



Cellule Normes et Qualité
sylvain.vitali@ehl.lu

H:\Journal EHL\article HOPITAL - janvier 2005 - L'approche qualité hospitalière au Luxembourg.doc

L'APPROCHE QUALITE HOSPITALIERE AU LUXEMBOURG Programmes Qualité ciblés et l'évolution vers l'EFQM

Le Luxembourg, depuis 1998, œuvre dans le domaine de l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières.

Avant d'entrer dans les détails concernant l'approche qualité, il y a lieu de présenter sommairement par quelques chiffres le Grand-Duché du Luxembourg :

Le Luxembourg est un des plus petits pays de l'UE avec 449500 habitants (année 2003) et un PIB de 23 745 000 € (année 2003).

206 000 personnes sont en activité et le nombre de frontaliers qui exercent au Luxembourg est de 112 000 personnes venant notamment de la France, de la Belgique et de l'Allemagne.

Le taux de chômage est de 4,5% et le taux d'inflation en 2004 peut être estimé à 2,4%.

Les contextes dans lesquels évolue le système de l'approche qualité sont les suivants :

§ Contexte sanitaire :

Le Luxembourg compte 3 régions hospitalières avec 8 établissements de soins aigus (Hôpital St Louis, Clinique St Joseph, Centre Hospitalier de Luxembourg, Hôpital Kirchberg, Clinique Ste Thérèse, Centre Hospitalier Emile Mayrisch, Hôpital Princesse Marie-Astrid, Clinique Ste Marie) et 6 centres spécialisés (Institut national de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle, Centre national de Radiothérapie, Centre Neuro-psychiatrique, Centre de Rééducation Gériatrique, Centre national de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, Clinique Dr Bohler).

Le nombre total de lits tels que définis pour 2005 par le plan hospitalier national est de 2307, ce qui équivaut à un taux d'environ 5 lits par 1000 habitants.

Des fusions et collaborations entre établissements ont été demandés et favorisés par les instances étatiques et ont amené plusieurs hôpitaux à fusionner les 2 à 3 dernières années.

Sauf des cas spécifiques, la médecine est essentiellement exercée en statut libéral, y compris dans les établissements de soins. Ainsi les prestations médicales font l'objet d'honoraires versés directement aux médecins par l'assurance maladie.

§ Contexte légal et conventionnel :

§ La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers définit e.a. le plan hospitalier national, détermine les modalités concernant l'autorisation des établissements et des services hospitaliers, les interventions financières de l'état quant aux investissements, le fonctionnement et l'organisation des établissements ainsi que les droits et devoirs des patients.

- § Suite à la réforme du système de financement de l'assurance maladie sur base de la loi du 27 juillet 1992, il a été instauré depuis 1995 le financement des établissements de santé sur base d'un budget prévisionnel.
- Une convention cadre entre l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) et l'Union des Caisses de Maladie (UCM) régit les procédures et détails concernant les modalités de fonctionnement et procédures relatives au budget prévisionnel des établissements de soins aigus et spécialisés.
- L'article 43 de cette convention cadre détermine certaines modalités relatives à l'approche qualité dans établissements de soins au Luxembourg (Incitants Qualité).

Les Incitants Qualité

Le désir des partenaires EHL – UCM lors de la définition et de la mise en place du modèle des Incitants Qualité était en premier lieu d'aider au développement de la qualité des prestations hospitalières offertes aux patients, de sensibiliser tous les acteurs hospitaliers à l'approche qualité et de garantir une dynamisation des processus d'amélioration continue des prestations.

D'autres plus-values attendues étaient une cohérence dans l'évolution de l'approche qualité entre les différents établissements de santé, le développement des échanges inter-établissements, la tendance vers une équité d'accès à des prestations de qualité pour les patients et la réduction de certains coûts cachés.

Afin de pouvoir atteindre cet objectif il a été convenu de définir en partenariat et consensuellement un ou des programmes nationaux relatifs à l'approche qualité.

Les établissements de santé gardaient un libre choix quant à leur participation à ces Incitants Qualité et quant au développement interne de la stratégie de mise en place et de changement.

Dans ce contexte il a été arrêté le principe d'une prime annuelle (incitant financier) dont le montant maximal a été fixé à 2% du budget annuel opposable à l'UCM par établissement de santé participant au programme Incitant Qualité.

Cette prime est attribuée par l'UCM sur base de critères de qualité et de performance arrêtés en commun accord entre l'EHL et UCM par la Commission d'Evaluation.

Cette prime peut être conçue comme outil de motivation pour les établissements de soins pour permettre l'atteinte des objectifs mentionnés ci-avant.

Les établissements de santé restent libres dans leur choix de l'affectation de la prime ainsi obtenue.

Au départ en 1998 quatre programmes ont été mis en place dans 4 domaines identifiés au préalable comme prioritaires : la prévention des infections nosocomiales, le dossier du patient, la prise en charge de la douleur et la qualité technique des mammographies. Ces programmes avaient une durée qui s'étalait au pour la plupart des programmes sur 5 ans.

Afin de permettre la mise en place des ces 4 programmes ciblés en augmentant annuellement les exigences qualité attendues, il a été décidé de les découper en modules annuels auxquels étaient associés des critères de qualité orientés ressources, processus et - d'une manière moins exigeante - résultats patients.

L'évaluation des programmes Incitants Qualité est réalisée – sur base de critères et référentiels préétablis par la Commission d'Evaluation - par des experts externes et indépendants choisis de part et d'autre par l'EHL et l'UCM. Les experts procèdent pour leur évaluation par une visite sur site et se réfèrent également au rapport qualité annuel que chaque établissement doit remettre.

Sur base des rapports d'évaluation remis par les experts, la Commission d'Evaluation attribue une note aux établissements. Cette note engendre la prime financière mentionnée plus haut.

A titre d'exemple on peut citer que pour les programmes qualité en 2003 le maximum de la prime mis à disposition par l'UCM pour l'ensemble des établissements de soins était de 7 363 176 € (max. 2% du budget opposable) et il a été versé en définitive et globalement aux établissements de santé ayant participé aux programmes qualité des primes d'une valeur de 5 157 905 €

Le bilan des programmes ciblés et évolution vers un outil de management de la qualité

En 2002 les partenaires EHL et UCM ont réalisé un bilan après 5 années d'expérience du modèle des Incitants Qualité.

Sur base de cette analyse les points forts suivants ont pu être dégagés :

- Tous les établissements hospitaliers ont participé
- La fonction du coordinateur qualité a été généralisée et est financée par l'UCM
- Chaque établissement a réalisé une analyse de départ et de l'existant
- L'importance d'une réflexion « qualité » a été institutionnalisée
- les échanges inter-établissements se sont développés
- La dynamique de mise en cause des pratiques a été entamée
- La dynamique du processus d'amélioration continuuel a été engendrée

Il est néanmoins nécessaire de parler également des points faibles dans la démarche choisie :

- Certains programmes au départ étaient trop ambitieux respectivement mal adaptés par rapport aux missions spécifiques de certains établissements
- Le risque d'une « compétition » entre établissements persiste
- L'implication des cadres et de la direction des établissements n'était pas uniforme
- L'implication et l'adhérence du corps médical aux Incitants Qualité n'étaient pas homogène

Les partenaires EHL et UCM suite à ce bilan et étant donné que la plupart des programmes venaient à leur fin en 2003 se sont mis d'accord de faire évoluer le principe des Incitants Qualité – au départ axé sur des programmes ciblés – vers une approche de « total quality management » en respectant les principes suivants :

- Avoir comme centre d'intérêt le patient
- Fédérer tous les acteurs des établissements de santé autour du même objectif
- Opter pour le modèle le mieux adapté à la situation sanitaire, légale et professionnelle du GDL
- Impliquer les cadres, la direction et le corps médical plus directement dans la gestion de la qualité
- Utiliser un mode de communication et de sensibilisation le plus adapté
- Continuer l'évaluation par des experts externes
- Maintenir la prime financière

Après discussion dans les instances de EHL et de l'UCM, respectivement en Commission d'Evaluation sur différents choix possibles (ISO 9000, KTQ, EFQM), il a été décidé d'un commun accord d'opter pour le modèle de management de la qualité selon EFQM (European Foundation for Quality Management).

Les décideurs au niveau de l'EHL et de l'UCM étaient bien conscients que ce choix était ambitieux et qu'il fallait permettre aux établissements de se préparer de façon efficace et structurée à ce défi.

Afin de donner toutes les chances de réussite à ce projet, il a été décidé d'instaurer une phase transitoire qui devrait permettre à chacun de se mettre en phase avec les attentes qualitatives du modèle EFQM.

Cette phase est prévue de durer de 2003 à 2006, l'année pour laquelle chaque établissement de soins devrait fonctionner selon EFQM et le moment pour réaliser un premier assessment externe selon EFQM. Ainsi, les établissements de soins utiliseront le modèle EFQM comme outil de management permanent pour l'ensemble de ses activités. A cette fin les établissements se mettront en conformité avec les guides de bonne pratique nationaux et internationaux.

A l'instar de ce qui a été décrit plus haut sur découpage des programmes ciblés, la Commission d'Evaluation a arrêté un programme en étapes annuelles qui devrait guider les établissements dans leur préparation à l'objectif final. Ces programmes permettront de garantir une évolution homogène selon des principes directeurs uniformes.

Pour chaque programme transitoire annuel seront fixés des objectifs (contenus) à atteindre ainsi que des critères qui permettront l'évaluation des attentes fixées par la Commission d'Evaluation. Les critères peuvent être considérés comme balises, tant pour les établissements afin de mieux appréhender la portée des contenus et tant pour les experts pour leur faciliter l'évaluation lors de leur visite sur site. Ainsi ces programmes font aussi l'objet d'une évaluation externe et indépendante par des experts désignés par l'EHL et l'UCM.

Ceci permet le maintien du principe de la prime qualité également dans la phase transitoire.

Les attentes des programmes transitoires annuels peuvent être résumées qu'en 2003 en attendant la création d'un comité de pilotage (dans lequel la direction était intégré) en charge du management de la qualité et surtout la communication autour du modèle EFQM et la stratégie de changement à prévoir. L'année 2004, en continuant les démarches entreprises et planifiées en 2003, visait une première auto-évaluation avec définition d'un plan d'action d'amélioration.

Pour 2005 il sera attendu une deuxième auto-évaluation en vue de continuer la dynamisation de la démarche d'amélioration continue et – ce qui sera une nouveauté – la mise en place d'indicateurs de performance qui eux permettront dans le futur le monitoring des établissements de santé par rapport à des référentiels nationaux respectivement internationaux. Il sera néanmoins seulement évalué pour cette année l'implémentation de ces indicateurs de performance et non les résultats obtenus.

Le fait d'opter pour un nouveau modèle d'Incitant Qualité a amené la Commission d'Evaluation de veiller à ce que les acquis des 4 programmes ciblés ne se perdent dans le changement. De fait dans les programmes de transition une certaine importance reste attribuée à la pérennisation des 4 programmes ciblés, ainsi on demande en 2005 de les intégrer dans les processus clés des établissements.

Les évolutions possibles à partir de 2005 :

Actuellement des négociations sont en cours au niveau de la Commission d'Evaluation pour apporter certains aménagements aux procédures de définition des programmes et d'évaluation.

On discute notamment la possibilité que le module 2005, pourrait déjà être évalué par des assesseurs EFQM respectivement de la possibilité de faire évaluer le processus d'autoévaluation interne ainsi que ses composantes comme p.ex. le plan d'action. Il est dès lors nécessaire d'élaborer au niveau de la Commission d'Evaluation une grille de lecture tenant compte du mieux possible du fait que les établissements se trouvent en principe encore dans une phase transitoire suivant les contenus et critères qui avaient été élaborés en Commission d'Evaluation.

A partir du module 2005, concernant la prime IQ, la terminologie « prime de qualité » sera désormais utilisée uniquement en considération de l'activité dans le cadre des opérations EFQM telles que gérées au niveau des établissements respectifs.

A partir du module 2006, concernant la prime IQ, la prime Qualité pourrait être scindée en deux et il y aura lieu de distinguer entre deux volets A et B.

- Le volet A concernera l'utilisation de l'outil EFQM et l'évolution de l'établissement en considération de l'utilisation de celui-ci : **Prime de Qualité**
Il est précisé que l'approche à gérer dans un cadre EFQM visera avant tout à analyser l'évolution du management de la qualité dans les différents établissements en considération d'un état des lieux à un moment donné. Une comparaison (benchmarking) à ce niveau entre établissements ne sera pas nécessaire et utile.
- Le volet B concernera la mise en place du système de monitoring suivant les indicateurs de performance décidés paritairement : **Prime de Performance**
Il convient en effet d'intégrer un système de monitoring basé sur les résultats de performance exprimés par des indicateurs pré-définis paritairement et adaptables d'année en année.

Conclusion :

Le changement de l'environnement sanitaire, les attentes de l'Union des Caisses de maladie, les obligations légales et les attentes des patients mettent les établissements dans l'obligation de promouvoir constamment leur propre démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'approche qualité des établissements de santé au Luxembourg se distingue d'autres modèles surtout du point de vue de son originalité à deux niveaux :

Le premier se distingue par le fait que cette démarche engendre une forme de gratification financière non négligeable par le biais de la prime Incitant Qualité.

Le deuxième se distingue par le fait que les établissements, par le biais de l'EHL, en collaboration avec l'UCM ont défini d'une manière volontaire et commune leur vision d'amélioration continue de la qualité des prestations hospitalières.

Les expériences vécues depuis 1998 dans l'approche qualité par programmes qualité ciblés et l'évolution vers un système de management de la qualité démontrent la volonté de tous les acteurs de s'adapter aux changements et développements sanitaires, techniques, médicaux, sociaux et économiques.

La transition vers le modèle EFQM est à considérer comme un défi important afin de garantir des prestations de service efficaces en adéquation avec des référentiels prédéfinis.

Le projet luxembourgeois est ambitieux et nécessite de la part de la Commission d'Evaluation, de l'UCM et de l'EHL des adaptations permanentes aux attentes des différents acteurs ainsi que des réponses rapides et constructives aux problèmes soulevés.

Luxembourg, février 2005

Par : Sylvain Vitali
Conseiller Soins
Normes et Qualité
Entente des Hôpitaux Luxembourgeois
13 – 15, rue JP. Sauvage
L – 2514 Luxembourg
Tél. : + 352 42 41 42
e-mail : sylvain.vitali@ehl.lu