

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

BRUXELLES, 12/05/2011

**Direction générale Organisation des
Etablissements de soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

**SECTIONS «PROGRAMMATION & AGREMENT»
ET « FINANCEMENT**

Réf. : CNEH/D/325-3

Avis concernant la qualité intégrale et la sécurité des soins hospitaliers

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau du 12/05/2011

Contexte

La loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 (ci-après désignée comme « *la Loi sur les hôpitaux* »), est basée sur un certain nombre d'options explicites ayant largement facilité le développement des soins hospitaliers dans notre pays. Au niveau de leur fonctionnement concret, certains points forts peuvent être constatés, parmi lesquels l'accessibilité, l'infrastructure et l'équipement, l'engagement et la productivité de professionnels, un nombre croissant d'accords de coopération, le développement de programmes de soins...

La satisfaction des patients en ce qui concerne les soins hospitaliers belges atteint des scores élevés en comparaison avec d'autres pays européens. L'étude de la mesure dans laquelle les soins hospitaliers fournis sont de qualité reste toutefois limitée, si bien qu'hormis les chiffres de satisfaction des patients, nous disposons de relativement peu d'informations documentées.

Les soins de qualité ont pour point de départ les besoins du patient et la perspective du trajet de soins dans lequel ces soins sont dispensés. Les soins hospitaliers constituent une partie importante de ce trajet, mais l'attention apportée à la continuité des soins, entre autres les soins qui précèdent et suivent une admission à l'hôpital ou un traitement en hôpital de jour importent tout autant.

Il apparaît qu'un certain nombre d'améliorations peuvent être apportées dans la manière dont sont organisés nos soins (hospitaliers) ; des méthodes et des techniques garantissant l'accessibilité des soins hospitaliers dans un contexte de pression financière croissante seront en tout cas recherchées. Les questions qui se posent ont par conséquent trait à la manière la plus optimale d'organiser les soins (hospitaliers) afin que la qualité des soins et, donc aussi leur accessibilité, soient de qualité aussi élevée que possible. Le présent avis tente de fournir un cadre à cet effet. L'objectif n'est dès lors pas d'être exhaustif mais bien d'introduire dans ce cadre certains éléments importants susceptibles d'être alors développés davantage.

Le point de départ de cet avis est fourni par la note du Dr A. Vleugels « Qualité intégrale en matière de soins » élaborée à la demande du SPF Santé publique. Cette note situe avec clarté un certain nombre de définitions et de concepts en matière de qualité des soins, tant dans leur spécificité que dans leur cohérence.

Avec cette note comme base départ, cinq discussions axées sur le contenu ont été menées dans le groupe de travail ad hoc du Conseil national des Établissements hospitaliers, constitués de délégués de la Section « Programmation et Agrément » et de la Section « Financement ». Le SPF Santé publique, la Région wallonne, la Communauté flamande ainsi que Zorgnet Vlaanderen ont également apporté une contribution. Les rapports des réunions peuvent être consultés. Le projet d'avis a été examiné une première fois le 24 janvier 2011. Le feed-back de cette réunion a été intégré au présent projet.

Dans le cadre de l'examen du projet d'avis le 24 janvier 2011, il a également été demandé de rappeler les avis précédemment rendus sur la qualité des soins hospitaliers. À cet égard, il est fait référence à l'avis du 13 décembre 2001 concernant l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux, l'avis du 9 janvier 2003 concernant la qualité des soins dans les hôpitaux, l'avis des sections « Programmation et Agrément » et « Financement » du CNEH sur le financement de la qualité à l'hôpital, et l'avis du 9 novembre 2006 relatif aux parties 3 et 4 de la demande d'avis concernant les articles 17ter à 17sexies.

Tous les membres du groupe de travail sont expressément remerciés pour leur collaboration active et constructive ainsi que pour leur apport durant ces réunions. Merci également au professeur A. Vleugels pour sa note, qui aura constitué une source d'inspiration.

La nécessité d'une vision

À l'heure actuelle, une vision politique fédérale correctement élaborée fait défaut en ce qui concerne la qualité des soins hospitaliers en Belgique.

La politique en matière de soins hospitaliers est et a été caractérisée par une approche essentiellement budgétaire, fragmentaire et organisée par projets, et donc sans grande cohérence ni suivi, et sans un cadre explicite que requiert la qualité des soins.

Le Service public fédéral Santé publique s'efforce ici de s'aligner mais ne peut compenser l'absence d'une vision stratégique à long terme, suite à quoi les nombreux projets développés sont insuffisamment intégrés dans le fonctionnement régulier de l'hôpital. Des efforts similaires peuvent être également constatés au niveau des Régions et des Communautés. Une adéquation très limitée est également observée entre les différents niveaux politiques.

Dans notre pays, un débat sociétal portant sur les options et les choix dans les soins de santé et les soins hospitaliers n'est mené que dans une mesure limitée, ce qui est regrettable parce que c'est à ce niveau que sont définies les lignes directrices des soins hospitaliers. Le débat actuel est surtout orienté sur l'aspect budgétaire, sans que soient définis, évalués et rectifiés les résultats visés là où cela est recommandé. Comme la marge budgétaire va se réduire au cours des prochaines années, il apparaît comme inévitable que des choix devront être opérés, y compris au niveau de la qualité des soins que l'on souhaite dispenser. Une perspective coûts-bénéfice ne pourra dès lors être absente de cette problématique relative au choix.

Le CNEH attend du niveau politique compétent en matière de qualité des soins hospitaliers une vision explicite avec une collaboration efficace entre les instances stratégiques concernées afin que des attentes cohérentes vis-à-vis des hôpitaux puissent être formulées.

La nécessité d'une intégration

On note un manque important d'intégration dans le domaine des soins hospitaliers dispensés en Belgique.

Le modèle des soins hospitaliers est basé sur la Loi sur les hôpitaux. Là où qualité et sécurité des soins requièrent une organisation cohérente, une telle structure fait défaut dans la législation sur les hôpitaux. Le cadre légal actuel est conçu de manière essentiellement départementale (médical, infirmier), il décrit et encourage la collaboration multidisciplinaire potentiellement riche dans l'offre de soins de qualité mais, dans la pratique, il demeure non contraignant.

Le concept de programme de soins possède, en raison de son orientation patients auprès de groupes cibles ou de groupes de pathologies spécifiques, le potentiel d'y répondre en partie pour autant que soit intégrée l'évaluation qualitative du fonctionnement et des résultats de soins et que leur fonctionnement soit également étendu à de nouveaux groupes cibles.

La législation manque de mécanismes d'intégration, ce qui signifie qu'elle n'est pas adaptée aux développements rapides que connaissent actuellement les hôpitaux en matière d'offre de soins de qualité. En guise d'illustration, on peut citer l'absence d'un cadre dans lequel la sécurité du patient peut être

développée de façon intégrée dans les hôpitaux. Il ne subsiste plus de doute quant à la nécessité d'assurer systématiquement la sécurité des soins hospitaliers par le biais d'un système dit de gestion de la sécurité (SGS) ; or un tel fonctionnement et une telle systématisation ne figurent pas dans la Loi sur les hôpitaux. L'approche de la sécurité des soins hospitaliers n'est opérée que par projets et de manière contractuelle, avec pour résultat une grande diversité et un caractère relativement facultatif. Un tel système de gestion de la sécurité doit à son tour faire partie d'un vaste système de gestion de la qualité. Son intégration dans la législation sur les hôpitaux est essentielle et tout aussi fondamentale pour offrir un cadre aux nombreux projets du SPF Santé publique qui sont en soi positivement valorisés au niveau du contenu.

Outre un accent mis sur le contenu et sur l'intégration, une systématique de suivi et d'adaptation, là où cela s'avère nécessaire, est également requise pour dispenser des soins de qualité. L'approche PDCA (Plan Do Check Act), bien connue, peut apporter ici l'inspiration nécessaire. Pour systématiser cette dynamique dans le contexte des soins, des informations récentes collectées et intégrées dans des rapports de manière périodique, et ce en adéquation avec les différents professionnels de la santé, sont nécessaires. On peut pour cela s'inspirer des autres pays. Un tel fonctionnement nécessite le développement d'une culture dans laquelle il est possible d'intervenir de manière constructive en matière de résultats des soins fournis et du potentiel d'amélioration éventuelle, et ce avec toutes les parties concernées et façon interactive.

La qualité des soins nécessite en effet un suivi structuré, par exemple au moyen d'indicateurs cliniques pertinents et bien développés sur le plan méthodologique, en tant qu'éléments d'indicateurs de performance plus globaux. Aujourd'hui, des indicateurs sont transmis aux hôpitaux, une fois encore sur la base d'un projet émanant du SPF Santé publique, mais leur impact sur le fonctionnement clinique est jusqu'à présent assez limité, en raison notamment d'un feed-back tardif.

Il est par ailleurs indiqué que le fonctionnement des instances pouvant contrôler la qualité des soins, tels que les Collèges, instances prévues dans la Loi sur les hôpitaux, fassent l'objet d'une évaluation et au besoin d'une adaptation. En parallèle, il est nécessaire d'évaluer les attentes et les responsabilités des médecins en chef afin qu'ils puissent jouer de façon optimale le rôle crucial qui est le leur. Il est proposé instamment de renforcer les compétences du médecin-chef en matière d'assurance qualité, en adaptant la législation hospitalière dans ce sens.

Des dynamiques différentes dans notre pays, malgré une législation fédérale identique

À l'heure actuelle, les hôpitaux sont confrontés à des niveaux de pouvoir qui mettent insuffisamment en adéquation leur politique et leurs attentes en matière de qualité des soins. Le développement de soins de qualité exige une approche cohérente des Communautés et Régions, dans le cadre de laquelle l'autorité fédérale doit jouer un rôle complémentaire de facilitateur. Au cours des discussions au sein du groupe de travail ad hoc qualité du CNEH, il a été constaté qu'une différence de vision existait entre l'approche du niveau fédéral d'une part, et son application concrète dans les Communautés et Régions d'autre part. Il s'agit là d'une conséquence des options politiques à ce sujet, qui ne seront pas abordées plus en détail ici. Cela signifie néanmoins de facto que la même loi organique est interprétée différemment dans les Communautés/Régions, mais également que d'autres accents importants sont mis, et que ceux-ci témoignent d'une différence de vision et de direction en matière de qualité des soins.

Morcellement et manque de cohérence entravent la qualité des soins. **Conformément à la répartition actuelle des compétences dans notre pays, ce sont les Communautés et les Régions qui sont responsables du suivi et de la surveillance de la politique qualité au sein des hôpitaux mais structurellement, ces responsabilités sont insuffisamment encadrées dans la loi et la réglementation existantes du fonctionnement de l'hôpital au sens large.**

Dans l'attente d'une politique davantage cohérente en matière de qualité des soins hospitaliers, il importe que les différents niveaux politiques de notre pays se concertent plus systématiquement.

Par ailleurs, afin de pouvoir offrir la meilleure qualité de soins possible, les hôpitaux demandent un soutien plus important de la part des autorités, par exemple en proposant des guidelines de manière plus systématique et plus vaste et en facilitant les trajets d'accréditation.

Attentes croissantes de l'UE

Les attentes de l'UE concernant la qualité des soins hospitaliers et la transparence qui y a trait deviendront toujours plus explicites. La proposition d'une directive européenne en matière de droits des patients dans les soins de santé transfrontaliers, qui comporte une série minimum de droit des patients, aborde également l'aspect qualité, et cela dans le chef de tous les « fournisseurs de soins » (une personne physique ou juridique qui prodigue des soins de santé, donc tant les hôpitaux que les prestataires de soins individuels).

Dans ce contexte, étape par étape, il importe de stimuler et de soutenir la transparence sur la manière dont les soins hospitaliers – ainsi que de leurs résultats cliniques - seront organisés, de sorte à pouvoir anticiper les attentes croissantes de la société dans ce domaine.

La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002

Le droit à la qualité des soins ainsi que le droit des patients à obtenir des informations intelligibles et fiables font partie de la Loi relative aux droits des patients du 22 août 2002. À l'heure actuelle, toutefois, peu d'informations systématiques et compréhensibles par tous sont disponibles en ce qui concerne la qualité et les résultats des soins hospitaliers. Fournir de telles informations, ce qui va plus loin que des informations sur la satisfaction du patient, requiert un contexte de confiance afin que les hôpitaux qui prennent des initiatives puissent pleinement prendre les devants. Cela ne peut se faire qu'en offrant à ces hôpitaux un appui scientifique et pratique, ainsi qu'une méthodologie de qualité pour traiter et présenter les données, et ce au départ d'une collaboration active et d'un soutien par les professionnels. Ce qui se fait dans les autres pays peut constituer une source d'inspiration.

Encourager la qualité des soins par un financement adéquat des hôpitaux

Pour financer les soins hospitaliers, l'idéal est de partir de la qualité de la réponse apportée aux besoins du demandeur de soins.

Actuellement, le financement des soins n'est effectué qu'en fonction de la quantité des prestations fournies, tant pour ce qui est du financement des prestations médicales et les honoraires que pour ce qui est du financement des soins hospitaliers, sans la moindre prise en compte de la qualité apportée.

Une telle méthode de financement a certes un contexte historique ainsi que des mérites, mais une grande disparité s'est progressivement forgée dans le système d'indemnisation des prestations médicales, et le lien avec les coûts réels des soins est souvent introuvable. Le système de financement actuel offre insuffisamment de stimulants pour encourager effectivement la qualité réelle des soins.

Concernant le financement des hôpitaux, le sous-financement structurel de certains aspects des soins hospitaliers n'est toujours pas résolu et le financement des activités de base suscitent des inquiétudes majeures. Ceci hypothèque de manière évidente le développement ultérieur de soins de qualité.

L'actuelle méthode de financement implique un surcoût élevé en raison des enregistrements de données diverses, qui requiert un travail intensif. La pression que cet enregistrement fait peser sur les hôpitaux est suffisamment avérée. Il convient de recommander d'étudier si, et dans quelle mesure, lesdits effectifs ne pourraient pas être en partie affectés à l'enregistrement des données, au bénéfice du suivi de la qualité des soins.

Actuellement, beaucoup d'énergie et de temps sont consacrés à l'enregistrement des données qui sont demandés dans un contexte du financement des hôpitaux sans relation directe de ces données avec la qualité réalisée. Si l'on pouvait consacrer une partie de cette énergie à l'enregistrement de données ayant un lien direct avec la qualité des soins, ces données pourraient être utilisées pour le suivi du fonctionnement qualitatif ; l'on peut également se pencher sur une possibilité d'intégration partielle de ces données dans le financement des hôpitaux

De même, l'actuelle méthode de financement est insuffisamment adaptée au développement des trajets de soins transmurales concernant les besoins en soins d'un patient individuel (chronique) pour lesquels les soins intrahospitaliers et extramuros sont autant que possible en adéquation. On ne doit pas sous-estimer l'importance d'une gestion de qualité du dossier (informatisé) des patients, d'un transfert fiable des informations ainsi que d'une collaboration optimale entre les prestataires de soins et le patient. De la sorte, la continuité des soins pourra être soutenue de manière maximale, et une étude longitudinale par voie de « data mining » permettra de développer de nouvelles connaissances et donner lieu à de nouvelles recommandations.

De nombreuses études ont déjà été menées au cours des dernières années en ce qui concerne des modèles adaptés de financement des hôpitaux, mais il est indiqué d'entreprendre à présent effectivement des démarches afin que la qualité des soins puissent être valorisée dans les faits, et ce tant eu égard à la nomenclature des prestations médicales qu'au financement des hôpitaux.

Approche cohérente des soins à risques, quel que soit le lieu où ils sont dispensés

En raison des évolutions rapides que connaissent les soins de santé, un nombre toujours plus grand de diagnostics et de traitements peuvent se faire en dehors du cadre hospitalier. Ce qui entraînera aussi toujours un nombre plus élevé de traitements à risques en dehors de l'enceinte de l'hôpital. C'est pourquoi il est important de ne pas limiter aux hôpitaux les attentes en matière de qualité des soins, mais de l'élargir aux soins extra-muros.. Quoi qu'il en soit, il faut veiller à ce que le système d'organisation et de permanence à l'hôpital 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 puisse rester garanti.

Sur la base des constats et des considérations qui précèdent, le CNEH recommande :

1. Le développement d'une vision stratégique cohérente en matière de qualité des soins hospitaliers, en fonction notamment des attentes de l'UE, des attentes sociétales en matière d'informations fiables sur le fonctionnement des hôpitaux et de la vision en ce qui concerne les traitements médicaux à risques en dehors de l'hôpital. Cette vision pourrait offrir le cadre indispensable permettant de poursuivre le développement du fonctionnement hospitalier, mais aussi de déterminer de nouvelles initiatives et priorités. Le CNEH souhaite ici exploiter pleinement sa mission d'avis.
2. Une adaptation de la législation sur les hôpitaux qui définit un cadre qualitatif cohérent avec, entre autres, une position claire donnée aux indicateurs dûment étayés -, la poursuite de l'élaboration de concepts tels que les programmes et les trajets de soins, ainsi que les différents

rôles et missions (collèges, médecins-chef, ...) à remplir pour concrétiser les ambitions du point de vue qualitatif.

3. L'évaluation des coûts d'opportunité pour les enregistrements actuels dans les hôpitaux en faveur de la qualité des soins. Parallèlement à cela, il est nécessaire de mettre ici l'accent sur la place du dossier (informatisé) des patients, son importance et les opportunités qu'il offre.
4. L'adéquation de l'utilisation des données liées aux soins entre les autorités, avec les professionnels et les hôpitaux, de sorte que ces informations puissent être traduites en indicateurs fournissant des informations cliniques pertinentes sur la qualité et les résultats des soins dispensés, et ainsi servir dans le cadre d'une approche cohérente de mesure et de renforcement de la qualité. Dans un second temps, des indicateurs pourront également être utilisés pour rendre transparents les résultats de soins des hôpitaux, dans un contexte de responsabilité envers la société.
5. Une adaptation de la manière dont les activités médicales à l'hôpital et les honoraires et l'organisation des soins dans les hôpitaux sont financés afin que la qualité des soins dans l'hôpital soit valorisée, En outre, le trajet de soins intra et extra-muros et les soins multidisciplinaires doit occuper ici une place claire et des incitants doivent être proposés pour la mise en œuvre d'une offre de soins de qualité au delà des murs et des secteurs. Cette voie vers un nouveau concept de financement devra de plus aboutir à des solutions pour le sous financement structurel de certains aspects du fonctionnement actuel de l'hôpital, dont le sous effectif en personnel de certains services à certains moments exige une attention prioritaire dans la cadre d'un fonctionnement qualitatif.
6. L'inventaire des développements, de l'organisation et des attentes en matière de qualité des soins hospitaliers dans d'autres pays.
7. L'importance de proposer des guidelines de manière systématique, et de faciliter les initiatives visant à promouvoir la qualité, comme l'accréditation, dans l'optique d'un soutien effectif aux hôpitaux de la part des autorités publiques.