver le bon code (voir point 3.3.2), constitue une partie importante de la dépense totale en la matière. Cinquante-neuf pour cent des hôpitaux mentionnent ce logiciel explicitement. Le coût moyen mentionné pour la suite logicielle s'élève à 63.000 euros. Le coût total de ce logiciel, que les hôpitaux considèrent comme incontournable, peut être estimé à environ 7,3 millions d'euros pour les 116 hôpitaux. Le logiciel en question est proposé par une entreprise privée qui, par ailleurs, tire des recettes de la formation et du parangonnage (*benchmarking*) avec les autres hôpitaux (61 hôpitaux en font mention pour un montant moyen de 23.141 euros).

Les chiffres précités concernent les logiciels spécifiques pour les quatre enregistrements examinés, et non le coût du développement ou de l'acquisition du dossier patient informatisé, ni les frais de fonctionnement du service informatique dans son ensemble. Le CNEH évalue les dépenses informatiques totales d'un hôpital à 3 % du chiffre d'affaires, compte tenu des évolutions imposées dans le cadre du plan par étapes *eHealth*. Si 3 % du financement des hôpitaux par les pouvoirs publics étaient attribués proportionnellement à l'informatique, le montant s'élèverait à environ 237 millions d'euros⁶.

2.2.3 Indemnité

Les hôpitaux perçoivent une indemnité annuelle de 40 millions d'euros pour l'enregistrement des données. Depuis le 1^{er} juillet 2016, l'indemnité a été portée à 83,1 millions d'euros. Elle sert à financer le personnel (plus de 1.100 ETP) et à couvrir les frais informatiques nécessaires aussi bien aux enregistrements qu'au développement du dossier patient informatisé (dont la Cour des comptes n'a pas examiné le coût). Cette indemnité est décrite plus en détail au point 2.3.2.

Selon le SPF, les hôpitaux prennent en charge une partie des frais, parce qu'ils peuvent aussi utiliser les enregistrements pour leur gestion interne. Cette utilisation interne se heurte cependant à plusieurs obstacles (voir point 5.1).

2.3 Dossier patient informatisé (DPI)

En 2012, la ministre de la Santé publique a fixé pour objectif de réaliser une simplification administrative considérable en informatisant tant les processus de documentation que les processus d'enregistrement. Le dossier patient informatisé (DPI) était amené à jouer un rôle crucial dans ce projet. La table ronde *eHealth*, une réunion avec une large représentation du secteur, a converti cet objectif en un plan d'action e-Santé 2013-2018, qui a reçu l'approbation de tous les ministres compétents pour la Santé publique.

Trois des vingt points du plan d'action sont importants pour la documentation et les enregistrements dans les hôpitaux. Ces trois points sont imbriqués: pour pouvoir développer

⁶ CNEH, *ibidem*.

pleinement le DPI (point 2.3.1), un soutien financier (point 2.3.2) et une terminologie uniforme (point 2.3.3) sont nécessaires. Le SPF Santé publique dirige tous ces points d'action.

2.3.1 Développement d'un DPI hospitalier

2.3.1.1 *Forme et contenu du DPI*

Ce point d'action a pour but de munir chaque hôpital d'un dossier patient informatisé (DPI) d'ici à la fin 2017 (une échéance reportée entre-temps à fin 2018). L'importance de ce point d'action ressort d'une déclaration commune de l'État fédéral, des communautés et des régions du 29 juin 2015 concernant le nouveau rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé.

Le DPI doit au moins remplir les conditions suivantes :

- Il doit être structuré et codé.
- Les données doivent pouvoir être intégrées de manière semi-automatique.
- Les lettres de sortie et les demandes de remboursement (Inami) doivent pouvoir être produites de manière semi-automatique.
- Les différents registres (implants, prothèses, etc.) et les fichiers d'enregistrement doivent pouvoir être complétés de manière semi-automatique⁷ par communication de système à système.

L'hôpital peut décider soit de développer et de mettre en place lui-même le DPI, soit de collaborer avec un hôpital disposant d'un DPI intégré à part entière, soit de l'acheter ou de le faire développer par une société privée.

Le contenu du dossier patient avait déjà été fixé par la loi auparavant. La loi du 10 mai 2015 définit les règles relatives à la version électronique⁸. La loi dispose que le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en conseil des ministres, les critères minimums auxquels doivent répondre les logiciels de gestion du dossier médical et infirmier électronique pour être homologués par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Les critères sont soumis pour avis à un groupe de travail multidisciplinaire désigné par le Roi. Cet arrêté royal fait encore défaut à l'heure actuelle et aucun groupe multidisciplinaire n'a encore été constitué, si bien que les logiciels ne peuvent pas être évalués par rapport à des critères. D'après le SPF, il ne serait plus nécessaire d'homologuer les logiciels à l'avenir ; les hôpitaux vont devoir prouver à l'aide de tests modulaires d'évaluation que les logiciels satisfont à certaines fonctionnalités.

2.3.1.2 *Situation actuelle et prévisions*

Le degré de réalisation du DPI peut être mesuré sur la base du pourcentage des hôpitaux remplissant les conditions précitées, et en particulier la possibilité de générer des enregistrements (semi-)automatiques à partir du DPI. La Cour des comptes a dès lors demandé aux hôpitaux à quel stade de développement se situait leur DPI. Elle a ensuite réparti en quatre stades les 90 hôpitaux qui ont répondu à la question (tableau 2).

⁷ Conversion et transmission largement automatisées des données du DPI vers l'enregistrement concerné, avec une intervention humaine limitée.

⁸ Article 135 de la loi du 10 mai 2015 coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Tableau 2 – Stade de développement du DPI dans les hôpitaux

Stade	Description du stade	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Total
1	Déploiement (quasiment) complet d'un DPI intégré	7	0	1	8
2	Sur la voie du DPI intégré : plusieurs modules sont opérationnels pour le dossier infirmier et le dossier médical, d'autres modules sont en développement	18	18	3	39
3	Contrat conclu pour la mise à disposition d'un DPI intégré, en attente de la mise en œuvre	7	0	0	7
4	DPI intégré encore à acquérir, car le DPI actuel de l'hôpital est insatisfaisant ou inexistant	19	13	4	36

Source: Cour des comptes

Parmi les répondants, à peu près la moitié seulement ont déployé entièrement ou partiellement un DPI intégré (catégories 1 et 2). Plus d'un tiers des hôpitaux en sont encore au début de la mise en œuvre d'un DPI intégré (catégorie 4). La procédure d'adjudication pour l'acquisition et la mise en œuvre d'un DPI intégré prend des années. Une réalisation en 2018 n'est donc pas réaliste.

À peine un tiers des hôpitaux pense respecter l'échéance (fin 2018) pour disposer d'un DPI intégré entièrement informatisé, à partir duquel le RHM, entre autres, peut être généré de manière semi-automatique (voir tableau 3). Plus de la moitié estiment qu'ils n'y parviendront pas. L'enquête de la Cour des comptes confirme l'estimation donnée par la ministre en commission de la Santé publique de la Chambre (23 février 2016). Selon elle, sans autres initiatives, seulement 30 % des hôpitaux seront dotés d'un DPI intégré à l'horizon 2018⁹.

Tableau 3 – Prévisions des hôpitaux quant à la possibilité de disposer pour fin 2018 d'un DPI intégré entièrement informatisé générant des enregistrements de manière semi-automatique

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Total	Pourcentage
Probable	2	21	5	28	29,4
Incertain	0	4	5	9	9,4
Improbable	6	25	21	52	54,7
Pas de réponse	1	1	4	6	6,3
Total	9	51	35	95	100

Source: Cour des comptes

Les causes du retard qui ressortent de l'enquête auprès des hôpitaux sont résumées ci-dessous. Elles se situent au niveau des hôpitaux, des fournisseurs de logiciels et des pouvoirs publics.

⁹ Chambre, 24 février 2016, CRIV 54 COM 342, p. 3.

Hôpitaux

Les hôpitaux ont entamé le processus tardivement ou ont sous-estimé la réalisation d'un DPI (17 hôpitaux sur 90). Les médecins ne sont pas encore suffisamment formés à la rédaction de lettres de sortie claires et structurées, simplifiant le codage par la suite (14 sur 90). Le fossé est trop grand entre la pratique clinique et les enregistrements demandés par les pouvoirs publics.

Fournisseurs de logiciels

Le développement d'un DPI intégré par un fournisseur n'est pas une réussite, qu'il s'agisse d'une société belge ou étrangère. La taille limitée du marché, compte tenu de l'obligation de satisfaire à des exigences belges spécifiques, est un argument souvent cité (20 sur 90). La génération semi-automatique des DI-RHM est une fonctionnalité proposée par défaut dans la plupart des DPI, mais celle des DM-RHM n'est pas encore disponible et ne le sera probablement pas avant des années. Les systèmes développés directement par les hôpitaux sont généralement les plus avancés.

Pouvoirs publics

Le déploiement est fortement tributaire de l'introduction dans les temps de la terminologie standard choisie par les pouvoirs publics (29 sur 90). Il manque des traductions de termes anglais (13 sur 90) et il y a des problèmes de concordance entre la terminologie et le codage adéquat (8 sur 90). Le SPF fait remarquer que le déploiement d'un DPI ne dépend en soi pas de l'introduction de la terminologie standard et que les hôpitaux qui l'utilisent déjà en sont la preuve. Il est nécessaire de prévoir davantage de moyens, principalement pour recruter du personnel supplémentaire et mieux qualifié (15 sur 90) afin de mettre en œuvre le développement d'un DPI intégré.

2.3.1.3 Mesures supplémentaires

En 2015, la ministre a annoncé le lancement d'un programme accélérateur. L'objectif est que tous les hôpitaux soient munis d'un DPI intégré et qu'ils l'utilisent effectivement avant fin 2018¹⁰. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'action précité mentionne un objectif plus prudent : 60 % des hôpitaux doivent disposer d'un DPI intégré d'ici décembre 2018 et 80 % d'ici 2020.

Des mesures d'accompagnement sont nécessaires pour contribuer à réaliser l'objectif. Tout d'abord, d'après les signataires du plan d'action, il est nécessaire de concevoir une stratégie et une approche communes pour l'ensemble du secteur hospitalier, en concertation avec toutes les parties (hôpitaux, pouvoirs publics, fournisseurs de logiciels). L'achat ou le développement de solutions informatiques en commun, au moyen d'un contrat-cadre par exemple, est notamment envisagé. À cet égard, il faut tenir compte des DPI intégrés déjà réalisés et du cadre de référence actuel¹¹. Les hôpitaux souhaiteraient pouvoir disposer de quelques suites de logiciels standard approuvées par les pouvoirs publics, à l'image de ce qui existe déjà pour le DPI des médecins généralistes.

En outre, chaque hôpital doit, pour la mi-2016, approuver un plan informatique pluriannuel interne opérationnel et mettre sur pied une structure de gestion à même de garantir la mise

¹⁰ Note explicative du programme accélérateur afin de mettre en place un DPI intégré dans les hôpitaux belges.

¹¹ Cadre stratégique des fonctionnalités du DPI hospitalier (version 2014).

en œuvre, l'évaluation et l'actualisation de ce plan pluriannuel. Le plan en question devra préciser comment et quand l'hôpital réalisera l'objectif d'un DPI intégré. L'existence d'un plan d'approche en vue de l'utilisation effective d'un DPI intégré d'ici au 1^{er} juillet 2018 est une condition explicite au financement. S'il s'avérait par la suite que les conditions n'ont pas été respectées, le budget alloué serait récupéré dans le cadre du prochain décompte du BMF (cette procédure reste à mettre en place sur le plan technique).

La Cour des comptes se demande s'il est réaliste d'attendre un taux de réalisation de 60 % pour la fin 2018, même dans l'hypothèse où ces plans seraient élaborés.

2.3.2 Soutien financier aux hôpitaux en matière informatique

Comme indiqué au point 2.2.3, les hôpitaux reçoivent des moyens du BMF pour les enregistrements. Ces moyens s'élèvent à 40 millions d'euros pour l'année budgétaire 2015. Le financement de différents enregistrements est groupé depuis 2015 et inclut le forfait informatique de 16,4 millions d'euros, qui est octroyé depuis 2008 en vue de soutenir la mise en œuvre d'un DPI. Avec l'accord des communautés et des régions ainsi que des cosignataires du plan d'action, ce forfait n'a pas été transféré aux entités fédérées (les crédits d'investissements du BMF ont été transférés aux régions dans le cadre de la dernière réforme de l'État).

Bien que les investissements dans le développement d'un DPI aient dépassé les 100 millions d'euros durant la période 2008-2014 par le biais du forfait informatique, de nombreux hôpitaux ne sont toujours pas munis d'un DPI intégré. Afin de cibler davantage l'utilisation de ces moyens financiers, le gouvernement les a divisés en trois volets: le financement forfaitaire du soutien général à l'informatisation du dossier patient (85 %), un financement conditionnel (10 %) et un financement par projets (5 %, destiné à un nombre limité d'hôpitaux).

Le financement conditionnel est alloué aux hôpitaux qui signent le contrat TIC plus. Ce contrat a pour objet la réalisation d'études pilotes utiles au développement de systèmes informatiques performants dans les hôpitaux, en particulier pour les enregistrements et la communication entre les systèmes. Cent cinquante-neuf hôpitaux ont signé le contrat et 27 n'ont pas souhaité le faire, principalement des hôpitaux spécialisés et de très petite taille. Le but est d'augmenter progressivement la part conditionnelle du financement : 15 % en 2016, 20 % en 2017 et 25 % en 2018.

Le financement par projets vise à soutenir des pratiques innovantes. Seize projets hospitaliers ont été pris en considération dans ce cadre. Chacun d'eux donne droit à une aide forfaitaire de 51.294 euros.

Dans le cadre du programme accélérateur, le gouvernement injecte des moyens structurels supplémentaires de 40 millions d'euros par an depuis le 1^{er} juillet 2016 afin d'aider les hôpitaux à évoluer plus rapidement vers un DPI entièrement intégré¹². Les hôpitaux reçoivent ainsi 83,1 millions d'euros pour l'enregistrement, dont 56,4 millions par an pour le développement du DPI. D'après le SPF, le programme accélérateur a un effet très positif sur

¹² *Doc. parl.*, Chambre, 11 décembre 2015, DOC 54 1352/036, Projet de loi contenant le budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2016, Avis sur la section 25 – SPF Santé publique.

l'introduction du DPI et les déclarations des hôpitaux selon lesquelles il est irréaliste ou peu probable d'atteindre les objectifs doivent à présent être nuancées.

2.3.3 Réalisation d'une politique terminologique nationale

Pour l'enregistrement des diagnostics et des procédures, le RHM se base sur le système de classification ICD (*International Classification of Diseases*) de l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification statistique vise surtout à cartographier les problèmes de santé. La version ICD-9-CM a été utilisée jusqu'en 2014. Depuis le 1^{er} janvier 2015, les hôpitaux utilisent la version ICD-10-BE étant donné que cette classification était dépassée sur le plan médical et que la maintenance n'était plus assurée.

La classification ICD n'est ni conviviale ni pertinente sur le plan clinique. Les médecins traitants ne sont pas familiarisés avec elle. Dans la pratique, les codificateurs de l'hôpital déterminent le code ICD à partir des informations contenues dans le dossier patient.

L'instauration d'un DPI intégré faciliterait le travail du codificateur mais sa tâche serait aussi plus simple si le médecin traitant utilisait une terminologie standardisée pour l'enregistrement des diagnostics dans le DPI. Grâce à la terminologie standardisée, un lien peut être établi avec le système de classification pour permettre un enregistrement semi-automatique (le système ne pourrait être totalement automatique étant donné que la classification offre encore différentes options pour un même diagnostic). Le plan d'action a chargé le SPF d'élaborer une politique terminologique.

2.3.3.1 Élaboration d'une politique terminologique

Tous les efforts visant à établir des normes en termes de terminologie et de communication et à les adapter aux systèmes de codification sont désormais coordonnés dans une politique terminologique nationale confiée à un centre national de terminologie – concrètement, le SPF Santé publique – qui développe les outils nécessaires (notamment un serveur terminologique), les met à disposition et en assure la maintenance.

La nomenclature Snomed CT (*Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms*) a été choisie comme base pour la terminologie de référence. Cette terminologie clinique multilingue est la terminologie la plus développée en matière de soins de santé. Son utilisation favorise l'interopérabilité en permettant un enregistrement, une lecture et une interprétation univoques des informations cliniques échangées entre les différents systèmes (par exemple, les noms de médicaments, les diagnostics, les résultats de laboratoire). Snomed CT couvre tous les secteurs des soins de santé. Un seul système suffit donc pour l'ensemble des acteurs des soins de santé, ce qui réduit les coûts et favorise l'échange d'informations.

La Belgique est membre depuis 2013 de l'IHTSDO, l'organisation qui possède les droits intellectuels de Snomed CT¹³. Le SPF paie une licence annuelle pour l'utilisation nationale de Snomed CT, ce qui permet à tous les utilisateurs sur le territoire belge de l'utiliser gratuitement. Chaque utilisation nécessite toutefois une licence spécifique. Le SPF est le seul point de contact pour l'octroi des licences en Belgique.

¹³ International Health Terminology Standards Development Organisation.

Les enregistrements standard dans le DPI doivent s'appuyer sur les codes Snomed. Le SPF développe des instruments de *mapping* qui traduisent les codes Snomed en codes ICD-10-BE. L'utilisation des codes ICD-10 BE est obligatoire pour le RHM depuis 2016. Les instruments de *mapping* ont pour but d'aider le codificateur dans son travail et d'améliorer la qualité et la rapidité des enregistrements¹⁴. Deux projets pilotes dans lesquels ce *mapping* occupe un rôle central sont en cours dans les hôpitaux.

Selon le contrat d'administration 2016-2018 du SPF, le centre de terminologie doit être entièrement opérationnel, disposer des outils nécessaires au *mapping* et à la traduction et être en mesure de réaliser la version belge de Snomed CT et d'en assurer la maintenance. Cela signifie concrètement que les premiers résultats des projets permettant une génération (semi-)automatique à partir du dossier doivent être connus en 2016. En 2018, un soutien doit être prévu pour le déploiement de Snomed CT dans le DPI et la génération (semi-)automatique.

2.3.3.2 Résultats

Les résultats enregistrés à la mi-2016 étaient encore limités. Quelques variables Ureg peuvent être codées en Snomed CT et treize hôpitaux utilisent déjà Snomed CT. L'application de Snomed CT se heurte à plusieurs problèmes.

- Le projet Snomed CT prend beaucoup de retard à cause de la décision du SPF de passer à la classification ICD-10-BE dès 2015. En effet, les effectifs du SPF et des hôpitaux sont insuffisants pour gérer les deux projets de front.
- Le plan d'action e-Santé 2013-2018 prescrit une terminologie standard, mais la réglementation n'impose toujours pas son utilisation. D'après le SPF, la situation est la même dans d'autres pays.
- Les hôpitaux se montrent réticents. En appliquant le trajet complet (de la saisie au *mapping*) à des cas concrets (la néphrologie, par exemple), le SPF tente d'augmenter le taux d'adoption de Snomed CT dans le secteur des soins de santé en Belgique.
- Le SPF et les hôpitaux manquent de personnel formé et d'experts.
- Il n'existe pas encore de traduction intégrale de Snomed CT en français et en néerlandais. Le SPF signale que d'autres pays tels que les Pays-Bas et le Canada ne disposent pas non plus d'une traduction intégrale de Snomed CT.
- Il y a des problèmes de concordance entre la terminologie et le codage adéquat, surtout au niveau des procédures.

La plupart des hôpitaux ne sont pas encore très avancés dans le développement du DPI. L'instauration générale de Snomed CT est donc encore prématurée. L'objectif actuel, qui est d'aboutir à un codage ICD-10-BE correct à partir de Snomed CT, devra encore prouver son efficacité une fois atteint.

¹⁴ La version ICD 11, en développement, s'appuie encore bien davantage sur la nomenclature Snomed CT et pourrait ouvrir la perspective à long terme d'une extraction automatique des données ICD à partir du DPI.

2.4 Respect de la vie privée

2.4.1 Processus d'enregistrement

Le respect de la vie privée des patients fait l'objet d'une attention particulière durant le processus d'enregistrement. L'hôpital doit informer ses patients du transfert de données codées au SPF en précisant l'objectif du transfert ainsi que la base légale ou réglementaire. Dans la pratique, les hôpitaux satisfont à cette obligation d'information en remettant au patient, dès son admission, le règlement relatif à la vie privée qu'ils sont tenus d'élaborer. Par ailleurs, l'hôpital doit remplir certaines conditions pour avoir accès au registre national et utiliser les numéros du registre national.

À l'heure actuelle, seuls deux des quatre systèmes d'enregistrement examinés (Smureg et Ureg) utilisent le numéro de registre national. L'anonymat des données est garanti par le fait que les hôpitaux fournissent les données via la plateforme *eHealth*¹⁵ pour laquelle un système de droits d'utilisation et d'accès a été conçu. Les données à caractère personnel sont transmises de manière cryptée et peuvent être consultées uniquement par des prestataires et des établissements de soins habilités. Ni la plateforme *eHealth* ni le SPF n'y ont accès. Dans ce processus, le numéro de registre national crypté est toujours utilisé comme identifiant unique du patient. Le grand avantage de ce système est la possibilité de relier les données d'un même patient qui proviennent de différents enregistrements ou de plusieurs périodes sans devoir dévoiler son identité, ce qui offre de nombreuses possibilités supplémentaires en matière de contrôle et de recherche.

Actuellement, le RHM et le RPM n'utilisent pas encore le numéro de registre national, ni la plateforme *eHealth* par conséquent. Une fois que les hôpitaux ont fourni les données via le portail internet du SPF (*Portahealth*), le service informatique crypte les données à caractère personnel. Celles-ci ne sont disponibles que dans une base de données sécurisée, pour laquelle le délégué désigné par la réglementation détermine qui a accès à quelles données. Le service *Data Management* ne dispose pas de données à caractère personnel non codées dans les bases de données qu'il utilise pour ses analyses. L'absence d'un numéro d'identification unique par patient restreint fortement les possibilités de recherche. Un même patient ne peut pas être suivi dans différents hôpitaux.

Bien que l'analyse des données et la rédaction des rapports doivent demeurer des missions du SPF, il est possible également de confier à la plateforme *eHealth* des tâches concernant le RHM et le RPM, telles que la gestion des droits d'accès et d'utilisation ou le cryptage des données. L'utilisation du numéro de registre national est une condition à cette délégation et renforce grandement les possibilités d'exploitation des données tout en garantissant le respect de la vie privée grâce au cryptage des données. D'après le SPF, elle sera effective à l'avenir pour le RHM et le RPM.

2.4.2 Utilisation par des tiers

Afin de respecter les règles de protection de la vie privée pour le traitement des données à caractère personnel, le service *Data Management* applique un règlement lorsqu'il transmet

¹⁵ La plateforme *eHealth* est une institution fédérale dont la mission consiste à promouvoir et soutenir une prestation de services et un échange d'informations électroniques bien organisés entre les acteurs des soins de santé.

des données à des tiers. Ce règlement disponible sur son site internet énonce les principes suivants.

Les données anonymes agrégées (ne pouvant pas être associées à une personne identifiée ou identifiable) peuvent être fournies immédiatement. Les collaborateurs veillent à ce que les données transmises ne contiennent pas de « cellules à trop petits nombres » permettant l'identification des patients. Les utilisateurs de données doivent s'engager à respecter la confidentialité des données et à ne tenter par aucun moyen d'identifier le patient.

Pour obtenir des données à caractère personnel codées (c'est-à-dire des données pouvant être associées à une personne identifiée à l'aide d'un code), il faut introduire au préalable une demande motivée auprès du responsable du traitement des données en précisant le type de données souhaité, l'étude visée, l'application envisagée, la durée prévue, etc. De plus, une demande doit être introduite auprès du comité sectoriel de la sécurité sociale et de celui de la santé. Leur consentement est obligatoire pour la transmission des données et ne peut être obtenu que si le demandeur prouve que sa demande poursuit un but scientifique, statistique ou historique et non commercial.

2.5 Structures de concertation et d'avis

Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) est un organe consultatif du SPF Santé publique en matière de programmation et de financement. Le CNEH a ainsi émis un avis sur la réforme de l'enregistrement minimum en matière de santé mentale.

La Structure multipartite¹⁶ est un organe de concertation qui rend des avis au ministre de la Santé publique et des Affaires sociales en matière de politique hospitalière. Il est composé de représentants des organisations professionnelles des hôpitaux et des médecins ainsi que des différentes administrations concernées. Il comprend un groupe de travail Enregistrement, qui a notamment émis des avis sur la qualité des enregistrements hospitaliers et de leur contrôle. Dans la pratique, la Structure multipartite ne se réunit plus depuis déjà assez longtemps.

Dans le cadre de la concertation sur le nouveau mode de financement des hôpitaux, l'actuelle ministre de la Santé publique a préféré créer, lors d'une première phase, un nouveau groupe de concertation plutôt informel réunissant, sous la direction de la cellule stratégique, les fédérations d'hôpitaux, les organisations de médecins et les mutualités. Contrairement aux organes de concertation officiels, l'administration n'y est pas représentée et aucun rapport n'est publié. Un compte rendu de la concertation se ferait lors des réunions de travail que la cellule stratégique et l'administration tiennent toutes les deux semaines. Les organes consultatifs officiels devraient de nouveau être mis à contribution lors d'une prochaine phase de la mise en œuvre.

Les entités fédérées, dotées d'une compétence en matière de politique de santé, demandent chaque année une copie de la base de données du RPM et de celle du RHM, en vertu du protocole relatif à l'échange de données entre l'autorité fédérale et les autorités compétentes en

¹⁶ Créée par la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, modifiée par la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé.

matière de politique de santé. Ce protocole du 29 mars 2000 est toujours en vigueur après une reconduction tacite.

Chapitre 3

Gestion par le SPF Santé publique

3.1 Planification et suivi

Depuis 2016, le SPF est piloté en vertu d'un contrat d'administration (2016-2018). Ce contrat fixe notamment l'objectif stratégique de « *contribuer à l'élaboration d'un système de connaissances efficient par la collecte, le contrôle, le traitement, l'analyse, le couplage et la mise à disposition et l'échange de données en vue d'étayer la préparation de la politique à mener et de la politique en matière notamment de financement, de planification et de pratique (qualité, innovation, etc.)* ». Cet objectif est ensuite détaillé sous la forme de risques, de processus clés, de projets principaux et d'engagements de résultat. Le service *Data Management* du SPF, responsable des enregistrements, établit un plan opérationnel annuel, qui est utilisé effectivement pour le pilotage du service.

3.2 Personnel et moyens de fonctionnement

La Direction générale Soins de santé regroupe toutes les missions relatives à la politique de santé au sein du SPF. Elle dispose de 238,7 ETP, dont 132,4 de niveau A. Elle peut également recourir aux services de quatorze collaborateurs issus de l'ASBL Smals¹⁷. Ceux-ci sont pratiquement tous affectés au traitement des données.

Dans la note justificative du budget, le SPF doit en principe établir un relevé, par division organique, des moyens (effectif et coût du personnel, entre autres) utilisés dans le cadre de chaque programme pour atteindre les objectifs. Cette ventilation faisant défaut actuellement, le budget spécifique aux crédits de personnel du service *Data Management* n'est pas disponible. Dans son rapport relatif au budget 2016¹⁸, la Cour des comptes a indiqué que regrouper des crédits de personnel au sein d'un seul programme au lieu de les ventiler entre les différentes divisions organiques n'est pas cohérent ni transparent et est en outre contraire au principe de budget par programme. Les frais de fonctionnement du service (42.000 euros en 2015) ont également été intégrés aux frais de fonctionnement généraux. Cette décision suscite les mêmes réserves que pour les moyens en personnel.

L'effectif du service *Data Management* a baissé de cinq unités en 2014. Il est demeuré stable depuis lors (voir tableau 4).

¹⁷ La Smals soutient et encadre les organismes du secteur social et du secteur des soins de santé – ainsi que d'autres services publics à leur demande – dans leur gestion de l'information.

¹⁸ *Doc. parl.*, Chambre, 27 novembre 2015, DOC 54 1351/002, Commentaires et observations de la Cour des comptes sur les projets du budget de l'État pour l'année budgétaire 2016, p. 172.

Tableau 4 – Évolution du personnel du service Data Management

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Management	4	4	3,9	3,9	2,9	2,9	3
Cellule technique	1,5	1,5	1,8	1,8	1,5	1,5	1,5
Cellule de gestion de la banque de données	15,9	14,7	15	14,7	15,4	16,4	15,4
Cellule TCG & Audit	14,7	12,9	11,4	15,6	14,7	13,3	14,3
Cellule Reporting et Support ^(*)	6	5	4	3			
Total	42,1	38,1	36,1	39	34,5	34,1	34,2

(*) La cellule Reporting et Support a été supprimée en 2014. Son personnel et ses tâches ont été repris par la cellule de gestion de la banque de données et la cellule TCG & Audit.

Source : SPF Santé publique

Environ 80 % du personnel est de niveau A. Début 2016, l'effectif est composé à 62 % d'agents statutaires, à 24 % de collaborateurs mis à disposition par la Smals (8 membres du personnel) et à 12 % (4 membres du personnel) de collaborateurs détachés des hôpitaux rémunérés via le BMF.

La cellule de gestion de la banque de données rassemble les enregistrements, veille à leur suivi et assure la maintenance de la base de données (directives d'enregistrement, contrôles incorporés, feedback, etc.). La cellule Terminologie, Classification, Groupement & Audit (cellule TCG & Audit) soutient les enregistrements. Elle ne dispose pas de personnel supplémentaire pour l'accompagnement du passage à l'ICD-10-BE, pour la mise en œuvre de Snomed CT et l'association avec le codage adéquat, ni pour le développement d'un système de monitoring concernant l'enregistrement Ureg. L'effectif n'a pas non plus été élargi pour exercer les nouvelles missions attribuées récemment (développement des *Nursing Related Groups*, cadastre de l'imagerie médicale, etc.). La cellule joue le rôle de point de contact pour l'enregistrement des cas de violences intrafamiliales et de mutilations génitales féminines et a reçu de nouvelles attributions au niveau national et international : *Single Point of Contact* de l'International Health Terminology Standards Development Organisation.

Un financement complémentaire pour trois médecins a été octroyé pour une série de nouvelles tâches dans le cadre du nouveau mode de financement des hôpitaux¹⁹ ; ceux-ci sont entrés en service après la clôture de l'audit à la mi-2016 (et ne figurent donc pas dans le tableau ci-avant).

Dans le cadre de la réorganisation du SPF en 2004, la politique concernant le RPM a été confiée au service des soins psychosociaux, le service *Data Management* n'étant plus chargé que de l'enregistrement du RPM. L'accompagnement des 258 établissements dans le cadre de l'enregistrement et la gestion des données du RPM dans son ensemble incombent désormais à une seule personne détachée d'un hôpital.

¹⁹ Entre autres, analyses pour la réforme du paysage des soins de santé, clustering des groupes de pathologies, analyses des urgences, etc.

En ce qui concerne le Smureg et l'Ureg, le service *Data Management* ne dispose aussi que d'un ETP environ pour chacun des deux types d'enregistrement.

3.3 Classification et groupement

La cellule TCG & Audit est chargée de la classification des données médicales et infirmières utilisées dans le cadre des enregistrements.

Pour chaque séjour à l'hôpital, il faut non seulement enregistrer un grand nombre de données médicales, mais aussi les traiter ensuite en plusieurs étapes pour déterminer le financement des hôpitaux :

- enregistrer les données dans le dossier patient : rapports médicaux, lettre de sortie, etc., idéalement dans un DPI selon la nomenclature standard Snomed CT ;
- coder les diagnostics et les interventions selon le système de classification ICD ;
- classer le patient et son traitement dans un groupe de pathologies, définir la gravité de l'affection ainsi que la tranche d'âge et, en fonction de ces valeurs, calculer automatiquement la durée justifiée (et moyenne) du séjour ;
- calculer la somme de toutes les durées de séjour justifiées et, par extension, le nombre justifié de lits, qui est utilisé dans le calcul du financement de l'hôpital.

3.3.1 Classification des procédures et diagnostics médicaux

L'Organisation mondiale de la santé impose le rapportage de statistiques nationales sur la base de la classification ICD depuis le 1^{er} janvier 1968²⁰. La classification ICD-9-CM a été utilisée jusqu'en 2014 pour le RHM. Elle a ensuite été abandonnée parce qu'elle ne permettait plus de suivre le progrès médical et technologique, qu'elle ne garantissait plus la comparabilité des données au niveau international et que sa maintenance n'était plus assurée.

Pour le RHM, les hôpitaux sont passés depuis le 1^{er} janvier 2015 à la version ICD-10-BE comprenant les classifications tant ICD-10-CM (diagnostics) que ICD-10-PCS (procédures, en particulier les interventions et les examens). Cette nouvelle version doit permettre la récolte d'informations plus détaillées en matière de diagnostics ainsi qu'une répartition plus précise des moyens financiers. L'année d'enregistrement 2015 est une année de transition. Pendant cette année, le RHM ne sera pas encore utilisé pour le financement. Le passage à ce système aura véritablement lieu à partir de 2016. ICD-10-CM et ICD-10-PCS sont des systèmes de classification fermés qui ne proposent qu'une seule place pour classer une affection ou une procédure. Le prestataire de soins responsable est le mieux placé pour juger de la bonne classification.

Dans l'attente du passage à l'ICD-10-BE prévu dans le cadre de sa révision, le RPM n'utilise pas encore cette classification. Cette situation n'est pas pratique pour les SPHG, qui doivent remplir à la fois le RHM et le RPM. De plus, les champs du logiciel actuel concernant le RPM ne sont pas assez longs pour introduire des codes ICD-10-BE.

²⁰ OMS, Règlement 18749 relatif à la nomenclature (y compris l'établissement et publication de statistiques) des maladies et causes de décès adopté par la vingtième assemblée mondiale de la santé à Genève le 22 mai 1967.

Pour l'enregistrement Smureg, on utilise encore la version ICD-9-CM sous la forme d'une liste limitée aux quelque 900 codes les plus utilisés. Après concertation avec la cellule stratégique actuelle, il a été décidé de ne pas passer à ICD-10-BE, mais directement à Snomed CT. Les hôpitaux procéderont au rapportage au moyen d'un nombre limité de codes Snomed et le SPF se chargera de la conversion en ICD-10-BE à l'aide des instruments de *mapping*.

Fin 2014, pour l'enregistrement Ureg, le SPF laissait encore le choix dans ses directives entre les classifications ICD-10-BE, Snomed CT ou une liste de codes propre à l'hôpital. Le 14 décembre 2015, il annonçait cependant dans une circulaire aux hôpitaux que seule la nomenclature Snomed CT pourrait encore être utilisée à partir de 2017.

La classification ICD-10-BE n'est donc pas utilisée actuellement pour tous les enregistrements, ce qui accroît la complexité des enregistrements pour les hôpitaux.

3.3.2 Groupement des données médicales et infirmières

Le nombre et le type de patients traités par un hôpital sont appelés le « *Case Mix* » de l'hôpital. Ce *Case Mix* est pris en considération dans le calcul du financement de l'hôpital. On utilise à cet effet un système de classification (*Diagnosis Related Group* ou DRG) pour répartir les patients dans des groupes cliniques homogènes qui ont recours à des traitements, tests et services similaires et qui engendrent ainsi des coûts semblables pour l'hôpital pendant leur séjour. Le résultat de cette répartition détermine, par exemple, le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles l'hôpital sera indemnisé dans le cadre du séjour et entre en ligne de compte dans le calcul de diverses indemnités forfaitaires relatives à ce séjour. Un codage adéquat du RHM, en particulier en ce qui concerne le diagnostic, est crucial pour la répartition correcte des séjours et le financement exact. Le risque existe qu'un hôpital gonfle ces données dans le but d'obtenir un financement plus élevé.

La plupart des États membres de l'Union européenne ont élaboré leur propre DRG et souvent créé un organisme spécifique à cet effet, comme l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation en France ou l'Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus en Allemagne²¹. Cette solution ne semblait pas réalisable d'un point de vue budgétaire en Belgique.

La Belgique a opté pour le système américain APR-DRG. Le logiciel permettant de déterminer l'APR-DRG (qu'on appelle le « *grouper* ») a été développé par une société privée américaine qui dispose d'un monopole en la matière. De surcroît, le *grouper* n'est pas adapté spécifiquement au contexte belge. En juillet 2014, le SPF a opéré la transition vers la version APR-DRG 28.0, compatible avec la classification ICD-10-BE.

Bien que l'acquisition du logiciel de groupement ne soit pas obligatoire pour pouvoir transmettre le RHM au SPF, elle se révèle indispensable à la gestion de l'hôpital, à en croire les réponses des hôpitaux au questionnaire. Le logiciel est nécessaire pour estimer l'évolution du financement de l'hôpital et permet de mieux appréhender le *Case Mix*. Tant les hôpitaux que le SPF doivent acheter chacun séparément une licence auprès de la société. Aussi la Structure multipartite a-t-elle recommandé au SPF de prendre en charge les frais liés aux

²¹ Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Groupes homogènes de diagnostic en Europe, *Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, 2011.

licences, comme pour Snomed CT²². Le SPF aurait ainsi son mot à dire dans le développement ultérieur des APR-DRG. Il acquerrait également les droits de distribution du *grouper* en Belgique, ce qui permettrait probablement de réduire les frais liés au logiciel pour les hôpitaux (estimés à plus de 2,5 millions d'euros par la Cour des comptes²³). En effet, la société en question propose aujourd'hui le logiciel uniquement dans une suite, dont tous les éléments ne sont pas utiles aux hôpitaux. L'État fédéral n'a pas donné suite à l'avis de la Structure multipartite.

Parallèlement à l'activité médicale, l'activité infirmière d'un hôpital est aussi financée (en partie actuellement) sur la base de *Nursing Related Groups* (NRG). Les NRG répartissent les patients des hôpitaux dans des groupes homogènes par épisode de soins, en fonction des soins infirmiers et des moyens correspondants mis en œuvre.

Dans le cadre de la réforme prochaine du financement des hôpitaux, les classifications et les groupements pour les DRG et les NRG seront adaptés comme prévu dans le contrat d'administration 2016-2018 du SPF.

3.4 Soutien aux hôpitaux

3.4.1 Soutien général

Le service *Data Management* du SPF soutient les hôpitaux à l'aide d'un site internet comprenant des instructions (manuel actualisé, aperçu des contrôles portant sur la saisie, etc.), des publications (feedback) et des communications (circulaires). Le site fournit aussi les informations utiles concernant les applications informatiques dont le SPF assure la maintenance (notamment Atoum pour le RPM). Le service dispose aussi d'un helpdesk que les hôpitaux peuvent contacter. En 2015, 139 des 597 questions qui lui ont été posées concernaient les systèmes d'enregistrement.

Néanmoins, les hôpitaux se déclarent « insatisfaits » (à 54 %) ou seulement « peu satisfaits » (à 32 %) du soutien général apporté par le SPF. Seuls 14 % se disent satisfaits voire très satisfaits. De nombreux motifs d'insatisfaction concernant le DI-RHM avaient déjà été constatés en 2009²⁴. En voici les principaux :

- Les réponses aux questions et le retour d'informations doivent être plus rapides et pertinents (43 hôpitaux sur 95).
- Le helpdesk ne fonctionne pas bien (29 sur 95). Son accessibilité laisse à désirer et, selon les hôpitaux, le SPF manque d'expertise et de connaissances (principalement dans le cas du passage à l'ICD-10-BE, voir point 3.4.2).
- Les directives ne sont pas assez claires et spécifiques (27 sur 95).
- La formation assurée par le SPF est lacunaire (19 sur 95). Elle n'est pas dispensée à temps, elle est irrégulière, trop limitée et trop peu axée sur la pratique. Elle ne peut pas non plus se réduire à la formation d'experts. Certains répondants estiment nécessaire d'adapter

²² Structure multipartite en matière de politique hospitalière, Avis concernant le remplacement de l'ICD-9-CM par l'ICD-10-CM en réponse à la demande d'avis de la ministre Onkelinx du 18 novembre 2010, 19 mai 2011.

²³ Le coût total de la suite logicielle pour les 116 hôpitaux s'élève à 7,3 millions d'euros (voir point 2.2.2), dont le logiciel de groupement représente environ 35 %.

²⁴ Analyse qualitative de l'emploi du DI-RHM par les hôpitaux généraux, rapport de l'enquête réalisée dans le cadre du travail de fin de stage, DG1 *Data Management*, juin 2009.

le contenu des formations dans l'enseignement supérieur (prévoir une formation spécifique de « codificateur » et, dans la formation de médecin, porter une attention accrue à l'importance d'un DPI de qualité adapté à RHM, ainsi qu'aux dernières évolutions dans les nomenclatures médicales universelles telles que Snomed CT). Ces raisons poussent 69 % des hôpitaux à avoir recours à une formation externe payante. Ils estiment que la charge de la formation se trouve ainsi déplacée chez eux.

- La communication (concernant les modifications en particulier) est trop tardive (17 sur 95). Une communication rapide est cependant nécessaire pour que le fournisseur de logiciels ou le service informatique des hôpitaux puisse apporter ces modifications.

Les hôpitaux plaident en faveur d'un accompagnement plus individualisé. Leurs conseils sont les suivants :

- effectuer davantage d'audits visant à explorer ou guider plutôt qu'à sanctionner, en veillant à un retour d'informations suffisant par des auditeurs motivés ;
- prévoir une personne de contact fixe au SPF ;
- envisager la possibilité de transmettre mensuellement un fichier test contenant des données d'enregistrement dans le but d'améliorer ce qui doit l'être et de corriger plus rapidement les erreurs ;
- assurer un accompagnement des hôpitaux plus individualisé lors de l'apprentissage de l'enregistrement et du codage ;
- activer et étendre les ateliers ;
- ouvrir un forum consacré aux problèmes de codage.

Soixante-trois pour cent des hôpitaux estiment toutefois que le manuel et les autres renseignements relatifs aux enregistrements sont excellents ou suffisants, principalement pour le DI-RHM (82 %) et le Smureg (70 %).

Le SPF remarque qu'il a fait des efforts considérables ces dernières années en termes de soutien général et en particulier de formation. Il précise qu'il n'est pas un établissement d'enseignement et qu'il ne dispose dès lors pas de l'effectif suffisant pour dispenser des formations individuelles.

3.4.2 Assistance lors du passage à l'ICD-10-BE

Le SPF doit aider les hôpitaux lors de leur passage de l'ICD-9-CM à l'ICD-10-BE. Son aide prend les formes suivantes.

Traduction des codes, élaboration des règles et instructions de codage

En collaboration avec deux hôpitaux universitaires, le SPF a développé l'outil *codefinder*, disponible gratuitement en ligne. Le codificateur introduit quelques paramètres et l'outil le guide vers le bon code ICD-10-BE. Cet outil est toutefois peu utilisé dans la pratique.

Une liste de référence proposant les traductions des codes est disponible depuis le 15 mars 2015. Le fichier est mis à jour régulièrement et les responsables RHM reçoivent un courriel lors de chaque mise à jour. Le manuel entièrement retravaillé a été publié le 14 décembre 2015.

Chaque hôpital a reçu une liste individualisée comprenant les procédures les plus courantes codées en ICD-9-CM. Elle comprend les nouveaux codes possibles correspondants.

Organisation d'un programme de formation en ligne

Depuis 2013, le service *Data Management* propose aux hôpitaux, en collaboration avec l'IFA, une formation en ligne gratuite pour apprendre à utiliser la classification ICD-10-BE. Cette forme d'apprentissage permet à plusieurs utilisateurs de se former en même temps lors de sessions brèves qui sont plus faciles à programmer et à coordonner. Par rapport à une formation traditionnelle, elle est moins coûteuse à la fois pour les hôpitaux et le SPF (pas de déplacements, de restauration, etc.). En outre, il est possible d'ajouter des utilisateurs au programme de formation ou de le rénover à peu de frais. Le programme est également ouvert aux hautes écoles.

À la date du 19 octobre 2015, 1.166 participants étaient inscrits à la formation : 752 participaient activement au programme, tandis que 414 n'avaient pas encore fait usage de leur accès.

Organisation d'un accompagnement

Les hôpitaux peuvent soumettre leurs questions concernant le codage au SPF, qui les traite en suivant une procédure établie. Depuis mars 2016, les réponses à ces questions sont publiées chaque mois sur le site internet.

Le SPF souhaitait aussi réunir les hôpitaux afin de définir des réponses univoques à leurs questions spécifiques en examinant leurs dossiers concrets sous la supervision d'une équipe de formateurs agréés. Douze formateurs ont été agréés et formés. Prévus pour le second semestre 2015, ces ateliers n'ont pourtant pas encore été organisés. Un groupe de travail comprenant des représentants du secteur a été créé en vue d'organiser les ateliers en 2016.

Le CNEH a lui aussi mis sur pied un groupe d'avis chargé d'examiner l'introduction de mesures de soutien supplémentaires pour le passage de l'ICD-9-CM à l'ICD-10-BE.

Évaluation du soutien

Malgré les efforts du SPF, la plupart des hôpitaux jugent insuffisant l'accompagnement qu'il leur dispense (insuffisant pour 53 % et très insuffisant pour 33 %). Les possibilités offertes ne pallient pas la complexité de la classification ICD-10-BE :

- Un manuel de codage complet et fiable n'est disponible que depuis décembre 2015, trop tard pour commencer le codage le 1^{er} janvier 2016. De plus, il contient encore des erreurs (34 sur 95). Il ne comprend pas de directives et procédures de codage claires et univoques (28 sur 95).
- La formation en ligne est une avancée, mais elle ne suffit pas étant donné la complexité de la matière. Les hôpitaux ont dès lors recours à des formations externes payantes (voir point 3.4.1).
- Les hôpitaux veulent savoir au plus vite s'ils sont sur la bonne voie. Les réponses aux questions doivent parvenir plus rapidement. Les ateliers et l'accompagnement par les douze formateurs sont nécessaires mais auraient dû être organisés plus tôt. Les réponses manquent de précision. Les formateurs n'ont pas non plus toujours la solution aux problèmes. La journée d'étude prévue le 18 mars 2016 a été annulée (37 sur 95).

Il ressort du questionnaire que 74 des 95 hôpitaux (79 %) se déclarent en mesure d'enregistrer à temps les données 2016 au format ICD-10-BE. Les hôpitaux émettent néanmoins des doutes sur la possibilité d'utiliser le RHM 2016, compte tenu des nombreuses divergences de codage qui existent encore entre les hôpitaux, ce qui met sérieusement en doute la validité et la fiabilité des données. Par ailleurs, plus de 20 % n'ont pas terminé la transition, alors que le SPF a besoin des données de tous les hôpitaux.

Selon la Cour des comptes, le fait que la validité et la ponctualité des données ICD-10-BE ne sont pas garanties hypothèque leur utilisation dans les applications de financement. Il est certain que leur utilisation dans le cadre d'un financement des hôpitaux davantage basé sur les DRG pose problème dans les circonstances actuelles. Il serait opportun de réaliser une évaluation des premières années durant lesquelles le RHM a été codé en ICD-10-BE. D'après le SPF, les données ICD-10-BE ne seront utilisées qu'en 2018 pour le financement. D'ici là, les analyses nécessaires seront menées et les éventuelles mesures correctrices prises. Ces démarches devraient permettre un juste financement d'après le SPF.

3.4.3 Informatique

3.4.3.1 Portail internet Portahealth

Les hôpitaux doivent transmettre certains enregistrements, dont le RHM, au SPF via le portail internet *Portahealth*. Ce portail permet d'envoyer les données de manière sécurisée et contrôle automatiquement chaque transmission entrante. Il offre aussi aux hôpitaux un accès sécurisé aux rapports individuels, feedback inclus.

Quarante-deux hôpitaux déclarent rencontrer des problèmes de transmission des données via *Portahealth*. Parmi les 53 hôpitaux ayant répondu ne pas éprouver de difficultés avec *Portahealth*, 17 nuancent leur réponse en y ajoutant une ou plusieurs remarques (par exemple, le fait qu'ils évitent les problèmes en transmettant les données à des moments calmes, le week-end par exemple). Seuls 38 % des hôpitaux déclarent n'avoir aucun problème à effectuer cette opération.

Les principaux inconvénients du système sont les suivants :

- La lenteur (38 hôpitaux sur 95) : le traitement des fichiers reçus par le SPF prend souvent beaucoup de temps, si bien que les hôpitaux attendent longtemps les listes de contrôle et les rapports d'erreur.
- Les messages d'erreur (10 sur 95) : ils ne sont pas toujours formulés clairement, ils ne sont pas toujours conformes aux directives du SPF et ils subissent trop souvent des modifications qui, de surcroît, ne sont pas communiquées à temps.
- Les erreurs bloquantes et le maximum de trois envois par jour (26 sur 95) : certaines erreurs, souvent d'ordre technique, bloquent immédiatement la transmission. L'hôpital reçoit alors un message d'erreur et, comme le contrôle des fichiers s'arrête, il n'obtient pas un relevé de toutes les erreurs. À cause de ce mécanisme, il est parfois nécessaire d'effectuer un grand nombre d'envois avant que les fichiers ne soient acceptés par le SPF. Il faut encore ajouter chaque fois le temps que passe l'hôpital à créer les fichiers au bon format et à compiler les données provenant de plusieurs logiciels. Les hôpitaux indiquent que le processus entier du contrôle et de l'envoi peut prendre jusqu'à un mois. Ils estiment que le processus représente une charge de travail importante et remettent

en cause l'utilisation de certaines erreurs bloquantes (problèmes secondaires, de nature administrative, ayant peu d'incidence sur le RHM, etc.).

- L'indisponibilité et les problèmes techniques (12 hôpitaux sur 95) : les problèmes techniques concernant le portail mettent du temps à être résolus, surtout le week-end, car le SPF prévoit une permanence uniquement pendant les heures de bureau. Cela empêche parfois les hôpitaux de profiter des heures creuses pour transmettre leurs données plus rapidement.

Les hôpitaux envisagent les remèdes suivants:

- mettre à disposition un outil hors ligne proposant des contrôles techniques et de cohérence, un relevé technique des contrôles (requêtes SQL, par exemple) ou au moins une liste d'erreurs exhaustive contenant toutes les erreurs techniques, pour que les hôpitaux puissent tester eux-mêmes leurs fichiers avant leur transmission ;
- ouvrir le site portail avant les trois mois qui précèdent l'échéance officielle pour le rapport, afin de permettre aux hôpitaux de transmettre leurs fichiers tests plus rapidement ;
- mieux organiser la permanence au SPF.

Selon le SPF, de nombreux problèmes du passé ont été résolus : la capacité du site portail a été augmentée, des listes d'erreurs exhaustives sont disponibles sur le site internet, les contrôles techniques n'ont pas été modifiés depuis longtemps, les adaptations apportées aux *Business Controls* sont annoncées au moins un mois avant le début de la période à laquelle ces contrôles s'appliquent, les collaborateurs du service *Data Management* assurent volontairement une permanence en dehors des heures de bureau, etc. Des requêtes SQL ont déjà été fournies aux hôpitaux auparavant pour leur permettre de réaliser eux-mêmes les contrôles, mais il s'est avéré difficile de faire fonctionner ces requêtes dans l'environnement spécifique de chaque hôpital. Selon le SPF, cela prendrait trop de temps de fournir l'assistance nécessaire à cet effet.

3.4.3.2 Application web Atoum pour le RPM

Le SPF met à disposition l'application web Atoum pour la saisie et la transmission des RPM. Cette application intègre en outre une série de contrôles portant sur la cohérence des données introduites. Bien qu'ils n'y soient pas obligés, presque tous les hôpitaux utilisent Atoum aussi bien pour l'enregistrement que pour la transmission. Seuls quelques hôpitaux procèdent à l'enregistrement au moyen de leur propre application et emploient Atoum uniquement pour la transmission.

Le logiciel de l'application Atoum est néanmoins considérablement dépassé : 7 des 54 hôpitaux disposant d'un SPHG le mentionnent explicitement dans l'enquête. Il n'est pas compatible avec l'ICD-10-BE ni très performant (il ne permet pas à deux collaborateurs de faire un enregistrement en même temps). La faible convivialité du logiciel et les problèmes d'identification sont des obstacles à la transmission à temps des données (voir point 4.1.2).

L'application Atoum ne pourra plus être utilisée après la révision du RPM. Les hôpitaux devront se munir eux-mêmes d'un logiciel. Un logiciel performant, qui découlerait idéalement du DPI (caractéristique mentionnée quatre fois), signifierait un gain de temps considérable et une amélioration de la qualité. Lors de la mise en service du RPM rénové, il faudra consa-

crer suffisamment de temps au développement de ces nouveaux logiciels par les hôpitaux ou les fournisseurs.

3.4.3.3 Application web Smureg

Depuis 2009, les Smureg sont transmis via la plateforme *eHealth* au moyen d'une application web. Cette méthode présente plusieurs avantages, tels que la permanence continue au sein de *eHealth*, la protection des données par cryptage et les nombreuses possibilités de mise en relation des données à l'aide du numéro national unique du patient. En contrepartie, le SPF est tributaire de la qualité du traitement des données par *eHealth*. Plusieurs codes étaient manquants dans les données fournies par *eHealth* en 2014 et 2015, ce qui a donné lieu à des problèmes techniques, à un surcroît de travail de contrôle pour le SPF et à un retard dans la publication des rapports. En outre, toute modification d'un champ d'enregistrement entraîne un paiement à la Smals.

Sur la base des résultats d'une enquête de satisfaction effectuée en 2012 par le SPF auprès des services d'urgence à propos de la cellule de gestion de la banque de données, des actions concrètes ont été menées en vue d'améliorer la convivialité de l'application web. L'efficacité de l'enregistrement n'est pourtant pas encore optimale : douze hôpitaux déclarent explicitement que la fiche Smur est d'abord complétée sur papier avant d'être introduite par des codificateurs via l'écran de saisie du Smureg.

À terme, le SPF ne supportera donc plus l'application web. Il promeut à sa place l'utilisation des services web. Par leur biais, les données ne sont introduites qu'une seule fois dans le système informatique de l'hôpital. Le service informatique devra ensuite assurer l'extraction automatique des données Smureg pour *eHealth*, à condition que le Smureg soit d'une stabilité maximale. En effet, la moindre modification nécessite de nombreuses adaptations techniques dans les hôpitaux, comme la création des champs de saisie adéquats dans le système informatique de l'hôpital et d'un lien vers les fichiers *eHealth*. Onze hôpitaux participant à l'enquête mettent l'accent sur le fait qu'ils devront continuer à développer les services web. Seuls quelques hôpitaux ont investi dans ces services jusqu'à présent. D'après le SPF, les services web doivent continuer à être promus de manière intense.

3.4.3.4 Enregistrement Ureg en ligne

L'Ureg est l'enregistrement le plus récent, dont la structure prend le plus en compte l'instauration d'un DPI. Il a été créé en optant directement pour les services web avec une extraction automatique des données provenant du dossier patient. De cette manière, les prestataires de soins n'ont plus conscience de devoir introduire des données spécifiquement pour l'Ureg. Le réseau Santé wallon propose aux hôpitaux wallons un service de conversion des données du DPI vers l'Ureg et d'autres enregistrements.

Pour 30 des 86 hôpitaux (disposant d'un service d'urgences) ayant répondu à la question, la transmission des données se déroule bien (de manière semi-automatique à partir du DPI). En revanche, 13 des 86 hôpitaux déclarent explicitement rencontrer encore de nombreuses difficultés techniques : l'intégration de l'application dans le DPI est laborieuse. Les hôpitaux relèvent également que la communication du SPF est très tardive et qu'il est dès lors difficile d'apporter des modifications aux logiciels et de former le personnel à temps.

3.5 Politique de sanction et contrôles

3.5.1 Politique de sanction

Il n'existe pas de politique de sanction, ni pour les retards de transmission des données, ni pour les erreurs dans les données. Au moyen du rapport Bilan de la situation, le SPF vérifie quotidiennement la progression de l'introduction des données du RHM de chaque hôpital. Il prend contact systématiquement avec les hôpitaux qui ne respectent pas les échéances. Il consigne aussi dans un fichier de suivi à quel moment et de quelle manière il a pris contact avec l'hôpital et quelle suite y a été donnée. Le RPM et le Smureg font l'objet d'un suivi similaire.

Le SPF dispose bel et bien d'un instrument de sanction. Une retenue de 10 % peut être appliquée au financement d'un hôpital dans le cadre du BMF si les données d'enregistrement ne sont pas transmises à temps ou entièrement²⁵. La sévérité de cette sanction est telle qu'elle conduirait l'hôpital à de graves problèmes financiers. Elle n'a donc jamais été appliquée et, selon le SPF, il est impensable qu'elle le soit un jour. Il s'impose de concevoir un instrument de sanction moins sévère et par conséquent réellement applicable.

La Cour des comptes constatait déjà l'absence de sanction en 2006²⁶. Le SPF avait déjà annoncé à cette époque qu'un régime de sanction était en préparation. Il annonce toujours la même chose aujourd'hui. La ministre de la Santé publique a indiqué dans sa note politique 2016 que le SPF avait donné l'impulsion à la mise en place d'une politique de sanction qui serait introduite encore en 2016.

La question est de savoir si les conditions d'encadrement sont réunies pour l'introduction d'une telle politique. Dans la négative, il sera difficile d'appliquer concrètement ces dispositions en matière de sanctions.

Le CNEH a rendu un avis en 2014 sur la possibilité d'introduire des sanctions en cas de retard. Il a néanmoins cité plusieurs conditions : les délais doivent être réalistes, les instructions de codage doivent être claires et communiquées au moins six mois à l'avance, une procédure de recours spécifique doit être prévue, etc. Le CNEH a aussi souligné le sous-financement structurel des enregistrements.

Sanctionner les erreurs constatées est encore plus complexe, car le SPF devrait pouvoir distinguer le gonflement délibéré des données et les simples erreurs de codage. La clarté des instructions de codage et le financement (notamment pour la formation du personnel) seront ici aussi déterminants. Avant d'envisager la possibilité d'infliger des sanctions, il faut répondre à plusieurs questions : peut-on infliger des sanctions sur la base des échantillons limités tels qu'ils sont constitués actuellement lors des audits ? Comment va-t-on fixer le montant des sanctions, alors que le service d'audit reconnaît lui-même être incapable d'évaluer les conséquences financières d'une erreur de codage ? Le nombre limité d'hôpitaux audités, qui n'ont de plus pas été choisis sur la base d'une analyse des risques, peut susciter

²⁵ Arrêté royal du 19 février 1987 fixant les règles d'application de l'article 19 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

²⁶ Cour des comptes, *Nouvelles règles de financement des hôpitaux*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, février 2006, 51 p. Disponible sur www.courdescomptes.be.

un sentiment d'inégalité juridique. Pour conférer une assise suffisante à une politique de sanction des erreurs, il faudrait revoir toute la procédure de contrôle et, selon toute vraisemblance, dégager des moyens supplémentaires.

Dans le cadre de l'enquête réalisée par la Cour des comptes, 84 % des hôpitaux ont répondu à la question de l'opportunité d'introduire des sanctions ou des récompenses. Les sanctions emportent 46 % des avis et les récompenses 55 %. En ce qui concerne les motifs de sanction, 29 % citent explicitement le gonflement des données et 14 % les retards. Dix-huit pour cent indiquent qu'il n'est pas raisonnable d'infliger des sanctions tant que le SPF ne fournit pas le cadre nécessaire à un enregistrement correct. Les répondants soulignent aussi le sous-financement ainsi que la nécessité de définir des instructions de codage claires et de les communiquer à temps. Les hôpitaux mettent en garde également contre le fait d'associer trop rapidement une intention frauduleuse aux erreurs et insistent sur la nécessité de démontrer cette intention avant d'infliger une sanction. Les hôpitaux pointent aussi le nombre d'audits trop limité et leur qualité. Par ailleurs, certains hôpitaux déplorent que, si eux-mêmes fournissent les efforts nécessaires à un enregistrement correct et dans les délais, d'autres moins scrupuleux ne sont pas sanctionnés (voire sont récompensés lorsqu'ils gonflent leurs données), faute de politique de sanction. L'application de sanctions trouve donc une certaine adhésion parmi les hôpitaux pour autant que les pouvoirs publics créent les conditions optimales au respect des délais.

3.5.2 Contrôles automatisés

Lorsqu'un hôpital transmet ses RHM et RPM au SPF, des contrôles automatisés sont réalisés pour identifier qu'il s'agit bien du bon format de données et éviter les contradictions de fond évidentes. Un rapport d'erreurs automatisé est toujours établi. Certaines erreurs graves bloquent la saisie (voir point 3.4.3.1). En revanche, l'hôpital peut décider de confirmer les données en cas d'erreurs de moindre importance. L'hôpital n'est censé procéder à cette confirmation qu'après avoir vérifié que les messages d'erreur étaient ou non justifiés et avoir apporté les corrections nécessaires.

Des contrôles automatisés plus étendus étaient prévus à l'origine. Il avait ainsi été envisagé de vérifier si les données des différents domaines du RHM (médical, infirmier et administratif) coïncidaient au sein de l'hôpital. Le SPF souhaitait aussi initialement examiner si les données correspondaient avec d'autres enregistrements hospitaliers et des données introduites précédemment. Ces contrôles ne sont toutefois pas encore disponibles, par manque de moyens selon le SPF. Il n'a pas été prévu de réaliser des contrôles automatisés visant à faire la comparaison avec la moyenne des autres hôpitaux.

Les contrôles automatisés sont les seuls contrôles contraignants du SPF, car ils peuvent bloquer la transmission de données en cas d'erreurs suffisamment graves. Il s'agit toutefois de contrôles de base qui détectent uniquement des contradictions évidentes et non de contrôles qualité avancés.

3.5.3 Audits

Les audits du SPF portent uniquement sur le RHM.

3.5.3.1 DM-RHM

Les audits relatifs au DM-RHM ont, selon le SPF, un caractère à la fois *exploratoire* (le SPF s'enquiert de la manière dont les hôpitaux appliquent les règles de codage dans la pratique) et *informatif* (au cours de l'audit, le SPF explique les règles de codage à l'hôpital en s'appuyant sur les dossiers contrôlés). En l'absence d'une politique de sanction, le SPF ne peut effectivement pas utiliser les audits comme un véritable instrument de contrôle assorti de répercussions lors de la constatation d'erreurs. Par conséquent, l'audit n'a de toute manière aucune conséquence financière pour l'hôpital concerné. Selon le SPF, les audits ont néanmoins pour effet que les erreurs observées se reproduisent moins souvent. La Cour des comptes relève que les audits sont réalisés à partir des informations écrites des dossiers de patients ayant quitté l'hôpital depuis un certain temps. Il est donc impossible de confronter le contenu du dossier patient à la réalité (pour vérifier l'exactitude du diagnostic, par exemple).

La constatation éventuelle d'un grand nombre d'erreurs ne donne pas lieu à un audit de suivi par la suite. La réglementation le prescrit pourtant lorsqu'au moins 5 % des erreurs constatées ont conduit à un financement trop élevé. Le SPF déclare qu'il ne connaît pas l'incidence financière des erreurs de codage, que, de toute façon, les sanctions sont inexistantes et que le personnel disponible est trop limité pour réaliser des audits de suivi. En outre, les instruments nécessaires au suivi sont absents : aucune comparaison du type d'erreurs constatées n'est effectuée entre les hôpitaux, aucune analyse de l'évolution de la qualité au fil des ans, etc.

La plupart des audits sont réalisés de manière aléatoire. Les hôpitaux ne sont pas sélectionnés spécifiquement parce qu'ils s'écartent de certains paramètres. La sélection des 50 dossiers à examiner (taille habituelle de l'échantillon) au sein de l'hôpital est également aléatoire. Elle est communiquée à l'hôpital deux jours à l'avance, comme l'impose la réglementation pour assurer que tous les documents soient disponibles immédiatement au moment de l'audit. Le risque est toutefois que les dossiers soient modifiés avant l'audit. En revanche, pour les audits axés sur un thème spécifique (par exemple, la présence du diagnostic à l'admission), les hôpitaux sont sélectionnés à partir de paramètres.

La réglementation prescrit au minimum un contrôle par an par hôpital, un objectif qui n'a pas été atteint la plupart des années (voir tableau 5). Le SPF explique cette situation par le manque de personnel et l'attribution de nouvelles tâches supplémentaires. La durée de réalisation d'un audit est d'en moyenne six jours/homme. Les auditeurs ne sont pas spécialisés, mais répartis selon leur rôle linguistique. Le SPF dispose en 2016 de six médecins auditeurs ETP, dont 1,5 ETP est affecté temporairement à d'autres tâches. Aucune suite n'a été donnée aux demandes visant à obtenir du personnel supplémentaire. Quoi qu'il en soit, le SPF estime que le recrutement est difficile, car les conditions salariales ne sont pas compétitives, même au sein de la fonction publique (par rapport à l'Inami, par exemple).

Tableau 5 – Nombre d'audits DM-RHM

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aléatoires	105	22	14	72	0	0
Ciblés	17	86	13	37	98	0
Total	122	108	27	109	98	0

Source : SPF Santé publique

Le petit nombre d'audits réalisés en 2012 s'explique, d'après le SPF, par la combinaison de plusieurs facteurs, à savoir des problèmes informatiques, une nouvelle méthode de contrôle et l'indisponibilité de divers collaborateurs.

Aucun audit n'a été réalisé au cours de l'année de transition 2015 et du premier semestre 2016 (passage de l'ICD-9-CM à l'ICD-10-BE) et l'effectif ainsi libéré a été affecté au soutien de cette transition. Il est prévu d'inviter fin 2016 les responsables de l'enregistrement RHM de tous les hôpitaux à un entretien pour évaluer le déroulement du passage à la nouvelle version de l'ICD.

En réponse à l'enquête de la Cour des comptes, 75 hôpitaux ont mentionné la date de leur dernier audit DM-RHM. Pour la plupart d'entre eux, le dernier audit date de 2014 (43) ou de 2013 (24). En moyenne, il remonte donc à deux ans et demi.

Les audits portent toujours sur des années d'enregistrement clôturées. Ainsi, la plupart des audits réalisés en 2014 concernaient des données de 2011. En moyenne, les audits sont réalisés 3,6 ans après l'année d'enregistrement à laquelle ils se rapportent, ce qui est néfaste en termes d'efficacité. En effet, les auditeurs doivent appliquer les instructions de codage en vigueur pour l'année d'enregistrement, qui ont peut-être été modifiées entre-temps. Leurs recommandations pour améliorer le codage ne pourront avoir une incidence que dans le futur, car, en raison du délai entre l'année d'audit et l'année d'enregistrement, l'amélioration éventuelle ne pourra de toute manière intervenir que trois ou quatre années d'enregistrement plus tard. Il va de soi que des constatations « historiques » sont moins pertinentes pour l'hôpital que l'identification d'erreurs récentes. Cela explique peut-être pourquoi seulement 54 % des hôpitaux déclarent avoir modifié leur méthode de codage à la suite d'un audit.

À terme, le SPF veut passer à des audits statistiques en envoyant des questionnaires écrits aux hôpitaux concernés sur la base d'anomalies constatées par rapport aux méthodes de codage usuelles. En fonction des réponses, il décidera ensuite si un contrôle sur place est encore nécessaire. Cette méthode d'audit ciblée est plus performante que le système actuel, qui repose en grande partie sur une base aléatoire. Elle produira aussi une base plus solide en vue d'un rapport global éventuel sur la qualité de l'enregistrement. La Cour des comptes relève que cette méthode d'audit avait déjà été annoncée en 2006.

3.5.3.2 DI-RHM

L'objectif d'un contrôle annuel par hôpital n'est pas réalisable non plus pour les données infirmières par manque de personnel (voir tableau 6). Le nombre d'infirmiers auditeurs est passé de cinq à trois en 2011. Un seul auditeur était disponible en 2012 et 2015 en raison de

départs à la retraite et d'absences de longue durée. Un audit prend de quatre à cinq jours/homme en moyenne.

Tableau 6 – Nombre d'audits DI-RHM

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Exploratoires ou informatifs	35	0	0	13	56	7
Spécifiques	2	7	0	5	0	0
Total	37	7	0	18	56	7

Source : SPF Santé publique

Cinquante-cinq hôpitaux ont communiqué la date de leur dernier audit DI-RHM à la Cour des comptes. Il remonte à trois ans en moyenne. À l'instar de l'audit DM-RHM, l'audit DI-RHM porte toujours sur une année d'enregistrement passée : trois ans séparent en moyenne l'année d'audit et l'année d'enregistrement.

Jusqu'en 2016, les hôpitaux étaient sélectionnés de manière aléatoire. Les audits étaient réalisés tantôt à l'aide d'un questionnaire (sans sélection de dossiers), tantôt à partir d'un nombre aléatoire de dossiers sélectionnés en fonction de certains critères. En 2011, des hôpitaux ont été sélectionnés à partir de « clignotants » dans le cadre d'un audit spécial.

En 2016, le SPF a adopté une méthode d'audit statistique pour le DI-RHM qui lui permet de réaliser des audits à distance. Une première enquête écrite a été réalisée fin juin 2016 et les réponses ont été traitées par le SPF. L'efficacité de cette nouvelle méthode doit encore être objectivée.

3.6 Simplification administrative

3.6.1 Remarques des hôpitaux

Dans l'enquête de la Cour des comptes, les hôpitaux soulignent l'existence d'une marge importante de simplification des enregistrements. Par exemple, d'après les hôpitaux, les données du RHM font double emploi avec celles du registre du cancer (22 répondants), les indicateurs proposés par le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière (10 répondants), les données des registres des implants et prothèses (12 répondants) et les enregistrements relatifs à la naissance et à l'épidémiologie périnatale (9 répondants). Par ailleurs, il existe un chevauchement entre le RPM et l'enregistrement TDI consacré au traitement des toxicomanies (9 répondants).

En outre, les quatre enregistrements abordés dans l'audit de la Cour se chevauchent aussi. Une intégration du RPM dans le RHM est souhaitée par environ la moitié des hôpitaux disposant d'un service psychiatrique qui ont répondu à l'enquête. De plus, 21 hôpitaux signalent aussi un chevauchement important entre l'Ureg et le RHM, et 13 répondants font la même observation pour le Smureg. Ces hôpitaux préconisent le rassemblement de toutes les données relatives aux urgences dans un seul enregistrement et la suppression des données redondantes.

Les hôpitaux trouvent le RHM superflu dans de nombreux cas. Parmi les thèmes abordés le plus souvent, les hôpitaux citent la lourdeur de l'enregistrement pour les hospitalisations de jour et les urgences, la scission inutile en parties de séjour ou en spécialisations ainsi que l'excès de données à caractère personnel. Dix-huit hôpitaux considèrent même que le RPM pourrait être supprimé. Certains éléments de l'enregistrement Ureg seraient aussi trop détaillés (comme l'indiquent explicitement 12 des 86 répondants), si bien que la valeur ajoutée pour un système de monitoring national n'apparaît pas clairement (par exemple, la hauteur d'une chute n'apprend pas grand-chose sur les blessures encourues).

Plusieurs hôpitaux estiment qu'il est nécessaire de prévoir une concertation plus large avant d'introduire un nouveau système d'enregistrement ou d'étendre l'enregistrement existant. Pour le développement de l'enregistrement Ureg, par exemple, les hôpitaux jugent qu'il aurait été souhaitable de confronter la faisabilité et la pertinence aux points de vue des associations professionnelles et scientifiques. Cela n'a pas été fait ou pas suffisamment selon eux, de sorte que l'inutilité de certains éléments n'est apparue clairement que par la suite.

Toujours d'après les hôpitaux, le passage à de nouveaux systèmes de codification plus pointus a nettement augmenté la charge de l'enregistrement.

Trente-trois des 95 hôpitaux soulignent le caractère plus complexe de l'ICD-10-BE en ce qui concerne le DM-RHM. Ils relèvent en particulier les problèmes suivants :

- Les collaborateurs doivent acquérir davantage de connaissances en matière d'anatomie, de pathologie et d'interventions, ce qui implique des investissements considérables dans la formation (68 répondants). En cas d'indisponibilité du personnel pour cause de maladie, de licenciement ou de départ à la retraite, la formation de nouveaux collaborateurs peut durer jusqu'à un an compte tenu de la complexité (18 répondants).
- La productivité en matière de codage baisse non seulement au début lorsque les collaborateurs ne connaissent pas encore les codes par cœur, mais aussi à plus long terme à cause de l'augmentation du nombre de caractères et de codes (24 répondants mentionnent une augmentation de 10 à 100 % voire plus du temps passé au codage²⁷). Plus de la moitié des hôpitaux recrutent du personnel supplémentaire en vue du passage à l'ICD-10-BE (51 répondants, 1,5 ETP en moyenne). Les hôpitaux tentent en même temps de pallier la perte de productivité en améliorant l'organisation, notamment par la sensibilisation des médecins, le contrôle de la qualité, le parangonnage, les enregistrements tests et la collaboration avec d'autres hôpitaux (50 répondants).
- 15 hôpitaux citent des problèmes de logiciels.

Une étude menée précédemment a identifié les mêmes problèmes²⁸.

La charge administrative s'est aussi nettement alourdie lors de l'introduction du DI-RHM actuel, notamment parce que le nombre d'éléments à enregistrer est passé de 23 à 78. Bien que le secteur ait été étroitement associé à cette introduction, deux tiers des répondants soulignent actuellement la nécessité de simplifier sensiblement le DI-RHM. Par ailleurs,

²⁷ Voir aussi le sondage sur le passage à l'ICD-10-BE, réalisé par le réseau Zorgnet-Icuro auprès de 44 hôpitaux en octobre 2015.

²⁸ Rand Corporation, *The Cost and Benefits of Moving to the ICD-10 Code Sets*, mars 2004, 85 p.

60 % des hôpitaux sont favorables à un enregistrement permanent des DI-RHM (au lieu de quatre périodes de quinze jours par an) pour l'aligner davantage sur le DM-RHM, mais uniquement à certaines conditions, telles que la simplification, l'automatisation via le DPI, l'utilisation effective par les pouvoirs publics et de plus larges possibilités pour l'usage interne.

Le SPF reconnaît que les différents enregistrements se chevauchent. La suppression des chevauchements restera un point important de son plan d'action relatif à la simplification administrative dans les prochaines années. Le SPF souligne aussi qu'il essaie toujours d'impliquer le secteur lors de l'élaboration des nouveaux enregistrements tels que l'Ureg.

3.6.2 Actions de l'administration

Dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a élaboré en 2015 un plan d'action relatif à la simplification administrative. La simplification des enregistrements obligatoires en constitue un point d'action majeur²⁹. La cellule stratégique a sondé à la fois le SPF et le secteur à ce sujet. Elle a formulé des propositions concrètes de simplification à partir des réponses obtenues qu'elle a soumises aux experts du SPF et au groupe de concertation sur le financement des hôpitaux³⁰. Cette initiative a débouché en février 2016 sur l'établissement d'une liste d'améliorations rapides³¹, dont les répercussions doivent déjà être tangibles en 2016. Pour accélérer la réalisation des améliorations, la simplification sera parfois opérée d'abord au moyen d'une circulaire et la réglementation sera modifiée par la suite. Les propositions dont la mise en œuvre est moins rapide sont rassemblées dans une seconde phase.

Trois types d'améliorations rapides ont été sélectionnés en ce qui concerne le RHM :

- Plusieurs données enregistrées en double sont supprimées du RHM, comme la cause du décès (déjà enregistrée auprès du SPF Économie) ou les codes Inami pour un grand nombre d'interventions et d'examens (déjà enregistrés pour la facturation et le rapportage de l'Inami). Par analogie, une série de données du RHM sont supprimées du rapportage comptable Finhosta.
- La pertinence de plusieurs données moins utilisées est en cours d'analyse (par exemple, le degré de certitude du diagnostic, la scission fictive entre salles d'opération et salles de réveil dans les unités de soins).
- Les valeurs à compléter pour certains codes sont simplifiées (par exemple, pour le code Diagnostic posé à l'admission).

Pour le SPF, la fusion de certains enregistrements, comme les hôpitaux l'avaient suggéré à la Cour des comptes, n'est pas possible pour les raisons suivantes :

²⁹ Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux, 28 avril 2015.

³⁰ Créé en 2015, sous la direction de la cellule stratégique et des représentants des hôpitaux, des médecins et des mutualités.

³¹ Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux – Simplification administrative, 14 février 2016.

- Certaines données doivent être communiquées très rapidement : les données Ureg doivent être transmises en temps réel pour pouvoir déclencher l'alerte, ce qui n'est pas possible pour le Smureg et le RHM.
- Les données proviennent d'une autre source, comme le registre du cancer : ces données ne sont pas issues du dossier de sortie et elles connaissent une classification légèrement différente et sont enregistrées selon d'autres règles de codage que le RHM.
- Les données ont un autre champ d'application : les enregistrements Inami peuvent être réutilisés en partie dans le RHM, mais n'existent pas pour les non-résidents. Les données Smureg concernent le stade de pré-hospitalisation, tandis que l'Ureg et le RHM portent sur l'hospitalisation. Le RPM est également obligatoire pour les hôpitaux psychiatriques, qui ne sont pas tenus à des enregistrements RHM.
- Les nouveaux enregistrements sont conservés séparément jusqu'à ce qu'ils soient stables. Dans le passé, l'ajout de champs supplémentaires temporaires dans les enregistrements existants occasionnait un travail d'adaptation disproportionné ainsi que des retards. En 2009, les codes supplémentaires pour la grippe A/H1N1 ont par exemple nécessité un travail d'adaptation de dernière minute et dès lors entraîné de nouveaux retards dans la transmission des RHM par les hôpitaux. Deux ans plus tard, les champs concernés ont été retirés.

Outre les améliorations rapides, le SPF continue à étudier une série de pistes permettant d'éviter les enregistrements superflus. Il envisage, par exemple, de supprimer du RHM les séjours exclusivement psychiatriques ou les données des services d'urgence. Par ailleurs, le registre du cancer introduira une demande auprès de la Commission vie privée pour relier les données du RHM à ses propres données (et éviter ainsi de demander deux fois les mêmes renseignements aux hôpitaux).

En ce qui concerne le RPM, les pouvoirs publics sont conscients des lacunes depuis longtemps. À la demande de la ministre de la Santé publique, le CNEH a énoncé dès 2012 les principes d'une réforme et d'une simplification du RPM actuel³². Ces principes respectent des conditions de qualité pour les enregistrements, telles que l'enregistrement unique, la charge d'enregistrement minimale, l'enregistrement uniforme pour tous les établissements, une harmonisation maximale avec les enregistrements au niveau international, etc. Le groupe de travail permanent Psychiatrie du CNEH a développé ces principes de base plus en détail³³. Outre les services hospitaliers, les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques, l'obligation d'enregistrement sera étendue aux centres de réhabilitation, aux centres de soins de santé mentale et aux équipes ambulantes mobiles. Comme plusieurs de ces établissements relèvent de la compétence des entités fédérées depuis la dernière réforme de l'État, un protocole fixant les principes de base du RPM a été signé avec entités fédérées en février 2016. Chaque entité fédérée est responsable de la poursuite du déploiement de ces principes dans les établissements relevant de sa compétence. Le SPF prépare un arrêté royal concernant les établissements fédéraux.

³² CNEH, Ébauche d'un enregistrement minimal rénové dans les établissements de SSM, 8 novembre 2012, 5 p.

³³ CNEH, Avis du groupe de travail permanent Psychiatrie concernant un enregistrement commun dans les soins de santé mentale, 12 décembre 2013, 96 p. ; Avis conjoint des sections Programmation & Agrément, Financement et Groupe de travail permanent Psychiatrie concernant un système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins, 9 juillet 2015, 29 p.

3.6.3 Principe *Only Once*

Grâce à l'introduction du DPI, il est possible d'enregistrer une donnée une seule fois et de la communiquer automatiquement à d'autres systèmes d'enregistrement. La condition fondamentale au fonctionnement de ce système est l'introduction du numéro de registre national, sous une forme cryptée, comme numéro de patient unique pour tous les enregistrements. Même lorsque cette condition est remplie, le principe *Only Once*, qui consiste à demander une seule fois la même donnée, n'en demeure pas moins crucial. En effet, la création et la gestion des liens d'une donnée vers les différents enregistrements alourdiraient la charge de travail informatique au sein des hôpitaux. En outre, il faut s'interroger sur les différences, souvent minimes, dans les définitions ou les nuances d'une même notion dans les différents enregistrements : ces différences sont-elles indispensables, car liées aux différentes finalités des données, et leur utilité l'emporte-t-elle sur la charge supplémentaire d'enregistrement? De plus, l'application de différents systèmes de classification en parallèle constitue encore actuellement un obstacle à la simplification (par exemple, l'ICD-9-CM pour le RPM et le Smureg, l'ICD-10-BE pour le RHM, Snomed CT pour l'Ureg). L'harmonisation est primordiale pour limiter le plus possible le nombre d'éléments à enregistrer et améliorer la cohérence entre les différents enregistrements.

Chapitre 4

Qualité des enregistrements

4.1 Ponctualité

4.1.1 RHM

Les hôpitaux doivent transmettre le RHM du premier semestre pour le 30 novembre et celui du second semestre pour le 31 mai au SPF Santé publique. Le retard moyen a atteint 23 mois au cours de la période 2008-2013. Il a été occasionné tant par le SPF même que par les hôpitaux.

Lors du lancement du nouvel enregistrement RHM en 2008, le service *Data Management* a enregistré un arriéré important en raison de problèmes techniques. Le délai a ainsi été prolongé systématiquement. En 2008, il a tout d'abord été prolongé de deux ans, pour ensuite être réduit progressivement jusqu'à la livraison du RHM 2013/2^e semestre.

Comme le SPF a en outre modifié l'enregistrement, un retard a aussi été enregistré au niveau des hôpitaux, par exemple en raison de l'ajout de nouveaux modules obligatoires dans le RHM, de la communication parfois tardive à ce sujet et du passage à l'ICD-10-BE.

Le tableau 7 montre que, malgré le report octroyé, les hôpitaux ne sont pas parvenus ces dernières années à fournir les données en temps voulu. Tant les petits que les grands hôpitaux (en termes de nombre de lits agréés) ont des problèmes de ponctualité. Les enregistrements de plus de 90 % des hôpitaux sont néanmoins en ordre neuf mois après l'expiration du délai.

Tableau 7 – Pourcentage des établissements ayant transmis le RHM, par rapport aux délais (situation au 1^{er} juin 2016)

RHM	Nombre d'établissements	À temps	Après la date limite			
			3 mois	6 mois	9 mois	12 mois
2010.1	131	93 %	96 %	100 %		
2010.2	129	86 %	96 %	98 %	100 %	
2011.1	128	83 %	88 %	96 %	99 %	
2011.2	128	60 %	81 %	91 %	97 %	99 %
2012.1	128	39 %	77 %	90 %	96 %	96 %
2012.2	128	41 %	78 %	92 %	96 %	96 %
2013.1	127	11 %	61 %	80 %	90 %	92 %
2013.2	126	23 %	67 %	78 %	90 %	91 %
2014.1	124	20 %	63 %	81 %	93 %	94 %
2014.2	118	26 %	74 %	90 %	94 %	98 %
2015.1	116	27 %	85 %	93 %		
2015.2	116	50 %				

Source : SPF Santé publique

Les hôpitaux imputent leur retard à un arriéré dans le codage dû au départ de membres du personnel (maladie, retraite, etc.) combiné au délai important nécessaire pour familiariser les remplaçants au système et à des problèmes informatiques liés au DPI.

Le SPF ne peut clôturer l'année que lorsque tous les hôpitaux ont introduit leurs enregistrements. Il doit dès lors utiliser des données dépassées pour calculer le financement ou pour organiser l'appui stratégique et la recherche scientifique. Pareille situation est démotivante pour les hôpitaux qui respectent les délais.

4.1.2 RPM

Les RPM sont enregistrés en continu et doivent être transmis au ministre au plus tard trois mois après la fin de la période d'enregistrement : les données du premier semestre pour le 30 septembre et celles du second semestre pour le 31 mars. Ces données aussi sont souvent transmises en retard (aucune donnée statistique concrète n'est disponible).

Du côté du SPF, le retard a surtout été engendré par des lacunes techniques (logiciel Atoum dépassé, difficultés de transmission des données via *Portahealth*).

On observe une constante ces dernières années : environ 40 % des hôpitaux respectent le délai et, trois mois après l'expiration de celui-ci, environ 70 % ont transmis leur RPM. Deux ans après le délai, il manque toutefois encore les enregistrements de quelques établissements (tableau 8).

Tableau 8 – Pourcentage des établissements ayant transmis le RPM, par rapport aux délais (situation au 1^{er} juin 2016)

RPM	Nombre d'établissements	À temps	3 mois de retard	12 mois de retard	Pas encore transmis
2011.1	262	10 %	36 %	90 %	1
2011.2	261	19 %	61 %	94 %	1
2012.1	260	27 %	70 %	92 %	2
2012.2	260	42 %	71 %	95 %	2
2013.1	258	35 %	66 %	87 %	4
2013.2	259	48 %	71 %	93 %	4
2014.1	256	38 %	70 %	88 %	6
2014.2	257	40 %	70 %	94 %	8
2015.1	256	41 %	70 %		33
2015.2	258	53 %			36

Source : SPF Santé publique

Pour ces données aussi, les hôpitaux connaissent un arriéré de codage en raison du départ de membres du personnel et du délai important nécessaire pour familiariser les remplaçants au système. Les fusions d'hôpitaux ralentissent apparemment aussi le processus.

4.1.3 Smureg

Le Smureg est établi quotidiennement et est transmis définitivement au SPF sept jours après l'intervention.

Les fonctions du Smur ne respectent pas toujours ce délai. L'ancienne application web engendre ici aussi un retard. Lorsque la transmission est bloquée à la suite d'erreurs graves, les codificateurs renvoient les fiches au service d'urgence en vue de leur contrôle. Le délai de sept jours devient alors serré.

4.1.4 Ureg

L'Ureg est établi en temps réel via *eHealth*. Tous les établissements n'ont pas encore entamé cet enregistrement, mais nombre d'entre eux ont déjà pris leurs dispositions. D'autres tentent de s'organiser pour remplir leurs obligations. Le SPF assure le suivi des hôpitaux qui n'ont pas encore entamé l'enregistrement et les contacte. Il apparaît qu'environ 80 % des hôpitaux transmettent déjà des données, mais le SPF doit encore approfondir la question. Trente-cinq des 86 hôpitaux concernés imputent l'application tardive du système à la forte pression du travail et à un manque de personnel.

4.2 Précision et fiabilité

L'objectif des pouvoirs publics est de rassembler des données de qualité. Seules des données précises et fiables peuvent être utiles à la politique en matière de santé et au financement. Cependant, aucun objectif chiffré n'a été fixé en la matière. Il n'est pas non plus fait rapport à ce sujet. Il n'existe pas d'indicateurs pour mesurer la précision et la fiabilité. Les pouvoirs publics sont contraints de travailler avec les données qu'ils reçoivent et tentent d'améliorer progressivement leur précision et fiabilité par le biais de diverses initiatives. Conformément aux plans de management du SPF, les pouvoirs publics se basent à cet effet sur des audits, l'affinement et l'actualisation continus des instructions de codage, les tableaux de feedback soumis aux hôpitaux et, enfin, la réalisation d'études ponctuelles.

L'enquête de la Cour des comptes auprès des hôpitaux a mis en évidence les points d'attention suivants en ce qui concerne la précision et la fiabilité.

4.2.1 Points d'attention pour les hôpitaux

Précision et fiabilité des données source

La précision et la fiabilité de l'enregistrement dépendent évidemment de la qualité des données sources, à savoir le dossier patient. Le dossier patient se compose du dossier médical et infirmier et contient notamment le diagnostic provisoire et définitif, les résultats des examens, les traitements effectués et le rapport de sortie. C'est principalement ce dernier document que le codificateur du DM-RHM considère souvent comme une source d'information importante.

Plus le dossier patient est complet et fiable, moins le codificateur doit effectuer des recherches et moins il rencontre des problèmes d'interprétation. Le contenu minimal du dossier patient est fixé de manière succincte dans la réglementation³⁴. Le médecin-chef de l'hôpital est responsable de la qualité des dossiers médicaux et le directeur infirmier de la qualité des enregistrements infirmiers. Leur implication réelle et leurs aptitudes en matière de gestion de projet sont cruciales pour la qualité de l'enregistrement.

34 Arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.

Dans les réponses à l'enquête, la qualité du dossier patient est le point d'attention le plus souvent mis en avant par les hôpitaux pour garantir la précision et la fiabilité de l'enregistrement DM-RHM (28 sur 95). La qualité dépend largement des méthodes de travail des médecins traitants, qui n'accordent parfois pas suffisamment d'attention à l'utilisation dérivée des données à des fins d'enregistrement, par exemple, lors de la rédaction du rapport de sortie. Pour cette raison, 23 des 95 hôpitaux ayant répondu à l'enquête citent comme point d'attention pour une meilleure qualité de l'enregistrement le fait de sensibiliser les médecins à ce sujet. En cas de doute, les codificateurs prennent parfois contact avec le médecin traitant. Le bon déroulement de ce contact dépend notamment de l'organisation interne de l'hôpital. Idéalement, le responsable de l'enregistrement devrait être un interlocuteur à part entière, reconnu au sein de l'établissement.

Le DPI est souvent mentionné comme solution pour améliorer la précision et la fiabilité des données sources (médicales et infirmières) et ensuite le codage dans les divers enregistrements.

Contrôles au sein des hôpitaux

Les hôpitaux contrôlent eux-mêmes la précision et la fiabilité de leurs enregistrements, par le biais de contrôles intégrés dans les logiciels, d'audits et de la supervision quotidienne des responsables de l'enregistrement. Tout dépend de l'importance réelle qu'accorde l'hôpital à la qualité de l'enregistrement et des moyens dégagés à cet effet. Il n'existe pas de norme en la matière et les différences entre les hôpitaux peuvent être considérables. Vingt-huit des 95 hôpitaux ayant répondu à l'enquête estiment que leurs contrôles internes constituent un point d'attention en matière de qualité pour l'enregistrement DM-RHM. En ce qui concerne l'enregistrement DI-RHM, les contrôles internes constituent le point d'attention le plus souvent mentionné (41 sur 95), ce qui est logique pour un enregistrement qui est souvent effectué de manière décentralisée dans les différentes unités de soins.

Formation

L'enregistrement RHM nécessite une connaissance poussée des instructions de codage dans le détail et la capacité de raisonner d'un point de vue clinique. Un codificateur a généralement besoin d'une période d'apprentissage d'un an avant d'être opérationnel. La formation est considérée comme un point d'attention pour l'enregistrement DM-RHM (15 sur 95) et pour l'enregistrement DI-RHM (13 sur 95). La participation aux initiatives de formation organisées par le SPF se fait sur une base volontaire. Il n'existe pas de formation certifiée par les pouvoirs publics pour le codage. Par contre, il était possible de décrocher un certificat AHIMA (American Hospital Information Management Association) en suivant une formation en ligne. Certains hôpitaux ont conjugué leurs forces en matière de formation, une initiative qui pourrait être encouragée.

L'introduction du DPI et l'utilisation d'outils comme le Snomed CT offriront un soutien au codificateur dans son travail, mais nécessiteront toujours un niveau élevé de formation. La formation devra mettre l'accent sur d'autres éléments : moins apprendre des codes par cœur, mettre davantage l'accent sur le raisonnement clinique et le choix des codes, qui perdureront lors de l'extraction semi-automatique de données.

Pression de travail

Quand ils s'occupent des mesures, les collaborateurs ne se consacrent pas aux soins. Les enregistrements plus centralisés, comme le DM-RHM, sont pour la plupart effectués par des collaborateurs désignés spécifiquement à cet effet, mais les enregistrements décentralisés, comme le DI-RHM et l'Ureg, doivent souvent être effectués par les prestataires de soins eux-mêmes, de sorte que les hôpitaux interrogés se plaignent souvent de la pression du travail et de la priorité à accorder aux soins. Pour la pression du travail aussi, les hôpitaux fondent beaucoup d'espoirs sur le dossier patient informatisé et sur une éventuelle extraction des données largement automatisée.

Parangonnage/tableaux de feedback

Si elle est réalisée avec déontologie et non dans le but de gonfler les données, la comparaison avec d'autres hôpitaux par le biais du parangonnage (*benchmark*) peut influencer favorablement la qualité de l'enregistrement. Les écarts par rapport à un comportement normal de codage peuvent être décelés, analysés et rectifiés. Comme déjà signalé, la plupart des hôpitaux font réaliser des études de parangonnage par des services extérieurs privés et sont disposés à y consacrer des moyens importants. Les tableaux de feedback du SPF sont aussi utilisés, mais vu leur disponibilité tardive, leur usage est souvent limité aux contrôles a posteriori.

4.2.2 Points d'attention pour le SPF Santé publique***Contrôles externes du SPF***

Les contrôles techniques intégrés effectués lors de l'envoi du RHM sont plutôt des contrôles de base. Ils permettent néanmoins de réduire les imperfections des données. L'absence de tels contrôles de base au niveau de l'Ureg entraîne des erreurs d'enregistrement flagrantes (par exemple, une date de sortie antérieure à la date d'admission), qui auraient pu être évitées facilement. Pour le Smureg, il n'existe pas davantage de contrôle d'exhaustivité : le SPF ne sait pas si toutes les admissions ont été enregistrées. Ce problème est en voie d'être résolu.

Les audits périodiques actuels ont probablement une incidence sur la qualité des enregistrements, mais celle-ci ne peut pas être chiffrée. L'effet d'apprentissage de ces audits auprès des hôpitaux dépend notamment de la mesure dans laquelle ceux-ci reconnaissent les problèmes relevés. Le SPF utilise aussi les audits comme source d'information pour les problèmes de codage. Sur cette base, il adapte régulièrement les instructions de codage, ce qui améliore la qualité. Les audits statistiques annoncés, s'ils sont effectivement introduits, devraient avoir une incidence plus grande sur la qualité.

Imprecision des instructions de codage, problèmes de conception

Tout enregistrement, codage et groupement est une simplification de la réalité. Le SPF s'efforce d'élaborer des instructions de codage les plus complètes possibles et de les adapter régulièrement. Par conséquent, les instructions peuvent devenir assez complexes et exigent de la part des codificateurs de suivre ces modifications périodiques (qui ne sont, en outre, pas toujours communiquées longtemps à l'avance). Le SPF tente aussi de répondre aux questions relatives au codage en traitant les questions individuellement ou par le biais d'une foire aux questions (FAQ).

Malgré cette tentative d'établir des instructions complètes, un même dossier pourra parfois donner lieu à des interprétations différentes. Lors d'un audit du DM-RHM, il peut arriver que les divergences d'opinion entre le codificateur de l'hôpital et l'expert du SPF persistent, malgré des données identiques. Le choix des codes ne répond pas toujours entièrement aux besoins (choix trop large, codes souhaités inexistants, champ obligatoire qui ne peut pas être laissé temporairement vide dans l'attente d'une information, etc.). Dans l'enquête, différents hôpitaux ont signalé l'éventail des choix comme point d'attention en ce qui concerne l'enregistrement DI-RHM (9 sur 95), l'Ureg (7 sur 95) et, dans une moindre mesure, le Smureg (3 sur 95). Quand la communication entre les hôpitaux et les pouvoirs publics est suffisante (par exemple, grâce aux enquêtes de satisfaction réalisées par le SPF dans le passé), des corrections sont parfois possibles. Il arrive que les problèmes soient ancrés si profondément dans la conception de l'enregistrement qu'on ne peut qu'en faire le suivi en attendant une éventuelle révision approfondie de l'enregistrement.

4.3 Continuité et cohérence

L'exploitation optimale des données enregistrées nécessite une continuité dans les enregistrements (par exemple, pour les examens de longue durée), qui doivent aussi constituer un tout cohérent. Les modifications apportées par exemple aux définitions doivent être documentées et permettre de convertir des données du passé.

Lors de son enquête notamment, la Cour des comptes a constaté que la continuité et la cohérence des enregistrements examinés ne sont pas garanties.

Ainsi, 19 des 95 hôpitaux répondants ont indiqué que la continuité était entravée par les modifications de codes et de logiciel de groupement (passage de l'ICD-9-CM à l'ICD-10-BE et de l'APR-DRG 15.0 à l'APR-DRG 28.0 et 31.0) ou par leur mise à jour (passage de la version 2014 à la version 2017 de l'ICD-10-BE). Les nouvelles versions sont bien entendu inévitables et le SPF tente de garantir la continuité. La cellule TCG&A du SPF examine l'influence du passage à une nouvelle version et discute des résultats avec le secteur. Ainsi, la cellule a constaté que le passage de la version 15 à 28 de l'APR-DRG modifiait pour 30 % des données RHM 2011 le groupe de pathologies (DRG) et donc le calcul de la durée du séjour justifiée et moyenne. Ce changement entraîne une différence d'une dizaine de lits justifiés (voir point 3.3). La cellule veille à la continuité en recalculant les anciennes données au moyen de la nouvelle version.

La continuité n'est pas garantie lorsque des données ne sont (temporairement) pas enregistrées ou ne doivent être complétées qu'à titre facultatif. Quatre hôpitaux le signalent explicitement. Ainsi, le Smureg a été paralysé entre le 31 octobre 2007 et le 31 mars 2008 à cause de problèmes au niveau de l'application. Certains modules du RPM et Smureg sont facultatifs.

Vingt des 95 hôpitaux estiment que la cohérence est problématique parce que tous les enregistrements ne suivent pas le même système de codification pour le moment. Trente-quatre des 95 hôpitaux sont d'avis que le manque d'uniformité dans les enregistrements hypothèque la comparabilité.

Chapitre 5

Utilisation des enregistrements

Les hôpitaux qui sont convaincus que les autorités exploitent suffisamment les données des enregistrements sont motivés à fournir à temps des données de qualité. En outre, il est important que les enregistrements soient aussi exploitables au sein de l'hôpital, d'autant plus qu'ils sont financés en partie par les hôpitaux mêmes.

5.1 Feedback destiné à la politique interne des hôpitaux

Les hôpitaux peuvent télécharger via le portail internet *Portahealth* des rapports individuels contenant un feedback sur leur propre RHM et leur positionnement par rapport aux autres hôpitaux. Lors de l'enquête, la Cour a examiné l'utilisation de six rapports de feedback. Il en est ressorti que les petits hôpitaux et les hôpitaux de taille moyenne utilisent en moyenne trois ou quatre rapports et les grands hôpitaux en moyenne quatre ou cinq. Seul un hôpital sur six utilise les six rapports. Les plus utilisés sont les rapports de feedback sur les moyens financiers (77 %), sur la part de marché par MDC (*Major Diagnostic Category*) (72 %) et sur les données infirmières (62 %). Viennent ensuite les rapports sur les services d'urgence (47 %), sur les séjours présentant des recouvrements temporels injustifiés (42 %) et sur les données du personnel (42 %).

Par ailleurs, 62 % des hôpitaux utilisent le feedback par hôpital individuel qui est disponible sur le site internet de la cellule technique³⁵. Celui-ci donne une idée du coût par pathologie. Les grands hôpitaux en font à nouveau un usage plus intensif que les autres (80 %).

Les principales finalités de l'utilisation du feedback par les hôpitaux sont :

- le positionnement par rapport aux hôpitaux de la même région ou de la même taille, le suivi de la part de marché, la détection d'opportunités de collaboration avec d'autres hôpitaux (28 sur 95) ;
- la politique interne, l'élaboration de ses propres statistiques, la réponse à des questions ponctuelles de la direction (25 sur 95) ;
- l'amélioration de la qualité des données destinées aux enregistrements ; un contrôle rétroactif de la validité de leurs propres rapports et analyses ou des études de paragonnage externes que de nombreux hôpitaux utilisent en attendant le feedback du SPF (20 sur 95) ;
- la validation du budget des moyens financiers, la confection et le suivi du budget, l'exécution de simulations pour divers scénarios pour l'avenir (17 sur 95) ;
- la connaissance du profil des patients et du personnel nécessaire, l'approfondissement des connaissances en vue de la constitution des *Nursing Related Groups*, l'amélioration de la qualité des soins (14 sur 95) ;

³⁵ La cellule technique résulte d'une collaboration entre le SPF et l'Inami et met le RHM en relation avec les données de l'Inami sur les remboursements. Ainsi, il est possible de calculer un coût par pathologie, qui est une source d'informations stratégiques importantes.

- la connaissance de la consommation des prestations et des médicaments par pathologie et des montants de référence (7 sur 95) ;
- un retour d'information à l'intention du personnel et une sensibilisation de celui-ci (7 sur 95).

Le feedback est souvent utilisé avec une certaine réserve et uniquement en second ressort, après les analyses propres ou le parangonnage externe. Les motifs suivants ont été avancés pour expliquer ce phénomène :

- La dernière version disponible du rapport de feedback le plus consulté, à savoir celui sur les moyens financiers, date de 2011. Pour ce qui est des autres rapports, il s'agit des chiffres de 2013. Le feedback intervient trop tard pour être utile au pilotage effectif de l'organisation, étant donné que l'hôpital a évolué entre-temps (modification du profil des unités de soins, des procédures d'enregistrement, etc.) (43 sur 95).
- Les analyses sont peu intéressantes, insuffisamment détaillées et offrent peu de valeur ajoutée. En outre, il n'y a pas assez d'informations sur l'élaboration des rapports et elles sont parfois difficiles à interpréter (18 sur 95).
- Les hôpitaux sont confrontés à un manque de personnel et de temps pour analyser le feedback (14 sur 95).
- La forme des rapports (PDF statiques) entrave toute analyse plus poussée ou comparaison avec des chiffres internes (5 sur 95). Le SPF proposerait depuis peu dans certains cas son feedback sous le format XML qui permet de traiter plus facilement les données.
- Les hôpitaux spécialisés estiment que la comparaison avec des hôpitaux généraux n'a pas de sens (5 sur 95).

À la question de savoir quel feedback ou quelles données supplémentaires seraient utiles, de nombreux hôpitaux répondent qu'ils souhaiteraient avant tout recevoir le feedback actuel plus rapidement (22/95). Pour la plupart des applications, il n'est pas nécessaire que le feedback se base sur les données complètes de tous les hôpitaux. C'est la raison pour laquelle les hôpitaux préféreraient le recevoir sans attendre la clôture définitive de la période de référence par le SPF. Ce dernier souligne que de tels chiffres provisoires sont, dans la pratique, souvent utilisés par des tiers sans aucune réserve. En outre, une telle façon de procéder engendrerait du travail supplémentaire pour la gestion des différentes versions et leur réconciliation éventuelle.

Le SPF fournit aussi des rapports de feedback aux hôpitaux en ce qui concerne le RPM et le Smureg, avec moins de retard. La Cour des comptes n'a pas examiné l'utilisation de ces rapports.

L'enregistrement du DI-RHM avait aussi pour ambition que les données puissent être utilisées par les hôpitaux pour améliorer leur organisation, en particulier grâce à une objectivation de la répartition du personnel soignant. C'est encore trop peu souvent le cas dans la pratique. Le SPF a toutefois mis au point un instrument de mesure de la charge de travail (Welame), basé sur les données DI-RHM, permettant de répartir le personnel soignant au sein de l'hôpital de manière objective.

5.2 Parangonnage externe

Les problèmes décrits ci-dessus concernant le feedback sur le RHM sont tellement importants pour 87 % des hôpitaux (83/95) qu'ils dépensent des montants considérables pour obtenir un feedback supplémentaire (parangonnage) auprès d'une organisation externe ou d'une entreprise privée. Quarante-cinq pour cent des hôpitaux disposent de deux fournisseurs externes en la matière et 12 % en possèdent même trois. Une entreprise privée domine largement le marché puisqu'elle compte 61 hôpitaux parmi sa clientèle. Elle est suivie par trois acteurs un peu moins imposants (mentionnés par 31, 21 et 14 hôpitaux). Les hôpitaux consacrent au total un minimum de 1,5 million d'euros³⁶ au parangonnage externe, le coût moyen par fournisseur et par hôpital s'élevant à environ 15.000 euros.

Par ailleurs, il existe des groupements d'hôpitaux qui s'échangent leurs données (par exemple, le réseau d'hôpitaux de la KU Leuven) ainsi que des associations faitières d'hôpitaux offrant des services similaires (par exemple, Santhéa en Wallonie et à Bruxelles). Les hôpitaux affiliés paient une cotisation.

Les principales raisons invoquées pour recourir au parangonnage externe sont liées aux lacunes signalées au niveau du feedback du SPF :

- réalisation rapide d'études de parangonnage de données récentes (78 sur 95) : possible pendant la période de référence en cours, parfois même après 24 heures ;
- des informations plus détaillées, plus spécifiques et plus ciblées (58 sur 95) : par exemple, coût par pathologie (important si les hôpitaux étaient davantage financés par le biais de forfaits) ou des données par index/unité/item/spécialité/médecin ;
- parangonnage concernant la part de marché et la performance (44 sur 95) : autres angles de vue sur la population de référence ;
- contrôle et amélioration de la qualité du codage (37 sur 95) : tant pour la correction des données avant leur transmission au SPF que pour l'amélioration du futur codage ;
- monitoring et feedback interne (25 sur 95) : feedback rapide tant à la direction qu'au service, pour pouvoir intervenir en cas de problème de performance ;
- convivialité (16 sur 95) : modulable suivant ses propres requêtes, meilleure interface, représentation graphique du feedback ;
- soutien lors du passage à l'ICD-10-BE (6 sur 95) : feedback sur la qualité du codage et incidence sur le financement ;
- réseautage (5 sur 95) : échange rapide d'informations, par exemple, sur les nouvelles évolutions et tendances.

Les analyses complémentaires des sociétés externes ne sont possibles que parce que les hôpitaux sont disposés à fournir des données supplémentaires par rapport aux fichiers RHM qu'ils envoient au SPF. Il s'agit surtout de données de facturation et de pharmacie, de fichiers médecins et de données APR-DRG supplémentaires.

³⁶ Tous les hôpitaux n'ont pas pu isoler le coût : aucun coût ni estimation du coût n'a été indiqué pour près de 30 % des mentions d'un fournisseur externe. Les dépenses réelles sont donc plus élevées.

5.3 Utilisation par les pouvoirs publics

La réglementation (voir point 2.1) détermine de manière limitative les objectifs de chacun des quatre enregistrements examinés.

Tableau 9 – Objectifs des enregistrements

RHM	RPM	Smureg	Ureg
a) Soutien de la politique de santé en ce qui concerne : 1) la détermination des besoins 2) les normes qualitatives et quantitatives et d'agrément 3) le financement 4) la politique relative à l'exercice de l'art de guérir 5) la politique épidémiologique b) Soutien de la politique au sein des hôpitaux par le biais de feedback c) RHMbis au profit de l'Observatoire de la mobilité des patients	Soutien de la politique de santé en ce qui concerne : 1) la détermination des besoins 2) les normes qualitatives et quantitatives d'agrément 3) le financement 4) l'élaboration d'une politique épidémiologique	Soutien de la politique de santé en ce qui concerne : 1) l'évaluation de la programmation des fonctions Smur agréées (surtout la répartition géographique) 2) l'évaluation du fonctionnement des fonctions Smur, plus précisément dans le domaine d'une prise en charge adéquate et immédiate des malades ou des victimes d'accidents	a) Mise en place d'un système de monitoring et d'alerte b) Soutien de la politique de santé : évaluation, comparaisons au niveau de l'efficacité et de la qualité, instauration d'un système de veille sanitaire c) Élaboration d'indicateurs pour le feedback

Source : Cour des comptes à partir de la réglementation

5.3.1 Financement

Dans la pratique, seul l'enregistrement RHM est utilisé pour le financement des hôpitaux et plus particulièrement pour calculer la partie B2 du BMF. Cette partie couvre les coûts du personnel soignant et des biens de consommation médicaux au sein des services cliniques. Elle s'élève à 3,2 milliards d'euros, soit environ 40 % du BMF total.

Chaque hôpital se voit octroyer un nombre de points en fonction de son taux d'activité³⁷, qui est en grande partie calculée sur la base du RHM. La valeur d'un point diffère chaque année et est déterminée en divisant le budget disponible par le nombre total de points attribués à tous les hôpitaux (système d'enveloppe « fermée »). Pour calculer la valeur d'un point et la répartition du financement, il faut donc disposer des données de tous les hôpitaux.

Les deux derniers semestres du RHM qui sont connus et ont été contrôlés par le SPF constituent la période de référence pour le calcul. En principe, il s'agit des données de l'année T-2,

³⁷ Le taux d'activité est déterminé par le nombre de « lits justifiés » et calculé sur la base d'un *Case Mix*, de la gravité de la maladie et du risque de mortalité (voir point 3.3.2).

mais elles ne sont pas encore disponibles dans la pratique, et les données utilisées sont généralement celles de l'année T-3 (tableau 10). Cette situation s'explique surtout par le fait que les hôpitaux transmettent le RHM en retard. Pour 2011, 2012 et 2013, le SPF a même été contraint de clôturer la banque de données sans attendre les données des derniers hôpitaux (venant principalement d'un même établissement). Il a décidé d'utiliser les dernières données disponibles pour les années d'enregistrement que cet établissement n'avait pas transmises, en y apportant les adaptations nécessaires pour éviter les résultats étranges et les profits injustifiés pour l'établissement concerné. Un manque de personnel au sein du service chargé du financement contribue également au retard et a eu pour conséquence que le financement de 2015 a été déterminé initialement sur la base de données de quatre ans auparavant (RHM 2011).

Tableau 10 – Données de base utilisées lors du calcul de l'activité justifiée au 1^{er} juillet

Année à financer	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Données de base utilisées	RHM 2013	RHM 2011 (jusqu'au 1/1/2016) RHM 2012 (à partir du 1/1/2016)	RHM 2011	RHM 2010	RHM 2009	RHM 2008	RHM 2007

Source : SPF Santé publique

La méthode actuelle entrave le fonctionnement efficace et l'effet directeur du financement: les hôpitaux ne sont récompensés (ou pénalisés) pour leur organisation et leur gestion que des années plus tard.

Partie relative aux données infirmières

Chaque hôpital reçoit un certain nombre de points supplémentaires en vue d'un financement complémentaire de l'activité infirmière (6,5 % du budget des hôpitaux). Il s'agit d'un financement complémentaire pour les hôpitaux où les soins sont plus lourds que la moyenne. En raison du manque de fiabilité des données DI-RHM, ce financement est encore calculé à concurrence de 70 % sur la base d'anciens résumés infirmiers minimums (RIM) datant de 2005 et 2006. Trente pour cent seulement du financement est calculé à partir du DI-RHM (de 2011).

Le CNEH déplore depuis plusieurs années déjà l'utilisation de l'ancien RIM, mais, selon une étude universitaire relative à l'utilisation de profils de soins pour le calcul du BMF, il n'était pas en mesure en 2013 de donner au ministre un avis sur l'introduction du DI-RHM dans le financement³⁸. Un examen en cours dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux doit déterminer quel système d'enregistrement infirmier documente le mieux les différences entre hôpitaux en matière de lourdeur des soins. Comme préconisé dans la note de politique générale 2016, il doit donner lieu à court terme à une révision de l'utilisation du DI-RHM (par le biais des NRG) dans le cadre du système de financement.

³⁸ Doc. parl., Sénat, Question écrite 5-8697 du 12 avril 2013.

Le RHM est aussi utilisé, par le biais d'une liaison avec les données de facturation de l'Inami, pour le calcul des différents forfaits (biologie clinique, imagerie médicale, médicaments) et de montants de référence.

RPM

Le RPM n'est pas utilisé pour le financement alors que c'était son objectif. Les hôpitaux psychiatriques sont financés sur la base de données structurelles, telles que le nombre de lits agréés³⁹, et non en fonction de l'activité. D'après le CNEH, un lien direct entre l'enregistrement et le financement pourrait entraîner un enregistrement des données moins objectif, voire incorrect⁴⁰.

5.3.2 Soutien plus large de la politique

Les quatre enregistrements examinés ont pour objectif de soutenir la politique de santé. L'enquête a examiné la perception de l'utilisation actuelle ou prochaine des enregistrements par les pouvoirs publics dans le cadre du soutien de la politique.

En ce qui concerne le RHM, la majorité des hôpitaux ont répondu positivement à la question (76 % pour le DM-RHM et 54 % pour le DI-RHM).

Un usage important du RHM concerne la mise en relation avec les données de facturation de l'Inami. Sur cette base, il est possible de calculer un coût par pathologie et de déterminer les montants de référence et les forfaits pour un certain nombre de remboursements aux hôpitaux. En outre, le RHM est susceptible de fournir des informations importantes en vue de la réforme du financement des soins de santé. Ainsi, les soins « à faible variation » (pathologie pour laquelle les soins peuvent être facilement estimés) pourraient être remboursés forfaitairement à l'avenir et non sur la base des soins réellement dispensés⁴¹. Le RHM pourrait contribuer à déterminer les pathologies qui entrent en considération et le montant des remboursements fixes. Par ailleurs, les hôpitaux supposent que le RHM sera utilisé à l'avenir pour développer davantage d'indicateurs de qualité, qui joueront un rôle de plus en plus prépondérant dans le calcul du financement (*Pay for Performance*).

Pour ce qui est de l'utilisation du RPM, seuls 35 % des hôpitaux disposant de SPHG répondent positivement à la question. Ils estiment que le RPM est un instrument relativement étendu qui entraîne une charge d'enregistrement importante, alors qu'il offre peu de valeur ajoutée en termes d'assistance⁴². De plus, s'ils n'en perçoivent pas non plus clairement l'utilité pour les pouvoirs publics, ils pourraient se montrer peu scrupuleux dans l'enregistrement. Quinze pour cent des hôpitaux disposant d'une section SPHG signalent explicitement des problèmes de motivation des médecins et des autres personnes impliquées dans l'enregistrement RPM.

³⁹ Le BMF est déterminé sur la base des montants du 30 juin de l'année précédente + index + montants de rattrapage + quelques adaptations ponctuelles.

⁴⁰ CNEH, Avis relatif à la simplification administrative, 14 juillet 2005, 10 p.

⁴¹ Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, *Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux*, 28 avril 2015.

⁴² KU Leuven, Lucas, *Registratie en Monitoringsystemen*, juin 2011. Le RPM fournit peu d'éléments pour l'assistance, parce qu'il ne comprend pas de mesures validées.

Dans la pratique, le SPF utilise bien le RPM pour effectuer des études exploratoires (par exemple, pour décrire les données d'admission psychiatrique 1998-2012), qui évaluent à l'appui de chiffres la mesure dans laquelle les initiatives politiques en matière de soins de santé mentale ont eu les effets souhaités ou ont initié les évolutions souhaitées. Le RPM est en outre (aussi) utilisé pour déterminer les coûts des traitements et rembourser les hôpitaux pour l'enregistrement TDI.

En raison de l'absence d'un numéro de patient unique, il est toutefois impossible de suivre les patients dans plusieurs établissements, ce qui empêche de très nombreuses analyses intéressantes. Depuis 2002 déjà, il existe dans le cadre de la planification de l'offre de soins de santé mentale et de son évaluation, une demande d'analyse, à partir du RPM, du nombre de nouveaux patients, du nombre de patients chroniques ou du nombre de patients qui pratiquent le *Medical Shopping*. L'utilisation du numéro de registre national encrypté comme numéro de patient unique par le biais d'*eHealth* permettrait de nombreuses analyses et études supplémentaires tant pour le RHM que pour le RPM.

En ce qui concerne les enregistrements des urgences, environ 70 % des hôpitaux ayant exprimé un avis ont répondu positivement.

Le Smureg est utilisé par la cellule de l'aide médicale urgente du SPF, qui analyse, à la demande du groupe de pilotage Smur, les données pour soutenir la politique à mener.

Pour ce qui est de l'Ureg (totalement opérationnel seulement depuis début 2016), il est encore trop tôt pour évaluer si tous les objectifs seront atteints. Un objectif important concerne la mise en place d'un système de monitoring et d'alerte, qui doit donner l'alerte lors du dépassement d'un certain nombre de valeurs limites. L'élaboration d'un tel système, nécessitant notamment de déterminer des valeurs limites en collaboration avec des experts, est prévue par le SPF, mais doit encore franchir beaucoup d'obstacles. La qualité des données ne peut pas encore être garantie, il n'y a pas de permanence au service informatique, les données ne sont pas introduites en temps réel, le budget est insuffisant, etc.

Pour motiver les hôpitaux à enregistrer les données Ureg, il serait préférable de ne pas trop attendre pour introduire un système de monitoring. Dans l'état actuel des choses, 20 des 86 hôpitaux concernés (23 %) qualifient explicitement l'Ureg de superflu ou inutile. D'après les hôpitaux, il n'est pas réaliste de penser que l'Ureg permettra d'atteindre l'objectif initial – un suivi rapide –, principalement pour les raisons suivantes :

- La saisie des données en temps réel est une utopie. En réalité, l'ensemble des données sont transmises au moment de la sortie du patient du service des urgences (la fonction de soins prime). Ainsi, ces données sont insuffisantes pour réagir dans des situations de crise.
- Les objectifs et les notions ne sont pas formulés de manière claire ou le sont de manière trop générale (épidémiologie, planification en cas de catastrophe, statut d'occupation des hôpitaux).
- Les hôpitaux doutent que l'Ureg permette de faire des prévisions fiables (par exemple, début d'une épidémie de grippe).

Le nombre important de questions ponctuelles que la cellule *Data Management* reçoit de la part d'autres services du SPF (pour répondre à des questions posées par le Parlement ou la presse, élaborer des statistiques, etc.) et de personnes extérieures démontre que les différents enregistrements sont malgré tout largement utilisés. Les données enregistrées dans les bases de données sont en outre transmises à diverses instances (Institut scientifique de santé publique, registre du cancer, Institut belge pour la sécurité routière, etc.) et à des particuliers (universités, chercheurs, etc.). Enfin, une copie des bases de données RHM et RPM est remise chaque année aux communautés. Le SPF ne met peut-être pas suffisamment en avant l'utilisation réelle des données.

Chapitre 6

Conclusions et recommandations

6.1 Conclusions

La qualité du RHM, du RPM, du Smureg et de l'Ureg ne garantit pas suffisamment que les objectifs visés puissent être réalisés avec certitude. Plus précisément, le retard du RHM et les risques de données imprécises et moins fiables entravent pour l'instant la poursuite de l'orientation du financement des hôpitaux vers un calcul des coûts basé sur les pathologies ou la prestation de soins. Un meilleur enregistrement des données profiterait aussi à la préparation de la politique et à la recherche scientifique. Quelques lacunes dans la réglementation et manquements dans la gestion par le SPF sont notamment à l'origine de ces conclusions. De leur côté, les hôpitaux doivent toutefois entreprendre des efforts suffisants pour effectuer des enregistrements de qualité.

6.1.1 Cadre institutionnel et organisationnel

Les quatre enregistrements reposent sur une base légale et réglementaire suffisante. Néanmoins, la Cour des comptes a constaté que des modifications ont été apportées à l'enregistrement RPM sans modifier la réglementation. La Cour estime que l'efficacité des enregistrements est entravée par le fait que la réglementation ne prévoit pas de sanctions applicables en cas de données transmises tardivement ou de mauvaise qualité. Par ailleurs, l'enregistrement de certaines données est facultatif dans plusieurs systèmes (RPM et Smureg), ce qui peut hypothéquer leur utilité pour la recherche scientifique et la préparation de la politique.

Les tâches relatives aux enregistrements sont clairement attribuées et la réglementation désigne la Direction générale Soins de santé du SPF Santé publique comme responsable du traitement des données.

La vie privée des patients est suffisamment protégée tant lors de l'enregistrement et du traitement des données que lors de la mise des données à la disposition de tiers.

Les enregistrements engendrent des coûts considérables pour les hôpitaux, tant en ce qui concerne le personnel (plus de 1.100 ETP pour le RHM) que les logiciels spécifiques (plus de 11 millions d'euros par an). Ces coûts sont partiellement couverts par le remboursement que reçoivent les hôpitaux à cet effet.

Pour le moment, quelques projets innovants sont déployés dans les hôpitaux à la demande des pouvoirs publics pour améliorer la qualité des enregistrements tout en visant une diminution de leur coût. Dans ce cadre, la ministre préfère travailler avec des organes de concertation informels et soumettre leurs réflexions par la suite aux organes formels, tels que la Structure multipartite.

L'utilisation d'un dossier patient informatisé (DPI) dans les hôpitaux est un facteur de succès important pour réduire les frais d'enregistrement. Il manque toutefois encore un arrêté royal fixant les critères minimums de gestion que le logiciel doit remplir pour être homo-

logué. Bien que la ministre ait lancé un programme d'accélération en 2015 et que les moyens budgétaires aient été doublés en 2016, l'idée que la majorité des hôpitaux disposeront d'un DPI intégré d'ici la date butoir de fin 2018 ne semble pas réaliste. Seul un tiers des hôpitaux estiment être en mesure de respecter ce délai. Les raisons du retard se situent tant au niveau du SPF Santé publique, que des hôpitaux et des fournisseurs de logiciels.

Tous les efforts visant à élaborer des normes en matière de terminologie et de communication sont coordonnés par le SPF Santé publique. L'objectif actuel, qui est d'aboutir de manière semi-automatique à un codage et une classification ICD-10-BE corrects grâce à l'utilisation de la terminologie standard Snomed CT, devra encore prouver son efficacité une fois atteint. Le projet Snomed CT accuse en effet un retard considérable : le SPF ne dispose pas de personnel en suffisance pour gérer en même temps le projet Snomed CT et le passage à l'ICD-10-BE, le DPI intégré fait encore défaut dans la plupart des hôpitaux et les hôpitaux se montrent réticents à l'introduction de Snomed CT. En outre, l'utilisation effective de cette terminologie standard n'est pas une obligation.

6.1.2 Gestion par le SPF Santé publique

Depuis 2016, le SPF Santé publique est régi par un contrat d'administration qu'il a conclu avec la ministre. Ce contrat contient des objectifs stratégiques relatifs aux enregistrements. Le service *Data Management* du SPF pilote les enregistrements et en assure le suivi. En dépit des efforts considérables fournis par le SPF en la matière, la Cour des comptes a constaté quelques manquements.

En 2014, le service *Data Management* a diminué de cinq équivalents temps plein puis il est resté stable. Les diverses tâches supplémentaires qui lui ont été attribuées ces dernières années doivent être effectuées avec le même personnel. L'effectif limité explique en grande partie les conclusions qui suivent sur l'exécution des tâches par le service *Data Management*.

Bien que l'utilisation d'un logiciel de groupement déterminé ne soit pas obligatoire, les hôpitaux estiment que ce logiciel est indispensable. Son coût est élevé parce que chaque hôpital négocie individuellement avec le fournisseur, qui possède le monopole sur ce logiciel.

Le service *Data Management* aide les hôpitaux lors des enregistrements, mais une majorité d'entre eux ne sont pas satisfaits de ce soutien, principalement pour les raisons suivantes : les directives manquent de clarté et de spécificité, la formation donnée par le SPF est lacunaire, les réponses aux questions et le feedback sont trop lents et pas toujours pertinents, le helpdesk ne fonctionne pas bien. C'est la raison pour laquelle 69 % des hôpitaux font appel à une formation externe payante. D'après les hôpitaux, le SPF communique trop tardivement les modifications de sorte que l'adaptation du logiciel ne peut pas être prête à temps.

Malgré les efforts du SPF pour encadrer le passage de l'ICD-9-CM à l'ICD-10-BE, 88 % des hôpitaux jugent l'accompagnement insuffisant. Ils soulignent l'absence de contact individuel entre le SPF et les responsables de l'enregistrement au sein des hôpitaux. De nombreux hôpitaux déplorent ainsi que le SPF ait supprimé l'atelier concernant l'ICD-10-BE en 2016.

Néanmoins, 79 % des hôpitaux se déclarent en mesure d'enregistrer à temps le RHM 2016 en ICD-10-BE. La certitude que les données du RHM 2016 seront immédiatement utilisables

pour le calcul du financement est faible, car les façons de coder diffèrent encore trop entre hôpitaux et le SPF devra attendre les hôpitaux qui n'ont pas terminé la transition.

Les hôpitaux doivent transmettre le RHM et le RPM au SPF via le portail internet *Porta-health*. Ce portail permet un envoi sécurisé, effectue des contrôles automatiques et donne un accès sécurisé aux rapports individuels de feedback. Soixante-deux pour cent des hôpitaux rencontrent néanmoins des difficultés lors de l'envoi de données via ce portail. Les principales sont la lenteur, l'incompréhension des messages d'erreur, le nombre trop élevé d'erreurs bloquantes et une disponibilité trop limitée du SPF en cas de problème.

Les audits de la qualité du RHM réalisés par le SPF ne peuvent pas être utilisés comme instruments de contrôle effectifs puisqu'il n'existe pas de politique de sanction. Il n'est pas davantage possible de contrôler si le contenu du dossier patient correspond à la réalité (par exemple, exactitude du diagnostic). Les objectifs fixés dans la législation, à savoir un contrôle annuel par hôpital et un audit de suivi en cas de taux élevé d'erreurs, ne sont pas réalisés. Le SPF ne dispose pas de personnel en suffisance ni des instruments nécessaires pour atteindre ces objectifs et ne connaît pas les implications financières des erreurs de codage. Le RPM, le Smureg et l'Ureg ne font jamais l'objet d'audits.

Le SPF a entrepris récemment des actions pour mieux faire concorder les enregistrements entre eux et éviter notamment les chevauchements. Le RPM sera revu en profondeur. À cette occasion, l'ancien logiciel Atoum sera abandonné et les hôpitaux devront trouver eux-mêmes le logiciel nécessaire.

6.1.3 Qualité des enregistrements

La date butoir légale n'est respectée pour aucun des enregistrements. Pour calculer le financement des hôpitaux en 2011, 2012 et 2013, le SPF a même été contraint de clôturer la base de données sans attendre les données des derniers hôpitaux. Le retard est provoqué tant par le SPF Santé publique que par les hôpitaux. Par conséquent, tant le calcul du financement que le soutien de la politique et la recherche scientifique reposent sur des données dépassées. Cette situation est démotivante pour les hôpitaux qui respectent les délais : les efforts fournis pour adopter une gestion plus efficiente n'ont une incidence sur le financement que des années plus tard, les rapports de feedback sont peu utiles car dépassés, etc. S'il est vrai que le SPF suit la ponctualité, il ne peut cependant pas contraindre les hôpitaux à transmettre à temps leurs données.

Il manque des objectifs chiffrés et des indicateurs concernant la précision et la fiabilité des enregistrements, ainsi qu'un rapportage public sur la qualité. Cette situation peut nuire à la confiance dans l'utilisation des données, notamment pour le financement. Le SPF tente de veiller à la précision et à la fiabilité des données grâce à diverses initiatives. Plusieurs facteurs de risque pèsent sur la précision des enregistrements à commencer par la qualité des données reprises dans le dossier patient (source du RHM), l'insuffisance du contrôle interne sur les enregistrements au sein des hôpitaux (pour lequel aucune norme n'a été définie) et une pression de travail élevée pour les médecins et les infirmiers. Le SPF tente de limiter ces risques par le biais de contrôles et d'audits et en rédigeant des instructions détaillées de codage.

La continuité et la cohérence des enregistrements ne sont pas garanties. De nouvelles versions et mises à jour de la terminologie et des systèmes de classification sont inévitables, mais elles ont une influence négative sur la cohérence d'année en année. Le SPF suit ce problème et s'efforce de fournir des chiffres comparables. Cependant, il n'y a pas non plus d'uniformité au niveau du système de classification utilisé entre les différents enregistrements : le RHM utilise l'ICD-10-BE depuis 2016, le RPM utilise encore l'ICD-9-CM, et le Smureg et l'Ureg utiliseront Snomed CT. Cette diversité complique la tâche des hôpitaux et est une entrave à la simplification. L'enregistrement facultatif des données, celles du RPM par exemple, a aussi une incidence sur la cohérence.

6.1.4 Utilisation des enregistrements

Les hôpitaux font apparemment un bon usage du feedback sur le RHM. Toutefois, le feedback arrive trop tard pour réorienter effectivement l'organisation et les analyses ne sont pas suffisamment détaillées et n'offrent pas assez de valeur ajoutée. Par conséquent, les hôpitaux dépensent des sommes considérables pour obtenir un feedback supplémentaire auprès d'une organisation externe ou d'une entreprise privée. Les hôpitaux sont convaincus que les pouvoirs publics utilisent dans la pratique suffisamment les enregistrements pour soutenir la politique, à l'exception du RPM.

Seul l'enregistrement RHM est utilisé dans le cadre du financement des hôpitaux. Les données utilisées ont toutefois au moins trois ans. En raison du peu de confiance dans les données DI-RHM, le financement supplémentaire est encore calculé à concurrence de 70 % sur la base d'anciens résumés infirmiers minimums (RIM) datant de 2005 et 2006. Le RPM n'est pas utilisé dans le cadre du financement, alors que c'était l'objectif.

Il est trop tôt pour évaluer si les objectifs de l'Ureg seront atteints.

6.2 Recommandations

La Cour des comptes recommande à la ministre d'élaborer une politique de sanction applicable en collaboration avec le SPF Santé publique et en concertation avec le secteur, et de l'ancrer dans la réglementation. Parallèlement, le SPF devrait réunir les conditions d'encadrement (par exemple, transmettre les instructions de codage à temps) pour que les hôpitaux puissent respecter leurs obligations. La révision du RPM devrait aussi mener à court terme à une adaptation de la réglementation sur la base de la préparation de la politique déjà réalisée.

La Cour des comptes recommande à la ministre d'instaurer, pour l'ensemble des enregistrements, un numéro de patient unique basé sur le numéro de registre national crypté et de demander aux hôpitaux de fournir toutes les données via *eHealth*, car il s'agit d'une condition de base pour une utilisation efficiente des enregistrements. Les enregistrements au sein des services d'urgence se font déjà par ce biais, mais ce n'est pas encore le cas du RHM et du RPM. Le SPF a inscrit l'adoption de ce numéro unique dans le plan d'action relatif à la simplification administrative.

L'usage généralisé du DPI au sein des hôpitaux pourrait réduire le coût des enregistrements et en améliorer la qualité. Les objectifs liés aux enregistrements pourraient dès lors être atteints de manière plus efficace et efficiente. La Cour des comptes recommande à la ministre

de clarifier les critères minimums du logiciel pour le DPI et de poursuivre les efforts en collaboration avec le SPF pour généraliser et suivre son utilisation. Les hôpitaux aussi doivent prendre les initiatives nécessaires à cet effet.

Le SPF doit davantage encadrer le déploiement des innovations dans les systèmes d'enregistrement, notamment en organisant des contacts plus individualisés entre les agents et les responsables au sein des hôpitaux et en respectant davantage les délais dans sa communication avec les hôpitaux.

Les enregistrements doivent être simplifiés et rationalisés afin de limiter le plus possible le nombre d'éléments à enregistrer et d'augmenter la cohérence entre les différents enregistrements. Le SPF doit poursuivre les initiatives en cours en la matière.

La Cour des comptes demande à la ministre d'examiner si elle peut encore donner suite à l'avis de la Structure de concertation multipartite visant à réduire les coûts du logiciel de groupement pour les hôpitaux en prenant une licence en vue d'une utilisation nationale du logiciel (comme pour Snomed CT).

Elle recommande au SPF de récolter périodiquement des informations sur les aspects qui déterminent la qualité des enregistrements : où se situent les responsables de l'enregistrement dans l'organigramme, représentent-ils un interlocuteur généralement reconnu, y compris à l'égard des médecins, dans quelle mesure l'enregistrement est-il centralisé, quelles sont les formations suivies, quels sont les effectifs affectés à l'enregistrement, quels sont les contrôles effectués en interne, quel logiciel est utilisé, etc. Les entretiens avec tous les responsables de l'enregistrement du RHM qui ont été annoncés pour fin 2016 pourraient constituer l'amorce de cette démarche.

À l'aide des résultats des audits statistiques annoncés, le SPF doit pouvoir dresser à terme une image globale de la qualité des données enregistrées et des éléments ayant une incidence positive sur celle-ci. Ainsi, il pourrait développer des indicateurs de qualité et prendre des initiatives plus précises pour les aspects qui s'avèrent avoir une incidence importante sur la qualité.

Le SPF doit poursuivre ses efforts visant à mettre à disposition des données plus actuelles pour le financement, la préparation de la politique et le feedback.

Les recommandations précitées à l'intention du SPF sont difficilement réalisables avec l'effectif actuel du service *Data Management*. Il existe surtout un besoin de personnel spécialisé supplémentaire afin de déployer toutes les innovations (Snomed CT, l'ICD-10-BE, le système de monitoring pour l'Ureg) tout en soutenant les hôpitaux de façon adéquate. Le SPF reconnaît que la situation actuelle n'est pas tenable à long terme.

Une synthèse des recommandations figure sous la forme d'un tableau à l'annexe 2.

6.3 Réponse de la ministre

Dans sa réponse du 13 janvier 2017 (annexe 3), la ministre se rallie dans l'ensemble aux conclusions et recommandations de la Cour des comptes.

Elle se réfère aux efforts déjà consentis dans le cadre de la simplification administrative, à son plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux et du paysage hospitalier ainsi qu'aux budgets supplémentaires destinés à accélérer l'introduction du DPI dans les hôpitaux.

La généralisation de l'usage du numéro de registre national dans les enregistrements est à l'étude. La réglementation nécessaire à la mise en place d'une politique de sanction sera élaborée en 2017. La ministre continuera à examiner la pertinence et la proportionnalité des éléments à enregistrer en vue de poursuivre dans la voie de la simplification administrative. Dès qu'il sera possible d'extraire un ensemble de données minimales communes aux soins de santé mentale à partir de futurs instruments d'évaluation des patients, le RPM sera supprimé. L'administration examine l'acquisition d'une licence nationale du logiciel de groupement. Elle rédigera aussi, en collaboration avec la ministre, un trajet d'amélioration en vue de mieux répondre aux aspirations des hôpitaux, en particulier en ce qui concerne le soutien et la formation.

Annexe 1**Enquête auprès des hôpitaux**

Les 116 hôpitaux généraux, y compris leurs éventuels départements psychiatriques, ont tous été interrogés par courriel sur une base volontaire. Les hôpitaux psychiatriques n'ont pas été interrogés. Nonante-cinq hôpitaux ont renvoyé un questionnaire complété (tableau 11). Le taux de réponse global s'élève ainsi à 82 %. Il est moins élevé parmi les hôpitaux bruxellois (64 %) et ceux comptant moins de 100 lits. Les petits hôpitaux sont en général spécialisés (revalidation, gériatrie, etc.). Sur la base du nombre de lits agréés, le taux de réponse est de 87 % (94 % pour la Wallonie, 89 % pour la Flandre et 66 % pour Bruxelles). Les dix hôpitaux comptant plus de 1.000 lits agréés ont tous répondu.

Tableau 11 – Réponses à l'enquête de la Cour des comptes

	Hôpitaux flamands	Lits	Hôpitaux wallons	Lits	Hôpitaux bruxellois	Lits	Total
Nombre d'enquêtes envoyées	62	29.701	40	16.364	14	7.668	116
Nombre de réponses	51	26.517	35	15.308	9	5.094	95
%	82	89	88	94	64	66	82

Le questionnaire contenait 29 questions, ouvertes et fermées. Il a été testé auprès de deux hôpitaux avant d'être diffusé et a aussi été transmis au SPF Santé publique et à la cellule stratégique de la ministre.

L'enquête a examiné le comportement des hôpitaux par rapport aux enregistrements et à la charge administrative pour eux. Concrètement, les questions ont porté sur :

- l'informatisation et le coût ;
- l'organisation, la qualité et l'utilisation de l'enregistrement ;
- la communication et le soutien de la part du SPF.

Annexe 2

Synthèse des recommandations

	Recommandations	Référence dans le rapport
Recommandations pour la ministre		
1	Élaborer une politique de sanction applicable et l'ancrer dans la réglementation.	3.5.1
2	Prévoir à court terme dans la réglementation la révision et la simplification de l'enregistrement RPM sur la base de la préparation de la politique déjà réalisée.	3.6.2
3	Imposer l'utilisation d'un numéro de patient unique basé sur le numéro de registre national pour l'ensemble des enregistrements et veiller à ce que les données soient fournies via <i>eHealth</i> .	2.4.1 + 5.3.2
4	Définir des critères minimums pour la programmation d'un DPI.	2.3.1.1
5	Envisager une licence en vue d'une utilisation nationale du logiciel de groupement.	3.3.2
6	Affecter plus de personnel spécialisé au service <i>Data Management</i> pour déployer toutes les innovations et soutenir suffisamment les hôpitaux.	3.2
Recommandations pour le SPF		
7	Remplir les conditions d'encadrement pour que les hôpitaux puissent respecter leurs obligations.	3.5.1
8	Poursuivre les efforts pour généraliser l'utilisation d'un DPI et en assurer le suivi.	2.3.1.2
9	Renforcer le soutien des hôpitaux.	3.4
10	Poursuivre les initiatives visant à rationaliser et à simplifier les enregistrements.	3.6.2
11	Veiller à une meilleure qualité des données enregistrées en utilisant davantage les audits et en élaborant des indicateurs de qualité. Collecter périodiquement des informations sur tous les aspects qui déterminent la qualité des enregistrements au sein des hôpitaux.	3.5.3 + 4.2.2
12	Renforcer les tentatives de mise à disposition des données plus actuelles.	4.1
Recommandations pour les hôpitaux		
13	Mettre en place un DPI intégré dans le délai prévu.	2.3.1.2

Annexe 3**Réponse de la ministre**

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Maggie De Block

Cour des comptes
À l'attention de M. Eddy Van Loocke
Premier auditeur-réviseur
Rue de la Régence 2
1000 Bruxelles

Vos références	Nos références	Annexes
A4-3.710.112 B4	MDB/2017/BW/BV/543673	-
Dossier traité par	Informations de contact	Date
Bernard Verheyden	+32 (0) 2 528 69 41	Bruxelles, le 13 janvier 2017

Objet: Réaction au projet de rapport « Résumé hospitalier minimum et systèmes d'enregistrement apparentés »

Monsieur,

J'ai bien reçu la lettre de la Cour des comptes du 14 décembre 2016, accompagnant le projet de rapport concernant le résumé hospitalier minimum et les systèmes d'enregistrement apparentés. Comme prévu à l'article 5bis, 3^e alinéa, de la loi organique de la Cour des comptes, je vous transmets, par la présente, nos réactions aux conclusions et recommandations du projet de rapport.

Le rapport présente les résultats de l'audit de la Cour des comptes sur la qualité et l'efficacité d'un certain nombre d'enregistrements hospitaliers (à savoir RHM, Smureg, Ureg, RPM). La Cour détaille de nombreux points d'attention. Nous avons connaissance de certains d'entre eux (notamment parce qu'ils avaient déjà été constatés lors de l'audit précédent de la Cour) et il n'avait été remédié aux problèmes qu'en partie jusqu'à présent. En outre, le rapport permet une meilleure compréhension de l'état de la situation et des principaux points d'attention.

Bien que les prestations du service *Data Management* du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique) puissent être optimisées, il convient de préciser que ce service doit évoluer dans un contexte qui résulte de choix fondamentaux pris au niveau politique. Le service *Data Management* est responsable du développement et du soutien technique des systèmes d'enregistrement, mais il n'est pas lui-même un utilisateur final des données. Ce n'est pas lui qui prend l'initiative de mettre sur pied de nouveaux enregistrements ou des enregistrements complémentaires. Par ailleurs, dans la plupart des cas, le contenu des enregistrements est déterminé en ayant recours à une expertise externe.

Comme le relève la Cour des comptes, de nombreux enregistrements sont constitués dans le but spécifique de mettre à disposition des informations stratégiques. À cet égard, il conviendrait toujours de trouver l'équilibre entre, d'une part, la charge administrative supplémentaire pour le secteur hospitalier et, d'autre part, la plus-value d'un enregistrement pour la politique à mener. Il faut également tenir compte du coût, tant pour le secteur hospitalier que pour les pouvoirs publics.

Dès ma désignation comme ministre de la Santé publique, j'ai fait de l'optimisation de l'enregistrement des données, qui est l'objet de l'audit de la Cour des comptes, une priorité politique. J'aborde cette problématique dans mon plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux et du paysage hospitalier, présenté en mars 2015, ainsi que dans mes déclarations et notes politiques successives. Le plan d'approche précité comprend, par exemple, un volet consacré à la simplification administrative, qui concerne spécifiquement les enregistrements RHM, Smureg, Ureg et RPM examinés par la Cour des comptes. L'objectif de ce volet est de réduire sensiblement la charge d'enregistrement pour les hôpitaux, d'une part, en considérant la méthode d'enregistrement et, d'autre part, en s'interrogeant sur le contenu des enregistrements concernés.

En ce qui concerne la méthode d'enregistrement, on attend beaucoup de l'introduction du dossier patient informatisé (DPI) au sein de chaque hôpital. Lorsqu'il sera introduit, des systèmes d'extraction semi-automatique de données à partir du DPI pourront être mis sur pied. Cette extraction peut réduire de manière significative le temps que les hôpitaux consacrent à l'enregistrement. Ces initiatives s'inscrivent dans le plan e-Santé (points d'action 2 et 13). Dans le cadre du budget de la santé 2016, j'ai mis en place un programme « accélérateur » de la concrétisation du DPI dans les hôpitaux. J'ai dégagé un budget supplémentaire de 40 millions d'euros destiné, à partir du 1^{er} juillet 2016, à encourager les hôpitaux à disposer d'un DPI proposant plusieurs fonctionnalités d'ici 2018. Nous n'avons pas choisi de définir la forme et le contenu d'un DPI dans les moindres détails. Une telle rigueur limiterait fondamentalement l'accessibilité au marché belge pour les développeurs (étrangers) de logiciels de gestion de DPI. Le programme accélérateur a été instauré juste après l'organisation de l'enquête de la Cour des comptes auprès du secteur hospitalier, qui ne connaissait donc pas (entièrement) le projet.

L'utilisation du numéro de registre national dans tous les enregistrements est aussi à l'étude. Son usage généralisé peut diminuer le nombre d'informations administratives du patient à enregistrer.

En outre, nous travaillons à l'élaboration de mesures certes moins complexes mais qui auront néanmoins une incidence: le développement d'applications de système à système, l'uniformisation des périodes d'enregistrement et des classifications, etc.

Dans le cadre du volet consacré à la simplification administrative, nous analysons également les éléments à enregistrer, ainsi que leur pertinence et leur proportionnalité. Les questions suivantes sont essentielles. L'information demandée est-elle effectivement utilisée pour un objectif bien précis (d'intérêt général)? Est-il possible d'atteindre le même objectif avec moins de données (ou moins détaillées), en réduisant la fréquence des demandes de données ou en rassemblant les données au moyen d'un échantillon d'établissements (et non pour l'ensemble de ceux-ci)? Ces questions ont été posées au sujet des enregistrements

examinés par la Cour des comptes et, de plus, la participation du secteur hospitalier a été sollicitée. Enfin, nous avons vérifié si les informations nécessaires ne pouvaient pas être obtenues à partir d'un autre enregistrement pour ne pas demander deux fois les mêmes informations aux hôpitaux (application du principe *Only Once*). Cet exercice a débouché sur une liste d'améliorations rapides (en février 2016) et sur la suppression de certains éléments à enregistrer dès 2016. Ces travaux se poursuivent en 2017. Précisons à cet égard que le volet consacré à la simplification administrative vise aussi des enregistrements et des registres qui n'ont pas fait l'objet de l'audit de la Cour des comptes.

Je souhaite à présent m'arrêter sur plusieurs recommandations du rapport qui me sont adressées spécifiquement et qui n'avaient pas encore été abordées.

L'élaboration d'une politique de sanction en vue de promouvoir un enregistrement des données correct et dans les délais est un chantier qui a été ouvert bien avant mon entrée en fonction comme ministre. Il s'agit toutefois d'un sujet sensible qui suscite des réactions contrastées au sein du secteur, comme le montre d'ailleurs l'enquête de la Cour des comptes. Le secteur évoque souvent le manque de soutien apporté par l'administration pour expliquer ses propres manquements. Néanmoins, dans l'hypothèse où les données servent au calcul du financement et considérant que le financement des hôpitaux repose sur une enveloppe fermée, ce qui implique que le financement d'un hôpital fondé sur des données erronées ou tardives porte préjudice à tous les autres hôpitaux, la création d'un mécanisme de sanction est incontournable. L'administration et la cellule stratégique se sont déjà réunies à plusieurs reprises pour élaborer un projet, qu'il s'agit maintenant de concrétiser dans la réglementation et de déployer. Je m'engage à élaborer la réglementation nécessaire en 2017.

La révision de l'instrument RPM (résumé psychiatrique minimum) est aussi un dossier en chantier depuis un certain temps. L'intention de développer un ensemble de données minimales communes à toutes les institutions et initiatives actives dans le domaine des soins de santé mentale n'y est pas étrangère. Nombre de ces institutions relèvent de la compétence des entités fédérées de sorte qu'il a fallu conclure un protocole d'accord entre l'État fédéral et les entités fédérées. J'ai signé ce protocole d'accord avec les entités fédérées le 21 mars 2016. Chaque autorité peut à présent, dans les limites de sa compétence, intégrer l'ensemble de données dans les systèmes d'enregistrement (existants ou non). Au niveau fédéral, les travaux ont été entamés en vue d'extraire à terme cet ensemble de données du *RAI Mental Health*, ce qui permettra ensuite de supprimer le RPM.

Enfin, l'acquisition d'une licence nationale du logiciel de groupement est à l'examen actuellement. L'administration entamera des négociations avec l'entreprise concernée concernant ses dispositions à délivrer une licence nationale et le prix de la licence pour les pouvoirs publics.

Je suis bien évidemment aussi attentive aux recommandations adressées spécifiquement à mon administration. Certaines d'entre elles ont déjà reçu une suite et d'autres devront encore faire l'objet d'une analyse approfondie. J'élaborerai en collaboration avec mon administration un trajet d'amélioration en vue de répondre aux aspirations du secteur exprimées dans l'enquête de la Cour.

Il faut accorder une attention particulière au fait que les initiatives prises par le service *Data Management* pour informer le secteur et prévoir des formations n'atteignent apparemment pas leurs objectifs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Maggie De Block

*Il existe aussi une version néerlandaise de ce rapport.
Er bestaat ook een Nederlandse versie van dit verslag.*

Vous pouvez consulter ou télécharger ce rapport
sur le site internet de la Cour des comptes.



DÉPÔT LÉGAL
D/2017/1128/08

PRÉPRESSE ET IMPRESSION

Imprimerie centrale de la Chambre des représentants

ADRESSE

Cour des comptes
Rue de la Régence 2
B-1000 Bruxelles

TÉL.

+32 2 551 81 11

FAX

+32 2 551 86 22

www.courdescomptes.be