

RENCONTRES HAS 2008

Résumé de B. TABUTEAU

La Haute autorité de santé (HAS) organisait pour la deuxième fois ses journées annuelles de rencontres les 18 et 19 décembre 2008 à la Cité des Sciences et de l'Industrie de Paris.

INTRODUCTION

L'allocation d'ouverture a été faite par Laurent DEGOS, Président de la HAS et Didier ROUSSIN, Directeur général de la santé. Ils ont présenté la feuille de route 2009-2011 de la HAS qui s'articule autour de trois idées : science, transparence et concertation. Laurent DEGOS a particulièrement insisté sur la nécessaire appropriation de la qualité par les professionnels et l'implication des usagers (ambition n°1 : «Mettre la qualité au cœur des pratiques et des comportements individuels»). Les dispositifs d'amélioration des pratiques (certification, EPP) seront simplifiés et clarifiés, en tenant compte des priorités de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et en partenariat avec des organisations professionnelles (Collèges de bonnes pratiques). Il est indispensable d'augmenter le pilotage régional et territorial de la qualité : la HAS ne mettra pas en place de délégation régionale mais augmentera sa capacité à travailler en relation étroite avec les ARS sur les plans de la qualité et de la sécurité des soins (ambition n°2 « Mettre la qualité au cœur des choix collectifs ») et veillera à la diffusion et la prise en compte des indicateurs dans le cadre du management de la qualité des organisations de santé. Une plateforme nationale (voire européenne) consacrée à la sécurité des soins sera développée. Enfin, la HAS prendra davantage en compte les aspects médico-économiques : mesures d'impact des actions, amélioration de la performance (ambition n°3 : « Renforcer la performance, la transparence et l'expertise de l'institution »).

PLENIERE « Qualité de soins et territoires de santé : en quoi une logique de qualité peut-elle s'inscrire dans la logique du territoire ? »

Les débats ont montré qu'il était souhaitable de développer l'offre de soins, l'information des patients et des acteurs de santé, la qualité des soins et leur efficacité. La territorialisation, qui permet une meilleure intégration de l'offre et des acteurs, est une condition nécessaire mais pas suffisante. C'est un outil, et non une fin, qui reste très dépendant des problèmes d'accessibilité géographiques ou socio-économiques, de l'efficacité des moyens, des barrières entre secteurs (MCO, psychiatrie, médico-social), de la couverture médicale et paramédicale de certains territoires... La qualité des soins peut être plus facilement mesurée en terme de processus de prise en charge que de résultats. Il a été rappelé que « on ne peut pas faire de la qualité en santé en restant seul dans son coin » (Didier MENARD, président d'un syndicat de médecine générale) et qu'il existe un problème de culture autant que d'organisation. Ce médecin a parlé des difficultés pour monter des dossiers transversaux du fait des barrières qui existent entre les différents intervenants et a regretté le manque de lieux de concertation au niveau du territoire. Les ARS donnent la possibilité de répondre à cette problématique (« arrêter l'hospitalocentrisme, réconcilier santé publique et sanitaire, préventif et curatif ») à condition, comme le précise Gérard de POUVOURVILLE (Professeur à l'ESSEC), que ses différents acteurs partagent un même objectif : « il faut innover sur les modalités de régulation médico-économique du système ». Il note d'ailleurs les effets pervers de la tarification à l'activité (T2A) sur l'offre de soins puisqu'elle a au contraire tendance à favoriser l'hospitalocentrisme.

D'après Jean-Louis BONNET (Directeur ARH Rhône-Alpes), les cloisons n'existent pas uniquement au sein des institutions mais également chez les professionnels de terrain ; elles sont de natures différentes en ville et en zone rurale et réclameront des solutions différentes.

Les établissements de santé ne doivent pas regarder uniquement leur intérêt mais devront également prendre en compte celui de leur territoire. Un autre effet pervers de la T2A est de freiner la coordination entre hôpitaux publics : « il faudra inventer des systèmes de déblocage » !

Jean-Paul GUERIN (membre du Collège de la HAS) pense qu'il faut promouvoir la démocratie sanitaire via les conférences régionales de santé et la mise en place de conférences sanitaires de territoire. Il rappelle que la certification est un levier fort mais précise que « la V2010 est encore timide sur la restructuration hospitalière ». Il y a un intérêt fort de décliner les EPP au niveau régional et de mettre en place des mesures incitatives aux projets porteurs d'amélioration, à condition que les objectifs soient bien précisés et que l'on en effectue le suivi effectif.

Au total, la région est bien l'échelon « raisonnable » pour conduire des politiques efficaces, mais la création des ARS ne résout pas le cloisonnement des statuts, des modes d'exercice et des modes de financement. Il reste à trouver des solutions régionales pour utiliser différemment les ressources sans nécessairement les augmenter.

TABLE RONDE « Certification V2010 : élaboration, concertation et déploiement. Présentation du manuel et de la procédure »

Les responsables de la certification à la HAS précisent que la France a rattrapé en quelques années son retard sur les pays anglo-saxons mais la lourdeur de la procédure de certification nécessitait une réforme entamée par la V2010. Celle-ci évoluera en continue au gré des concertations. La certification est une démarche légitime et utile, elle a eu des effets importants en matière de structuration des démarches qualité, d'implication des médecins dans les EPP, de culture qualité... On en connaît aussi les limites : le manque de formation au niveau des établissements ne permet pas toujours de comprendre les exigences comme des outils d'évolution.

La nouvelle version repose sur 4 axes : renforcer l'efficacité de la procédure (amélioration qualité et sécurité), réduire la charge de travail des équipes impliquées (réduction des contraintes formelles liées à la procédure), augmenter et préciser la garantie fournie aux usagers, renforcer le rôle de la certification dans le management par la qualité des établissements. Le manuel actuel comporte 2 chapitres (management et prise en charge), 28 références et 42 critères. Chaque critère est un titre et s'évalue selon 3 colonnes qui reprennent les principes du PDCA : « prévoir », « mettre en œuvre », « évaluer et améliorer ». Après consensus, certains critères ont été désignés comme « pratiques exigibles prioritaires » : ces 13 PEP sont jugés comme fondamentaux dans leur effet levier de l'amélioration de la qualité. La liste est susceptible d'évoluer et quelques uns peuvent être « non applicables » dans certains établissements. Des indicateurs sont introduits parce que la collecte génère par elle-même une amélioration de la qualité et qu'elle favorise la culture de la mesure, indispensable à toute démarche. Des développements et concertations (commentaires à envoyer à v2010@ha-sante.fr) sont encore en cours : les 9 critères actuels peuvent donc évoluer. Une équipe est dédiée à l'information des établissements de santé via un numéro *Indigo* et le manuel « Préparer et conduire sa démarche d'évaluation » sortira en janvier 2009.

Un des objectifs est de rechercher l'efficacité de la certification. Elle passe par :

- une meilleure complémentarité avec les inspections et certifications externes ;
- la simplification méthodologique de la procédure, qui n'est pas pour autant moins exigeante : les établissements auront la liberté de mettre en place les groupes de travail comme ils le souhaitent ;
- l'adaptation de la visite qui n'est plus exhaustive : il existera un tronc commun à tous les établissements (PEP, EPP, indicateurs nationaux) auquel s'ajouteront des modules

- spécifiques (suivi de décisions, suivi du plan d'amélioration de la qualité (PAQ), critères côtés C ou D, critères tirés au sort de façon aléatoire) ;
- l'utilisation d'une représentation graphique des résultats plus visuelle, autorisant à terme un benchmarking entre établissements ;
 - le suivi systématique de tous les types de décision...

La « certification sans recommandation » permettra de valoriser les meilleurs établissements ; a contrario, il sera possible pour un établissement d'être « non certifié » dès la première visite : ses conséquences sont en cours d'étude. Afin de favoriser la pérennisation des démarches et de limiter l'effet « soufflet », les ARS effectueront le suivi de la mise en œuvre effective des décisions. Il existe un autre effet pervers à combattre : l'effet « profiterole » par analogie avec le chocolat chaud (le management) qui cache de la glace (le travail de fond). Une réflexion est menée actuellement sur la pratique d'une autoévaluation à mi parcours avec formalisation du PAQ et visite 2 ans plus tard.

En ce qui concerne les EPP, la HAS préconise une « gouvernance clinique » des établissements, c'est-à-dire une démarche institutionnelle de l'évaluation des pratiques : processus mis en place pour s'assurer que les professionnels développent leurs démarches d'amélioration des pratiques, en particulier par le biais des « revues de morbi-mortalité » en chirurgie et anesthésie réanimation. Elle se heurte à l'absence de culture qualité de nombreux médecins, au manque de temps qu'ils ont à y consacrer et aux autres priorités institutionnelles (essentiellement financières) des établissements... La HAS est attentive aux difficultés qui lui sont rapportées mais considère qu'il s'agit d'un puissant levier dont on ne peut pas se passer.

Le défaut de formation initiale et continue des professionnels a été relevé mais ce n'est pas dans les attributions de la HAS, sauf pour les expert visiteurs (EV) qui représentent une ressource pour les établissements. Il faut développer les accès à la formation qualité des managers et soignants, en particulier pendant leurs études.

En conclusion des débats, Jean-Paul GUERIN rappelle qu'il ne faut pas oublier l'objectif de la procédure qui est « de mieux soigner le malade ».

TABLE RONDE « Pourquoi et comment informer les patients sur la qualité de l'offre de soins ? »

Jean CARLET (Direction prospective et recherche, HAS) estime que le modèle français de la santé est le « *scandale based medicine* » (il faut souvent un effet indésirable pour initier des démarches d'amélioration) et déplore le manque de transparence des données disponibles (comme RAISIN) qui seraient plus efficaces que les indices de prévalence ou de processus (comme ICALIN) qui existent. Il attire l'attention sur les risques liés à la publication de chiffres sans commentaire statistique : mauvaise interprétation, culpabilisation de certains professionnels... Il est nécessaire d'augmenter le niveau de connaissance des usagers afin qu'ils puissent intervenir comme acteurs de soins et représenter une barrière supplémentaire contre les événements indésirables.

Claude RAMBAUD (Présidente de l'association LE LIEN) regrette le manque de lisibilité des indicateurs pour le grand public et souhaite qu'on s'oriente vers un « Michelin de la Santé ». Il faut en effet commencer par informer le patient sur l'offre de soins (et parfois le médecin traitant, qui n'en a pas toujours une vision complète et objective) afin qu'il puisse exercer son choix : quels acteurs, quels tarifs ? Informer sur la qualité de l'offre implique qu'il existe des niveaux de moindre qualité, ce qui pose problèmes : où est le curseur en matière de sécurité, à quel moment les tutelles doivent-elles intervenir ? Il faut enfin préciser comment présenter les résultats et quelle diffusion leur donner : elle préconise de rendre l'affichage obligatoire à l'entrée des établissements.

Philippe LOIRAT (conseiller médical, COMPAQ) précise que les informations à donner sont différentes selon les cibles : public, professionnels, établissements et tutelles... Les indicateurs de processus sont plus faciles à mettre en œuvre mais le public attend surtout des informations sur les résultats, ce qui pose le problème de la pertinence des indicateurs (les mauvais résultats d'un établissement sont-ils directement liés à sa prise en charge ? n'est-il pas qu'une étape dans la filière suivie par certains patients ?). Les meilleurs indicateurs semblent être ceux qui sont suivis par chaque établissement (à condition que le soignant soit informé des résultats et participe à son amélioration) : tout n'est pas généralisable...

Véronique GHADI (sociologue en santé publique) précise que les résultats publiés ont un impact très faible sur les usagers et sur les « *orientateurs* » (les médecins traitants). Mais ils ont un effet levier important sur la dynamique qualité des établissements car ils permettent une prise de conscience des professionnels et établissements concernés par les mauvais résultats. La CRUQ est souvent sous-utilisée et pas assez publique. L'intérêt de la publication des indicateurs est surtout de permettre le débat public. La définition de la qualité des soins par les usagers intègre plusieurs notions

- la qualité de relation avec le soignant (quelle écoute, quelle information reçues ?...)
- l'information contextualisée (quel service pour ma pathologie ?)
- la possibilité d'interagir avec l'information (pouvoir en parler avec le médecin traitant, avec d'autres), ce qui n'est pas toujours possible (service d'urgence, contexte géographique ou social...).

Philippe HOUDART (Journaliste, Le Point) précise les limites des publications qui sont faites : manque d'éléments objectifs, de transparence, absence de partage des bases de données fiables (assureurs...). Les établissements n'hésitent pas à faire de la publicité sur les bons résultats mais occultent les autres... On regrette aussi des effets pervers : augmentation des honoraires, des délais d'attente. Le moteur essentiel est l'implication des établissements.

TABLE RONDE « Quels indicateurs de qualité, pour quelles utilisations ? »

Evelyne BELLARD (Chef de service IPAQ, HAS) explique la montée en charge progressive des indicateurs : établissements de court séjour puis SSR (2009) puis psychiatrie et HAD (2010). A la fin 2009, les résultats des indicateurs qualité et de la certification seront automatiquement transmis aux ARH/ARS et une diffusion publique des données sera effectuée. La périodicité de recueil sera annuelle pour la plupart, pluriannuelle pour certains. Le recueil devrait se faire sur le semestre précédent, voire en prospectif pour certains. Il sera bien sûr nécessaire d'attendre plusieurs années de recueil pour apprécier la dynamique et le niveau de chaque établissement. L'objet est de répondre au besoin de transparence des usagers, d'intégrer les contrats d'objectifs et de moyens, la certification et d'augmenter la capacité des établissements à développer la qualité (« *La qualité est une affaire de chaque jour* », source MEAH).

Des expériences étrangères sont présentées. L'Allemagne relève 194 indicateurs auprès de 1600 hôpitaux dans son système de mesure (BQS), répartis sur 26 domaines de mesure : 13 % d'indication des soins, 21 % de processus et 65 % de résultats (surtout à long terme, donc difficiles à recueillir). Le recueil est financé à hauteur de 1,29 €/GHM. Ils sont utilisés par des groupes de travail régionaux qui travaillent sur les résultats et le développement de la qualité. Plusieurs niveaux d'intervention sont prévus dans un « dialogue structuré » avec les établissements : demande de précision, discussion, rencontre, suivi des résultats. Au terme de la procédure, les 7,7 % de problèmes confirmés font l'objet de décisions qui peuvent être locales, régionales ou nationales. Les indicateurs ont une exploitation interne à l'établissement mais aussi externe (seuils minima de volumes d'activité, etc.). Ils sont rendus publics tous les 2 ans et un site Internet permet la comparaison des établissements.

La transparence au Québec est assurée via le « Commissaire à la santé et au bien être ». Les mesures se font selon le modèle EGIPSSS : des indicateurs sont présents dans 4 dimensions ; ils proviennent pour la plupart de sources déjà existantes. Il est précisé que les dimensions sont interdépendantes : la modification de l'une peut agir sur les autres ; un compromis est donc nécessaire en fonction des résultats attendus. Le problème est de réaliser l'alignement entre deux approches de la performance : la « reddition des comptes » et l'amélioration continue de la performance. Il faut donc donner du sens aux informations pour pouvoir en tirer des conséquences.

Aux Etats-Unis, le système de santé est très disparate et les problèmes de qualité nombreux. L'accréditation est volontaire, elle peut être réalisée par plusieurs commissions. Les analyses des indicateurs, relevés mensuellement, permettent les analyses intra et inter établissements et servent aux experts visiteurs lors des visites surprises qu'ils effectuent.

Pierre LOMBRIL (Département de santé publique, CHU Nantes) signale que la qualité des données est perfectible et qu'une pondération des résultats est nécessaire car tous les établissements n'ont pas les mêmes contraintes (économique, culturelles, système qualité...).

Les objectifs sont :

- de répondre aux orientations de l'OMS de « *promouvoir la transparence et rendre des comptes quant à la performance des systèmes de santé dans la production de résultats mesurables* » (Charte de Tallin) ;
- d'identifier les « *best practices* » et de permettre le *benchmarking* ;
- de responsabiliser les établissements et leur donner l'opportunité d'identifier les opportunités d'amélioration des pratiques ;
- de renseigner les tutelles sur la performance des établissements...

PLENIERE « Informer les patients : quels enjeux, quelles exigences, quelles légitimités ? »

C'est la loi de 2002 qui a associé pour la première fois les notions de Droits des patients et Qualité du système de santé. Les usagers veulent être acteurs de santé d'où leurs attentes en matière d'informations. Mais cette constatation est à tempérer selon la catégorie socioprofessionnelle, l'âge, la pathologie : 56 % des usagers interrogés n'ont ni cherché ni reçu d'information sur l'offre de soins...

Internet est au premier rang des sources utilisées par ceux qui recherchent des informations, ce qui pose le problème de lecture critique des informations mises à disposition. Les forums permettent une aide appréciable entre patients. La modération médicale des sites est inefficace et le plus souvent inutile car le « ménage » se fait naturellement...

Le Larousse médical n'est plus utilisé dans cette recherche. Le professionnel médical est quant à lui suspect de conflits d'intérêt toujours possibles. Les assureurs ne partagent pas leurs données mais elles sont orientées vers une gestion collective du risque quand les patients demandent des informations individuelles. Quant aux émetteurs publics, ils souffrent d'une absence de cohérence et de lisibilité qui ne facilitent pas l'accès à une information adaptée.

Au total, il est plus intéressant de labelliser le contenant (éthique...) que le contenu.

CLOTURE

François ROMANEIX, Directeur de la HAS, clôture ces journées et invite professionnels et représentants d'usagers à se retrouver pour les 3^e Rencontres de la HAS les 10 et 11 décembre 2009.

BT