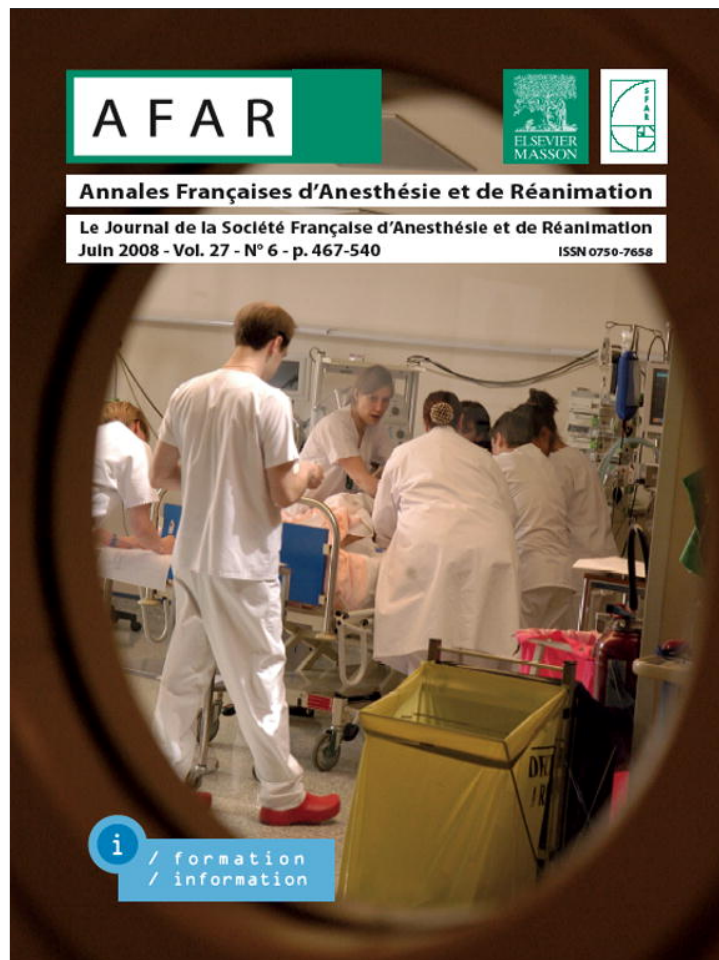


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 27 (2008) 467–469

annales
françaises
D'ANESTHÉSIE
ET DE RÉANIMATION

<http://france.elsevier.com/direct/ANNFAR/>

Éditorial

Le *benchmarking*, une histoire exemplaire pour la qualité des soins Healthcare quality is not so new: The benchmarking case

Mots clés : Chamousset ; Kearns ; *Benchmarking* ; Qualité des soins

Keywords : Chamousset; Kearns; Benchmarking; Healthcare; Quality of care

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et d'amélioration continue de la qualité sont devenues une obligation légale pour tous les établissements de santé. Elles ont d'abord été développées, sous l'impulsion de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. L'accréditation des établissements de santé, menée depuis 1999 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), puis la Haute Autorité de santé (HAS), mise en place depuis le 1^{er} janvier 2005, renforce encore ces démarches, en particulier avec la deuxième version, appelée à tort « certification ».

L'industrie est généralement présentée comme ayant développé et formalisé la démarche qualité au début des années 1930 [1]. Lors de la formalisation des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité en santé, les praticiens, qui ont toujours été les acteurs de l'amélioration de la qualité de soins se sont trouvés confrontés à des outils et des méthodes importées ou à tout le moins inspirées des méthodes industrielles : diagramme de Pareto, brainstorming, QOQCP, diagramme d'Ischikawa, focus group, plan do check act (PDCA), analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC), *benchmarking*. . . La rencontre entre les médecins peu familiers de ce jargon et les responsables de la qualité peut tourner à l'incompréhension [2]. Cet état de fait n'est pas profitable à l'amélioration de notre système de soins. Le spécialiste de la qualité doit faire preuve de pédagogie, les professionnels de la santé doivent chercher à s'adapter et à vaincre leurs réticences [3]. Cela d'autant plus que l'on assiste depuis quelques temps à la mise en place de dispositifs dont l'incohérence est telle qu'elle vient d'être dénoncée ouvertement par les professionnels les plus en pointe sur la qualité des soins [4].

Le but de cet éditorial est de montrer que la démarche qualité a toujours été une préoccupation dans les établissements de

santé et que des méthodes ou des outils de la qualité y sont peut-être nés.

Le *benchmarking* est une méthode assez compliquée puisque Watson décrit une évolution en cinq phases, avec une naissance au début des années 50 pour aboutir au « *benchmarking* global » en 1993 [5]. Toutefois, il est généralement admis que l'exemple le plus significatif apparaît au tout début des années 1980 dans la société Rank Xerox. Celle-ci devait prendre une décision pour un investissement lourd en vue d'améliorer la gestion des stocks face à la poussée de concurrents japonais. Rank Xerox a étudié les « meilleures pratiques de la concurrence » mais aussi la gestion des stocks dans d'autres secteurs d'activité que le sien. Par rapport à ses concurrents japonais, les ratios de personnels étaient deux fois plus importants et les pannes de machines sept fois plus importantes. Les meilleures solutions observées ont été adaptées, mises en place et les résultats évalués régulièrement par rapport à la concurrence. Ainsi, pour David Kearns, président directeur général de Rank Xerox à cette époque, le *benchmarking* a pu être défini comme « un processus continu d'évaluation de ses produits, ses services et ses pratiques par rapport à ceux de ses meilleurs concurrents ou des entreprises reconnues comme des leaders » [6].

Le *benchmarking* est donc un étalonnage concurrentiel, de l'anglais *benchmark* signifiant la borne, la référence ou point de repère. Les défenseurs de la francophonie proposent d'utiliser parangonnage.

L'objectif du *benchmarking* peut donc se résumer à apprendre des autres. Les étapes successives sont les suivants :

- une autoévaluation de sa pratique afin d'en repérer les points que l'on souhaite améliorer ;
- en fonction de ces objectifs, le comparateur référent sélectionné est évalué et l'écart est mesuré ;

- les causes des écarts identifiés sont recherchées ;
- un plan d'action des améliorations à entreprendre est élaboré ;
- enfin, à distance, une nouvelle évaluation permet de mesurer le chemin parcouru par rapport au comparateur et d'effectuer les ajustements nécessaires [7].

Le *benchmarking* fera son apparition officielle dans les établissements de santé dès 1990 avec les exigences de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) aux États-Unis. Elle le définit comme « un outil de mesure pour surveiller et évaluer l'impact de la gouvernance, du management et des fonctions cliniques et logistiques ».

Pourtant, le *benchmarking* n'a pas attendu les théoriciens de la qualité pour être utilisé dans le domaine sanitaire et médical. En effet, le chevalier Petit avait déjà, en 1678, réalisé une comparaison entre les hôpitaux de Paris et ceux de Londres. Et surtout, au XVIII^e siècle, Claude-Humbert Piarron de Chamousset compara la mortalité entre deux hôpitaux parisiens, l'Hôtel-Dieu et l'hôpital de la Charité, sur une période allant de 1737 à 1748 soit douze années (Tableau 1) [8]. Sur cette période, l'Hôtel-Dieu a accueilli 251 178 malades dont 61 091 y sont décédés soit un quart. Pendant cette même période, l'hôpital de la Charité a reçu 27 210 malades et 3686 y sont décédés. Chamousset attribue cette surmortalité à l'Hôtel-Dieu à ce que les malades étaient à plusieurs par lit, de trois à six, contrairement à l'hôpital de la Charité où il n'y avait qu'un patient par lit. L'analyse réalisée comprend l'aspect économique, puisqu'il établit que la Charité avec moitié moins de dépenses, ne perd qu'un huitième de ses malades, alors que l'Hôtel-Dieu en perd plus de deux fois plus.

Tirant les conséquences de son analyse, il propose ainsi de répartir les malades en fonction de l'affection dont ils souffrent et afin de décharger l'Hôtel-Dieu de diminuer le nombre de malades. Chamousset propose également de restructurer et de redéfinir les tâches de l'administration et des personnels soignants. Il indique que des propositions identiques ont été mises en application avec succès à Lyon et Chalons.

Certes, Chamousset n'a pas mis en pratique ses conclusions à l'Hôtel-Dieu, mais il les a appliquées dans un établissement

qu'il finança avec sa fortune personnelle (il était maître des comptes). Chamousset était un riche philanthrope qui a aussi créé la première association de secours mutuel dans laquelle chaque ouvrier, moyennant une cotisation hebdomadaire, s'assurait un secours médical en cas de maladie.

Ainsi, bien longtemps avant l'avènement des techniques managériales modernes, les acteurs du champ sanitaire, avec le simple bon sens, avaient découvert et appliqué des méthodes apparentées au *benchmarking*, afin d'améliorer la qualité du service rendu au patient.

Le *benchmarking* est présenté comme la « cerise sur le gâteau » pour les références de la certification des établissements concernant l'évaluation des pratiques professionnelles (40, 41 et 42 de la version V2007). Toutefois, les tutelles et les administrations hospitalières n'ont pas mis en place de systèmes d'information permettant cette démarche et peu d'indicateurs sont disponibles. L'indicateur Icalin est un des exemples de ce qu'il ne faut pas faire :

- une métrologie des plus faibles, comme tout indicateur composite et ce d'autant plus que les éléments sont hétérogènes ;
- une pertinence absente puisque la quantité de solution hydroalcoolique utilisée n'est en fait que celle commandée.

Les indicateurs du projet Ipaqh, qui devraient faire partie de la V210, concernent essentiellement la tenue des dossiers (traçabilité) alors que les outils adaptés (dossier médical partagé) et les moyens en secrétariat manquent. Ils correspondent mal à la préoccupation des cliniciens qui raisonnent en terme de résultats : morbidité ou mortalité. En effet, les indicateurs cliniques qui ont été testés ne sont que des mesures de processus dont les limites sont démontrées [9]. L'acronyme Ipaqh signifie « indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière », le terme performance étant un anglicisme malheureux ou voulu qui entretient la confusion entre processus et résultat. Seuls les indicateurs de processus pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde témoignent d'une préoccupation plus clinique avec, par exemple, la prescription de bêtabloquants après infarctus. Cet indicateur a été mis en place il y a près de 20 ans aux États-Unis quand la diffusion de cette nouvelle indication devait être développée. Cet indicateur a naturellement été abandonné l'année dernière, le plateau étant atteint depuis plusieurs années [10]. La publication officielle rapide des résultats du projet Ipaqh est attendue ainsi que des moyens, par exemple en secrétariat, pour mettre en place les mesures d'amélioration nécessaires, à moins de vouloir transformer les professionnels en opérateurs de saisie.

Surtout, les indicateurs doivent prendre en compte le case mix des malades ou le contexte socioéconomique dans le quel l'établissement travaille. C'est possible puisque nous savons stratifier selon les facteurs de risque dans les essais cliniques. Les professionnels de santé ont même déjà développé des indicateurs de résultats ajustés sur les comorbidités. C'est par exemple le cas d'EuroSCORE pour la chirurgie cardiopulmonaire [11]. Les résultats de cet indicateur sont disponibles en

Tableau 1
Extrait des registres de l'Hôtel-Dieu et de la Charité [8]

Années	Hôtel-Dieu		Hôpital de la Charité	
	Entrés	Décédés	Entrés	Décédés
1737	20 731	2843	2441	341
1738	20 283	5084	2413	290
1739	26 750	5844	2343	259
1740	27 079	7894	2362	374
1741	27 567	7125	2499	303
1742	23 944	5893	2293	352
1743	17 524	4028	2233	294
1744	15 721	3510	2100	281
1745	16 653	3644	2040	309
1746	17 729	4198	2233	273
1747	17 506	4244	2138	266
1748	19 691	4784	2115	284
Total	251 178	61 091	27 210	3626

ligne pour chacun des établissements de Grande-Bretagne [12]. Tutelles ou Autorités françaises pourraient-elles aussi pratiquer le *benchmarking* ?

De nombreux freins restent à lever pour améliorer encore la qualité et la sécurité des soins [3] et le service médical rendu au patient. Cette évolution doit se faire en valorisant les expériences des professionnels et en les accompagnant par une culture positive de l'évaluation des pratiques. Présenter les outils de la qualité comme une panacée provenant de l'industrie, avec les aspects négatifs que cela peut véhiculer, et les utiliser sans tenir compte de l'existant n'est probablement pas la meilleure manière de faire. Malgré tout cela, les professionnels de l'anesthésie réanimation sont, une fois de plus, les premiers à diffuser au sein de la spécialité un outil indispensable, comme ils l'ont été pour la méthode Alarm [13,14].

Références

- [1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris: Anaes; 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06__10_16_43_41.pdf.
- [2] Davies HT, Hodges CL, Rundall TG. Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. *BMJ* 2003;326:626–8.
- [3] Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med* 2005;142:756–64.
- [4] Steib A. Pénélope ou Don Quichotte ? Éditorial. In: Cfar, editor. La lettre de liaison du Collège français des anesthésistes réanimateurs. Janvier 2007. http://www.cfar.org/lettres_info/CFARInfos24.pdf.
- [5] Watson GH. Strategic benchmarking: how to rate your company's performance against the world's best. New York: John Wiley & Sons Inc; 1993.
- [6] Anonyme. Competitive benchmarking: the path to a leadership position". Xerox Corporate Quality Office; 1987.
- [7] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Anaes ; juillet 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/methodes.pdf>.
- [8] Piarron de Chamousset C.-H. Réforme de l'Hôtel-Dieu. Œuvres complètes de M. de Chamousset contenant ses projets d'humanité, de bienfaisance et de patriotisme. Paris : Pierres Ph.-D : 1783. 1 : 135–222.
- [9] Ashish KJ. Measuring hospital quality: what physicians do? How patients fare? Or both? *JAMA* 2006;296:95–7.
- [10] Lee TH. Eulogy for a quality measure. *N Engl J Med* 2008;357:1175–7.
- [11] Nashef SA, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). *Eur J Cardiothorac Surg* 1999; 16: 9–13. [http://www.euroscore.org/9\[1\].pdf](http://www.euroscore.org/9[1].pdf).
- [12] <http://www.heartsurgery.healthcommission.org.uk>.
- [13] Bonnet F, Solignac S, Marty J. Vous avez dit benchmarking ? *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27:222–9.
- [14] Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser: protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002;21:509–16. Traduction de Michel Sfez.

A. Braillon^{a,b,*}

^aMission régionale pour l'amélioration des pratiques professionnelles, CHU Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France
^bDépartement de santé publique, CHU Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex, France

F.-X. Chaîne

M. Gignon

Département de santé publique, CHU Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : braillon.alain@chu-amiens.fr
 (A. Braillon).

Disponible sur Internet le 20 juin 2008