

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 12/10/2006

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Sections «Programmation & Agrément » et « Financement »

Réf. : CNEH/D/270-2 (*)

**AVIS CONJOINT DES SECTIONS « PROGRAMMATION &
AGRÉMENT » ET « FINANCEMENT » DU CNEH SUR LE
FINANCEMENT DE LA QUALITÉ À L'HÔPITAL**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 12 octobre 2006

Le groupe de travail constitué à l'initiative du Bureau du CNEH s'est réuni à 5 reprises, de décembre 2005 à avril 2006. Il remet les conclusions suivantes :

1. Les initiatives et démarches que mènent les hôpitaux en matière de qualité sont nombreuses et variées. Il peut s'agir de la nomination d'un coordinateur de la qualité, ou de la mise en place d'une structure de gestion de la qualité plus large et multidisciplinaire ; du relevé, de la comparaison avec d'autres hôpitaux et de l'analyse d'une batterie d'indicateurs en matière de qualité et de sécurité des soins ; de démarches, volontaires ou imposées, d'accréditation ; de l'élaboration d'itinéraires cliniques ; ou encore de différents projets spécifiques d'amélioration de la qualité, que ce soit pour des pathologies cibles ou pour des projets transversaux concernant par ex. la prévention des risques, dont les infections ou la sécurité des transfusions de sang, la nutrition des malades, la lutte contre la douleur ou la dispensation des médicaments ou encore l'amélioration des pratiques professionnelles. La qualité revêt en effet plusieurs dimensions, jusqu'à concerner celle des services de support ou même du management et de l'organisation dans sa globalité.

L'hôpital y travaille seul, ou en partenariat avec une université, une mutuelle, un organisme d'accréditation, ou une autre organisation encore. Mais les initiatives peuvent également venir du gouvernement comme c'est le cas au niveau fédéral ou en Flandre.

2. Ces efforts sont aujourd'hui très peu ou pas du tout financés au niveau de l'hôpital. Seules quelques dépenses le sont, via la sous-partie B4 du Budget des moyens financiers : il s'agit de l'hygiène hospitalière par une intervention dans le coût d'un médecin hygiéniste et d'une infirmière hygiéniste ou de quelques dépenses relatives au comité des antibiotiques. Certains projets pilotes donnent également lieu à un financement.
3. Il en est de même à l'étranger. Le seul pays connu qui ait mis en place un incitatif financier à l'amélioration de la qualité est, depuis 1998, le Grand Duché de Luxembourg. Les hôpitaux peuvent recevoir, en complément et de manière variable, jusqu'à 2% de leur budget total en fonction de leurs efforts en matière de qualité. Au départ furent évalués des projets spécifiques. Aujourd'hui l'approche relève plus de l'EFQM (European Foundation for Quality Management). Plusieurs initiatives dénommées P4P (« pay for performance ») existent aussi aux Etats-Unis.
4. Si la qualité représente un coût pour l'hôpital, elle constitue un avantage pour la société. Le CNEH considère que le gouvernement doit investir dans la qualité et la sécurité des soins. Celles-ci répondent à une attente légitime (plus marquée aujourd'hui) des citoyens. Mais en outre, une bonne qualité engendre des économies : 20% des infections nosocomiales sont évitables, avec des effets évidents sur la mortalité et la morbidité évitées ainsi que sur l'efficacité du traitement : la réduction de la durée de séjour par exemple.
5. Les principes suivants doivent être d'application :
 - les ressources additionnelles peuvent être limitées mais doivent être suffisantes que pour être incitatives. Elles seront progressives dans le temps, concernant d'abord le processus des soins avant de s'intéresser aux autres dimensions de la qualité ;

- tous les hôpitaux doivent être concernés et stimulés à faire progresser la qualité ;
- il faut envisager des incitations positives même s'il n'est pas interdit que dans certaines cas précis soit appliqué un malus : par ex. en cas de non transmission des données alors que celles-ci (par ex. l'enregistrement des infections nosocomiales) auraient été déclarées obligatoires. Mis à part ce cas, toutes les approches du type « pénalité » doivent être exclues par ex. celles qui consisteraient à refuser l'agrément de l'hôpital ou à réduire son budget ; ou, comme l'envisage le Congrès américain, à ne pas payer les soins des malades qui développent des infections ;
- ces bonus ne peuvent pas résulter des résultats de soins. Il est, en effet, illusoire de vouloir moduler le financement de l'hôpital (et donc d'établir un lien direct entre qualité et financement) en fonction de son taux de mortalité ou de celui des infections nosocomiales, car ces indicateurs pourraient ne pas être fiables ni pertinents. Ce serait même dangereux (comportant des effets pervers) car l'hôpital pourrait être tenté de ne plus accepter des patients « à risque » ;
- l'incitant doit être simple. Il faut rejeter les démarches d'évaluation lourdes, procédurières et formalistes ;
- l'incitant ne peut pas être contraignant. L'hôpital est libre de s'engager ou non dans une démarche d'amélioration de la qualité ; il a la libre initiative des actions ; il a également le libre choix des méthodes (le système de gestion de la qualité).

6. La proposition concrète est la suivante.

Dans une première étape, chaque hôpital est assuré du financement de son investissement de base en matière de qualité des soins s'il peut démontrer qu'il travaille de façon systématique et structurée, et qu'il obtient des avancées concrètes et tangibles. Il s'agit donc d'une intervention dans les frais de structure, peu importe qu'il s'agisse du coût d'un coordinateur de la qualité ou d'une équipe multidisciplinaire plus large, ou encore de partenariats avec des experts extérieurs, quels qu'ils soient (démarches d'accréditation, benchmarking entre hôpitaux, ...). La seule « participation » à un système de mesure / gestion de la qualité ne suffit pas : l'hôpital devra montrer ce qu'il fait et ce qu'il en fait (produire des résultats).

Qui jugera de cela ? Les règles de financement des hôpitaux sont fédérales mais les communautés et les régions sont compétentes en matière d'agrément et donc des structures et des processus à l'intérieur de l'hôpital. Plusieurs membres du CNEH estiment donc que ce sont elles qui doivent évaluer les efforts faits par chaque hôpital (ainsi que cela a été fait en Flandre). Mais puisqu'il s'agit de financement, l'application de celui-ci ne relève-t-elle pas *in fine* de l'administration fédérale ? Les juristes doivent approfondir cette question. A tout le moins il faudra un groupe de travail communautés / fédéral pour assurer la cohérence entre les entités et faciliter les échanges d'informations à ce sujet.

Pour rester simple, le financement de l'investissement de base sera du type « tout ou rien ». Si l'hôpital satisfait aux exigences requises, il est proposé de lui allouer une somme de 50.000 € / an et ce quelque soit la taille de l'hôpital. Le budget fédéral à ainsi prévoir devrait être de l'ordre de 4 à 5 millions d'euros, fonction du nombre d'hôpitaux qui pourront y prétendre.

Dans une deuxième étape (dès la 2^{ème} ou 3^{ème} année), des ressources complémentaires devront progressivement être attribuées, modulables en fonction de la taille de l'hôpital. Le financement supplémentaire serait de l'ordre de 50.000 à 150.000 € selon les hôpitaux, soit un

budget fédéral de 8 à 10 millions d'euros / an. Comment et à qui attribuer ces ressources additionnelles ?

Le groupe de travail a longuement discuté de la question. On eût pu imaginer s'inspirer de l'expérience luxembourgeoise et attribuer à chaque hôpital une prime variable en fonction du degré de réussite de l'hôpital dans différents projets d'amélioration de la qualité. Des critères (exigences) de qualité devraient alors être fixés et le bonus être lié au score atteint ou n'être attribué qu'à ceux qui font partie des 20%, 30% ou 50% des hôpitaux qui ont les plus hauts scores. Outre la lourde structure d'évaluation qu'il faudrait alors mettre en place (pour l'attribution de ressources largement inférieures aux 2% luxembourgeois), la question se pose de savoir qui va évaluer : idéalement il faudrait des experts indépendants mais où va-t-on les trouver ?

Le CNEH estime donc qu'il faut plus simplement prolonger la 1^{ère} étape (le financement des investissements de base) selon les mêmes méthodes. Les ressources additionnelles seront allouées (également tout ou rien) aux hôpitaux jugés performants en matière de gestion de la qualité c'est-à-dire ceux dont la structure mise en place mais aussi les plans d'actions entrepris et les processus établis démontrent une réelle dynamique, avec des succès probants.

Au départ relativement informelle, l'évaluation pourra avec le temps se structurer et peut-être un jour déboucher sur un système du type « bonus variable ». La question devra en tous cas être approfondie dans les temps qui viennent.

7. Dans cet esprit, le CNEH (fédéral) pourrait être « l'organe de surveillance » de la méthode proposée. Tout comme la Section Financement du CNEH garantit que le calcul du BMF de chaque hôpital est équitable et correspond aux prescrits légaux, tout comme les Conseils communautaires ou régionaux des établissements de soins surveillent l'évaluation par les autorités régionales de l'agrément de l'hôpital, le CNEH pourrait jouer le même rôle à propos de l'incitatif financier à la qualité.
8. Quant au budget fédéral à prévoir, mis à part une utilisation différente du financement actuel des projets pilotes, il doit être constitué de moyens additionnels. Il émanera des économies indubitables que procurera l'amélioration de la qualité.