

## **Le modèle des Incitants Qualité – Bilan des démarches communes EHL – CNS et perspectives**

En 1998, suite aux modalités fixées dans la convention cadre entre l'EHL et la CNS (anc. UCM) relatives à l'approche qualité dans les établissements hospitaliers (Incitants Qualité), la CNS a mis à disposition des ressources pour former les acteurs concernés et attribué une dotation pour mettre en œuvre les mesures qualité (dont p.ex. la mise en place de comités de pilotage dans les hôpitaux et des postes d'infirmiers hygiénistes, ...), ainsi qu'un incitant financier pouvant atteindre un maximum de 2% du budget annuel opposable à la CNS par établissement hospitalier participant au programme Incitants Qualité distribuée en fonction du taux de réussite par rapport à des objectifs qualité prédéfinis.

En 1998, 4 programmes ont débuté dans 4 domaines considérés à ce stade comme prioritaires: prévention des infections nosocomiales, dossier patient informatisé, prise en charge de la douleur et qualité technique des mammographies. L'évaluation de ces programmes et développement des compétences hospitalières dans la matière de gestion de la qualité a révélé qu'ils étaient trop ciblés sur des thématiques précises et qu'il faudrait disposer d'un modèle plus global.

C'est ainsi que le modèle de management de la qualité selon EFQM (European Foundation for Quality Management) a été adopté, avec une phase transitoire de 3 ans (2003 à 2006) pour permettre son implémentation dans les établissements hospitaliers. Ainsi l'année 2006 a été considérée comme base pour la réalisation d'une première évaluation externe par des experts internationaux, indépendants et reconnus en la matière.

Cette première évaluation externe sur base des données de 2006 et de visites d'hôpitaux en 2007 par ces experts confirmait l'engagement pris par les hôpitaux pour l'amélioration continue de leurs prestations.

Cette évaluation est effectuée tous les 2 ans.

Une analyse plus approfondie des résultats des 2 évaluations externes réalisées jusqu'à ce jour fait apparaître les atouts suivants:

- Une professionnalisation du management dans les hôpitaux
- L'intégration du risk management au sein des hôpitaux
- Un monitoring continue des activités hospitalières
- Un benchmarking interne dans les hôpitaux
- La mise en place d'équipes multidisciplinaires et la naissance de l'idée de chemins cliniques permettant le suivi longitudinal des patients.

Les points négatifs à mentionner sont liés à des problèmes structurels, tels que:

- Le type d'hierarchie en vigueur dans les hôpitaux
- L'implication non-homogène du corps médical resp. le défaut en gestion systématique des activités médicales
- La difficulté d'intégrer le corps médical dans les initiatives qualité
- L'absence d'un système de codification médicale permettant de générer des données fiables, robustes et comparables
- L'impossibilité de monitorer le coût global d'un chemin clinique
- L'absence d'objectifs orientés santé publique.

D'une manière générale, et après la deuxième évaluation externe en 2009, il a été constaté une progression moyenne de 20% au niveau national sur base des résultats obtenus selon le modèle EFQM.

Un autre pilier des mesures qualité sont les indicateurs nationaux de qualité et de performance fournis par les hôpitaux tels que définis par la Commission d'Evaluation EHL-CNS dans le cadre du module incitant qualité. Ces indicateurs sont revus au sein de la Commission d'Evaluation et un rapport sur les valeurs observées est envoyé aux hôpitaux pour qu'ils puissent se comparer entre eux et aux valeurs nationales.

Néanmoins les faiblesses du système actuel des indicateurs peuvent être résumées comme suit:

- Implication non-homogène du corps médical
- Indicateurs de résultats cliniques sous-développés
- Fiabilité / robustesse des données recensées
- Méthodologies nationales pas toujours comparables aux sets internationaux.

La Commission d'Evaluation est d'avis qu'il faudra introduire davantage d'indicateurs relatifs à la santé publique dans l'évaluation. Par ailleurs, il suggère de procéder à moyen terme à des évaluations portant sur des laps de temps étendus (se procurer une vue longitudinale pour suivre p.ex. un patient ayant subi une OP de la hanche durant 5 ans). D'autres objectifs à poursuivre seraient la détermination de coûts globaux pour augmenter l'efficacité du système et bien évidemment le dossier informatisé unique.

Par ailleurs, selon une enquête de satisfaction des patients réalisée d'octobre 2008 à janvier 2009 et portant sur 18.354 patients (46% de taux de réponse), les forces principales du système sont la coordination de la prise en charge durant le séjour, l'impression générale (gentillesse, collaboration) et les informations données au patient en rapport avec son traitement. Par contre, le soutien émotionnel, l'intégration des proches, la continuité des soins avec le milieu extrahospitalier, ainsi que les informations générales fournies au patient devraient être améliorés.

Les actions futures de la Commission d'Evaluation EHL-CNS se résument dans:

- la stabilisation du système qualité dans les hôpitaux
- l'augmentation l'implication du corps médical dans l'approche qualité
- l'harmonisation des méthodologies de calcul des indicateurs sur base de références internationales
- la création de liens directs entre l'incitant financier et les résultats obtenus (cf. depuis 2010 détermination de seuils de performance pour certains indicateurs)
- la mise en place d'un système de monitoring permanent qui permettra d'évaluer les prises en charges afin de supporter la politique de santé et/ou de prise en charge des soins de santé
- la promotion des projets innovants en la matière en guidant, facilitant et soutenant le développement qualitatif hospitalier et en aidant à l'implémentation des outils adaptés.

Ainsi la Commission d'Evaluation EHL-CNS a comme ambition de développer:

- l'approche sécurité du patient
- la notion «qualité des résultats cliniques»
- la notion «efficacité» pour le triangle qualité – prestations hospitalières et médicales – coûts
- l'approche «coûts globaux» pour l'ensemble processus ainsi que les moyens pour démontrer le bénéfice à moyen et long terme pour le patient et la société des actions qualitatives menées.

La Commission d'Evaluation estime néanmoins qu'il sera nécessaire – afin d'atteindre les objectifs susmentionnés – de disposer d'un système d'information performant (cf. Dossier patient informatisé), d'un système de codification médicale internationalement reconnu et de référentiels méthodologiques.

La clarification, d'une part, de la position de la direction et du médecin hospitalier dans la gouvernance du système hospitalier est également estimée comme préalable à la réussite des objectifs comme il sera d'autre part absolument nécessaire de connaître les stratégies gouvernementales concernant le développement de la politique de santé publique.

Afin de permettre un développement homogène des démarches qualité, la Commission d'Evaluation table sur un partenariat permanent et consensuel entre la Commission d'Evaluation et le Comité National de Coordination de la Qualité des Prestations Hospitalières (instauré en 2009 par le RGD sur le plan hospitalier) dans le cadre du développement stratégique et opérationnel de la qualité des prestations hospitalières afin de garantir la durabilité du système de santé.

Les axes de collaboration devraient être au niveau du management clinique (définition des best-practices) et au niveau de la politique qualité du système hospitalier (détermination et priorisation des axes de développement dans un environnement national et européen).

**Sylvain VITALI**

Conseiller Normes et Qualité