

# EFQM ET LE MODÈLE DES INCITANTS QUALITÉ

15 années de démarches communes EHL-CNS

CONGRES CIPIQ-S

2012 – Namur (B)

« Quelles méthodes pour améliorer la performance clinique? »

12/10/2012

Sylvain Vitali – FHL – Conseiller Normes/Qualité

Secrétaire-Coordinateur de la Commission d'Evaluation

Expert au Comité National de la Coordination de la Qualité des Prestations Hospitalières



# Plan de présentation

2

- Historique du modèle Incitant Qualité
- Le modèle EFQM
- Les résultats EFQM
- Les résultats de l'évaluation nationale de la satisfaction des patients
- Les indicateurs de qualité/performance
- Les résultats des indicateurs de qualité/performance
- Les stratégies futures de la Commission d'Evaluation en matière de développement de la qualité

Sylvain Vitali - FHL - Conseiller Normes/Qualité 12/10/2012



# Historique du modèle Incitant Qualité (IQ)

3

- Base : Convention cadre EHL – UCM (CNS)
- Mise en place dès 1998
- Contexte :
  - ▣ Contraintes budgétaires
  - ▣ Changements de la structure hospitalière nationale
  - ▣ Transparence de gestion
  - ▣ Pas de cadre légal p/r au niveau de la qualité attendu
- Objectifs de départ:
  - ▣ Orientation patient
  - ▣ Sensibilisation de tous les acteurs hospitaliers à l'approche qualité
  - ▣ Aider au développement de la qualité des prestations hospitalières
  - ▣ Choix consensuels ( EHL – CNS – H )
  - ▣ Prime Qualité de max. 2% du budget opposable suite à évaluation externe

© 2012 FHL - Conseiller Normes/Qualité 12/10/2012



# Historique du modèle Incitant Qualité (IQ)

4

- Pilotage par la Commission d'Evaluation resp. le CD de la CNS et le CA de l'EHL
- Mise en place de moyens, ressources et de structures
  - Formation
  - Coordinateurs Qualité / Cellule Qualité (Commission Normes)
  - Comité de pilotage qualité interne aux Hôpitaux
  - Programmes annuels
  - Evaluation externe annuelle
  - Prime qualité ( + de 10.000.000 € pour l'année 2010)

Sylvain Vitali - FHL - Conseiller Normes/Qualité 12/10/2012



# Historique du modèle Incitant Qualité (IQ)

5

## □ Evolution du modèle

### ▣ 4 programmes ciblés ( 1998 à 2002 )

- Dossier de la personne soignée
- Prévention des Infections Nosocomiales
- Prévention et soulagement de la douleur
- Qualité technique des Mammographies

### ■ Bilan :

- L'approche qualité « intégrée » et globale pas assez développée
- Déficits au niveau du management institutionnel de la qualité

### ▣ Démarche EFQM (2003 à 2005 – pérennisation des programmes ciblés et phase de préparation au modèle EFQM)

### ■ Bilan :

- Indicateurs internes insuffisants pour garantir qualité des prestations et sécurité patients
- Pas de lien direct avec la santé publique et la mission de service publique
- Implication du corps médical non homogène

### ▣ Démarche EFQM et évaluation externe selon RADAR et Indicateurs nationaux (depuis 2006 )

Sylvain Vitali - FHL - Conseiller Normes/Qualité 12/10/2012

# Historique du modèle Incitant Qualité (IQ)

6

- Objectifs stratégiques atteints aujourd'hui:
  - ▣ Patient-centred
  - ▣ Structuration du management hospitalier autour de la qualité
    - Le modèle EFQM a permis de développer la professionnalisation du management des hôpitaux
  - ▣ Intégration des approches du risk-management
  - ▣ Optimisation des processus et de la performance
  - ▣ Monitoring continu des activités hospitalières
  - ▣ Comparaison inter-hospitalière au niveau national
  - ▣ Sensibilisation à l'approche « chemins cliniques »
  - ▣ Développement de certaines best-practices
    - Noyaux existants dans les hôpitaux pouvant servir de référence pour le développement à moyen terme
  - ▣ Sensibilisation aux besoins de comparaisons internationales notamment au niveau des résultats cliniques

# Le modèle IQ – limites actuelles du système

7

- Problèmes structurelles
  - ▣ Hiérarchie intra-hôpital / collaboration médecins – direction hospitalière à optimiser
  - ▣ Intégration inhomogène du corps médical dans l'approche « résultats cliniques »
  - ▣ Absence d'un système de codification (médicale) appliqué uniformément permettant de disposer de données fiables, robustes et comparables
  - ▣ Monitoring des coûts globaux de la santé pour le moment difficile
  - ▣ Manque d'objectifs santé publique



**Le management se retrouve devant une certaine inefficacité pour piloter les hôpitaux dans le contexte qualité et socio-économique (inter)nation**

# Le modèle EFQM

8

## □ Finalités

- ▣ Développement un management de haute qualité en vue d'une amélioration continu de la qualité des prestations en disposant d'informations pertinentes et transparentes avec des effets positifs sur l'efficacité et l'efficience de l'établissement.
- ▣ Permettre d'adapter et d'augmenter de façon continue et régulière la compétitivité des institutions des soins luxembourgeois

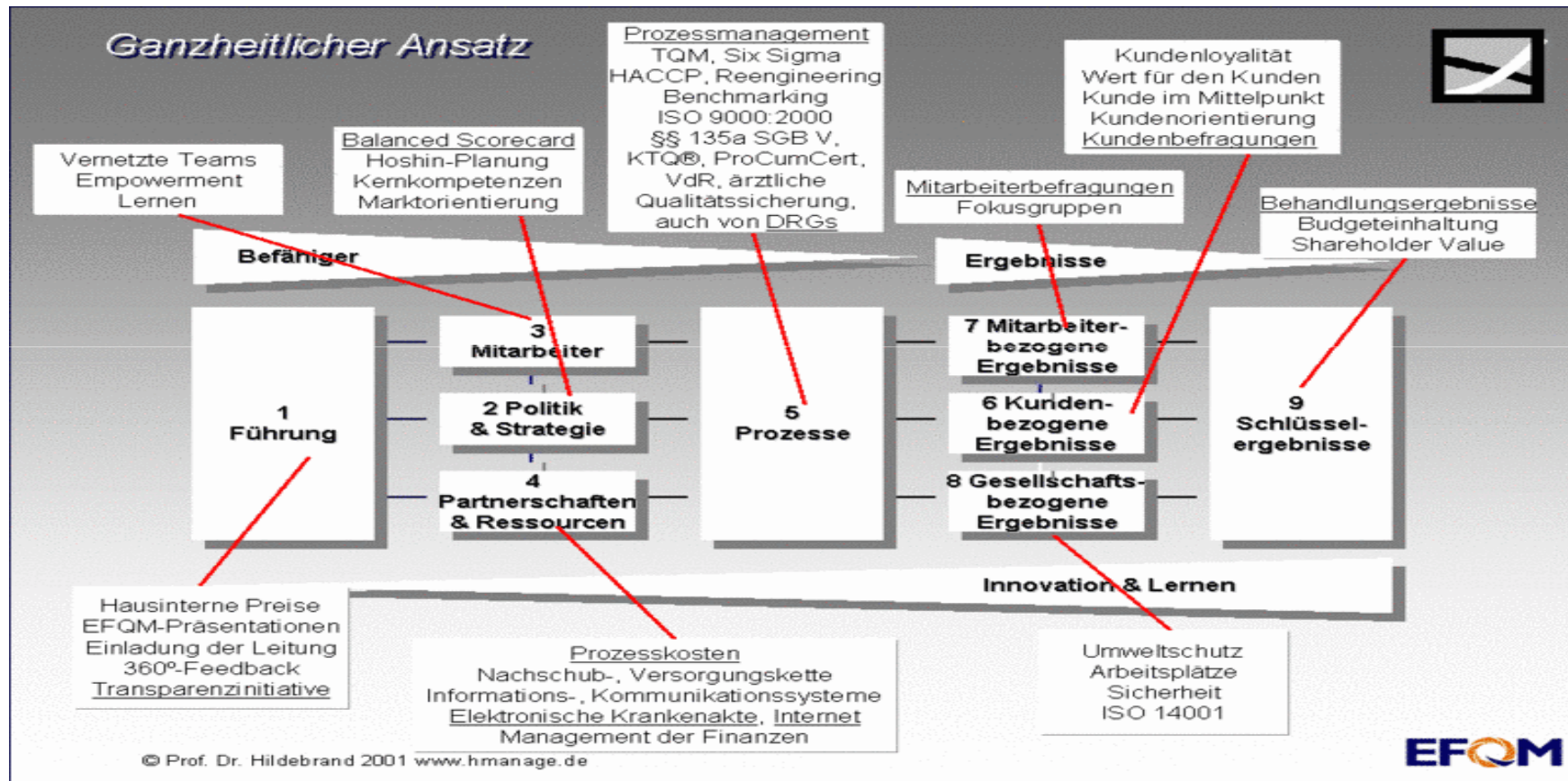
## □ Limites

- ▣ Les évaluations et cotations réalisées par les assesseurs externes ne permettent pas de procéder à un « ranking », ni de tirer des conclusions sur la qualité respectivement les résultats des prestations de l'équipe soignante multidisciplinaire.



# Le modèle EFQM

9



# Les résultats EFQM (2006 – 20010)

10

## Résultats EFQM et prime qualité 2006-2010

Principe:

Benchmark national = maximum national atteignable sur base de la somme des meilleurs résultats nationaux par critère

### Meilleurs résultats nationaux

		2010	2008	2006
Critère	1	47,00	50,00	45,00
	2	38,40	42,00	38,00
	3	37,80	35,10	38,00
	4	47,70	41,40	31,00
	5	72,80	70,00	76,00
	6	106,00	92,50	94,00
	7	35,10	31,50	38,00
	8	24,60	16,50	16,00
	9	79,50	67,50	48,00
* Somme/Benchmark national		488,90	446,50	424,00
Progression 2008-2010		9,50%		
Progression 2006-2008		5,31%		

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Moyenne	Médiane
* Note totale obtenue	IQ 2010	278	298	281	288	300	344	338		271	382	416	431	475	342	319
	IQ 2008	190	191	191	205	217	275	281	289	313	355	406	412	420	288	281
	IQ 2006	139	112	168	233		266	238	221	261	340	319	347	396	253	250
Variation 2008-2010		46%	56%	47%	41%	38%	25%	20%		-13%	8%	3%	5%	13%	19%	13%

* Taux de réussite p/r benchmark national (en %)	56,86	60,95	57,48	58,91	61,36	70,36	69,13		55,43	78,13	85,09	88,16	97,16	69,92	65,25
Taux de réussite p/r benchmark national IQ 2008	42,55	42,75	42,87	45,89	48,53	61,59	63,02	64,61	70,06	79,57	90,88	92,16	94,13	64,51	63,02
Taux de réussite p/r benchmark national IQ 2006	32,76	26,42	39,62	54,95		62,74	56,13	52,12	61,56	80,19	75,24	81,84	93,4	58,24	58,85

* Prime 2010 (en % du total budget 2010 opposable)	1,14	1,22	1,15	1,18	1,23	1,41	1,38		1,11	1,56	1,70	1,76	1,94	1,40	1,30
Prime IQ 2008	0,85	0,86	0,86	0,92	0,97	1,23	1,26	1,29	1,40	1,59	1,82	1,84	1,88	1,29	1,26
Prime IQ 2006	0,60	0,40	0,60	1,20		1,40	1,20	1,20	1,40	1,80	1,60	1,80	2,00	1,23	1,30

# Les résultats EFQM (critères et souscritères) 2010

11

crit	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1a	25	30	35	30	40	35	55	50	50	50	50	60
1b	25	25	35	30	35	30	50	45	50	50	55	45
1c	20	25	40	25	30	30	40	40	40	45	40	40
1d	30	25	30	25	40	35	40	40	40	45	45	40
1e	25	25	30	25	35	40	40	40	40	45	45	40
1f	25	26	34	27	36	34	45	43	44	47	47	45
1g	30	25	25	30	30	30	30	35	30	45	35	50
2a	25	25	25	35	25	25	30	35	40	40	55	45
2b	20	25	20	30	35	20	30	40	45	40	45	50
2c	15	25	20	25	30	25	25	35	40	35	35	45
2d	23	25	22,5	30	30	25	29	36	39	40	43	48
2e	30	30	25	20	30	25	45	35	45	45	45	45
2f	25	30	25	20	30	25	45	40	45	45	45	45
2g	30	25	25	20	30	30	30	40	40	40	40	40
2h	25	20	30	20	25	20	35	40	40	35	35	40
2i	25	15	25	15	25	25	35	35	40	30	35	40
3	27	24	26	19	28	23	38	38	42	39	40	42
4a	30	30	45	30	35	35	35	35	30	55	45	50
4b	25	30	55	25	30	45	55	60	60	55	55	60
4c	25	25	35	30	30	45	45	35	40	50	45	40
4d	25	30	30	30	25	35	40	35	45	55	40	45
4e	25	25	25	30	25	35	30	35	40	50	40	45
4f	26	28	38	29	29	39	41	40	43	53	45	48
5a	15	15	20	30	30	30	45	50	55	35	35	60
5b	20	20	25	25	30	35	40	45	45	40	25	55
5c	25	25	35	35	30	40	40	35	40	40	50	45
5d	35	40	35	40	35	40	40	35	40	45	45	50
5e	30	30	25	30	25	35	25	30	35	45	45	50
5f	25	26	28	32	30	36	38	39	43	41	40	52
6a	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
6b	40	40	35	35	35	40	45	35	40	45	55	55
6c	25	35	30	30	35	30	25	30	35	30	45	40
6d	36	39	34	34	35	38	40	34	39	41	53	51
6e	15	10	15	10	35	15	15	30	30	25	35	40
6f	20	15	25	20	25	15	20	30	35	35	35	35
6g	16	11	18	13	33	15	16	30	31	28	35	39
6h	10	10	40	10	15	25	25	15	25	15	30	45
6i	10	15	20	10	20	30	30	20	35	35	45	35
6j	10	14	25	10	19	29	29	19	33	30	41	38
6k	35	40	25	55	25	20	20	25	35	45	40	55
6l	35	30	20	30	20	25	25	30	25	50	35	50
6m	35	35	23	43	23	23	23	28	30	48	38	53
notation	271	278	281	288	298	300	338	344	382	416	431	475
facteurs	126	129	149	139	153	160	192	197	212	219	214	237
résultats	146	148	132	149	144	140	146	147	170	197	218	239
F/R	0,86	0,87	1,13	0,94	1,06	1,15	1,32	1,34	1,24	1,12	0,98	0,99

# Les résultats EFQM–Conclusions des experts

12

- La gestion de la qualité a montré un impact positif au niveau des services de soins et administratifs. L'impact au niveau du corps médical est au mieux fragmentaire, voire anecdotique dans certains hôpitaux
- La gestion systématique de qualité ne semble toucher que partiellement l'activité médicale, alors que celle-ci est décisive pour la qualité des résultats des traitements administrés.
- La saisie systématique des données de résultats cliniques est encore à ses débuts
- Une gestion systématique de la qualité médicale dans les hôpitaux semble dépendre avant tout du bien-vouloir des médecins concernés. Dans le cadre réglementaire et législatif actuel, les moyens d'un hôpital pour poursuivre une politique volontariste de la qualité dans le domaine médical semblent encore très limités, mais tous les hôpitaux se sont engagés dans ce travail nécessaire, long et difficile. Il passe par une segmentation fine, par chemins cliniques, par groupes homogènes de patients, et par un travail nécessaire et critique des médecins avec leurs pairs (internationaux ).

# Les résultats EFQM – Conclusions des experts

13

- La démarche qualité gérée par la Commission d'Evaluation porte ses fruits, quelques établissements sont au seuil de l'excellence et plusieurs hôpitaux sont au niveau d'un diplôme de reconnaissance de l'excellence
- Pour certains services avec monopole national il sera prioritaire de développer un monitoring systématique interne ( et externe ) de la qualité des résultats de traitement
- Un gros travail a été fait sur les résultats, les hôpitaux disposent de tableaux de bord d'indicateurs où l'on peut lire l'efficacité des actions et parfois la performance des principaux processus
- Bon nombre de processus clé sont décrits (cartographie stabilisées), les voies de progrès sont aujourd'hui concentrés sur les indicateurs clé de performance et sur la liaison entre les revues de processus et le pilotage stratégique de l'hôpital
- Le benchmarking est insuffisant par rapport aux ambitions d'Excellence énoncées dans le projet d'établissement.
- Le critère 8 ( résultats pour la collectivité ) est un point d'amélioration pour tous les hôpitaux

# Les résultats EFQM – Conclusions des experts

14

- La tendance générale:

L'évolution générale est positive, les notes sont toutes au moins égales à 270 (contre 195 il y a deux ans), la meilleure note est à 475, et 3 hôpitaux sont au niveau d'un diplôme « Recognized for Excellence » à 4 étoiles (au moins 400 points). Les petits hôpitaux progressent plus vite que les grands, à la fois parce qu'ils sont encore au début de leur démarche, et que les actions engagées s'y déploient plus facilement et plus vite que dans les grands hôpitaux aigus.

- L'orientation résultats:

Les tableaux de bord se rapprochent d'une « balanced score card », mais les objectifs chiffrés ne sont pas toujours fixés. Les résultats de performance clinique sont en progrès. Les parties prenantes autres que patients et personnel restent largement en retrait dans les tableaux de bord.

- L'orientation patients:

Est un point fort fréquent et inhérent à la mission hospitalière. C'est la voie principale d'exercice de la créativité et de l'innovation. L'ambulatoire n'a pas encore dans les processus et les tableaux de bord la place que la stratégie laisse supposer.

# Les résultats de l'évaluation nationale de satisfaction des patients

15

- La satisfaction du patient :
  - « La satisfaction du patient est considérée comme faisant partie de la prise en charge médicale et psychologique. La satisfaction est la résultante d'une appréciation subjective par le patient de la prise en charge médicale. La base pour cette appréciation est le niveau d'atteinte des attentes du patient. » ( traduction libre selon Jacob & Bengel, 2000. Zeitschrift klinische Psychologie, Physiopathologie und Psychotherapie ZKPP, 48, page 284 )



## Mesure de la perception

- Patients ciblés : phase aigüe, adultes et enfants, sans psychiatrie, sans rééducation / réhabilitation
- Patients contactés : 18354 ( post séjour hospitalier d'au moins une nuit )
- Taux de réponses : 46%

# Les résultats de l'évaluation nationale de satisfaction des patients

16

- Pistes d'amélioration :
  - ▣ Soutien émotionnel (peurs, confiance, soucis)
  - ▣ Intégration des proches
  - ▣ Continuité des soins et sortie de l'hôpital (préparation sortie)
  - ▣ Informations
- Forces :
  - ▣ Coordination de la prise en charge (aspects organisationnels)
  - ▣ Impression générale ( collaboration, gentillesse, ... )
  - ▣ Informations liées au traitements (interventions chir. suites)



# Les résultats de l'évaluation nationale de satisfaction des patients

17

- Taux de recommandation dans un comparatif international ( Question : recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis ou votre famille ? )

	L	D	CH	ital
Chirurgie	29%	33%	20%	
Médecine	37%	35%	22%	
Gynécologie	30%	30%	19%	
Obstétrique	26%	32%	21%	
Pédiatrie	34%	47%	30%	

# Les indicateurs de qualité et performance

18

- Les raisons ayant conduit au choix des indicateurs :
  - EFQM ne permet pas des conclusions sur la qualité des prises en charge
  - Dans le cadre des missions de l'hôpital au niveau du service public et de la santé publique permettre une mesure des outcomes
  - Nécessité de mesurer la performance clinique et hospitalière avec une méthodologie uniforme
  - Permettre un benchmarking par rapport à des sets internationaux ( p.ex. IQIP, PATH, ... )

# Les indicateurs de qualité et performance

19

- Liste des indicateurs ( extrait ):
  - Taux de réhospitalisation dans le même établissement hospitalier dans un délai de 28 jours après la sortie du patient vivant, de l'hôpital pour le chapitre 5 ICD 10 "troubles mentaux et du comportement" F00-F99
  - Taux de mortalité avec les ESJM
  - Incidence annuelle des bactériémies par 1000 journées de cathéters centraux en soins intensifs
  - Incidence annuelle des infections urinaires par 1000 journées de sondage urinaire en soins intensifs
  - Hôpitaux ayant un service/unité distinct de rééducation : Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée lors d'une rééducation neurologique post-AVC
  - Taux d'absentéisme annuel global pour l'ensemble des personnels
  - Fréquence moyenne globale de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
  - Durée moyenne de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels
  - Taux d'accidents par exposition au sang par ETP
  - Taux d'interventions chirurgicales pour cataracte faites en ambulatoire
  - Taux de dépenses pour dispositifs médicaux et médicaments achetés par le biais du groupement d'achat
  - Durée moyenne d'occupation d'une salle opératoire les jours ouvrables
  - Taux de couverture des lits par une distribution unit dose sur base d'une ordonnance médicale nominative par patient

Sylvain Vitali - FHL - Conseiller Normes/Qualité 12/10/2012



# Les indicateurs de qualité et performance

20

## Extrait résultats 2007-2010

Résultats Personnel			2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
32	Taux d'absentéisme annuel global pour l'ensemble des personnels	en %	3,80	4,01	3,74	3,71	4,31	3,84	3,77	4,40
33	Fréquence moyenne globale de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels	chiffre	1,94	2,14	2,03	1,91	2,33	136,63	0,28	0,25
34	Durée moyenne de l'absentéisme pour l'ensemble des personnels	en heures	32,40	31,75	31,22	32,76	25,00	33,70	0,25	0,25
35	Taux d'accidents par exposition au sang par ETP	en %	4,40	3,75	2,86	3,17	1,47		0,48	0,47
36	Taux d'accidents par exposition au sang pour le personnel de la catégorie soins	en %	5,90	4,65	3,76	4,00	1,85		0,56	0,62
Résultats clés			2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
37	Taux d'occupation moyen global sur les lits autorisés	en %	80,60	83,54	80,28	80,93	89,83	47,82	92,45	93,10
38	Taux de dépassement du total des frais fixes réels opposables par rapport au budget des frais fixes négocié avec l'UCM	en %	0,37	0,70	-3,80	-3,15	-4,19		3,49	0,71
39	Taux de dépassement du total des frais variables réels opposables par rapport au budget des frais variables négocié avec l'UCM	en %	-0,29	-0,21	-0,94	-2,66	13,75	-0,32	1,91	6,29
40	Durée moyenne de séjour globale de l'établissement sans les ESJM	en jours	7,10	7,07	6,78	6,89	53,20	1,31	46,65	52,72

# Les indicateurs de qualité et performance

21

- Faiblesses du set des indicateurs nationaux
  - ▣ 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

# Les indicateurs de qualité et performance

22

- Permettent aussi:
  - d'analyser les impacts de décisions stratégiques nationales ( cf. décentralisation de la psychiatrie )
  - d'orienter les décisions nationales vers le développement de filières et/ou de nouveaux modèles de prise en charge (cf. télémédecine)
  - de démontrer l'impact de décisions managériales propres aux hôpitaux (cf. taux d'absentéisme)
  - d'évoluer vers un monitoring des adéquations aux besoins réels des hôpitaux (cf. indicateurs achat central)
  - Permettent d'inciter aux changements et suivre les pratiques soignantes au niveau des indications ou au niveau de l'antibiothérapie ou au niveau de l'impact de la diminution de la DMS (p.ex. taux IN en Soins Intensifs)
  - D'analyser et optimiser la performance de certains services hospitaliers ( cf. durée moyenne entre S et E en salle op )
  - ...

# Les actions futures de la Commission d'Evaluation en matière de développement de la qualité

23

- Stabiliser le système qualité dans les hôpitaux
- Augmenter l'implication du corps médical dans l'approche qualité
- Harmoniser les méthodologies de calcul des indicateurs sur base de références internationales
- Créer un lien direct entre l'incitant financier et les résultats obtenus (cf. depuis 2010 seuils pour les indicateurs)
- 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
- Promouvoir et soutenir les projets innovants en la matière
- Guider, faciliter et soutenir le développement qualitatif hospitalier et aider à l'implémentation des outils adaptés
- Développer son rôle comme plate-forme d'échange et de formation

Sylvain Vitali - FHL - Conseiller Normes/Qualité 12/10/2012



# Les ambitions futures de la Commission d'Evaluation en matière de développement de la qualité


24

- Développer :
  - L'approche sécurité du patient
  - La notion « qualité des résultats cliniques » (aussi vision longitudinale )
  - La notion « efficacité » pour le triangle qualité – prestations hospitalières et médicales – coûts
  - L'approche « coûts globaux » pour l'ensemble processus
  - Les moyens pour démontrer le bénéfice à moyen et long terme pour le patient et la société des actions qualitatives menés
- Préalables :
  - Besoin d'un système d'information performant ( cf. Dossier patient informatisé )
  - Besoin d'un système de codification médicale internationalement reconnu (ICD et CCAM)
  - Clarifier les rôles des acteurs médicaux dans la gouvernance du système hospitalier
  - Disposer de référentiels méthodologiques
  - Connaître les stratégies gouvernementales concernant le développement de la politique de santé publique



# Collaboration Commission d'Evaluation – CoNaQual-PH

25

- Au niveau du management clinique
  - ▣ Détermination de best practices
    - Risk-management
    - Référentiels méthodologiques
    - Référentiels « prises en charge médicales/soignantes »
- Au niveau de la politique « qualité » du système hospitalier
  - ▣ Détermination et priorisation des axes de développement dans un environnement national et européen:
    - de la santé publique
    - de la qualité des prestations hospitalières à fournir
    - pour la sécurité du patient 

**Partenariat entre la CE et la Commission Nationale de la Qualité des Prestations Hospitalières (CoNaQual-PH) dans le cadre du développement stratégique et opérationnel de la qualité des prestations hospitalières afin de garantir la durabilité du système de santé.**

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Questions / Réponses