

AIM – concentration des compétences
Conférence de presse du 30 septembre 2014
Communiqué FNAMS/FIH

Ce 30 septembre 2014, l'Agence Inter-Mutualiste organise une conférence de presse intitulée : « Nous avons besoin d'une concentration des compétences en matière d'affections graves et complexes », publiant des chiffres d'interventions dans 2 types de cancer (œsophage et pancréas).

A cette occasion, la FNAMS et la FIH rappellent les éléments de contexte qui suivent.

1. La qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux sont **garanties par un ensemble de règles et de pratiques** issues de la formation de base et continue des praticiens professionnels, de la législation organique édictée par le législateur fédéral, des normes d'agrément fixées par le législateur régional, et du contrôle du respect de ces normes par les services régionaux d'inspection. Vous trouverez en annexe de cette note un rappel exhaustif de ce cadre institué.

2. Depuis de nombreuses années, les hôpitaux ne cessent d'évoluer afin de mettre les pratiques en conformité avec l'évolution des techniques et du progrès médical, ce qui implique notamment de nombreuses **réorganisations de l'offre des services et appareillages**. Ainsi, les fusions et autres mouvements de réorganisation ont conduit dans notre pays, entre 1980 et 2008, à une diminution de 520 à 207 hôpitaux et de 92.000 à 70.000 lits.

Les chiffres publiés par l'AIM indiquent que des synergies, réorganisations et collaborations supplémentaires sont souhaitables. Nous nous référons à cet égard aux suggestions émises par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers le 13 février 2014 concernant la centralisation des soins d'oncologie¹.

3. Les réorganisations de l'offre hospitalière impliquent toutefois de remplir certains **conditions** :

- **Une révision des normes d'agrément.** Les normes actuelles sont souvent dépassées, parfois inexistantes. Nous sommes demandeurs d'un travail de révision des normes organisationnelles, afin que ces normes collent réellement à l'évolution des pratiques et ne soient pas le reflet d'une réalité dépassée. Il faut sortir d'un modèle d'évaluation/sanction pour aller vers un système moderne d'amélioration continue.
- **Un nouveau mode de financement hospitalier.** Actuellement, le financement des structures et de l'activité hospitalière est souvent conditionné à des règles précises, notamment en termes d'encadrement en personnel. Ces règles freinent considérablement les mouvements spontanés

¹ *Résumé libre :*

Organisation : prise en charge et traitement des cancers vraiment rares concentrés dans des centres de référence (différents selon les types de cancer), moyennant une prise en charge possible de seconde ligne dans un autre hôpital. Ces centres spécialisés doivent pouvoir montrer qu'ils obtiennent de meilleurs résultats, vu la concentration des moyens (personnel technologies, équipements, conditions de réadressage, etc.).

Enregistrement : en attendant le développement des centres spécialisés et des réseaux, développer l'enregistrement uniforme des données pour tous les patients cancéreux (données cliniques, indicateurs structurels et de résultat...). Centralisation au Registre du cancer.

Qualité et prestataires de soins : un système qualité doit définir ses objectifs, être complet et étayé par les données collectées et les indicateurs. Ceci suppose l'implication directe des prestataires de soins, ainsi que des Collèges d'Oncologie et de Radiothérapie. Les autorités publiques doivent jouer un rôle d'encouragement.

Communication : nécessité de s'appuyer sur le dossier patient informatisé et sur les nouvelles technologies de télécommunication, ce qui réduit la nécessité d'un nombre élevé de centres d'expertise. Les télécommunications favorisent la concertation et la collaboration entre les hôpitaux, les généralistes et les médecins. Cela doit être une priorité pour la politique future.

Financement : Veiller à un financement public efficace des structures, du personnel et des médecins qui garantissent et améliorent la qualité des soins. Pour le patient, la concentration des soins complexes ne doit pas compromettre l'accessibilité physique et financière.

de collaboration. Les hôpitaux sont demandeurs d'un nouveau système de financement hospitalier et s'inscrivent parfaitement dans les efforts initiés au niveau fédéral à ce sujet. Ils souhaitent notamment à l'avenir que le financement offre la flexibilité nécessaire à la gestion de l'activité. Les missions de base de l'hôpital doivent également être valorisées, afin de faire face notamment au développement de la pratique extrahospitalière.

- L'évaluation de la qualité de soins et de la sécurité pour les patients implique la **définition préalable d'indicateurs**.

Les chiffres publiés par l'AIM ne sont pas des indicateurs et ne sont donc pas nécessairement représentatifs de la qualité des soins. En effet, la qualité concerne l'ensemble du trajet de soins, l'ensemble du processus de prise en charge depuis le diagnostic jusqu'à la rééducation. Ainsi, chaque professionnel de la chaîne de soins est important, et pas seulement le chirurgien, quelle que soit la performance de ce praticien.

La définition d'indicateurs de qualité doit être prospective (déterminer à l'avance les critères d'évaluation), évolutive (suivre l'évolution des techniques et de la science bio-médicale), incrémentielle (favoriser une progression en partant du niveau actuel et de ce qui existe déjà sur le terrain) et ciblée, par consensus scientifique, sur des domaines permettant de mesurer les résultats (outcome) en termes de gain de santé (morbidité, mortalité, satisfaction patient...)

4. Pour réaliser, de manière phasée, tous ces chantiers, les hôpitaux, à travers leurs fédérations hospitalières, ont créés durant l'été 2014 la **Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS ASBL)**. Cette asbl rassemble toutes les fédérations hospitalières de Wallonie, ainsi que les 3 grandes mutualités, les Ecoles de santé publique et bénéficie du soutien des autorités régionales. La PAQS a pour ambition, de manière concertée avec tous les partenaires et les autorités régionales, de proposer une opérationnalisation du Plan wallon pour la qualité mis sur pied en fin de législature précédente.

Outre le travail précité sur une révision des normes d'agrément et d'un travail sur les indicateurs, le Plan wallon pour la qualité invite les institutions à recourir, sur une base volontaire et selon un rythme propre, à un **système d'évaluation externe de la qualité, par exemple l'accréditation**. Le processus d'évaluation externe doit constituer l'avenir du mode de contrôle de l'autorité publique, poussant les institutions dans un cercle vertueux d'amélioration continue. Eviter d'imposer « par le haut » aux institutions des réformes « artificielles » qui auraient un impact contre-productif sur les mouvements de rapprochement. Les institutions doivent être partie-prenantes, disposer d'un temps d'appropriation et bénéficier de mesures d'accompagnement.

Il importe également de se concerter, au niveau de la PAQS sur une manière responsable, efficace et compréhensible d'organiser la **transparence**, à savoir communiquer sur les résultats des évaluations basées sur les indicateurs préétablis ; la communication est basée sur un consensus, après un temps d'appropriation (compréhension, justification et mesures d'adaptations) dans les équipes de soins.

Contacts :

O. de Stexhe – FNAMS : 0478 377 143

P. Smiets – FIH : 0477 514 914

Annexe : Qualité et sécurité dans les institutions hospitalières – cadre institué

Quelles sont les réponses apportées aujourd'hui à la question de la qualité et de la sécurité dans les hôpitaux de la Région wallonne (à l'exclusion des hôpitaux germanophones) ?

◆ Qualité des soins comme tels.

• Formation de base des professionnels de la santé.

Dans le cadre de leur formation de base – tant celle menant à l'obtention d'un diplôme que celle conduisant à l'obtention d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière –, les professionnels de la santé sont sensibilisés à la qualité et à la sécurité et qu'ils acquièrent les connaissances, le savoir-faire et les compétences qui leur permettent d'offrir à leurs futurs patients des soins de qualité.

[Dans un autre contexte, à noter que certaines normes d'agrément organisationnelles, ou relatives à l'encadrement, aux effectifs ou à l'expertise, exigent la présence, au sein de la subdivision de l'hôpital qu'elles concernent, de professionnels ayant suivi une formation de base déterminée.]

• Formation continue des professionnels de la santé.

En exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, une réglementation en matière d'accréditation de certains médecins – généralistes et spécialistes – a été instaurée [accord national médico-mutualiste du 13 décembre 1993, confirmé par l'accord du 11 décembre 1995].

Suivant les termes mêmes de la loi, l'accréditation « implique le respect de certaines exigences de qualité » [loi coordonnée du 14 juillet 1994, art. 36bis, al. 3]. « L'accréditation peut être assimilée à une forme de label de qualité que les médecins reçoivent lorsqu'ils [...] gèrent leur pratique en respectant des normes de qualité spécifiques telles que l'utilisation judicieuse et socialement justifiée des moyens médicaux » [Infobox INAMI, « La réglementation décryptée pour le médecin généraliste », août 2009, p. 18].

- S'agissant des médecins généralistes, l'accréditation « donne droit à une indemnité forfaitaire annuelle [et à] une majoration des honoraires pour la consultation et la visite, sans modification du ticket modérateur » [Infobox INAMI, « La réglementation décryptée pour le médecin généraliste », août 2009, p. 18].

- En ce qui concerne les médecins spécialistes, l'accréditation « donne droit à une indemnité forfaitaire annuelle, plus élevée si [le médecin est] conventionné pour l'entièreté de [ses] activités que [s'il est] partiellement conventionnés [, ainsi qu'à] une augmentation des honoraires sans modification du ticket modérateur pour certaines prestations, dont la consultation [Infobox INAMI, « La réglementation décryptée pour le médecin spécialiste », janvier 2013, p. 28].

- L'accréditation concerne également les kinésithérapeutes et les pharmaciens

Au rang des exigences de qualité dont l'accréditation implique le respect figure « un système de formation continue » [loi coordonnée du 14 juillet 1994, art. 36bis, al. 3].

A ce sujet, l'accord national médico-mutualiste de 1993 – qui fait état d'objectifs comme « contribuer à la sélection des meilleurs soins » (et « garantir les meilleures conditions de coût »), ou promouvoir la qualité des soins (et leur économie) ainsi que la qualité et l'efficacité des rapports des médecins entre eux » – relève qu'« un élément essentiel de la promotion de la qualité réside dans la formation continue du médecin », formation dont les programmes

« doivent porter en ordre principal sur le comportement des médecins dans leur choix des moyens diagnostic et de traitement » [accord national médico-mutualiste du 13 décembre 1993, point A.1.].

[Sur un autre plan, à noter que certaines normes d'agrément organisationnelles, ou relatives à l'encadrement, aux effectifs ou à l'expertise, imposent le suivi de formations continues aux membres du personnel de la subdivision de l'hôpital qu'elles concernent.- cfr tableau récapitulatif d'Aline Hotterbeex]

- **« Peer-review ».**

Toujours d'après la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'accréditation implique « un contrôle de la qualité exercé par les pairs ('peer-review') » [loi coordonnée du 14 juillet 1994, art. 36bis, al. 3], contrôle présenté lui aussi comme une « exigence de qualité » [loi coordonnée du 14 juillet 1994, art. 36bis, al. 3] et qui trouve à s'exercer au sein des « groupes locaux d'évaluation médicale » (GLEM).

La réglementation définit le système de « peer-review » comme « un système d'examen critique par des médecins, de la qualité de leurs prestations et notamment, lorsqu'il existe des critères objectifs ou basés sur un consensus scientifique pour une pratique acceptable et adéquate, une évaluation de leur performance par rapport à ces critères » [arrêté royal du 3 juillet 1996, art. 122ter, § 4, 1°].

Ce système de peer-review est géré par un Conseil national de promotion de la qualité institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI [arrêté royal du 3 juillet 1996, art. 122bis], appelé notamment [arrêté royal du 3 juillet 1996, art. 122ter, § 4, 1° et 3°]

- à prendre des initiatives en matière de développement permanent de la qualité, sur la base d'informations, de propositions, de recommandations et de stimulants ;
- à définir des recommandations de bonne pratique médicale (ainsi que des indicateurs de déviation manifeste permettant d'identifier des prestations inutilement onéreuses ou superflues).

- **Droits du patient.**

Dans le cadre de sa pratique, tout professionnel de la santé (visé dans l'arrêté royal n° 78) doit dispenser au patient « des prestations *de qualité* répondant à ses besoins [loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 5].

- ◆ **Qualité systémique de l'activité hospitalière (organisation des soins).**

- **Législation organique.**

Diverses règles qui relèvent de ce qu'on appelle la « législation organique » des hôpitaux, inscrites dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008, énoncent un ensemble d'obligations dans l'objectif d'assurer la qualité d'un ensemble d'activités déployées au sein de l'hôpital.

- Obligation de soumettre l'activité médicale à une évaluation qualitative interne et externe, qui se traduit en particulier
 - dans l'obligation de tenir à jour un dossier médical pour chaque patient ;
 - dans l'obligation de mettre sur pied un enregistrement interne à l'hôpital ;

- dans l'obligation, pour les services et programmes de soins ainsi que pour quasi tous les services médico-techniques et certaines fonctions hospitalières,
 - d'établir un rapport relatif à la qualité de l'activité médicale ;
 - de soumettre les données enregistrées à une évaluation interne sur la base d'indicateurs ;

étant entendu que sont institués

- par service, programme de soins, service médico-technique et fonction – sauf exception – des collèges de médecins chargés notamment de procéder
 - ✓ à l'élaboration d'indicateurs de qualité et de critères d'évaluation relatifs à une pratique médicale adéquate (ces critères concernent notamment l'infrastructure, le personnel et la pratique médicale ainsi que leurs résultats) ;
 - ✓ à la rédaction d'un rapport annuel national, comprenant un rapport sur l'utilisation des moyens ;
 - ✓ à la fourniture, aux hôpitaux ainsi qu'aux médecins concernés, d'un feed-back des données en ce qui concerne les indicateurs de qualité, les critères d'évaluation et l'utilisation des moyens ;
 - un groupe de travail institué au sein de la Structure multipartite relative à la politique hospitalière, qui chapeaute les collèges et qui est chargé notamment de formuler, sur la base des rapports annuels des collèges, des conclusions en ce qui concerne la politique fédérale en matière de programmation, d'agrément (!) et de financement (!)
- Obligation faite au médecin en chef de l'hôpital de prendre les initiatives nécessaires afin d'associer les médecins hospitaliers à l'évaluation qualitative décrite au point précédent et à toutes les initiatives qui en découlent pour maintenir ou améliorer la qualité de l'activité médicale.
 - Nouvelle compétence dévolue au médecin en chef de l'hôpital d'effectuer un audit médical ciblé concernant certaines pratiques à risque.
 - Obligation faite au conseil médical de veiller à ce que les médecins hospitaliers collaborent à des mesures propres à favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital.
 - Obligation de soumettre l'activité infirmière à une évaluation qualitative interne et externe, qui se traduit en particulier
 - dans l'obligation de tenir à jour un dossier infirmier pour chaque patient ;
 - dans l'obligation de mettre sur pied un enregistrement interne à l'hôpital ;
 - dans l'obligation, pour tous les services, services médico-techniques, fonctions et programmes de soins,
 - d'établir un rapport relatif à la qualité de l'activité infirmière ;
 - de soumettre les données enregistrées à une évaluation et à une analyse sur la base d'indicateurs ;

étant entendu qu'est institué un Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière qui doit « contribuer à catalyser, systématiser et harmoniser les démarches d'amélioration de la qualité de l'activité infirmière afin de favoriser les bonnes pratiques basées sur des données probantes », notamment en

- déterminant des indicateurs de qualité et des instruments de mesure en matière de bonne pratique infirmière ;
 - rédigeant un rapport annuel national ;
- dans l'obligation faite au chef du département infirmier ,
- de stimuler les services, services médico-techniques, fonctions et programmes de soins à suivre un cycle d'amélioration de la qualité et à effectuer une auto-évaluation ;
 - de sensibiliser le staff infirmier à l'évaluation et à l'amélioration qualitative de l'activité infirmière au sein de l'hôpital ;
 - de proposer des mesures en vue d'améliorer la qualité de l'activité infirmière ;
 - de promouvoir l'utilisation de l'Evidence Based Nursing en soutien à la pratique infirmière ;
 - etc.
- Obligation faite au chef du département infirmier de l'hôpital de prendre les initiatives nécessaires afin d'associer le personnel hospitalier infirmier à l'évaluation qualitative décrite au point précédent et à toutes les initiatives qui en découlent pour maintenir ou améliorer la qualité de l'activité infirmière

Les règles ainsi conçues traduisent un certain manque de cohérence. A titre d'exemple, si l'ensemble des services et des programmes de soins hospitaliers sont soumis aux obligations établies par l'arrêté royal du 15 février 1999 organisant l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, il n'en va pas de même des services médico-techniques et des fonctions hospitalières (hormis, pour certaines fonctions telles que les fonctions soins palliatifs et maladies rares), l'existence de normes de ressources, processus...).

- **Normes d'agrément** (à respecter pour commencer à exploiter une structure hospitalière mais aussi pour continuer à le faire, l'agrément devant être renouvelé tous les cinq ans en principe).

Qu'elles soient dites architecturales, fonctionnelles ou organisationnelles, relatives à l'infrastructure, aux conditions logistiques ou aux éléments environnementaux, relatives à l'encadrement, aux effectifs ou à l'expertise, « de qualité » ou « afférente à la qualité », toutes les normes d'agrément cherchent plus ou moins directement à atteindre un objectif de qualité. « Les pouvoirs publics [...] [sont partis] du postulat que si les normes [d'agrément] sont respectées, on peut en déduire que la qualité des soins est satisfaisante » [note établie par Eliane Tillieux à l'intention du Gouvernement wallon en juillet 2013 concernant le « Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers », p. 2].

Une série de normes d'agrément s'avèrent dépassées. « Certaines de ces normes datent de 1964 et n'ont jamais été modifiées. C'est notamment le cas des normes relatives au service de chirurgie et au quartier opératoire (pas de normes pour la stérilisation, absence de salle de réveil, pas de système de ventilation dans le quartier opératoire....) » [note établie par Eliane Tillieux (Yolande Husden) à l'intention du Gouvernement wallon en juillet 2013 concernant le « Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers », p. 2].

D'autres se révèlent imprécises.

De manière générale, elles révèlent une approche cloisonnée. Beaucoup tendent à mettre l'accent exclusivement sur les ressources qui doivent être à disposition au détriment des processus et des résultats [note établie par Eliane Tillieux (Yolande Husden) à l'intention du

Gouvernement wallon en juillet 2013 concernant le « Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers », p. 2].

- **Inspection**

Des fonctionnaires affectés à l'inspection des hôpitaux sont chargés de vérifier si l'hôpital et chacune de ses structures fonctionnent conformément aux normes (d'agrément) auxquelles il ou elle doit répondre. « Tout ce qui est suivi et contrôlé a pour clef de voûte la qualité des soins et le respect des droits du patient » [page web de la Direction des soins hospitaliers, Département de la santé et des infrastructures médico-sociales, Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, Service public de Wallonie²].

- **Contrats relatifs à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients, ou contrats « qualité/sécurité »**

Les contrats « qualité/sécurité » sont des contrats d'une durée de 12 mois, reconductibles, conclus entre un hôpital volontaire et l'Etat belge – représenté par le Directeur général de la Direction générale Organisation des établissements de soins du SPF Santé publique –, par lequel l'hôpital s'engage à développer un système de gestion de la qualité et de la sécurité des patients selon un certain nombre de principes et à faire rapport au SPF. En contrepartie, un budget est réparti entre l'ensemble des hôpitaux volontaires.

Dans le cadre du plan pluriannuel 2013-2017, les contrats « qualité/sécurité » reposent à la fois sur les ressources, sur les processus et sur les résultats. Ces trois piliers sont déclinés en thèmes génériques – identiques pour tous les types d'hôpitaux – (système de gestion de la sécurité, leadership, communication, empowerment du patient et de sa famille) et en thèmes spécifiques – définis en fonction du type d'hôpital – (médicaments à haut risque, « safe surgery », identité-vigilance, soins transmuraux).

- Pour chacun des thèmes génériques, des résultats attendus sont formulés, que les hôpitaux seront amenés à atteindre dans les années à venir et à les réaliser et à remettre un rapport annuel sur leur état d'avancement.
- S'agissant des thèmes spécifiques, des objectifs stratégiques et des critères sont définis d'après le type d'hôpital.

[Contrat « coordination qualité et sécurité des patients 2013 », modèle-type³].

- **Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière**
- **Safe Surgery/ VAP Bundle/ CNEH section programmation et agrément**
- **CEBAM**

- ◆ **Répartition des compétences (après la sixième réforme de l'Etat)**

Un tableau relativement éclaté se dessine ici.

- Qualité des soins comme tels.

² <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers>.

³ <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19083530.pdf>.

- La réglementation de la formation de base des professionnels de la santé revient à la Communauté française, habilitée à régler la matière de l'enseignement.
- L'accréditation des professionnels – qui renvoie notamment aux exigences de formation continue et de « peer review » – relève pour sa part de l'assurance soins de santé et demeure dès lors de compétence fédérale.

Il en va de même des droits des patients, que l'autorité fédérale demeure à même de régler au titre de sa compétence en matière de réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales.

- Qualité systémique de l'activité hospitalière.

- La Région wallonne, qui disposait déjà de compétences en matière de qualité avant la sixième réforme de l'Etat, voit ses compétences renforcées avec celle-ci dès lors qu'elle est désormais habilitée à édicter les normes d'agrément des hôpitaux (sous réserve de la procédure visant à s'assurer que les normes adoptées n'ont pas d'impact négatif sur le budget de l'Etat fédéral et de la sécurité sociale).
- La législation organique, pour sa part, demeure de compétence fédérale. Ceci risque d'engendrer des problèmes compte tenu de la difficulté qu'il y a à départager ce qui relève de la législation organique et ce qui relève des normes d'agrément.

II. Evolutions attendues

Tout le monde s'accorde à dire que le modèle d'inspection quinquennal est davantage formel et que la qualité, c'est autre chose : il faut sortir d'un modèle d'évaluation/sanction sur base de normes souvent dépassées pour aller vers un système moderne d'amélioration continue.

Le plan wallon pour la qualité représente une opportunité pour atteindre cet objectif. 6 axes prioritaires y sont énoncés :

1. Réfléchir sur l'évolution des normes et préparer la mise en œuvre de nouvelles normes ;
2. Produire des indicateurs ;
3. Préparer et accompagner le déploiement du processus d'accréditation ;
4. Mettre en cohérence organisation de l'Inspection, normes, indicateurs et accréditation ;
5. Initier un benchmarking entre établissements de soins ;
6. Mener une réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, la performance et les résultats.

Il reste aujourd'hui à mettre en œuvre le plan wallon, en phasant les travaux et en organisant le travail de manière concertée avec tous les acteurs :

- Autorités publiques compétentes
- Fédérations hospitalières
- Organismes assureurs
- Universités, institutions de formation et écoles de santé publique
- Organismes concernés (Mouvement wallon pour la qualité, associations professionnelles et scientifiques, réseaux d'institutions pour la qualité des soins, etc.)
- Représentants des patients

La PAQS constitue l'organe d'opérationnalisation du plan, en exécution d'un « protocole d'accord » encore à signer entre les acteurs. Constituée en ASBL, la PAQS réunit tous les acteurs précités et peut représenter le lieu de pilotage des travaux, sans préjudice des compétences et responsabilités de chacun.

De manière anticipative, le phasage et les priorités suivantes pourraient être proposées :

1. Produire des indicateurs
 - Être modestes : partir de ce qui existe déjà (voir notamment travaux flamands, universités, travaux internationaux, EBM...) ;
 - prospectifs : déterminer à l'avance les critères d'évaluation ;
 - évolutifs : suivre l'évolution des techniques et de la science bio-médicale ;
 - « incrémentiels » : favoriser une progression en partant du niveau actuel et de ce qui existe déjà sur le terrain (normes ISO...) – benchmarking entre les institutions ;
 - Ciblés de manière prioritaire, par consensus scientifique, sur des domaines permettant de mesurer les résultats (outcome) en termes de gain de santé (morbidité, mortalité, satisfaction patient...).
2. Continuer à encourager et à inciter les institutions à recourir, sur une base volontaire et selon un rythme propre, à un système d'évaluation externe de la qualité, par exemple l'accréditation

Le processus d'évaluation externe doit constituer l'avenir du mode de contrôle de l'autorité publique, poussant les institutions dans un cercle vertueux d'amélioration continue. Eviter d'imposer « par le haut » aux institutions des réformes « artificielles » qui auraient un impact contre-productif sur les mouvements de rapprochement. Les institutions doivent être partie prenantes, disposer d'un temps d'appropriation et bénéficier de mesures d'accompagnement.

Voir aussi modèle flamand d'inspections ciblées, en lieu et place de la révision quinquennale systématique.

3. Mettre en œuvre un processus de modernisation des normes, dans un mouvement de dialectique continu avec le travail sur les indicateurs

Voir notamment à ce sujet les divers avis déjà émis par le CNEH et le KCE sur l'organisation de l'offre (programmation) en vue de rencontrer des objectifs de qualité (soins oncologiques, soins pédiatriques, etc.)

4. Transparence : étudier un mode responsable, efficace et compréhensible de communication des résultats des évaluations basées sur les indicateurs préétablis ; la communication est basée sur un consensus, après un temps d'appropriation (compréhension, justification et mesures d'adaptations) dans les équipes de soins.