

Le *benchmarking* : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé

Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health care

Ettorchi-Tardy A¹, Levif M², Michel Ph³

Résumé

Le *benchmarking*, démarche managériale de mise en œuvre des meilleures pratiques au meilleur coût, est un concept récent dans le système de santé.

Les objectifs de cet article sont de mieux comprendre ce concept et son évolution dans le secteur de la santé, de proposer une définition opérationnelle et de décrire quelques expériences françaises et internationales dans le secteur de la santé.

À cette fin, nous avons réalisé une revue de la littérature explorant le contexte d'émergence d'une telle approche dans le milieu industriel, son évolution, ses champs d'application et des exemples d'application de cette méthode dans le secteur de la santé.

Le *benchmarking* est souvent considéré comme la comparaison d'indicateurs et n'est pas perçu dans son entièreté, à savoir comme un outil fondé sur une collaboration volontaire et active entre plusieurs organisations en vue de créer une émulation et de mettre en application les meilleures pratiques. La principale caractéristique du *benchmarking* est son inscription dans une politique globale et participative d'amélioration continue de la qualité. Les conditions de réussite s'axent essentiellement sur la bonne préparation de la démarche, le suivi d'indicateurs pertinents, l'implication du personnel et la conduite de visites entre structures.

Par rapport à des méthodes antérieurement mises en œuvre en France (programme d'amélioration continue [PAC] et projets collaboratifs), le *benchmarking* comporte des spécificités permettant de considérer cette approche comme innovante en santé. Elle le sera tout particulièrement pour les établissements de santé ou médico-sociaux car le principe des visites interétablissements n'est pas inscrit dans leurs cultures. Une évaluation de sa faisabilité et de son acceptabilité est donc nécessaire avant toute promotion de cette démarche.

Prat Organ Soins. 2011;42(1):35-46

Mots-clés : *Benchmarking* ; indicateurs de qualité des soins de santé ; résultats et évaluation des processus ; pratiques professionnelles.

Summary

The benchmarking, a managerial process of best practices implementation at the best cost, is a recent concept in the health system.

The objectives of this paper were to define the concept and its evolution in the healthcare sector, to suggest an operational definition and to describe French and international ways of implementing benchmarking in health-care.

A non-exhaustive literature review was carried out in the industrial and service sectors to answer the first two objectives and in the healthcare sector the latter one.

Benchmarking is most often used for the comparison of indicators. It is yet not perceived as a tool based on a voluntary and active cooperation among several organizations to build emulation and implement best practices. The main characteristic of a real benchmarking approach is indeed to participate in a global and participative continuous improvement. Among the key factors of success, are an appropriate and thorough preparation of the project, a monitoring based on relevant indicators, frontline staff involvement and inter-healthcare organisation visits.

Compared to methods previously implemented in France (Breakthrough series and Collaboratives), benchmarking includes specificities which enable this approach to be considered as innovative in healthcare. Specifically, its implementation by healthcare or social organisations will be perceived as new because the principle of visits inter-institutions do not belong to the local culture. An evaluation of its feasibility and acceptability is therefore necessary before generalisation.

Prat Organ Soins. 2011;42(1):35-46

Keywords: Benchmarking; quality indicators, health care; outcome and process assessment; professional practice.

¹ Interne de santé publique, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), Hôpital Xavier Arnoz (CHU de Bordeaux).

² Doctorante en sociologie, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) et EA 495 Laboratoire d'analyse des problèmes sociaux et de l'action collective (LAPSAC) de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2.

³ Médecin de santé publique, directeur du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

INTRODUCTION

Le *benchmarking* est habituellement conçu comme une démarche de recherche et de mise en œuvre des meilleures pratiques au meilleur coût. Cette recherche de la performance est fondée sur la collaboration entre plusieurs structures. Le principe de base de *benchmarking* est l'identification d'un point de comparaison que l'on appelle *benchmark* par rapport auquel tout peut se comparer.

Initiées par la société Xerox qui cherchait à baisser ses coûts de production, les méthodes de *benchmarking* ont été diffusées par le secteur industriel dans les années 1980 et ont connu plusieurs évolutions dont l'analyse est riche d'enseignements. D'abord utilisé comme une méthode de comparaison des coûts de production par rapport à la concurrence d'un même secteur, le *benchmarking* a été ensuite conceptualisé et utilisé comme méthode d'amélioration continue de la performance quel que soit le secteur.

Depuis plus de dix ans, l'exigence de performance devient un enjeu majeur pour le système de santé. Trois facteurs y ont contribué : l'impératif de maîtrise des dépenses de santé, la nécessité de structurer la gestion des risques et de la qualité des soins et de répondre aux attentes des patients. Ces exigences ont notamment favorisé le développement de multiples projets nationaux et internationaux d'élaboration et de comparaison d'indicateurs. Le terme de *benchmarking* est apparu dans le cadre de cette dynamique de comparaison. Ensuite et sans nécessairement de continuité, le concept de *benchmarking* a été affiné en faisant référence à l'analyse des processus et des facteurs de succès ayant permis une performance supérieure. Enfin, le *benchmarking* s'est orienté vers la recherche des meilleures pratiques en vue de répondre aux attentes des patients [1]. Actuellement, l'usage de ce terme est souvent galvaudé en le restreignant à une simple comparaison de résultats alors qu'il s'agit d'aller au-delà en favorisant les échanges de professionnels de terrain sur leurs pratiques afin d'initier des changements culturels et organisationnels au sein des structures comparées.

Dans le cadre du projet de recherche Believe (*BE*nchmarking, *LI*ens et *E*valuations entre Établissements de santé) [2] financé par la Haute Autorité de santé, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a développé une méthode de *benchmarking* qu'il teste actuellement dans 32 établissements de la région Aquitaine. Dans ce cadre, il a réalisé cette revue de littérature avec trois objectifs :

- décrire le concept du *benchmarking* et son évolution ;
- proposer une définition opérationnelle du *benchmarking* en santé ainsi que de ses principales étapes ;
- décrire quelques expériences illustrant la mise en place du *benchmarking* dans le domaine de la santé.

MÉTHODES

1. La recherche documentaire

Pour mieux comprendre l'évolution du concept et sa définition actuelle, nous avons fait le choix d'étendre le périmètre de la revue de la littérature à l'ensemble des secteurs. Pour l'analyse des expériences, nous avons réalisé une revue de la littérature non exhaustive dans le secteur de la santé, compte tenu de l'importance de la littérature et du fait que le terme de *benchmarking* est utilisé de manière différente selon les secteurs d'activité et même au sein du même secteur. Cette recherche documentaire a eu lieu entre décembre 2009 et janvier 2010. La première étape de la recherche visait à identifier des concepts, des modèles et des définitions du *benchmarking* ainsi que ses domaines d'application.

Elle a été réalisée à partir du moteur de recherche Google et a été conduite à partir de la liste des mots-clés suivants : *benchmarking*, méthodes de *benchmarking*, modèles de *benchmarking*, techniques du *benchmarking*, utilisation du *benchmarking*, types de *benchmarking*, *benchmarking* en santé, *benchmarking* en médecine, évaluation comparative, et parangonnage.

Dans une seconde étape, nous avons ciblé notre recherche sur le *benchmarking* dans le domaine de la santé dans les bases de données bibliographiques Medline, Science direct et Scopus ainsi qu'en utilisant le moteur de recherche spécialisé dans la littérature universitaire Google scholar. Cette recherche approfondie ciblait les articles identifiant le *benchmarking* comme méthode structurée d'amélioration de la qualité en santé ou les articles ayant utilisé le *benchmarking* comme démarche d'analyse et d'amélioration de leurs processus en santé.

Deux stratégies de recherche ont été mises en œuvre selon la base de données. La première utilisait exclusivement des mots-clés appartenant au thésaurus *Medical subject headings* (Mesh). La seconde utilisait des mots-clés non exclusivement issus du Mesh pour identifier les articles lors de la recherche dans Scopus, Science direct ou Google scholar. Les équations de recherche et le nombre d'articles trouvés et sélectionnés, suite à chaque recherche, sont résumés dans le tableau I.

Cette recherche documentaire ainsi que la lecture et la sélection des articles a été réalisée par le premier auteur (A E-T).

2. Les critères de sélection des articles

Une première sélection a été effectuée en lisant les titres et les résumés des articles. Lorsque l'équation de recherche identifiait plus de 200 références, nous avons limité notre lecture aux 100 premiers classés par ordre de pertinence par le moteur de recherche. Nous avons inclus les articles rédigés en anglais ou en français et publiés entre 1990 et 2010. Ensuite, nous (A E-T)

Tableau I
Stratégie de recherche dans la base Medline (2009 – 2010)

| Stratégies de recherche selon la base de données | Nombre de réponses | Nombre de références lues (titre, abstract) | Nombre de références retenues |
|---|--------------------|---|-------------------------------|
| <i>Medline</i> | | | |
| (("Benchmarking/methods"[Majr] OR "Benchmarking/organization and administration"[Majr] OR "Benchmarking/utilization"[Majr])) AND "Review"[Publication Type] | 159 | 159 | 35 |
| "Benchmarking"[Majr] AND "Physician's Practice Patterns"[Majr] | 68 | 68 | 1 |
| ("Benchmarking"[Majr] AND ("Professional Practice"[Majr] OR "Institutional Practice"[Majr])) AND "Review"[Publication Type] | 23 | 23 | 2 |
| "Benchmarking"[Majr] AND "Methods"[Majr] | 17 | 17 | 0 |
| "Benchmarking"[Majr] AND "Process Assessment (Health Care)"[Majr] | 21 | 21 | 2 |
| Benchmarking"[Majr] AND "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Majr] | 189 | 189 | 23 |
| "Benchmarking"[Majr] AND "Quality Indicators, Health Care"[Majr] | 255 | 100 | 11 |
| ("Benchmarking"[Majr] AND "Quality Assurance, Health Care"[Majr] AND "Review"[Publication Type] | 254 | 100 | 11 |
| <i>Science direct</i> | | | |
| benchmarking AND healthcare process | 1 488 | 100 | 24 |
| <i>Scopus</i> | | | |
| TITLE (benchmarking) AND ALL (quality health care improvement) | 225 | 100 | 22 |
| (TITLE (benchmarking) AND ALL (health care)) AND DOCTYPE(re) | 86 | 86 | 67 |

avons procédé à une exclusion des doublons et des articles non trouvés en texte intégral dans les abonnements de la bibliothèque de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2. Nous avons inclus tous les types d'articles (originaux, d'opinion) et tous les types de journaux ainsi que les articles pertinents figurant dans la liste de référence des articles sources. L'analyse critique des articles a été faite par A E-T.

Pour figurer dans la revue de littérature, les articles devaient répondre aux deux critères d'inclusion suivants :

- le sujet principal de l'article était le *benchmarking* ;
- au moins une des informations suivantes était présente : histoire du *benchmarking*, son concept, sa définition, ses modèles, ses types, la méthode de *benchmarking* utilisée ou son impact sur l'amélioration de la qualité du domaine de santé étudié.

3. Les critères de sélection des autres documents

La recherche exploratoire a permis d'inclure des articles, des rapports ou des pages personnelles publiées sur Internet. La sélection de ces différents documents répondait à nos critères de sélection des articles cités plus haut. Cette recherche nous a amené également à explorer les travaux de différents organismes impliqués dans l'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé comme la Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

RÉSULTATS

1. Articles et documents sélectionnés

Les différentes stratégies de recherche dans les trois bases de données ont permis d'identifier 2 785 articles ; 963 titres et résumés ont été lus. Nous avons inclus 68 articles pour une lecture complète, et avons exclu 765 articles qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusions, 121 qui étaient des doublons et neuf que nous n'avons pas retrouvés en texte intégral (figure 1). La

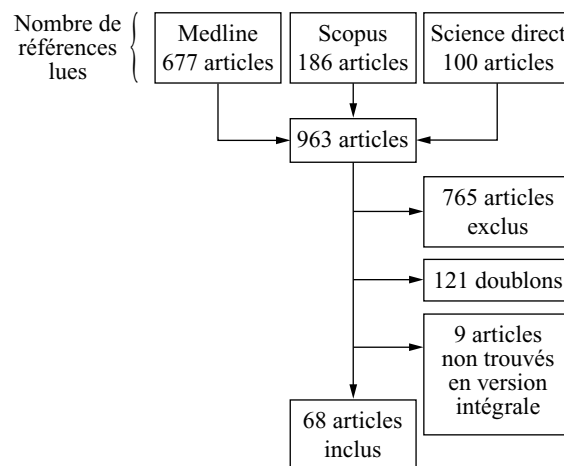


Figure 1. Sélection des articles pour la revue de la littérature (2009–2010).

liste complète des références et les articles sont accessibles sur le site du CCECQA (www.ccecqa.asso.fr). La recherche sur Google scholar et différents sites internet nous a permis de sélectionner 35 documents sous forme de rapports ou d'articles publiés sur Internet.

2. Analyse critique

La première étape de la recherche a permis d'identifier la littérature sur les dispositifs d'évaluation comparative ou d'étalement des performances, plus connus sous le nom de *benchmarking*, dans les différents secteurs d'activité (éducation, emploi, environnement, finances, protection sociale, recherche et santé) et à tous les échelons de l'action publique (international, européen, national, régional, local). Les traductions canadienne de parangonnage et française d'évaluation comparative apparaissent peu explicites ni discriminantes et ne sont pas utilisées dans cet article.

La recherche ciblée dans le domaine de la santé a démontré que, selon les auteurs, le terme de *benchmarking* pouvait correspondre à la comparaison des pratiques aux normes et standards, à la comparaison des pratiques de plusieurs équipes et/ou structures en vue d'aboutir à la mise en place de standards (recommandations) au niveau national (comparaison de techniques chirurgicales ou de stratégies thérapeutiques par exemple), à l'élaboration et/ou la comparaison d'indicateurs entre structures, voire entre pays. Le terme de *benchmarking* a été utilisé pour traduire des études épidémiologiques comparatives. L'ensemble de ces articles a été exclu car il ne correspondait pas à nos critères d'inclusion.

Sur 68 articles retenus au total, douze traitaient le *benchmarking* comme méthode structurée d'amélioration de la qualité [1, 3-14] et seulement trois articles explicitaient la méthode utilisée [1, 4, 12].

3. Le concept de *benchmarking* a connu des évolutions structurelles

Développé dans l'industrie au début des années 1930, il a été conceptualisé dans un univers concurrentiel à la fin des années 1970 par la société Xerox. En 1979, la division Fuji-Xerox au Japon a analysé les caractéristiques et la qualité de ses produits et ceux de ses concurrents japonais. Elle établit que les coûts de fabrication étaient plus élevés aux États-Unis. Les concurrents vendaient en effet leurs produits aux coûts de fabrication de ceux de Xerox. Xerox initie un processus appelé *benchmarking* compétitif. En 1981, le *benchmarking* est adopté dans toutes les unités d'affaires de Xerox. En 1989, Xerox remporte le prix de la qualité américain Malcolm Baldrige [15].

Les critères utilisés par les grands prix de la qualité encouragent le recours intensif au *benchmarking* [15]. Il est devenu avant tout un outil d'auto-évaluation et d'aide à la décision conçu par la science managériale dans un

souci de rationalisation organisationnelle [16, 17]. Pour l'entreprise, il s'agit de fixer les objectifs de progrès en identifiant les meilleures pratiques. La collecte de l'information se fait par un échange ouvert et réciproque, sur le long terme. En tant que tel, le *benchmarking* est en vogue dans le monde des entreprises depuis les années 1990 : des manuels, des revues spécialisées, des instituts, des clubs, des associations etc., lui ont été consacrés. D'après un sondage mené par le cabinet de conseil en stratégie Bain & Company, auprès de 6323 entreprises dans 40 pays, le *benchmarking* était classé au deuxième rang du palmarès des outils les plus utilisés en 2002 et 2003 (juste après la planification stratégique) [17]. Le sondage mené en 2009 a montré que le *benchmarking* est passé au premier rang parmi les vingt-cinq outils utilisés [18].

Dans le secteur de la santé, la comparaison d'indicateurs de résultats remonte au moins au XVII^e siècle avec la comparaison de la mortalité dans les hôpitaux [5]. Son utilisation en tant que méthode structurée n'a vu le jour que vers le milieu des années 1990. Il est apparu aux États-Unis et au Royaume-Uni avec les exigences de comparer les résultats des hôpitaux en vue de rationaliser leur financement [19, 20].

Le *benchmarking* dans le domaine de la santé a connu également plusieurs évolutions [1]. Initialement le *benchmarking* se résumait à la comparaison des résultats de la performance pour identifier les écarts. Ensuite il s'est étendu à l'analyse des processus et des facteurs de succès ayant permis une performance supérieure [3, 6, 7, 11]. Les dernières évolutions du concept de *benchmarking* concernent la nécessité de répondre aux attentes des patients [1]. Le programme *Essence of care* au Royaume-Uni est certainement l'un des plus aboutis [21-23].

Ainsi, d'une approche quantitative, le *benchmarking* a évolué vers une approche qualitative. D'abord le *benchmarking* compétitif qui mesure la performance d'une organisation par rapport à ses concurrents. Ensuite, le *benchmarking* comparatif se focalise sur la comparaison de fonctions similaires dans des organisations différentes, cette approche a l'avantage de réduire la dimension concurrentielle et offrir ainsi un plus grand potentiel d'apprentissage. Le *benchmarking* collaboratif implique le partage de connaissances sur une activité particulière dans l'espoir d'une amélioration ciblée sur le domaine d'apprentissage. Le *benchmarking* des pratiques cliniques est un *benchmarking* des processus qui consiste en une comparaison structurée et le partage des bonnes pratiques des soins cliniques, il est fondé sur une évaluation de la qualité et permet de s'inscrire dans une approche d'amélioration continue de la qualité des soins. Enfin, *Essence of care* est une approche sophistiquée du *benchmarking* des pratiques cliniques qui envisage de devenir une partie intégrante et efficace d'étalement des services de santé pour soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins des patients et de leur satisfaction [1, 14].

Tableau II
Définitions du *benchmarking* [3, 14, 25]

| Auteurs | Définitions |
|--|---|
| David Kearns, directeur général de Xerox corporation (années 1980) | Le <i>benchmarking</i> est un processus continu d'évaluation de produits, services et méthodes par rapport à ceux des concurrents les plus sérieux ou des entreprises reconnues comme leaders. |
| Robert C. Camp (1989) | Le <i>benchmarking</i> est la recherche des méthodes les plus performantes pour une activité donnée, permettant de s'assurer une supériorité. |
| Geber (1990) | Processus visant à trouver les meilleurs exemples dans le monde pour un produit, service ou système en vue d'ajuster ses propres produits, services ou systèmes ou de surpasser les standards observés. |
| Vaziri (1992) | Processus continu visant à comparer la performance d'une organisation par rapport à la meilleure organisation de l'industrie en tenant compte des besoins critiques des consommateurs afin de déterminer ce qui doit être amélioré. |
| Watson (1993) | L'apport continu d'informations nouvelles à une organisation. |
| Gerald J. Balm (1994) | « Le <i>benchmarking</i> est un processus par lequel une petite équipe de personnes peut aider l'entreprise à entrer efficacement dans une démarche d'amélioration continue et l'aider à devenir la meilleure des meilleures. Elle y parvient en maîtrisant parfaitement ses processus (ou produits et services), en trouvant les entreprises qui sont les meilleures dans ce qu'elles font, en apprenant quelles sont les performances de ces entreprises en fonction des critères axés sur la demande du client, en comprenant comment elles ont atteint de tels niveaux de performance et en adaptant les meilleures de ces idées à ses propres processus. » « Le <i>benchmarking</i> est une action continue de comparaison d'un processus, produit ou service avec une activité similaire réputée la meilleure, afin de fixer des objectifs et des actions d'amélioration ambitieux mais réalistes, pour devenir et rester le meilleur des meilleurs en un temps raisonnable. » |
| Kleine (1994) | Un excellent outil à utiliser afin d'identifier un objectif de performance pour l'amélioration, d'identifier les partenaires qui ont atteint ces objectifs et d'identifier les pratiques applicables à intégrer dans un effort de refonte. |
| Cook (1995) | Une sorte de processus d'amélioration de la performance par l'identification, la compréhension et l'adoption de pratiques remarquables issues de la même organisation ou d'autres entreprises. |
| APQC (American productivity and quality center) (1999) | Le processus de comparer et de mesurer en continu une organisation par rapport à des leaders partout dans le monde afin d'en tirer des renseignements qui aideront l'organisation à prendre des mesures pour améliorer ses performances. |
| Epper (1999) | L'analyse comparative est un outil de diagnostic, d'auto-évaluation et d'apprentissage en même temps ; elle constitue un processus dynamique d'apprentissage et de comparaison des performances. |
| Vlasceanu <i>et al</i> (2004) | Le <i>benchmarking</i> est une méthode standardisée de collecte et de présentation des informations concernant les performances des organisations afin de permettre des comparaisons entre les professionnels pour établir les meilleures pratiques, identifier les points faibles et les points forts de leurs performances. Le <i>benchmarking</i> donne à l'organisation (ou le programme) les références externes et les meilleures pratiques sur lesquelles fonder son évaluation et la conception de ses processus de travail. |
| Code de conduite européen sur le <i>benchmarking</i> (années 1980) | Le <i>benchmarking</i> est tout simplement le processus par lequel une organisation se compare à d'autres organisations et au terme duquel elle tire des leçons. |
| Jac Fitz-Enz (années 1980) | L'étalonnage concurrentiel est une approche systématique afin de trouver un point de repère, de se comparer à ce dernier et d'identifier les pratiques qui permettront à l'entreprise d'être la meilleure. L'étalonnage concurrentiel n'est pas une imitation. Il produit des données, pas des solutions. |

Les différentes expériences d'application du *benchmarking* dans le domaine de la santé, relatées plus loin dans cet article, reflètent la diversité des pratiques du *benchmarking*.

4. La définition du *benchmarking*

L'évolution du concept de *benchmarking* dans le temps et dans différents champs d'application explique la multitude et l'hétérogénéité de ses définitions retrouvées en majorité dans le secteur industriel (tableau II).

a) *Benchmarking dans le secteur industriel*

Au début des années 1990, le *benchmarking* concernait la comparaison de ses produits, services et méthodes avec ceux de meilleures organisations dans le domaine. En effet, Rank Xerox, pionnier dans le domaine, définissait le *benchmarking* comme « *un processus continu et systématique de mesure des performances, des produits, des méthodes et des services, par rapport à ceux des concurrents les plus sérieux et des entreprises reconnues comme leaders mondiaux permettant de s'assurer une supériorité* ».

Le *benchmarking* se référait plutôt à l'analyse concurrentielle ou à l'analyse industrielle. Ces méthodes sont encore considérées comme étant du *benchmarking*, mais nombre d'éléments nouveaux y ont été ajoutés [24]. Pour la première fois en 1994, G-J. Balm a défini le *benchmarking* comme une démarche d'amélioration continue. Au-delà d'une simple collecte d'informations et de comparaison avec ses concurrents, elle est fondée sur un échange permettant de comprendre comment les meilleurs ont atteint leur niveau de performance, afin d'adapter les meilleures idées à ses propres pratiques. L'approche élargie du *benchmarking* implique d'une part de procéder à l'étalonnage de tous les processus clés, et d'autre part de se mesurer aussi bien aux concurrents directs qu'à des entreprises non concurrentes reconnues comme étant les meilleures de leur secteur (*Best in the Class*, BIC). Enfin, il s'agit de mettre l'accent sur les mesures comparatives qui intéressent les usagers de l'organisation [24, 25].

b) *Benchmarking dans le système de santé*

Le *benchmarking* a fait son apparition officielle dans le système 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 » [5]. Peu de définitions ont été adaptées au secteur de la santé. Parmi elles, celle d'Ellis [1] a résumé le *benchmarking* dans le domaine de la santé comme un processus d'évaluation comparative et d'identification des causes profondes qui conduisent à la réalisation de performances supérieures. Le *benchmarking* doit répondre aux attentes des patients. Il s'agit d'un effort continu pour mesurer les résultats, comparer ces résultats avec ceux des autres établissements pour apprendre de quelle manière ces résultats sont obtenus et appliquer les leçons apprises pour s'améliorer.

Pour mettre en œuvre le *benchmarking*, les auteurs insistent tous sur la nécessité de posséder des informations utiles, fiables et à jour. Ce processus continu de gestion de l'information s'appelle la veille. Cette veille informationnelle, premier fondement du *benchmarking*, permet de faciliter et d'accélérer le processus de *benchmarking*. Un second fondement est l'apprentissage, le partage d'informations et l'adoption des meilleures pratiques en vue d'introduire des changements dans les performances.

En pratique, le *benchmarking* englobe ainsi :

- une comparaison régulière des indicateurs (structure, activités, processus et résultats) avec les meilleurs praticiens ;
- l'identification des écarts de résultats par des visites interstructures ;

- la recherche de nouvelles approches pour introduire des améliorations ayant un impact maximal sur les résultats ;
- le suivi des indicateurs.

Comme toute méthode d'amélioration continue, la mise en œuvre du *benchmarking* s'inscrit dans le cadre conceptuel de la roue de la qualité de Deming [1, 4, 12]. Le nombre d'étapes varie selon les descriptions en fonction des regroupements opérés et chacune a son importance. Plusieurs exemples de regroupements d'étapes ont été retrouvés dans la littérature. En France, l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) a édité en 2000 un document de référence sous forme de fiches de méthodes et d'outils permettant de conduire efficacement des projets d'amélioration de la qualité dont une méthode de *benchmarking* en huit étapes [26]. Pour un établissement, Bonnet *et al* ont proposé une méthode de *benchmarking* adaptée à un service d'anesthésie-réanimation, elle se déroule en une dizaine d'étapes qu'ils ont regroupées en quatre phases [4].

Nous détaillons dans cet article l'exemple de Pitarelli *et al* qui se déroule en neuf étapes [24] :

1. Sélectionner ce qui doit faire l'objet du *benchmarking* (ce qui doit être amélioré).
2. Identifier les partenaires du *benchmarking* (points de référence).
3. Collecter et organiser les données en interne.
4. Déterminer l'écart concurrentiel en comparant avec les données internes.
5. Fixer les futurs niveaux de performance (objectifs).
6. Communiquer les résultats du *benchmarking*.
7. Élaborer des plans d'action.
8. Mettre en place des actions concrètes (gestion de projet).
9. Contrôler la progression.

Les auteurs recommandent de ne pas se lancer trop tôt dans l'analyse comparative elle-même tant que la démarche n'a pas été préparée : déterminer les produits importants pour l'organisation (quoi), choisir avec qui se comparer (qui), et s'interroger sur la collecte des données (comment) [24, 27].

Le *benchmarking* peut se dérouler en interne, dans les établissements de taille importante (centre hospitalier) dans lesquels il est certainement possible de comparer les résultats de services similaires. L'intérêt du *benchmarking* interne est d'être rapide et peu onéreux ; la réalisation de visites interservices ne pose pas de problèmes de confidentialité entre les structures. Il permet aussi de se former à la méthode. En externe, pour les pratiques cliniques, compte tenu de la spécificité médicale des indicateurs qui serviront au *benchmarking*, il est difficilement envisageable de se comparer avec d'autres secteurs. Pour les *process* non cliniques (facturation, gestion des stocks, traçabilité des produits utilisés, etc.), la comparaison avec d'autres secteurs est possible. Ainsi, des comparaisons avec des secteurs où

la traçabilité est vitale, comme l'industrie pharmaceutique ou tout autre secteur qui présente une forte assurance qualité, pourraient être fécondes [28].

5. Expériences d'« évaluation comparative » fondées sur des indicateurs dans le domaine de la santé

Dans le cadre de la dynamique d'amélioration des performances des systèmes de santé qu'a connu le secteur au début des années 1990, plusieurs projets d'élaboration d'indicateurs et d'évaluation des performances ont vu le jour à un niveau national ou international [29]. Des réflexions sur l'intérêt de mesurer ces indicateurs a fait émerger les premières initiatives de comparaison dans le domaine de la santé. Ainsi s'est développée l'évaluation comparative des performances hospitalières fondée sur les indicateurs.

Le projet PATH (*Performance assessment tool for quality improvement in hospitals*) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de comparaison des performances hospitalières avait pour perspectives d'évaluer et de comparer au niveau international la performance des établissements au travers d'une approche multidimensionnelle innovante, de susciter des démarches de *benchmarking* entre établissements volontaires et de favoriser l'engagement des établissements dans des démarches pérennes d'amélioration des performances hospitalières [30].

Le projet HCQI (*Health care quality indicators project*) lancé en 2001 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les indicateurs de la qualité des soins de santé traite deux grandes questions : quels aspects de la qualité des soins convient-il d'évaluer et comment doivent-ils l'être ? Son objectif à long terme était d'élaborer un ensemble d'indicateurs qui puisse être utilisé pour déterminer de nouvelles pistes de recherche sur la qualité des soins dans les pays de l'OCDE. Ils devaient essentiellement être utilisés comme point de départ pour comprendre pourquoi des différences existent, par quels moyens les réduire et améliorer les soins de santé dans tous les pays [31-35].

D'autres projets à un niveau international se sont fondés également sur une comparaison des indicateurs de la performance. Il s'agit par exemple du projet des pays nordiques sur les indicateurs de la qualité des soins. Ce projet du conseil des ministres nordiques vise à décrire et à analyser la qualité des soins pour des maladies importantes dans les pays nordiques (Danemark, Finlande, Groenland, Islande, Norvège et Suède) [36].

Aux États-Unis, l'AHRQ (*Agency for healthcare research and quality*) développe et enrichit depuis les années 1990, une série d'indicateurs, les « QIs » (*Quality Indicators*) à partir d'un modèle conceptuel à quatre dimensions visant à mesurer la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficacité des soins hospitaliers et extrahospitaliers.

Ces indicateurs sont produits à partir des seules données médico-administratives hospitalières [37, 38].

Plusieurs autres études ont ciblé la comparaison d'indicateurs de soins dans un domaine donné. Par exemple, Earle *et al* ont comparé l'intensité des soins prodigués aux patients atteints de cancer en fin de vie en se basant sur les données administratives de *Medicare* [39]. Deux autres études, une américaine et une australienne, se sont intéressées à l'analyse comparative des indicateurs en santé mentale entre plusieurs établissements de santé [40, 41].

En France, la généralisation des Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) [42] et le tableau de bord des infections nosocomiales correspondent également à de la comparaison d'indicateurs entre établissements de santé [43]. D'autres initiatives locales ou régionales comparatives fondées sur des indicateurs ont vu le jour en France :

- La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a rendu publique en octobre 2009 la première analyse comparative des pratiques professionnelles en radiothérapie dans vingt CLCC ainsi que la comparaison de l'activité de l'ensemble des CLCC avec les autres acteurs du paysage hospitalier (CHU et AP-HP) [44].
 - Dans le cadre de l'amélioration interne de l'efficacité organisationnelle des blocs opératoires, la Mission d'évaluation et d'amélioration hospitalière (MEAH) et les chargés de mission efficacité de dix Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont conduit une démarche de *benchmark* entre 2007 et 2009 portant sur 850 blocs opératoires de toutes tailles répartis sur 352 établissements de tous statuts [45].
 - L'ARH d'Aquitaine et le CCECQA ont réalisé en 2006 et 2008 une collecte généralisée d'indicateurs de qualité à l'ensemble des établissements de santé de médecine chirurgie obstétrique (MCO) et de soins de suites et de réadaptation (SSR), publics et privés, de la région, sous le nom de GINQA-MédINA [46].
- Ces projets ont permis de développer des indicateurs et d'initier des comparaisons dans le domaine de la santé.

6. Quelques expériences d'intégration du *benchmarking* dans le domaine de la santé

Dans la littérature, peu d'articles ont décrit le *benchmarking* comme une démarche d'amélioration de la qualité se déroulant en étapes successives et/ou impliquant l'échange structuré d'informations basé sur le dialogue ou sur des visites sur site en vue de partager les meilleures pratiques.

Au Danemark, le projet national d'élaboration des indicateurs a été créé en 2009. De 2000 à 2008, des indicateurs de qualité de prise en charge des maladies, basés sur des preuves fondées, ont été développés par plusieurs cliniciens professionnels nommés par les sociétés scientifiques. L'objectif de ce projet était de documenter

et de développer la qualité des soins au bénéfice du patient. Le projet vise également à réaliser des comparaisons (*benchmarking*) au travers d'un dialogue régulier entre l'agence chargée du recueil des indicateurs et les représentants des établissements d'une région autour de résultats d'indicateurs et un dialogue structuré avec un établissement dont les résultats sont atypiques ; cette démarche entre dans un cadre à mi-chemin entre l'amélioration interne et le contrôle dans le sens où l'agence réalise une visite si ce dialogue n'a pas fourni les éléments de compréhension satisfaisants [47].

L'Agence fédérale allemande pour l'assurance-qualité (*Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung*, BQS) a mis en place un processus similaire de *benchmarking* appelé également *Structured Dialogue* dans 2 000 établissements de santé depuis 2001. Il est fondé sur les indicateurs (190 indicateurs sur 26 domaines de la santé en 2007). Les hôpitaux reçoivent leurs propres résultats et ceux des autres hôpitaux. Les hôpitaux dont les résultats sont dans le panel de référence réalisent, dans le cadre d'échanges structurés, une analyse des résultats atypiques (*outliers*) comme au Danemark mais aussi des discussions entre professionnels des établissements de santé afin d'identifier les raisons des écarts de performance. Les résultats de plusieurs spécialités et les raisons des évolutions différentielles entre les régions sont suivis d'année en année ; enfin les indicateurs sont analysés et discutés d'un point de vue méthodologique.

Au Royaume-Uni, *Essence of care* est une stratégie du service de santé anglais, lancée en 2001, visant à améliorer la qualité des aspects fondamentaux des soins infirmiers. Elle utilise la meilleure preuve de pratique clinique pour structurer une approche de soins centrée sur le patient et contribuer au processus de la gouvernance clinique, terme générique désignant une politique managériale visant à mettre en responsabilité directe les équipes de soins dans l'amélioration de la performance clinique. Le *benchmarking* décrit dans *Essence of care* aide les praticiens à adopter une approche structurée pour le partage et la comparaison des pratiques, leur permettant d'identifier les meilleures pratiques et de développer des plans d'action [21-23, 48]. Plusieurs publications ont porté sur cette stratégie et son application dans des domaines de soins variés. L'article de Butler analyse les facteurs politiques, professionnels, sociaux et économiques qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie en mettant l'accent sur les *benchmarks* de prise en charge des escarres [49].

L'initiative de l'Union Européenne (UE) qui a utilisé une démarche structurée de *benchmarking* en sept étapes comme un nouvel outil pour l'évaluation des systèmes nationaux de surveillance des maladies transmissibles dans six États membres de l'UE afin d'identifier leurs forces et leurs faiblesses est à suivre. L'objectif était de fournir des recommandations aux décideurs afin d'améliorer la qualité de ces systèmes [12].

En Suisse, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a lancé en novembre 2000 le projet *Emerge* pour améliorer la qualité de prestations médicales prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ce projet doit fournir des indications permettant de savoir comment promouvoir un lien optimal entre la mesure de la qualité et le management interne à l'hôpital. *Coachés* par une équipe de conseillers, les hôpitaux apprennent à analyser les processus existant dans le traitement des urgences et à prévoir des mesures d'amélioration ainsi qu'à interpréter leurs résultats en les comparant [13, 50].

DISCUSSION

La revue de la littérature a mis en évidence l'évolution des approches qu'a connues le *benchmarking* dans le domaine de la santé. Cette évolution a contribué à la multiplicité des définitions dont le point commun est la mesure continue de sa propre performance, la comparaison avec celle des meilleurs pour s'informer sur les nouvelles méthodes de travail et pratiques des autres organisations. Nous proposons de retenir la définition d'Ellis qui reflète bien la démarche de *benchmarking*, elle a l'avantage de mettre plus particulièrement en valeur l'usage des indicateurs et les fonctions d'apprentissage et de partage de la méthode. De même, Pitarelli *et al* ont mis en avant les éléments clés d'une démarche de *benchmarking*, c'est-à-dire l'intérêt de maîtriser les étapes du processus qu'on souhaite améliorer et de collecter une information fiable (veille) pour soutenir la prise de décision. Son modèle montre clairement que la comparaison des indicateurs ne représente qu'une étape de la démarche de *benchmarking*, certes une étape fondamentale mais insuffisante à elle seule pour parler de *benchmarking*.

Le *benchmarking* en santé est un sujet qui n'a jamais été abordé, à notre connaissance, de façon systématique et standardisée. C'est pourquoi notre revue est fondée sur des sources multiples mêlant souvent faits et opinions ; une grille de lecture des expériences n'a pas pu être construite sous une forme aussi structurée qu'une revue classique d'articles fondés sur des méthodes similaires. Une autre limite de notre revue est que la littérature recherchée était non exhaustive ; elle a consisté à identifier les articles les plus illustratifs de notre point de vue, dont la lecture a été réalisée par un seul lecteur. Enfin, nous avons abordé le contexte socio-économique ayant favorisé l'utilisation du *benchmarking* dans le secteur de la santé mais sans traiter cas par cas les mobiles qui ont poussé à l'usage et au financement de la mise en œuvre du *benchmarking* dans les expériences sélectionnées dans cet article.

Au niveau international, si la majorité des projets d'élaboration et de diffusion des indicateurs de la performance affichent des objectifs de *benchmarking*, ces

projets restent restreints à la comparaison d'indicateurs. La volonté initiale de développer des plans d'actions d'amélioration et de réduire les écarts s'est souvent heurtée à la difficulté d'obtenir un consensus sur la validité des données de comparaison entre organisations. La sélection et la validité des indicateurs utilisés pour permettre des comparaisons internes et externes entre les services et les systèmes de santé est encore un sujet de débat [36]. Au niveau national et international, il est nécessaire d'investir dans les systèmes de mesure de la qualité et dans une meilleure collaboration internationale [51].

La comparaison des données à l'intérieur ou entre les systèmes de soins de santé pose en outre la question de leur impact sur l'amélioration des performances et leur intégration dans les processus politiques existants : le *benchmarking* est proposé comme une solution pour renforcer l'usage des indicateurs. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles l'approche de *benchmarking* en santé est toujours fondée sur des indicateurs, ce qui n'est pas systématique dans l'industrie où des approches qualitatives sont également utilisées.

La revue de littérature a montré que le *benchmarking*, tel qu'il est pratiqué dans l'industrie, est rarement mis en œuvre. D'autres termes ont été utilisés pour désigner des démarches proches sur le plan conceptuel du *benchmarking* comme les *Breakthrough series* et les *Collaboratives*. Il s'agit dans tous les cas de méthodes collectives d'amélioration. Des différences entre ces démarches sont mises en avant mais sur le fond on peut s'interroger sur la réelle portée de ces différences. Ne s'agirait-il pas plutôt d'un effet de mode ou de communication visant, par des termes prétendument nouveaux, à relancer l'intérêt pour des démarches anciennes ? La première, *Breakthrough Series*, a été initialement développée par l'*Institute for healthcare improvement* (IHI, Massachusetts, États-Unis) [52] ; en France, elle a été mise en application sous une forme proche de celle de l'IHI dans les Programmes d'amélioration continue (PAC) financés par l'ANAES dans la fin des années 1990. Cette approche renvoie à la notion de progrès important, de percées ; les *Breakthrough series* peuvent être traduites sous le terme séries de progrès rapide de la qualité, basées sur l'innovation, la recherche de la dernière information scientifique disponible, des tests rapides de changement et un partage de l'expérience entre plusieurs structures. Même si cette méthode ne peut pas être développée sans suivi des résultats, la notion d'indicateurs n'apparaît pas de façon prédominante dans la méthode des *Breakthrough series* et les visites intersites ne sont pas systématiques. Les *Quality improvement collaboratives* sont menées par des équipes multidisciplinaires de différents services et établissements de santé qui décident de joindre leurs efforts selon une méthode structurée pendant un temps limité (quelques mois) pour améliorer leurs pratiques [53]. Cette approche est de plus en plus utilisée aux États-Unis,

au Canada, en Australie et dans de nombreux pays européens. Au Royaume-Uni et au Pays-Bas, les pouvoirs publics appuient le développement de tels programmes. En France, les projets régionaux développés par les structures régionales d'évaluation et d'appui s'inscrivent dans cette dynamique [54]. C'est le cas des projets de recherche actuels comme le projet Believe coordonné par le CCECQA [2]. Depuis décembre 2009, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pilote à un niveau national une démarche de *benchmark* Imagerie 2010 – scanner et imagerie par résonance magnétique qui pourrait se rapprocher des standards de pratique en matière de *benchmarking* [55].

Toutes ces approches sont fondées sur les mêmes composantes, les caractéristiques multidisciplinaires et multisites, la mise en œuvre d'actions d'amélioration et la mesure. Il est difficile de considérer qu'elles sont totalement équivalentes car l'accent mis sur l'une ou l'autre des composantes influe nécessairement sur la stratégie de leur mise en œuvre : en particulier, les *Breakthrough series* mettent l'accent sur la rapidité des interventions, les *Collaboratives* sur le caractère limité dans le temps ; le *benchmarking* se veut centré sur le recueil d'indicateurs qui permet un suivi au long terme et inscrit donc cette méthode dans une démarche d'amélioration réellement continue.

Les pistes de recherche sur le *benchmarking* sont nombreuses et d'ordre très divers, tant celles-ci ont été peu développées jusqu'à présent. Au plan stratégique, il s'agit de s'assurer que le *benchmarking* en matière de santé remplit son objectif, à savoir faire progresser la compréhension des périmètres où il vaut mieux concentrer les efforts politiques permettant d'améliorer la performance des systèmes de santé [29]. Au plan technique, les conditions du succès du *benchmarking*, globalement proches de celles exigées par les principales méthodes d'amélioration (implication de la direction, planification et gestion du projet, utilisation des outils d'aide au travail en groupe, politique de formation adaptée) comportent vraisemblablement des éléments spécifiques comme la culture nécessaire à une bonne acceptation de la transparence dans les échanges. Au plan sociologique, il est nécessaire de mieux comprendre comment, au sein des établissements de santé, l'appropriation des indicateurs peut progresser grâce à la mise en œuvre du *benchmarking* et à l'implication renforcée des professionnels de terrain. Le *benchmarking* est certes un dispositif à dominante managériale ; cependant il nécessite l'implication des équipes de soins, au moins dans l'analyse de leurs pratiques et dans la comparaison avec d'autres équipes de soins. La mise en œuvre prochaine d'une démarche structurée de *benchmarking* dans plus de trente établissements de santé en Aquitaine permettra d'étudier les facteurs d'appropriation de ce type de démarche.

CONCLUSION

Le *benchmarking* s'applique souvent à la comparaison d'indicateurs dans une approche limitée dans le temps. Il est encore peu perçu comme un outil d'amélioration continue et d'accompagnement du changement. La principale caractéristique du *benchmarking* est son inscription dans une politique globale et participative d'amélioration continue de la qualité. Le *benchmarking* repose en effet sur une collaboration volontaire et active entre plusieurs organisations afin de créer une émulation et de mettre en application les meilleures pratiques. Les conditions de réussite s'axent essentiellement sur la bonne préparation de la démarche, le suivi d'indicateurs pertinents, l'implication du personnel et la conduite de visites entre structures.

Par rapport à des méthodes antérieurement mises en œuvre en France (*Breakthrough series* appelés Programmes d'amélioration continue par l'ANAES dans la fin des années 1990, et projets collaboratifs par les structures régionales d'évaluation et d'appui), le *benchmarking* comporte des spécificités qui permettent de considérer cette approche comme innovante. Elle le sera de toute façon pour les établissements de santé ou médico-sociaux car le principe des visites inter-établissements n'est pas inscrit dans leurs cultures. Une évaluation de sa faisabilité et de son acceptabilité est donc nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. Ellis J. All inclusive benchmarking. *J Nurs Manag.* 2006;14(5):377-83.
2. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). Benchmarking pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur en établissements de santé (protocole d'étude). Bordeaux (France) : CCECQA ; 2010. [<http://www.ccecqa.asso.fr>].
3. Bayney R. Benchmarking in mental health: an introduction for psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005;11:305-14.
4. Bonnet F, Solignac S, Marty B. Vous avez dit benchmarking ? *Ann Fr Anesth Rea.* 2008;27:222-9.
5. Braillon A, Chainé F, Gignon M. Le benchmarking, une histoire exemplaire pour la qualité des soins. *Ann Fr Anesth Rea.* 2008;27:467-9.
6. Collins-Fulea C, Mohr J, Tillett J. Improving Midwifery Practice: The American College of Nurse-Midwives' Benchmarking Project. *J Midwifery Womens Health.* 2005;50(6):461-71.
7. Ellershaw J, Gambles M, McGlinchey T. Benchmarking: a useful tool for informing and improving care of the dying? *Support Care Cancer.* 2008;16:813-9.
8. Francis R, Spies C, Kerner T. Quality management and benchmarking in emergency medicine. *Curr Opin Anesthesiol.* 2008;21(2):233-9.
9. Hermann R, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, et al. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care.* 2006 September;18(suppl 1):31-8.
10. Meissner W. Continuous quality improvement in postoperative pain management – Benchmarking postoperative pain. *Acute Pain.* 2006;8:43-4.
11. Meissner W, Mescha S, Rothaug J, Zwacka S, Gottermann A, Ulrich K, et al. Quality Improvement in postoperative pain management. *Dtsch Arztebl Int.* 2008;105(50):865-70.
12. Reintjes R, Thelen M, Reiche R, Csohan A. Infectious diseases-benchmarking national surveillance systems: a new tool for the comparison of communicable disease surveillance and control in Europe. *Eur J Public Health.* 2006;17(4):375-80.
13. Schwappach D, Blaudszun A, Conen D, Ebner H, Eichler K, Hochreutener M. 'Emerge': benchmarking of clinical performance and patients' experiences with emergency care in Switzerland. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(6):473-85.
14. Kay J. Health Care Benchmarking. *The Hong Kong Medical Diary.* 2007;12(2):22-7.
15. Fedor D, Parsons C, Shalley C. Organizational comparison processes: Investigating the Adoption and impact of benchmarking-related activities. *Journal of Quality Management.* 1996;1(2):161-92.
16. Barber E. Benchmarking the management of projects: a review of current thinking. *International Journal of Project Management.* 2004;22:301-7.
17. Bruno I. La recherche scientifique au crible du benchmarking. *Petite histoire d'une technologie de gouvernement. Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine.* 2008;5(55-4bis):28-45.
18. Rigby D, Bilodeau B. *Management Tools 2009: An executive's guide.* Boston (Massachusetts): Bain & Company; 2009 [http://www.bain.com/management_tools/home.asp].
19. Camp R. *Global cases in benchmarking, best practices from organisations around the world.* Milwaukee: American Society for Quality Control Quality Press; 1998.
20. Dewan N, Daniels A, Zieman G, Kramer T. The national outcomes management project: a benchmarking collaborative. *The Journal of Behavioral Health Services & Research.* 2000;27(4):431-6.
21. National health service (NHS). *Essence of Care – Patient-focused benchmarks for clinical governance.* Londres: NHS, Department of health; 2003 [http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4127915.pdf].
22. National health service (NHS). *Essence of care – benchmarks for promoting health.* Londres: NHS, Department of health; 2006 [http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/].

- dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4134454.pdf*].
23. National health service (NHS). *Essence of Care – Benchmarks for the Care Environment*. Londres : NHS, Department of health; 2007 [http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_080059.pdf].
 24. Pitarelli E, Monnier E. *Benchmarking: the missing link between evaluation and management?* Genève: Université de Genève et Centre européen d'expertise en évaluation [http://www.eureval.fr/IMG/pdf/Article_Benchmarking_EM.pdf].
 25. Balm G. *Benchmarking: A practitioner's guide for becoming and staying best of the best*. Schaumburg (IL): QPMA Press; 1992.
 26. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Paris : ANAES, Service évaluation en établissements de santé ; 2000 [<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/methodes.pdf>].
 27. Woodhouse D, Berg M, Putten J, Houtepen J. *Will benchmarking ICUs improve outcome?* *Curr Opin Crit Care*. 2009;15(5):450-5.
 28. Gift R, Mosel D. *Benchmarking in Health Care: A collaborative approach*. Chicago: American Hospital Association; 1994.
 29. Wait S, Nolte E. *Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future perspectives*. *Benchmarking: An International Journal*. 2005;12(5):436-48.
 30. Ministère de la santé et des sports. *PATH (Performance assessment tool for quality improvement)*. Paris : Espace Direction générale de l'offre de soins ; 2009 [<http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/indicateurs-qualite-etablisements-sante/recherche-experimentation-indicateurs-qualite/path-performance-assessment-tool-for-quality-improvement.html>].
 31. Arah O, Westert G, Hurst J, Klazinga N. *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. *Int J Qual Health Care*. 2006 September;18(Supplement 1):5-13.
 32. Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, et al. *OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion*. *Int J Qual Health Care*. 2006 September;18(Suppl 1):21-5.
 33. Mattke S, Epstein A, Leatherman S. *The OECD health care quality indicators project: history and background*. *Int J Qual Health Care*. 2006 September;18(Suppl 1):1-4.
 34. McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson P, Somekh D, et al. *Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries*. *Int J Qual Health Care*. 2006 September;18(Suppl 1):14-20.
 35. OCDE. *Health care quality indicators project – initial indicators report*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2006 [<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>].
 36. Mainz J, Hjulsgaard M, Thorup-Eriksen M, Burgaard J. *National benchmarking between the Nordic Countries on the Quality of Care*. *J Surg Oncol*. 2009;99(8):505-7.
 37. AHRQ. *National healthcare quality report, 2008*. Rockville (Maryland): Agency for healthcare research and quality, US Department of health and human services; 2009 [<http://www.ahrq.gov/qual/nhqr08/nhqr08.pdf>].
 38. AHRQ. *Quality indicators*. Rockville (Maryland): Agency for healthcare research and quality; 2010 [<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>].
 39. Earle C, Neville B, Landrum M, Souza M, Weeks J, Block S, et al. *Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care*. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(6):505-9.
 40. Hermann R, Chan J, Provost S, Chiu W. *Statistical Benchmarks for Process Measures of Quality of Care for Mental and Substance Use Disorders*. *Psychiatric Services*. 2006 October;57(10):1461-7.
 41. Meehan T, Stedman T, Neuendorf K, Francisco I, Neilson M. *Benchmarking Australia's mental health services: is it possible and useful?* *Aust Health Rev*. 2007;31(4):623-7.
 42. Haute Autorité de santé (HAS). *IPAQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*. Paris : HAS ; 2009 [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins].
 43. Ministère de la santé et des sports. *Tableau de bord des infections nosocomiales dans les établissements de santé – campagne 2010*. Paris : 2010 [<http://www.sante-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablisements-de-sante-campagne-2010.html>].
 44. FNCLCC. *Benchmarking externe des Centres de lutte contre le cancer*. Paris : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ; 2009 [<http://www.fnclcc.fr>].
 45. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). *Benchmark des blocs opératoires dans dix régions pilotes – synthèse nationale*. Paris : Meah ; 2008 [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Rapport_Complet4light.pdf].
 46. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). *Ginga – Médina : Généralisation d'indicateurs de qualité des soins en Aquitaine – 2^e mesure*. Bordeaux : CCECQA ; 2008 [<http://www.ccecqa.asso.fr/php/index.php?page=products&language=fr&cid=126&code=100>].
 47. Mainz J, Hansen A, Palshof T, Bartels P. *National quality measurement using clinical indicators: The Danish national indicator project*. *J Surg Oncol*. 2009;99(8):500-4.

48. *Nursing times. Essence of Care*. 2006 [<http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/essence-of-care/361112.article>].
49. Butler F. *Essence of Care and the pressure ulcer benchmark – An evaluation*. *J Tissue Viability*. 2008;17:44-59.
50. OFAS. *Assurance-maladie : accent mis sur la sécurité des patients*. Confédération Suisse Office fédéral des assurances sociales ; Communiqué de presse du 22 septembre 2005 [<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/archiv/index.html?msgsrc=/2000/f/00092201.htm&lang=fr>].
51. Mainz J, Bartels P, Rutberg H, Kelley E. *International benchmarking. Option or illusion?* *Int J Qual Health Care*. 2009;21(3):151-2.
52. Institute for healthcare improvement (IHI). *The Breakthrough Series IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Cambridge (MA): IHI; 2003 [<http://www.ihl.org>].
53. Schouten L, Hulscher M, Van Everdingen J, Huijsman R, Grol R. *Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review*. *BMJ*. 2008;336:1491-4.
54. Saillour-Glénisson F, Michel P. *Le pilotage régional de la qualité et de la sécurité des soins : leçons issues d'une expérience aquitaine*. *Prat Organ Soins*. 2009;40(4):297-308.
55. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). *Benchmark Imagerie 2010 Scanner et IRM*. Paris : ANAP ; 2009 [[http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/9F47838712B5DA73C1257685004572D0/\\$FILE/Imagerie-Bench-Lct-091207-V1.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/9F47838712B5DA73C1257685004572D0/$FILE/Imagerie-Bench-Lct-091207-V1.pdf)].