

Colloque **HAS**

Évaluation de la
qualité et de la
sécurité des soins
28 novembre 2013 PARIS

Compte-rendu

Professionnels, usagers, décideurs : quels usages des indicateurs ?

Ce débat dédié aux indicateurs de qualité et de sécurité s'est articulé autour de quatre tables rondes. Présentations, retours d'expériences et échanges ont permis de comprendre ce que sont les indicateurs, leur utilité, leur complémentarité et ainsi, en quoi ils participent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à la régulation du système de santé et à l'information des usagers.

Ce Colloque s'est inscrit dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients organisée par le ministère en charge de la Santé.

Sommaire

Programme.....	3
Allocutions d'ouverture.....	5
Quelles stratégies fondées sur les indicateurs ?	8
Quelle complémentarité entre les indicateurs de processus et de résultat ?	16
Quels premiers enseignements ? Partage d'expérience	26
Quelle diffusion publique favorisant l'information et la participation des usagers ? .	33
Conclusion.....	44
INDEX.....	45

Programme

13h - 13h45 Accueil

13h45 - 14h **Allocutions d'ouverture**

Jean Debeaupuis, Directeur général, Direction générale de l'offre de soins

Jean-Luc Harousseau, Président, Haute Autorité de Santé

14h - 14h40 **Quelles stratégies fondées sur les indicateurs ?**

Catherine Grenier, Adjointe au directeur, direction de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé

Thomas Le Ludec, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé

Valérie Salomon, Conseillère médicale, Direction générale de l'offre de soins

14h40 - 15h40 **Quelle complémentarité entre les indicateurs de processus et de résultat ?**

Modérateur

Thomas Le Ludec, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé

Cyrille Colin, Pôle information médicale évaluation recherche, Hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon I

Chantal Couris, Manageur recherche et conception d'indicateurs, Institut Canadien d'Information sur la Santé

Programme (suite)

15h40 - 16h

Pause

16h - 16h45

Quels premiers enseignements ? Partage d'expérience.

Modérateur

Catherine Grenier, Adjointe au directeur, direction de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé

Dan Benhamou, Président, Société française d'anesthésie et de réanimation

Monique Cavalier, Directrice générale, ARS Midi-Pyrénées

Philippe Souchois, Directeur de la qualité, des risques et des filières de soins, Générale de Santé

16h45 - 18h

Quelle diffusion publique favorisant l'information et la participation des usagers ?

Modérateur

Thomas Le Ludec, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé

Président de séance

Alain Lopez, Inspecteur, Inspection générale des affaires sociales

Sabine Cohen-Hygounenc, Responsable de la mission d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers, Haute Autorité de Santé

Claude Rambaud, Présidente, Collectif Interassociatif Sur la Santé

Olivier Roquet, Directeur, Centre hospitalier de Narbonne

Conclusion

18h - 18h10

Jean-Luc Harousseau, Président, Haute Autorité de Santé

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

JEAN-LUC HAROUSSEAU
PRÉSIDENT, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Bonjour et bienvenue à ce colloque intitulé « Evaluation de la qualité et de la sécurité des soins »

Beaucoup d'entre vous se souviennent des rencontres annuelles mises en place par la Haute Autorité de Santé (HAS) dès son installation. Celles-ci avaient pour objectif de faire connaître les missions de la HAS à ses interlocuteurs, notamment aux professionnels de santé et dirigeants d'établissements. Il y a deux ans, nous avons décidé d'interrompre ces rencontres, estimant que leur but avait été atteint. La HAS est en effet aujourd'hui bien installée dans le paysage sanitaire français. Il nous a semblé préférable d'aller davantage au contact des acteurs de terrain, en organisant des rencontres régionales et inter-régionales. Tous les ans, deux à trois rencontres sont organisées, à l'occasion desquelles nous abordons des problématiques proches des préoccupations du terrain. Il s'agit généralement de sujets transversaux, tels que la certification des établissements de santé ou les parcours de soins. Nous avons néanmoins maintenu le principe d'organiser un colloque thématique annuel. Le premier, tenu l'an dernier au Conseil économique social et environnemental, était consacré à l'évaluation médico-économique.

Cette année, nous avons décidé de nous intéresser aux indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients. Comme l'indique son sous-titre, notre rencontre s'adresse aux usagers, aux professionnels et aux décideurs. L'objectif, commun à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et à la HAS, est bien d'améliorer l'information des usagers sur leur système de santé, mais également d'optimiser le pilotage de la qualité des soins et de la gestion des risques dans les établissements de santé, tant au niveau régional que national.

Conscients de l'importance des indicateurs, qui se vérifie d'année en année en France et à l'étranger, nous avons, au fil du temps, structuré notre politique d'indicateurs. A côté des indicateurs classiques – le tableau de bord des infections nosocomiales géré jusqu'à présent par la DGOS et les indicateurs transversaux de qualité des soins gérés par la HAS, nous avons développé des indicateurs thématiques, centrés sur des pathologies et sur la prise en charge clinique. Nous travaillons par ailleurs avec des chercheurs sur le développement d'indicateurs de résultats : indicateurs de sécurité (*Patient Safety Indicators*) et indicateurs de mortalité en particulier.

Le sujet des indicateurs est particulièrement mouvant et doit nous conduire à nous interroger. Quels types d'indicateurs devons-nous développer ? Pour quel usage ? Quel est l'impact de la politique d'indicateurs sur la qualité des soins et le développement d'une culture de la qualité ? Enfin, jusqu'où devons-nous aller dans le développement des indicateurs ? Cette dernière question nous est régulièrement posée par les professionnels, inquiets de voir leur charge de travail augmenter alors que les systèmes d'information dans les hôpitaux ne sont pas calibrés pour apporter une réponse rapide aux questions que nous posons. Nous aborderons ces questions tout au long de l'après-midi.

Notre rencontre s'achèvera sur la présentation du site Internet « Scope Santé », mis en ligne ce matin même, qui répond à l'un des principaux objectifs des indicateurs : l'information des usagers.

Depuis la création de la HAS et en particulier depuis 2008 s'agissant des indicateurs, la HAS et la DGOS ont toujours coopéré de manière utile et efficace. C'est ainsi avec grand plaisir que je cède la parole à Jean Debeaupuis, Directeur général de l'offre de soins.

JEAN DEBEAUPUIS

DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Au nom de la Ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, je vous souhaite la bienvenue dans ce magnifique Centre de congrès de l'Institut Pasteur pour ce colloque scientifique de la HAS. Merci à vous tous de marquer, par votre présence nombreuse, l'intérêt que vous portez à un sujet majeur, celui du bon usage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En partenariat avec la HAS, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a développé une politique de généralisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Jean-Luc Harousseau et moi-même avons tenu ce matin notre conférence de presse annuelle autour de la publication de ces indicateurs. Il s'agissait de notre huitième conférence de presse annuelle commune. La première, en 2006, portait sur les infections nosocomiales, thème fondateur de la démarche qui nous réunit aujourd'hui. Nous mesurons le chemin parcouru depuis. Le sujet des indicateurs est en constante évolution. Il est en amélioration continue, comme en témoignera, je le pense, ce colloque scientifique.

Permettez-moi d'exposer brièvement la vision de la DGOS au travers des quatre thèmes de notre rencontre.

Le premier temps de cette journée scientifique a pour objet de partager le cadre national et la stratégie fondée sur les indicateurs, portée par la DGOS et la HAS. L'indicateur est à la fois un outil de gestion de la qualité pour les professionnels, un outil de *reporting* et de pilotage pour les Agences régionales de santé (ARS) et l'échelon national et bien sûr, un outil de transparence pour les usagers. Tous nos travaux sur le sujet ont été menés sous l'égide d'un Comité de pilotage, co-animé par nos deux institutions, associant également nos nombreux partenaires, dont la Direction générale de la santé. Toutes les parties prenantes concernées y sont représentées (conférences, fédérations, chercheurs et usagers). Par ailleurs, nous travaillons depuis le début de l'année 2013 au recueil des données qui permettront d'expérimenter, à partir de 2014, une incitation financière à l'amélioration de la qualité. Ce sujet fera l'objet d'une rencontre spécifique le 13 décembre.

Le second temps de notre colloque prendra la forme d'une table ronde sur la nature des indicateurs et la complémentarité entre les indicateurs de processus et de résultat. En 2003, lorsque nous avons engagé notre démarche sur les infections nosocomiales, nous avons décidé de nous concentrer sur les indicateurs de processus, estimant que la présentation d'indicateurs de résultats bruts, sans explication disponible, aurait été mal appréhendée. Le choix, assumé, de débiter la démarche par des indicateurs mesurant les organisations, les moyens et les actions des établissements de santé, a permis d'accompagner les organisations dans un objectif pédagogique. Les indicateurs de processus ont représenté un puissant moteur d'évolution des comportements et d'engagement des professionnels. Nous pouvons désormais aller plus loin, en combinant les différentes natures d'indicateurs, dont des indicateurs de résultats dès lors qu'ils sont disponibles et éprouvés. Nous avons choisi d'asseoir le dispositif sur des travaux de recherche et d'expérimentation dans des établissements de santé volontaires. Toutes les garanties scientifiques et méthodologiques nécessaires pour éclairer le débat public et professionnel ont ainsi été prises. Cette table ronde en témoignera.

Pour engager cette dynamique positive, le développement d'indicateurs ne suffit pas. Il est essentiel de mobiliser l'ensemble des parties prenantes, en particulier la communauté médicale et soignante. A cet effet, la DGOS promeut l'obligation de se doter d'un programme d'action et fixe une priorité sur les risques graves et évitables. La DGOS insiste sur l'importance des retours d'expérience et de l'analyse collective des événements. Elle mobilise également le levier particulier des campagnes de communication. Aussi, ce colloque s'inscrit dans la Semaine de la sécurité des patients, qui permet de fédérer de nombreuses initiatives sur le terrain. Les indicateurs permettent des changements de comportement dès lors qu'ils accompagnent des objectifs à atteindre, des organisations en place et des professionnels mobilisés. Ils sont efficaces s'ils aiguillent des actions d'amélioration des prises en charge. Une table ronde sera consacrée au

partage d'expériences dans l'amélioration de la qualité des soins. Je remercie Monique Cavalier, Directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées, qui témoignera de son implication dans la gestion des risques associés aux soins et de l'action possible en région. La Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) témoignera de l'engagement d'une profession sur ce thème. Enfin, l'intervention de la Générale de Santé présentera le retour d'expérience d'un groupe d'établissements de santé privés.

La dernière table ronde aura pour thème la transparence de l'information et sa diffusion auprès des usagers. Les avancées sur l'amélioration de la qualité des soins sont parfois méconnues. Aussi, il est utile de renforcer leur visibilité. Le site Scope Santé, lancé aujourd'hui, anticipe le service public d'information en santé qui sera mis en place dans le cadre de la stratégie nationale de santé, comme le souhaite la Ministre Marisol Touraine.

La qualité et la sécurité des soins se trouvent au cœur de la stratégie nationale de santé, qui intègre également le Programme national de sécurité des patients. Une forte dynamique est en œuvre, qui concerne tant les professionnels que les usagers. Je tiens à remercier la HAS pour l'action partenariale qu'elle mène sur ces sujets avec l'ensemble des institutions concernées.

Je vous souhaite une excellente séance d'échanges et de réflexions.

QUELLES STRATÉGIES FONDÉES SUR LES INDICATEURS ?

Intervenants

VALÉRIE SALOMON

CONSEILLÈRE MÉDICALE, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

THOMAS LE LUDEC

DIRECTEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CATHERINE GRENIER

ADJOINTE AU DIRECTEUR, DIRECTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Principes généraux de la stratégie nationale de santé

VALÉRIE SALOMON

CONSEILLÈRE MÉDICALE, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

La qualité des soins représente la première attente des usagers et des professionnels de santé. Pour y répondre, la politique nationale sur la qualité et la sécurité des soins propose un cap et fixe des priorités : les risques graves et évitables que sont les risques liés aux médicaments, les risques péri-opératoires et les infections nosocomiales. Un programme national sur la sécurité des patients a été mis en place en 2013. Il constitue l'un des chantiers prioritaires de la Stratégie nationale de santé.

1- LES LEVIERS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

Le cap proposé par la politique nationale est accompagné de leviers :

- la réglementation nouvelle, qui reconnaît le rôle majeur de la communauté médicale en matière d'amélioration de la qualité des soins et fixe l'obligation de développer un programme d'action et d'assurer une diffusion publique des indicateurs ;
- la mobilisation de l'inspection, les dispositifs de surveillance et la définition des objectifs de formation ;
- l'accompagnement, au travers notamment des structures régionales d'appui et des programmes de recherche (PHRC, PREPS) ;
- le dispositif d'évaluation des établissements de santé grâce à la certification ;
- la communication ;
- la transparence, au travers des indicateurs.

2- LES INDICATEURS

L'utilisation des indicateurs répond à trois objectifs, définis communément par la DGOS et la HAS :

- permettre aux établissements de disposer d'outils de gestion de la qualité ;
- fournir aux régions et aux organismes nationaux des outils de *reporting* et de pilotage des politiques d'intervention aux différentes échelles ;

- enfin, répondre aux exigences de transparence des usagers et les accompagner dans leurs décisions.

Au début de la démarche, il a été décidé de développer des indicateurs très transversaux, dans un objectif de pédagogie et de mobilisation de l'ensemble des professionnels. A présent, nous nous orientons vers le développement d'indicateurs de spécialités, voire de résultats cliniques. J'insiste sur l'intérêt de disposer de ces différentes catégories d'indicateurs, en miroir.

Un dispositif de généralisation des indicateurs est développé en partenariat avec la HAS. Dans ce cadre, les indicateurs éligibles à l'utilisation et à la diffusion publique satisfont quatre qualités :

- Ils sont issus de projets de recherche
- Ils reposent sur des objectifs prioritaires (réduction de la douleur, infections nosocomiales, hémorragie du post-partum etc)
- Ils présentent des qualités métrologiques suffisantes
- Ils sont associés à des possibilités d'amélioration

3- LES POINTS SENSIBLES ET LES PERSPECTIVES

Le développement d'indicateurs pose évidemment des questions et des marges de progrès existent face à des points sensibles dont nous avons pleine conscience.

Nous recherchons ainsi l'allègement de la charge de travail associée au recueil des données, *via* les systèmes d'information hospitaliers (SIH), l'objectif étant de concentrer les efforts sur l'amélioration de la qualité et non sur la collecte de données.

Le deuxième axe d'amélioration concerne la transformation de l'indicateur en stratégie et programme d'action. A cet égard, nous insistons sur l'importance du partage d'expériences et des outils d'appropriation. Nous réfléchissons également à l'allongement de l'espacement entre deux recueils afin de pouvoir mesurer l'effet des actions mises en œuvre.

Le dispositif de généralisation doit par ailleurs répondre à l'enjeu majeur que représente l'amélioration de la confiance dans les résultats. A cet effet, les méthodes de calcul seront toujours disponibles pour permettre aux établissements de vérifier le calcul des indicateurs s'ils le souhaitent, et un contrôle qualité des résultats est opéré par les ARS. Enfin, le dernier axe de progrès porte sur la lisibilité des résultats. Le site Scope Santé s'inscrit pleinement dans cet objectif.

En conclusion, les indicateurs doivent donner du sens aux politiques publiques et instaurer un dialogue entre les professionnels, entre les ARS et les établissements, mais également entre les professionnels et les usagers, pour une amélioration effective de la qualité des soins.

Orientations stratégiques du dispositif

THOMAS LE LUDEC

DIRECTEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1- LE CONTEXTE

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins s'inscrivent dans les missions de la HAS concernant l'évaluation des services rendus. Ils sont au service de plusieurs démarches essentielles qu'elle mène dans trois domaines : les démarches qualité des professionnels, l'information du public et la régulation par la qualité. Cette gradation traduit l'évolution historique des axes de travail de la HAS.

En effet, nous nous sommes d'abord intéressés au système d'amélioration continu de la qualité et à la gestion des risques de structures, en nous orientant progressivement vers l'évaluation de pratiques professionnelles et le développement professionnel continu (DPC). Aujourd'hui, le DPC doit pouvoir s'appuyer sur des repères : les indicateurs ont toute leur place dans ce dispositif. Nous avons ensuite travaillé sur les services rendus, en adossant des indicateurs thématiques aux indicateurs de processus.

Cette dynamique nous conduit dès à présent à travailler à la diffusion de l'information aux parties prenantes externes et au grand public de manière générale.

Enfin, l'évolution la plus récente concerne la régulation par la qualité. Déjà présente avec la certification des établissements de santé, elle se trouvera renforcée par l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, à laquelle la HAS participe dans le cadre d'une expérimentation dans 218 établissements. L'indicateur joue également un rôle dans cette dynamique de régulation.

2- UN DISPOSITIF EN LIEN AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

Cet existant s'inscrit dans la stratégie nationale de santé, dont les trois axes essentiels sont :

- l'ancrage de la politique autour d'objectifs de santé publique ;
- la structuration de la médecine de parcours à partir des soins de premier recours, avec une dimension pluri-professionnelle et plurisegmentaire de l'offre de soins ;
- le développement des droits collectifs des patients, *via* les représentants des usagers

Ces trois axes inspirent et orientent les réflexions de la HAS. Le dispositif de mesure de la qualité hospitalière les documente, mais également incite à l'évolution des pratiques.

D'abord, *via* des choix thématiques en cohérence avec les objectifs de santé publique. A titre d'exemple, je citerais les indicateurs développés par la HAS pour mesurer le suivi de sa recommandation sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité.

Ensuite en identifiant le parcours *via* la mesure de la performance de la continuité entre l'hôpital et la médecine de ville. A cet effet, l'indicateur sur le délai d'envoi du courrier de sortie sera transformé pour en faire un outil de continuité thérapeutique.

Enfin, la publication, à travers Scope Santé, d'indicateurs suffisamment solides pour être diffusés est un support du développement des droits collectifs des patients. Il s'agira par ailleurs de progresser dans l'évaluation de la mise en œuvre de la politique relative aux droits des patients dans les établissements et de son impact sur la qualité de la prise en charge, au-delà de la tenue du dossier du patient ou de la prise en charge de la douleur.

3- LES ENJEUX

Les enjeux relatifs au dispositif existant sont majoritairement des enjeux de faisabilité. Il est impératif de disposer d'indicateurs à forte validité, d'où un temps de développement important et des contrôles métrologiques essentiels pour l'acceptation et l'appropriation des indicateurs.

Les systèmes d'information cliniques restent fragiles, comme en témoignent les données issues du recueil QUALHAS relatives au niveau d'informatisation dans les établissements. De même, le nombre de registres de pratiques est plus faible en France que dans les pays anglo-saxons. La charge de travail associée au recueil des données est donc encore trop élevée.

Par ailleurs, le périmètre du dispositif existant est centré sur l'hôpital. Il existe un véritable enjeu de recherche et développement multi-partenarial sur le thème du parcours de soins.

Enfin, il est essentiel de porter une vision au-delà du résultat de l'indicateur, intégrant les plans d'action correctifs. Il serait pertinent que les établissements utilisent les indicateurs, non pas dans une logique de contrôle, mais de repère, de jauge.

4- LES PERSPECTIVES

En termes d'opérationnalité, nous travaillerons, dans les 18 prochains mois, à l'articulation du système d'information QUALHAS avec les systèmes d'information médicalisés utilisés sur le terrain (SIH et registres de pratiques) afin d'alléger la charge de travail des praticiens.

Nous devons également fonder davantage nos indicateurs sur les bases de données médico-administratives, dans une optique de mesure, mais surtout d'alerte. Le développement d'indicateurs de sécurité des patients, dont l'utilisation est croissante à l'étranger, représente à ce titre une perspective intéressante.

Depuis l'été 2013, la HAS bénéficie d'un accès facilité au Système national d'informations inter-régions d'assurance Maladie (SNIIRAM), ce qui lui permettra de travailler sur le parcours de soins du patient.

La HAS est mandatée pour élaborer des indicateurs avec les professionnels et les représentants d'usagers. En matière de certification, le lien d'automaticité entre un niveau d'indicateur et la décision de certification sera levé. L'indicateur s'inscrira comme un élément de continuité des démarches qualité, à travers le « compte qualité », qui deviendra un outil de gestion de projet, tant dans la démarche de certification que dans la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

La HAS déploiera des efforts dans l'apprentissage de l'utilisation des indicateurs pour créer une dynamique d'amélioration au sein des équipes de soin, en charge de la sécurité des patients au quotidien.

Enfin, l'institution sera partie prenante au séminaire du 13 décembre consacré à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, un sujet qui mobilise de nombreux établissements.

Positionnement du dispositif actuel, perspectives d'évolution

CATHERINE GRENIER

ADJOINTE AU DIRECTEUR, DIRECTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Je présenterai à présent le dispositif actuel de mesure de la qualité.

1- LE CONTEXTE

Le principe de l'évaluation des pratiques et des résultats de l'exercice professionnel en santé est aujourd'hui devenu incontournable. Cependant, plusieurs freins existent et doivent être pris en compte dans toutes les démarches mises en place.

Certains freins s'appliquent à toute démarche d'évaluation de la qualité. Parmi ceux-ci, je citerai la crainte de la stigmatisation engendrée par l'évaluation et la lisibilité parfois relative des objectifs de la démarche (le double objectif, avec les mêmes outils, d'information du public et amélioration de la qualité par exemple). D'autres freins sont en revanche spécifiques au domaine de la santé :

- la charge de travail supplémentaire, directement liée à l'état des systèmes d'information existants ;
- la faible culture du *reporting* dans le domaine de la santé ;
- la peur de la négation de l'expertise, liée à la nature même de la pratique médicale qu'il ne convient évidemment pas de chercher à standardiser à outrance ;
- la crainte de l'iniquité de la mesure, dès lors que celle-ci est vécue comme réductrice.

2- LES INDICATEURS ACTUELS

Les indicateurs dont nous disposons aujourd'hui ont été construits sur des objectifs prioritaires d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ils répondent tout d'abord à un objectif de pilotage interne et doivent à ce titre satisfaire des qualités :

- de pertinence, pour les professionnels (être appropriables, mesurer des éléments d'enjeu clinique) et pour l'amélioration des pratiques (valoriser des pratiques, présenter des variabilités inter-établissements et être associés à des marges de progrès) ;
- de faisabilité, impliquant une charge de travail acceptable pour les professionnels ;
- de validité métrologique.

Les indicateurs existants évaluent majoritairement le processus, pour assurer une pertinence professionnelle, en matière clinique ou organisationnelle. Malgré cet effort, ils restent considérés comme réducteurs par les professionnels et décalés par rapport aux attentes des usagers, voire du régulateur.

Les indicateurs de processus ont été développés en 2003, dans le cadre du projet COMPAQ-HPST, au terme d'une démarche d'analyse de la littérature. Ils peuvent être catégorisés selon :

- leur périmètre, en distinguant les indicateurs transversaux appliqués à tout l'établissement et les indicateurs de spécialités, centrés sur une pratique clinique spécifique ;
- la nature de la pratique évaluée, qui peut être organisationnelle ou clinique.

3- LES PRINCIPES ACQUIS DU DISPOSITIF

Les indicateurs sont fondés sur l'*Evidence-based healthcare*, prenant en compte l'état de la science, mais aussi l'expertise clinique individuelle et les attentes des patients. Ils sont développés avec les professionnels et les usagers, sont actualisés régulièrement et font l'objet d'une validation métrologique dans le cadre de projets de recherche et de travaux progressivement intégrés dans les productions de la HAS avec l'aide de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Pour favoriser une mise en œuvre efficace des indicateurs, il est essentiel d'assurer une restitution rapide des résultats individuels et comparatifs, ainsi qu'une diffusion publique concertée, lisible et pédagogique des informations. Le site Scope Santé répond à cet objectif.

4- LES PERSPECTIVES

◆ DÉVELOPPER LES INDICATEURS DE RÉSULTAT

La principale perspective concerne l'élaboration d'indicateurs de résultats. Ceux-ci sont en cours de développement ou d'expérimentation.

Les premiers indicateurs de résultat sont élaborés à partir des bases médico-administratives, qu'il s'agisse du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ou des bases du SNIIRAM. L'utilisation du PMSI engendre certaines difficultés liées aux limites des données de la base, mais présente l'avantage de ne pas nécessiter la mobilisation des établissements pour le recueil des données. Des travaux sont en cours sur la mortalité (ratio normalisé de mortalité hospitalière, RNMH) et les *Patient Safety Indicators* (PSI) dans le cadre du projet CLARTE. Les indicateurs élaborés à partir des bases du SNIIRAM font l'objet de travaux plus récents. A titre d'exemple, le projet AMPHI étudie la mortalité post-hospitalière. Il mobilise un partenariat national et une équipe Inserm du CépiDc.

D'autres indicateurs de résultats sont en cours de développement, à partir de l'expérience des patients recueillie à l'aide de questionnaires patients. Ils portent sur l'évaluation par l'utilisateur du service rendu (expérimentation I-SATIS) et sur la mesure, auprès des patients, des résultats de soins (PROMs, *Patient related outcome measures*).

◆ LES AXES DE DÉVELOPPEMENT DES INDICATEURS

Jusqu'à présent, le développement des indicateurs suivait presque exclusivement l'objectif de pertinence maximale. Aujourd'hui, nous nous orientons vers la recherche d'un équilibre entre pertinence et faisabilité. La recherche d'une grande pertinence conduit à privilégier les indicateurs fondés sur le SIH. Ces indicateurs ne remplissent pas l'objectif de faisabilité, le SIH étant faiblement informatisé. A l'inverse, les indicateurs fondés sur le PMSI présentent une grande faisabilité, mais leur pertinence pour les professionnels reste limitée. Notre objectif est d'améliorer les deux systèmes existants (SIH et PMSI) pour élaborer des indicateurs présentant à la fois des qualités de pertinence et de faisabilité.

La gestion dynamique des indicateurs doit nous permettre d'en maîtriser le nombre, afin de limiter la charge de travail associée au recueil des données.

◆ LES ORIENTATIONS POUR RENFORCER L'UTILISATION DES INDICATEURS

Afin de renforcer l'utilisation des indicateurs, il est essentiel de favoriser leur appropriation par les professionnels. Pour cela, il convient d'associer les professionnels à leur développement, d'assurer une plus grande lisibilité des résultats, de travailler à leur analyse partagée et de mettre des outils à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Il convient également d'explicitier le rationnel de chaque mesure, ses intérêts et ses limites.

5- L'EXEMPLE DE LA MESURE DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE L'AVC

Pour illustrer l'enjeu associé au développement des indicateurs, je prendrai l'exemple de la mesure de la qualité de la prise en charge hospitalière de l'accident vasculaire cérébral (AVC).

Le développement de la mesure prend appui sur la description des étapes du parcours de prise en charge, incluant l'amont et l'aval de l'hospitalisation, des premiers signes au suivi à un an. Des objectifs d'amélioration ont été définis à partir des points critiques de la prise en charge, avec l'ensemble des professionnels concernés dans le cadre d'un programme pilote de la HAS. Un ensemble d'indicateurs de pratiques cliniques ont été construits : sept d'entre eux sont mesurés dans tous les établissements de santé et quatre sont diffusés publiquement aujourd'hui pour la première fois. En 2013, 517 établissements ont participé au dispositif et plus de 26 000 dossiers de patients ont été évalués.

Pour assurer une analyse équilibrée du sujet, il convient à présent de développer des indicateurs de résultats et d'articuler l'analyse avec l'évaluation de la qualité de la prise en charge territoriale.

En conclusion, nous pouvons considérer que le dispositif national de mesure de la qualité est bien implanté au sein des établissements de santé mais reste à consolider. Sa montée en charge est conditionnée par des améliorations des systèmes d'information. Il convient à ce titre de favoriser l'appropriation des plans « Hôpital numérique » et « Territoire numérique » par l'ensemble des acteurs ; et d'affiner les bases médico-administratives pour qu'elles permettent de disposer d'indicateurs plus pertinents.

Discussion avec la salle

NICOLAS GERZAIN, PRATICIEN HOSPITALIER A ROUEN

Existe-t-il des indicateurs relatifs à la sécurité des soignants, pour mesurer par exemple la prévention des risques psychosociaux dans les établissements de santé ? Par ailleurs, travaillez-vous au développement d'indicateurs relatifs aux institutions, mesurant les défauts d'organisation de l'administration hospitalière (systèmes informatiques déficients, problèmes de personnel) ?

THOMAS LE LUDEC

Le programme de travail du Comité de pilotage sur la généralisation des indicateurs prévoit le test d'indicateurs de mesure du climat organisationnel des établissements. Si ces outils ne sont pas généralisés en France aujourd'hui, des expériences intéressantes sont menées à l'étranger. Par exemple, le Conseil québécois d'agrément pratique des enquêtes relatives au climat de travail auprès des personnels. Nous irons à notre tour dans cette direction. Il nous reste à définir les bonnes modalités d'usage de ce type d'outil. Il est clair que la satisfaction au travail fait partie intégrante d'une politique générale de la qualité.

VALERIE SALOMON

Des indicateurs en cours d'expérimentation sur la culture de la sécurité intègrent des éléments sur le rapport à l'administration, le *turnover* ou encore le taux d'absentéisme, autant d'éléments qui renseignent sur la satisfaction au travail et interrogent l'organisation des établissements. Les ressources humaines et le management représentent effectivement des dimensions essentielles.

FRANÇOIS PESTY, EXPERT CONSEIL – CIRCUIT DU MEDICAMENT

Je suis surpris que vous n'exploitez pas les indicateurs issus de l'enquête SAE Drees, s'agissant en particulier de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Des éléments intéressants y figurent, notamment sur le déploiement de l'informatisation de la prescription et de l'administration, le déploiement de l'analyse pharmaceutique des ordonnances ou encore de la dispensation annuelle et nominative. Je rappelle qu'il s'agit d'une enquête exhaustive, qui porte sur l'ensemble des établissements de santé.

VALERIE SALOMON

Ces éléments participent effectivement à l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Il existe désormais un observatoire des systèmes d'information, qui vise à mesurer, en lien avec le plan « Hôpital numérique », le niveau d'informatisation dans les établissements. Néanmoins, le dispositif que nous évoquons aujourd'hui ne vise pas le même type d'indicateurs.

NACERA NAMO, HOPITAL PERCY

Ma remarque porte sur la périodicité des indicateurs. J'estime qu'une périodicité biennale pour des indicateurs tels que le délai d'envoi de courrier de fin d'hospitalisation n'est pas pertinente pour appuyer la mise en œuvre d'un plan d'action. Dans notre établissement, nous avons mis en place un dispositif d'élaboration d'indicateurs à partir des données du SIH, qui sont transmis mensuellement à tous les services afin qu'ils disposent d'une visibilité satisfaisante et qu'ils puissent se réajuster le cas échéant.

CATHERINE GRENIER

Votre remarque est tout à fait pertinente. L'informatisation permet un suivi plus régulier de l'évolution des indicateurs, et donc bien plus efficace pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Néanmoins, tous les établissements ne disposent pas d'un SIH informatisé. Au niveau national, nous ne pouvons qu'inciter les établissements à aller dans le sens d'un suivi plus fin.

QUELLE COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES INDICATEURS DE PROCESSUS ET DE RÉSULTAT ?

Modérateur

THOMAS LE LUDEC

DIRECTEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Intervenants

CYRILLE COLIN

PÔLE INFORMATION MÉDICALE ÉVALUATION RECHERCHE, HOSPICES CIVILS DE LYON, UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I

CHANTAL COURIS

MANAGEUR RECHERCHE ET CONCEPTION D'INDICATEURS, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ

Table ronde

THOMAS LE LUDEC

Avant d'ouvrir cette table ronde consacrée à la complémentarité entre les indicateurs de processus et de résultats, permettez-moi de présenter nos deux intervenants : Chantal Couris est Manageur sur la recherche et la conception d'indicateurs à l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). Elle nous présentera la manière dont le Canada s'est emparé de la problématique. Je la remercie vivement d'avoir fait le voyage jusqu'à nous.

Le Professeur Cyrille Colin est quant à lui responsable du pôle Information médicale, évaluation et recherche aux Hospices Civils de Lyon. Il nous présentera le travail qu'il a piloté dans le cadre du projet CLARTE (Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé). Je lui cède dès maintenant la parole.

CYRILLE COLIN

Merci de m'avoir invité à m'exprimer dans cette table ronde. Je remercie les établissements qui ont participé au projet CLARTE dont certains sont représentés dans cette salle.

1- CONTEXTE DU PROJET

L'objectif de CLARTE est d'identifier, à partir des indicateurs présents dans la littérature et dans les expériences internationales, les indicateurs dont la faisabilité, l'acceptabilité et les qualités métrologiques sont assurées.

La démarche s'inscrit dans le cadre d'un appel à projets de la DGOS et de la HAS, lancé en 2009. Chaque étape de notre travail a fait l'objet d'une validation par un comité de suivi DGOS-HAS et par le Comité de pilotage sur la Généralisation des indicateurs de qualité dans les établissements de santé.

Le projet s'intéresse à deux grandes thématiques : la gestion des ressources humaines et la sécurité du patient. Concernant la gestion des ressources humaines, trois indicateurs ont été étudiés : le *turnover*, le taux d'absentéisme des personnels non médicaux et la satisfaction au travail des personnels médicaux et non médicaux. Ces résultats seront rendus publics dans quelques jours. Ils présentent des valeurs métrologiques que nous pouvons juger acceptables et seront certainement riches d'enseignements.

Aujourd'hui, j'évoquerai plus spécifiquement les indicateurs relatifs à la sécurité du patient (*Patient Safety Indicators* - PSI).

2- DÉFINITION DES PSI

Un PSI est un indicateur centré sur la sécurité du patient, plus particulièrement sur les événements évitables. Les indicateurs PSI ont été ciblés par l'Agence américaine (AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*, équivalent de la HAS aux Etats-Unis) sur la chirurgie et l'obstétrique, activités particulièrement à risque pour le patient.

Les PSI présentent avant tout un intérêt de détection. Ils visent à détecter les événements indésirables associés aux soins (EIAS), et non ceux liés aux conséquences de la maladie. Leur objectif est également de fournir des outils de mesure des EIAS aux établissements hospitaliers. Enfin, ils présentent un bon rapport coût-efficacité, relativement aisé à calculer.

Les PSI sont produits à partir des bases de données médico-administratives, qui existent aujourd'hui dans la majorité des pays. Je précise que la base PMSI que nous utilisons en France a des qualités indéniables en termes de nombre de diagnostics associés et de rythme de contrôle par l'Assurance maladie et par la communauté médicale. Les situations cliniques sont codées à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le PSI n'est pas assimilable à un indicateur épidémiologique : il détecte l'occurrence d'un événement dans une situation à risque. Il est simple de calcul : il rapporte le nombre de séjours avec EIAS au nombre de séjours à risque pour cet événement spécifique.

3- LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES PSI

La démarche engagée en France s'appuie sur les expériences et travaux internationaux :

- les travaux de l'IMeCCHI (*International Methodology Consortium for Coded Health Information*), une équipe internationale dédiée à la définition de méthodologies de production des indicateurs ;
- les travaux de l'AHRQ, dont une publication portant sur le dépistage des complications à partir des bases de données a orienté l'ensemble des réflexions internationales sur les PSI ;
- les travaux de l'OCDE, qui permettent une comparaison internationale des PSI.

Dans le cadre du projet CLARTE, nous avons travaillé à la production d'indicateurs PSI de première génération, sélectionnés parmi les vingt PSI développés par l'AHRQ. Cinq PSI ont ensuite été retenus pour faire l'objet d'un travail technique d'optimisation de l'algorithme :

- PSI 7 2 : Taux d'infection sur cathéter veineux central (CVC) au cours d'un séjour en Médecine.
- PSI 12 2 : Taux de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP) associées à la pose de prothèse totale de hanche (PTH) ou de prothèse totale de genou (PTG).
- PSI 13 2 : Taux de sepsis associé à un acte de chirurgie conventionnelle
- PSI Ambu1 : Taux d'admission en hospitalisation complète après une chirurgie ambulatoire.

- PSI Ambu2 : Taux de réadmissions à 30 jours après une chirurgie ambulatoire.

Le travail d'optimisation de l'algorithme visait précisément à éviter les « faux positifs », c'est-à-dire éviter d'alerter à tort. Pour cela, nous avons mobilisé un outil épidémiologique : la mesure de la valeur prédictive. L'objectif était d'obtenir une valeur prédictive élevée, au moins supérieure à 70 %.

4- LA VALIDATION DES PSI

Un travail conséquent de validation du contenu des indicateurs a été mené avec les sociétés savantes afin de vérifier la pertinence de chaque indicateur. De même, les algorithmes d'extraction ont été validés avec un groupe de médecins d'information médicale. Enfin, nous avons validé les critères par un retour aux dossiers médicaux, pour vérifier l'adéquation des résultats à la réalité clinique, du moins à ce que l'on en sait.

Les étapes de validation portent sur le modèle d'ajustement, la validité discriminante (capacité à émettre des comparaisons entre les établissements) et la validité de construit (recherche de corrélations avec d'autres indicateurs de résultats).

L'optimisation et la validation des algorithmes nous ont obligés à entrer dans le détail des aspects techniques et cliniques pertinents : dans l'étude des codes de phlébites (PSI 12), nous n'avons retenu que les phlébites profondes ; dans l'étude du sepsis, nous n'avons considéré que les complications chirurgicales infectieuses sérieuses, survenues au cours du séjour.

La validation des critères a été réalisée à partir des dossiers médicaux, pour mesurer les valeurs prédictives positives (VPP) des PSI. Ce processus a consisté à identifier les faux positifs : par exemple, un codage d'infection sur cathéter veineux central (PSI 7) peut être inexistant dans le dossier du patient ou encore préexister à l'admission ; ou encore un cas de réadmission après chirurgie ambulatoire (PSI Ambu2) qui correspond en ophtalmologie, à l'opération du deuxième œil.

Même après amélioration de l'algorithme, la VPP du PSI 7 ne dépasse pas les 20 %. Cet indicateur a donc été abandonné. Le raffinement des algorithmes (ciblage plus fin de l'indicateur notamment) a permis d'élever la VPP du PSI 12 de 71,5 % à 90,1 %, et celle du PSI 13 de 36,1 à 70,2 %. Après amélioration des algorithmes, les VPP des PSI Ambu1 et Ambu2 s'établissent respectivement à 82,8 et 95,7 %.

La validation du modèle d'ajustement vise à contrôler les facteurs influençant les taux des PSI, non liés à la qualité des soins. Elle implique de tenir compte des caractéristiques des patients voire de celles des établissements de santé. Cette étape confirme l'imprécision des modèles d'ajustement : tous présentent des défauts.

Pour l'étude de la validité discriminante, une représentation graphique plaçant les effectifs en abscisse et les risques standardisés par établissement en ordonnée permet d'interpréter la dispersion des indicateurs pour comparer les établissements. Elle semble mettre en évidence certains établissements hors norme, à haut risque. Il convient à présent de vérifier que ces conclusions correspondent bien à la réalité, en rencontrant ces établissements. La comparaison entre la mortalité attendue et la mortalité observée dans les établissements fait apparaître également plusieurs établissements s'écartant d'une situation de performance acceptable. Ce résultat surprenant interroge la validité du modèle et de l'ajustement s'agissant de la mortalité.

La vérification de la validité de construit consiste à vérifier la corrélation entre les PSI et le taux de mortalité ou la durée moyenne de séjour. Celle-ci est extrêmement élevée, comme l'ont démontré avant nous des équipes américaines ou anglaises.

5- CONCLUSIONS

Suite à ce travail, nous recommandons un abandon du PSI 7 et une acceptation du PSI 12, suffisamment performant. Nous recommandons de conserver le PSI 13 à condition que la pathologie à l'admission soit codée et que l'indicateur soit ciblé sur une chirurgie particulière. Les indicateurs Ambu1 et Ambu2 semblent prometteurs : le travail de raffinement doit être poursuivi.

Les indicateurs développés sont faciles à calculer et coût-efficaces. Ils sont destinés en premier lieu à une utilisation par les établissements de santé : la diffusion publique ne devra être envisagée qu'après quelques années d'utilisation interne. Je rappelle par ailleurs qu'il ne s'agit pas de mesures épidémiologiques, mais bien d'outils de dépistage d'événements indésirables.

Je citerai trois publications, qui traduisent bien l'évolution de communauté scientifique internationale sur le sujet des PSI. En 2001, elle considère la qualité des soins comme le dernier facteur possible d'explication du niveau d'un indicateur de résultat : « *Les différences observées sur les indicateurs de résultat peuvent être dues au case mix, à la qualité des données, au hasard ou à la qualité des soins* » (Mant, IJQH, 2001). En 2004, les scientifiques préconisent de ne pas s'appuyer sur ces indicateurs pour comparer les établissements entre eux : « *Les indicateurs de résultats sont à réserver pour la recherche et pour suivre les tendances à l'intérieur d'une organisation* » (Lilford et al, Lancet, 2004). Enfin, en 2011 la communauté scientifique reconnaît aux indicateurs de résultats un intérêt dans l'évaluation de la qualité des soins : « *Les indicateurs de mortalité, maintenant utilisés dans de nombreux pays comme outils de détection, peuvent suggérer des problèmes potentiels de qualité des soins.* » (Bottle et Jarman, BMJ, 2011).

Deux travaux saisissants publiés au Royaume-Uni vont dans ce sens. Le premier démontre, après dix ans de mesure de la mortalité hospitalière, des indicateurs de mortalité plus élevés les jours de week-end. Le second porte sur l'hôpital de Mid Staffordshire, qui en trois ans, a réduit son taux de mortalité de manière significative suite à une inspection démontrant de véritables problèmes de qualité des soins.

THOMAS LE LUDEC

Merci. Entre le scepticisme de Lilford, l'enthousiasme de Jarman et le doute cartésien du Professeur Colin, je vous propose de découvrir la synthèse canadienne.

CHANTAL COURIS

Merci de m'avoir donné la possibilité de partager avec vous l'expérience canadienne

1- PRÉSENTATION DE L'ICIS

Avant toute chose, je vous livrerai un bref aperçu de nos activités. L'ICIS est une agence de santé indépendante et neutre, financée par les gouvernements des provinces et territoires. L'agence emploie environ 700 personnes, réparties dans sept bureaux situés à Toronto, Ottawa, Montréal, Saint John's et Victoria. L'ICIS collabore avec les gouvernements, les acteurs impliqués dans le développement des politiques de santé et les acteurs en charge des soins.

L'ICIS remplit quatre types de missions :

- la collecte des données, à travers la gestion de 27 bases de données, dont l'équivalent canadien du PMSI ;
- le développement et le maintien des standards (notamment de la version canadienne de la CIM), ainsi que l'établissement de règles de codage ;
- l'analyse et la recherche ;
- la communication et la formation, notamment par l'organisation de nombreuses conférences

Dans le cadre de l'initiative sur la performance du système de santé, l'ICIS produit des indicateurs de résultats qu'il intègre dans ses rapports publics.

2- LE SITE INTERNET INTERACTIF SUR LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le 7 novembre 2013, l'ICIS a lancé un site Internet interactif destiné au grand public, pour renseigner les Canadiens sur la performance de leur système de santé. Le site est adapté à différents supports (ordinateurs, mobiles et tablettes) et présente un graphisme communicant, adapté au grand public. La version francophone du site est consultable à l'adresse : notresystemedesante.ca.

Le site est conçu pour répondre aux besoins du grand public, que nous avons déterminés à l'aide d'une enquête. Cinq grands thèmes ont été identifiés :

- l'accès aux services de soins ;
- la qualité des soins ;
- les dépenses ;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- les résultats pour la santé.

Pour chacun de ces thèmes, un travail avec des experts canadiens nous a permis d'identifier les indicateurs adaptés. Au total, quinze indicateurs ont été sélectionnés, dont la plupart étaient déjà produits et publiés par l'ICIS. Pour l'essentiel, il s'agit d'indicateurs de résultats. Je vous présenterai en détail l'indicateur « Décès à l'hôpital », qui correspond au RNMH.

3- LE RATIO NORMALISÉ DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE

Le RNMH correspond au rapport entre le nombre de décès hospitaliers observés et le nombre de décès hospitaliers attendus selon l'expérience moyenne des hôpitaux canadiens en 2009, multiplié par 100. Il est relativement simple à interpréter : un ratio de 100 indique, pour l'établissement concerné, un taux de

mortalité équivalent au taux observé en moyenne dans le pays à l'année de référence. Un ratio supérieur à 100 traduit une surmortalité pour cet établissement, tandis qu'un ratio inférieur à 100 traduit un taux de mortalité plus faible qu'à l'échelle nationale.

Le site grand public présente le nombre de décès hospitaliers sur une année donnée, les principales causes de décès dans les hôpitaux et l'évolution du RNMH canadien. Depuis 2007, celui-ci a enregistré une baisse de 17 %. Sur le site figurent également les RNMH de chaque établissement de santé du pays. Un code couleur aide à l'interprétation du résultat : la couleur rose est associée à un RNMH supérieur à 100, la couleur verte, à un RNMH inférieur à 100.

La communication de cet indicateur au grand public résulte d'un long processus. Le RNMH, développé au Canada en 2005, a d'abord fait l'objet d'une publication privée. La méthodologie et les résultats ont été en premier lieu partagés avec les établissements de santé, avec pour objectifs de recueillir leurs commentaires et retours, et de leur permettre de s'approprier l'indicateur. La première diffusion publique a été effective en 2007. Elle a alors été largement relayée par les médias. Pour renforcer la collaboration avec les établissements, mais aussi pour les soutenir dans leurs activités d'amélioration de la qualité des soins, l'ICIS a produit deux outils privés : un rapport mensuel, indiquant leur RNMH annuel et cumulé au mois de l'année, et un rapport électronique trimestriel, accessible *via* un site sécurisé avec connexion confidentielle. Le rapport trimestriel présente une visualisation graphique de l'évolution du RNMH, identifie les diagnostics les plus fréquemment associés à la mortalité et permet un suivi des taux de mortalité ciblé pour ces diagnostics spécifiques.

Le RNMH est entré dans les mœurs depuis plusieurs années. Il est utilisé par de nombreux établissements, à l'image de l'Hôpital Général de Brantford, où son utilisation a été particulièrement efficace : la mise en place d'actions correctives a permis de réduire le RNMH de 40 % en trois ans.

Une courte vidéo présentant l'expérience de l'Hôpital de Brantford est diffusée.

Fort de ce succès, l'ICIS a entrepris récemment le développement d'une nouvelle mesure : la mesure globale de la sécurité des patients. En cours d'élaboration, elle vise à couvrir l'ensemble de l'univers de la sécurité du patient, en utilisant le modèle de l'OMS pour catégoriser les événements indésirables (affections liées aux interventions, telles que le pneumothorax, ou encore infections liées aux soins de santé, telles que les infections du site opératoire).

Dans ce cadre, l'agence a établi un partenariat avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients, dont la principale contribution est l'élaboration d'un répertoire de bonnes pratiques qui permettra aux établissements de mettre en place des stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

4- ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

L'ICIS développe de nouvelles activités. En octobre 2013, l'agence a mis en place une formation sur la performance du système de santé, destinée à aider les parties prenantes à trouver l'information, à l'interpréter correctement et se l'approprier entièrement. Celle-ci sera délivrée deux fois par an.

Aux échelles locales, des initiatives sont également recensées. La province de l'Ontario a par exemple développé le programme IDEAS (*Improving & Driving Excellence Across Sectors*). Financé par le Ministère de la santé de l'Ontario, il s'adresse aux professionnels de santé et administrateurs et associe les facultés de médecine, l'agence de qualité *Ontario Health Quality Council* et l'Institut ontarien de recherche sur les services de santé.

En conclusion, je partagerai avec vous l'une des devises chères à l'ICIS, empruntée à Galilée : « Mesurer ce qui est mesurable et rendre mesurable ce qui ne peut être mesuré ». Mais au-delà de la mesure, l'ICIS diffuse l'information et propose des outils destinés à favoriser l'utilisation des indicateurs. La profusion de

rapports et d'indicateurs produits par différents organismes à différentes échelles a conduit, en 2011, à ce que certains ont appelé le « chaos des indicateurs ». Pour résoudre cette difficulté, l'ICIS a développé un nouvel outil, le répertoire des indicateurs, mis en ligne le 19 novembre 2013. Pour l'instant, le répertoire regroupe 60 indicateurs (dont une trentaine concerne la qualité et la sécurité des soins) et présente, de manière standardisée, l'ensemble des informations méthodologiques associées, les données et les résultats.

Merci de votre attention.

Discussion

JEAN-FRANÇOIS HARTMANN, PEDIATRE A L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS

Vous avez évoqué de nombreux indicateurs transversaux, tels que les délais d'envoi des comptes rendus ou les infections nosocomiales. Mais les professionnels s'approprient d'autant plus les indicateurs qu'ils sont spécifiques à leur activité. En matière de pédiatrie, quelles sont les réflexions en cours en France et Canada, sachant que la mortalité y est bien entendu plus faible que la moyenne et que cette discipline ne se limite pas à la période périnatale ?

CHANTAL COURIS

Il s'agit d'une excellente question. Les indicateurs en pédiatrie font partie des manques bien identifiés. L'ICIS travaille avec l'association des pédiatres au Canada pour développer des indicateurs spécifiques. L'institut étudie notamment l'élaboration d'un indicateur de réadmission, qui reste encore controversé à ce jour.

CYRILLE COLIN

Dans le cadre du projet CLARTE, nous avons envisagé de sélectionner deux indicateurs pédiatriques issus de l'expérience américaine. Nous n'avons finalement pas pu produire ce travail pour diverses raisons.

Les services de réanimation pédiatrique se sont engagés dans l'expérimentation européenne, avec l'élaboration d'un registre européen des prises en charge en réanimation pédiatrique. Il s'agit, à ma connaissance, de l'expérience la plus aboutie dans ce domaine.

JEAN-LUC HAROUSSEAU

Merci pour vos exposés très intéressants. Ma question s'adresse tout d'abord à Chantal Couris. L'ICIS est-il capable d'évaluer les facteurs expliquant la réduction de la mortalité à l'Hôpital Général de Brantford ? En d'autres termes, s'agit-il véritablement d'une amélioration des pratiques, ou d'une « meilleure » sélection des patients ?

Plus généralement, le risque de sélection volontaire des patients pris en charge représente un biais souligné par certains dans la généralisation des indicateurs de résultats. Quel est votre avis sur la question ?

CHANTAL COURIS

Le système de santé canadien diffère quelque peu du système français : la marge de manœuvre y est probablement plus limitée en matière de sélection des patients. Nous ne pouvons pas mesurer avec précision le lien entre la diffusion d'un indicateur de résultat et l'évolution des processus. L'indicateur de résultats donne une mesure globale de la qualité des soins. Il tient une fonction d'alerte auprès des professionnels de santé, qui appliqueront, le cas échéant, les mesures qui leur paraissent adaptées. L'évolution des processus pour améliorer la qualité des soins reste de la responsabilité des établissements.

CYRILLE COLIN

Les Anglais mesurent le ratio de mortalité depuis dix ans et en ont constaté une baisse constante sur l'ensemble des établissements. La sélection ne peut pas expliquer cette diminution globale, à moins que les patients ne soient renvoyés à leur domicile pour y décéder... Ceci est évidemment peu probable.

THOMAS LE LUDEC

Nous pourrions également envisager une manipulation du codage.

CYRILLE COLIN

Il serait effectivement possible de diminuer artificiellement le ratio en chargeant les complications dans les enregistrements médico-administratifs. Personnellement, je crois ce qu'expliquent les représentants de Brantford. Lorsqu'un établissement est alerté par un RNMH particulièrement élevé, il s'interroge et révisé ses pratiques.

CHANTAL COURIS

Lors d'un colloque de l'ICIS, un Directeur général d'établissement a témoigné de son expérience. Dans son hôpital, l'indicateur de mortalité hospitalière dans les cinq jours suivant une chirurgie majeure présentait un taux particulièrement élevé. Le Directeur général a mis en place une enquête, qui a révélé que le problème provenait d'un chirurgien en particulier, qui pratiquait une procédure complexe alors que le plateau technique disponible dans l'établissement n'était pas adapté. Grâce à l'alerte donnée par l'indicateur, des actions ont été mises en place pour réorienter les patients concernés dans les établissements capables de proposer cette chirurgie.

S'il est possible que certains modifient les codages pour améliorer artificiellement les indicateurs, l'essentiel est que les indicateurs découlent la plupart du temps sur des actions concrètes pour faire progresser la qualité des soins.

THOMAS LE LUDEC

Merci. Avez-vous d'autres questions ?

JEAN-PAUL SEGADE

Merci pour vos interventions.

L'ICIS a-t-il reçu des demandes émanant par exemple de compagnies d'assurance pour disposer des indicateurs de résultats ?

Par ailleurs, en reprenant la théorie des faisceaux d'indices propres à notre juridiction pénale, a-t-on mené une réflexion sur la saisie de tels indicateurs de résultats par les magistrats pour juger de la responsabilité d'une personne morale ?

THOMAS LE LUDEC

J'apporterai quelques éléments de réponse à votre deuxième question. En ce qui nous concerne, le travail sur les RNMH n'est pas tout à fait finalisé, car il manque le retour au dossier du patient. Les résultats dont nous disposons ne sont pas à ce jour contrôlés. Il s'agit de résultats, obtenus à partir des bases de données. Nos réflexions portent avant tout sur les actions correctrices que peuvent mettre en place les organisations de régulation à partir des indicateurs de résultats. Au Royaume-Uni, il a fallu attendre juillet 2013, soit six ans après la détection de surmortalité à Mid Staffordshire, pour qu'une méthode solide soit publiée sur les revues de risque dans les établissements en surmortalité.

CYRILLE COLIN

Si je comprends bien votre question, vous souhaitez savoir si la publication d'indicateurs de résultats peut conduire les assureurs à augmenter la prime de risque associée aux hôpitaux en surmortalité. A ce stade, je n'ai pas la réponse. Au Canada, les indicateurs ont fait l'objet d'une publication privée (non accessible aux organismes d'assurance) avant d'être diffusés publiquement.

CHANTAL COURIS

Je n'ai pas connaissance d'une modification du comportement des assureurs suite à la publication des indicateurs. Dans le cadre du développement de la mesure globale de la sécurité des patients, l'ICIS a été

approchée par un organisme d'assurance pour étudier la comparabilité de nos objectifs respectifs. Ces échanges ont souligné des différences dans les objectifs : l'ICIS ne fournit pas de données individuelles relatives aux médecins.

THOMAS LE LUDEC

J'ajoute que dans le système français, les indicateurs et les résultats de certification sont consultés par deux organismes d'assurance, qui font l'un et l'autre de la revue de risque.

Avez-vous d'autres questions ?

EDITH DUFAY, CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE

La prise en charge médicamenteuse reflète bien le parcours du patient. Or dans les établissements français participant à l'initiative « High 5s », nous constatons que 40 à 70 % des patients hospitalisés présentent, à l'admission, au moins une erreur médicamenteuse, qui tient à la transmission de l'information entre la ville et l'hôpital. Environ 5 % de ces erreurs auraient provoqué un événement indésirable grave. A la sortie, le constat est le même. Existe-t-il une réflexion sur le sujet, voire des indicateurs qui appréhendent le taux de ré-hospitalisation à 30 ou 90 jours associé à l'utilisation des médicaments ?

CHANTAL COURIS

La mesure globale de la sécurité des patients comporte un volet sur les effets indésirables liés à une prise de médicaments intervenant après l'admission. La prise en charge médicamenteuse est donc bien l'un de nos axes de travail. Je reste néanmoins sceptique sur la qualité des données.

CYRILLE COLIN

Il est difficile de séparer la pharmacovigilance de l'erreur médicamenteuse dans les bases de données médico-administratives. Nous avons travaillé sur la question avec le centre de pharmacovigilance de Lyon. La qualité des données ne permet pas pour l'instant le calcul d'un indicateur présentant le taux de réadmission suite à une erreur médicamenteuse. Il s'agit à ce stade d'une voie de recherche.

Sur le médicament au sens large, il me semble déjà essentiel de produire un travail de détection des événements indésirables sur les bases de données et de les compter un par un.

DE LA SALLE

Je suis cadre infirmier en hospitalisation à domicile. Nous travaillons actuellement sur l'idée d'une mise en commun de nos outils informatiques avec ceux des officines de ville pour la délivrance des médicaments. En d'autres termes, nous souhaitons que le pharmacien puisse accéder à notre base de données, afin qu'il puisse vérifier les allergies signalées sur l'ordonnance et sécuriser le circuit du médicament. Qu'en pensez-vous ?

THOMAS LE LUDEC

Je prends note de votre question, mais ne peux y répondre aujourd'hui directement.

MARC PRUSKI, INGENIEUR QUALITE, HOPITAL ERASME

Ma question rejoint celle du Docteur Hartmann, mais concerne cette fois la santé mentale. Est-il prévu de développer des indicateurs spécifiques à ce domaine, autres que ceux développés aujourd'hui ? Plusieurs établissements ont participé au projet COMPAQ-HPST, mais aujourd'hui, le projet ne teste plus aucun indicateur en santé mentale, domaine dans lequel 95 % de l'activité est extrahospitalière.

CHANTAL COURIS

Effectivement, la principale difficulté dans le développement d'indicateurs en santé mentale tient au fait que l'essentiel de l'activité a lieu hors de l'hôpital. Nous ne disposons pas de données pour mesurer la qualité des soins en ville. Certains indicateurs de résultats du secteur hospitalier permettent néanmoins de mesurer la performance de l'ensemble du système de santé. Par exemple, le taux de réadmission peut être considéré

comme un marqueur de la coordination des soins entre ville et hôpital. De la même manière, les indicateurs d'hospitalisation répétée de personnes souffrant de maladie mentale peuvent traduire un fonctionnement non optimal de la médecine de ville.

Ces indicateurs restent préliminaires et certainement frustrants pour les professionnels. Des discussions à l'ICIS portent sur le financement de la collecte de données hors de l'hôpital.

THOMAS LE LUDEC

En France, la santé mentale constitue l'une des thématiques prioritaires de la stratégie nationale de santé. En termes d'indicateurs, nous sommes dans une perspective de développement d'indicateurs sur le parcours du patient.

Je clos à présent cette table ronde et remercie vivement nos intervenants.

QUELS PREMIERS ENSEIGNEMENTS ? PARTAGE D'EXPÉRIENCE

Modérateur

CATHERINE GRENIER

ADJOINTE AU DIRECTEUR, DIRECTION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE
DES SOINS, HAUTE AUTORITE DE SANTE

Intervenants

DAN BENHAMOU

PRÉSIDENT, SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION

MONIQUE CAVALIER

DIRECTRICE GÉNÉRALE, ARS MIDI-PYRÉNÉES

PHILIPPE SOUCHOIS

DIRECTEUR DE LA QUALITÉ, DES RISQUES ET DES FILIÈRES DE SOINS, GÉNÉRALE
DE SANTÉ

Table ronde

CATHERINE GRENIER

Nous avons le plaisir d'accueillir trois intervenants à cette table ronde : le Professeur Dan Benhamou, Président de la SFAR, le Docteur Philippe Souchois, Directeur de la qualité, des risques et des filières de soins à la Générale de Santé et Monique Cavalier, Directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées. Je cède dès à présent la parole au Professeur Benhamou.

DAN BENHAMOU

Je remercie la HAS pour son invitation. Je suis heureux de vous présenter aujourd'hui le travail réalisé par la discipline de l'anesthésie et de la réanimation sur les indicateurs de qualité des soins. Il ne s'agit aucunement pour la SFAR de se livrer à un exercice d'autosatisfaction, mais plutôt de partager avec vous l'expérience de la mobilisation d'une discipline très impliquée dans la gestion du risque, et de présenter les impacts positifs d'une action multimodale en matière de qualité et de sécurité des soins.

Notre discipline est extrêmement exposée au risque, omniprésent dans notre pratique quotidienne. La SFAR s'est donc emparée de la question bien avant le développement d'indicateurs nationaux : depuis plus de 30 ans, elle produit et publie des enquêtes à large échelle sur la mortalité attribuable à l'anesthésie et en suit l'évolution au cours du temps.

1- L'INDICATEUR IPAQSS-DAN

Au-delà des indicateurs de résultats, la SFAR a progressivement pris conscience de l'intérêt de développer des indicateurs de processus. Dès 2001, elle s'impose le développement et la présentation du dossier anesthésique. Cet indicateur est repris en 2004 par le Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR), puis par le groupe de recherche COMPAQH. Enfin, la HAS en fait un indicateur national obligatoire sous le nom IPAQSS-DAN lors de la première campagne IPAQSS en 2007-2008.

L'indicateur IPAQSS-DAN comporte treize critères, soit un grand nombre de paramètres à analyser. Les premiers résultats de l'indicateur, en 2008, font apparaître plusieurs paramètres déficitaires. Nous avons décidé, dès la première itération, de porter des efforts significatifs sur l'un d'entre eux, le critère « Evaluation des voies aériennes avant l'intervention ». De cette évaluation des voies aériennes à la consultation découle leur prise en charge peropératoire, avec un risque vital permanent dans la pratique : une mauvaise évaluation met en danger le patient à chaque intervention.

Nous entamons à présent un travail conséquent sur un second critère : la qualité des prescriptions post-opératoires, dont les conséquences cliniques sont immédiates.

Les itérations successives de l'IPAQSS-DAN depuis 2008 montrent une amélioration continue sur chaque critère. Néanmoins, si le niveau du DAN est relativement élevé, nous constatons que la pente d'amélioration de l'indicateur, qui traduit l'effort entrepris par la discipline, reste similaire à ce que l'on observe dans les autres disciplines.

2- LES STRATÉGIES D'AMÉLIORATION

L'amélioration de l'indicateur IPAQSS-DAN est la conséquence d'un ensemble de stratégies complexes, qui mobilise la recherche, la communication, l'analyse et la formation.

Dès la première itération de l'indicateur, les résultats ont été largement diffusés par le biais de lettres d'information et de présentations lors de congrès nationaux. La mortalité liée aux complications relatives aux voies aériennes a fait l'objet de travaux d'analyse, avec pour objectif d'affiner notre compréhension des processus expliquant les complications observées. En 2007, la SFAR a lancé l'actualisation de la Conférence d'Experts sur la « Prise en charge des voies aériennes en anesthésie ». Une nouvelle actualisation est en cours aujourd'hui. Dans le même temps, il a été décidé, avec la HAS, de définir un EPR (Événement porteur de risques) ciblé sur les « difficultés imprévues d'accès aux voies aériennes » dans le cadre de l'accréditation individuelle des médecins, en réponse aux résultats de l'indicateur IPAQSS sur le critère en question.

Un travail d'analyse des données IPAQSS s'est poursuivi avec le Professeur Yves Auroy et Marie-Hélène Toupin de la HAS, pour comprendre les résultats de l'indicateur et les facteurs d'évolution, tant au niveau des établissements que des patients. Ce travail de recherche donnera lieu prochainement à une publication internationale.

Les résultats IPAQSS-DAN par établissement mettent en avant certaines situations hors des normes : une trentaine d'établissements présentent des résultats problématiques (très faible niveau de l'indicateur sans évolution positive, ou encore résultat satisfaisant une année donnée mais tendance d'évolution à la baisse). Nous nous engageons actuellement auprès de ces établissements pour vérifier la réalité des chiffres et identifier les raisons des difficultés si elles sont réelles. Nous mettons en place un groupe de travail « Etablissements en difficulté » à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), pour améliorer les pratiques dans ces établissements.

3- LES PERSPECTIVES SUR L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE QUALITÉ EN ANESTHÉSIE

Plusieurs perspectives sont en réflexion :

- l'engagement de travaux d'analyse des prescriptions médicamenteuses post-opératoires ;
- la modification du seuil d'exigence de qualité des indicateurs, fixé arbitrairement par la HAS à 80 % ; ou de son mode de calcul ;
- le développement de nouveaux indicateurs, avec un travail ciblé sur un indicateur de douleur post-opératoire en salle de réveil, qui sera mis en œuvre en 2014-2015 ;
- la préparation de nouveaux critères, notamment sur le travail en équipe ou la qualité de la prise en charge thromboembolique, qui intégreront probablement les PSI au titre des indicateurs de processus

Je remercie encore une fois la HAS, ainsi que tous mes collègues très impliqués sur ce sujet.

PHILIPPE SOUCHOIS

Je remercie la HAS de me donner l'opportunité de vous proposer un partage de l'expérience de Générale de Santé (GDS). Mon propos s'articulera en deux points. Dans un premier temps, j'exposerai la manière dont les indicateurs s'intègrent dans le quotidien de GDS et notamment dans son plan stratégique ; et dans un second temps, je présenterai quelques exemples concrets illustrant la vision du Groupe et du terrain en matière d'indicateurs de qualité.

1- L'EXPÉRIENCE DE GDS EN MATIÈRE D'INDICATEURS : DU MANAGEMENT DE LA QUALITÉ AU MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ

GDS dispose depuis 2011 d'un plan stratégique intitulé « Médicalisation Adaptation Pôle 2015 », qui s'articule avec les politiques de santé publique. Le plan MAP 2015 a permis au groupe d'asseoir certains fondamentaux et d'installer une vision partagée, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins, à l'échelle d'une centaine d'établissements, de 23 000 collaborateurs et de 4 500 médecins libéraux. Cette stratégie est fondée sur deux types d'indicateurs : des indicateurs opposables, qui nous intéressent aujourd'hui ; et des indicateurs « métiers » ou indicateurs « stratégiques ». Dès 2011, le Groupe perçoit la qualité et la sécurité des soins comme un facteur essentiel, notamment en termes de différenciation.

Le plan stratégique a amorcé ce que je qualifie de « révolution » au sein du Groupe, qui est passé, en l'espace de quatre ans, d'un management *de* la qualité à un management *par* la qualité. MAP 2015 a permis de redonner du sens et une vision métier aux professionnels sur le terrain, en particulier aux soignants, et de démystifier la démarche d'évaluation.

L'un des leviers a été la priorisation de six parcours de soins (cancérologie, ambulatoire, nutrition / obésité, MCO-SSR, cardiovasculaire et gériatrie), qui guident l'organisation des soins et constituent une porte d'entrée vers la gestion des risques. Deux axes sont privilégiés : la sécurité des soins et la prévention des incidents et accidents.

L'évaluation figure parmi les objectifs prioritaires 2013-2014 transmis aux responsables qualité des établissements. A l'échelle du Groupe, nous sommes en capacité de mobiliser différentes bases de données. Il s'agit, outre les bases PMSI, de certaines bases liées à nos outils communs, telles que la base de signalement des événements indésirables, la base d'analyse des incidents graves ou la base de satisfaction patients. Le croisement de ces bases nous permet de mener une analyse assez fine et donc de disposer d'une vision objective des réalités du terrain.

Nous partageons cette vision au travers du référentiel de qualité interne à GDS, « Qualiscope », véritable outil de pédagogie et d'accompagnement sur le terrain. Dans le cadre de cette démarche interne, nous procédons tous les ans à une visite de certification dans chaque établissement. Celle-ci est plus légère que les visites de la HAS pour les deux premières années suivant la certification de la HAS. En année N+3, nous nous plaçons dans les conditions de la visite de certification de la HAS, qui a lieu l'année suivante. Cette politique d'accompagnement de proximité contribue à démystifier l'exercice d'évaluation au sein des établissements.

L'une des spécificités du Groupe réside dans son plan de formation ambitieux sur la gestion des risques, la formation médicale ou encore la pharmacie, qui permet d'aboutir à un mécanisme de compréhension commun à tous les professionnels et ainsi, à des solutions durables.

GDS a fait le choix raisonné du management intégré de la qualité, l'un des huit référentiels de Qualiscope. De plus en plus, nous y formons les équipes (responsables qualité mais également cadres de soins). Les indicateurs de processus et de résultats IPAQSS constituent les indicateurs de référence de la maîtrise des processus, l'une des étapes du management intégré.

Les indicateurs constituent un outil de pilotage à l'échelle nationale. Ils nous permettent de nous évaluer en comparant, à chaque fois que cela est possible, la mesure des performances du Groupe en matière de qualité et de sécurité des soins aux performances d'autres acteurs du secteur. Les indicateurs appuient notre politique de partage d'expériences et le développement de nos plans nationaux, en matière notamment de cancérologie et de prescriptions médicamenteuses. En termes d'image du groupe, les indicateurs jouent également un rôle : nous sommes particulièrement attentifs à leur utilisation dans les classements des établissements par les médias. Chaque année, nous révisons la politique qualité du Groupe au plan national, ajustons la feuille de route des établissements et croisons les données à tous les niveaux pour orienter les budgets d'investissements.

2- QUELQUES EXEMPLES D'INDICATEURS

Je propose à présent de vous livrer quelques exemples d'indicateurs nationaux transversaux du secteur MCO (IPAQSS MCO 2011).

Le résultat de l'IPAQSS MCO 2011 fait apparaître une avance des établissements du Groupe en « Traçabilité de l'évolution de la douleur » par rapport à la moyenne nationale. Ce critère enregistre d'ailleurs une progression entre 2010 et 2011. Cette avance traduit l'engagement de GDS depuis 1998 dans une démarche spécifique sur la prise en charge de la douleur : déploiement de formations, diffusion d'outils, homogénéisation de certaines pratiques et renforcement de l'adhésion de l'ensemble des équipes.

S'agissant du critère « Tenue du dossier d'anesthésie (DAN) », GDS se situe au-delà du seuil de 80 % fixé par la HAS. Depuis la création du Groupe, GDS a eu la chance de travailler avec les anesthésistes, réunis dans un club de spécialité, sur certains prérequis liés à la sécurité. Nous avons intégré la sécurité anesthésique par la tenue de dossier dans les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) individuelles ou par établissements. Enfin, nous avons récemment mis en place un système d'information commun, qui peut expliquer la progression des résultats entre 2010 et 2011.

En ce qui concerne le critère « Délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation », GDS connaît en revanche un retard par rapport à la moyenne nationale. Les difficultés tiennent à des aspects culturels liés notamment à la pratique libérale et à l'absence d'un système d'information commun. Nous attendons beaucoup du nouvel indicateur, dont nous espérons qu'il nous permette de progresser, en particulier en matière de chirurgie ambulatoire.

Ces exemples soulignent le rôle des indicateurs comme outils de pilotage local, mesurant la performance des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins. Ils permettent de structurer les vigilances,

constituent un outil d'évaluation pour la certification HAS, et de *reporting* vis-à-vis de l'ARS. Je citerai par ailleurs l'axe clé pour GDS que représente l'information des usagers et la transparence, à travers Platine et aujourd'hui Scope Santé. Les indicateurs fournissent enfin des éléments objectifs de discussion avec les professionnels et avec les tutelles. Pour ces raisons, GDS recommande à ses établissements d'itérer les indicateurs chaque année tant que l'objectif n'est pas atteint et de procéder à une EPP dès que l'indicateur ne correspond pas au résultat attendu par le Groupe.

Pour conclure, l'indicateur déclenche la vigilance chez les professionnels et suscite la discussion, seul moyen d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'un outil dynamique, qui permet une progression des résultats dans le temps. Le Groupe recommande, à tous les niveaux, de mesurer pour dialoguer, piloter et faire progresser les pratiques individuelles et collectives.

MONIQUE CAVALIER

Les indicateurs font partie du quotidien des ARS. L'enjeu pour nous est d'en déterminer des modalités d'utilisation suffisamment efficaces et signifiantes, qui en font des outils d'aide à la décision et nous placent dans une logique d'action.

Mon propos s'axera autour de trois points. J'insisterai tout d'abord sur l'importance d'inscrire les indicateurs dans une démarche stratégique globale. Puis, j'évoquerai la gestion dynamique des indicateurs, entre stabilité et nécessaire renouvellement. Enfin, j'aborderai les enjeux de la communication des indicateurs au public.

1- LES INDICATEURS COMME ÉLÉMENTS D'UNE STRATÉGIE TOURNÉE VERS L'ACTION

Une agence dispose d'au moins trois leviers d'action en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : la contractualisation, la démarche d'analyse de terrain (de l'inspection à l'appui) et la communication, le portage de la parole de l'Etat vers les acteurs.

Les indicateurs sont nécessaires pour actionner chacun de ces leviers. En matière de contractualisation, les indicateurs ont guidé, en Midi-Pyrénées, le ciblage des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) autour de trois sujets prioritaires et sont utilisés pour le suivi des objectifs fixés.

Les indicateurs permettent également de cibler les établissements et d'adapter nos démarches d'intervention. Par les « faisceaux d'indices » qu'ils nous fournissent, ils appuient notre analyse des situations : les dysfonctionnements sont-ils rares ou convergents ? Leur niveau nécessite-t-il une démarche d'investigation et d'action ? Les indicateurs présentent la vertu d'éclairer nos comparaisons, pour situer un établissement, une thématique particulière, mais également l'efficacité de nos démarches à l'échelle d'un établissement et de la région.

Dans les CPOM, s'il est toujours possible de se fonder sur une batterie d'indicateurs, il est plus pertinent d'identifier les sujets sur lesquels nous disposons de leviers d'action. Ainsi, notre objectif étant de travailler sur la coordination des soins et les parcours, nous avons choisi, parmi les indicateurs IPAQSS, de nous concentrer sur le délai d'envoi des courriers de sortie ainsi que sur quelques indicateurs de dossiers patients. Dans le ciblage de nos interventions, nous travaillons plus spécifiquement sur la pertinence des modes d'hospitalisation et nous appuyons donc sur des indicateurs portant sur la chirurgie ambulatoire.

L'ARS Midi-Pyrénées bénéficie d'une certaine expérience sur la question des indicateurs. Historiquement, la DRASS produisait des fiches d'évaluation des établissements, que nous avons reprises pendant un temps. Ce dispositif permettait de classer les établissements sur certains critères de qualité et de sécurité des soins. Nous avons observé deux phases : dans un premier temps, le dispositif a motivé les établissements ; puis il

est devenu insignifiant une fois que les progrès ont été généralisés. Le dispositif a dès lors pu évoluer vers l'évaluation d'autres risques et nous avons pu avancer l'idée d'une communication des résultats.

2- LA NÉCESSITÉ D'UNE GESTION DYNAMIQUE DES INDICATEURS

Il est important de renouveler régulièrement les indicateurs, pour des raisons qui tiennent à la stratégie et à la technique. En matière de stratégie, nous devons faire évoluer les secteurs sur lesquels nous portons nos actions en fonction des caractéristiques régionales et de l'avancée des connaissances. En matière plus technique, le renouvellement régulier des indicateurs s'impose, car ils modifient le comportement des acteurs : de manière incontournable, au fil du temps, l'objectif se détourne de la logique d'action et devient celui de répondre à l'indicateur. Les effets pervers de l'indicateur d'achat de solutions hydro-alcooliques sont par exemple bien connus. Il convient de capitaliser sur la phase vertueuse, lorsque l'indicateur provoque une prise de conscience, puis de le renouveler une fois que le résultat est obtenu. Je vous conseille une lecture intéressante sur la question, l'ouvrage de Maya Beauvallet intitulé « *Les stratégies absurdes : comment faire pire en croyant faire mieux* ».

En Midi-Pyrénées, nous mettons en place un outil, intitulé provisoirement « Carte d'identité des établissements ». L'objectif est de centraliser, en un lieu unique, l'ensemble des indices produits par les différentes institutions, mais également les signalements provenant de professionnels de santé et les réclamations portées par les usagers. Nous constituons de cette manière des bases de données thématiques et par établissements qui nous renseigneront sur la sensibilité des établissements en matière de sécurité et sur les difficultés les plus récurrentes à l'échelle régionale.

3- LA COMMUNICATION ET LES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Au travers des instances de démocratie sanitaire et grâce aux débats publics que nous organisons, les usagers prennent l'habitude de s'exprimer et de formuler leurs demandes.

La première d'entre elles est celle d'une meilleure lisibilité de notre système de santé. Nous percevons une véritable attente d'accompagnement dans la manière dont les usagers peuvent juger de sa performance et de sa sécurité.

L'une des vertus de cette demande est de nous obliger à expliciter la signification, le sens et l'objectif des indicateurs, pour éviter qu'ils soient mal interprétés.

Merci de votre attention.

Discussion

CHANTAL LEVRIN, CHIRURGIEN LIBERAL

Nous avons beaucoup évoqué les chirurgiens hospitaliers tout au long de l'après-midi, je remercie Philippe Souchois d'avoir mentionné les chirurgiens libéraux.

Ma première observation concerne les classements des établissements diffusés dans les médias ou sur Internet. Nous mesurons sur le terrain l'importance qu'ils prennent aux yeux des usagers.

Je souhaite évoquer le cancer du sein. Son traitement est de plus en plus performant, en mobilisant notamment la chirurgie ambulatoire. Si l'accréditation a beaucoup apporté et si la *checklist* en bloc opératoire a permis d'éviter les erreurs que l'on observait auparavant dans certains centres anticancéreux, des défaillances demeurent. Actuellement, dans les réseaux de soins de support en cancérologie, trop peu d'actions sont mises en place pour soutenir les patientes en situation de détresse. Par ailleurs, les traitements de biologie moléculaire constituent une thérapeutique d'avenir fondamentale : il faut les favoriser

pour prévenir les risques de récurrence. Enfin, les dépistages par mammographie sont essentiels, mais l'oncologie génétique devrait être, à mon sens, davantage explorée.

CATHERINE GRENIER

Nous sommes effectivement conscients du travail qu'il reste à accomplir sur ce sujet spécifique.

QUELLE DIFFUSION PUBLIQUE FAVORISANT L'INFORMATION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS ?

Modérateur

THOMAS LE LUDEC

DIRECTEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES
SOINS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Président de séance

ALAIN LOPEZ

INSPECTEUR, INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

Intervenants

SABINE COHEN-HYGOUENEC

RESPONSABLE DE LA MISSION D'INFORMATION SUR LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ À DESTINATION DES USAGERS, HAUTE AUTORITÉ
DE SANTÉ

CLAUDE RAMBAUD

PRÉSIDENTE, COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ

OLIVIER ROQUET

DIRECTEUR, CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE

Table ronde

THOMAS LE LUDEC

Nous avons le plaisir d'accueillir, pour cette dernière table ronde, Alain Lopez de l'Inspection générale des affaires sociales. Cosignataire en juillet 2010 d'un rapport consacré à la place des indicateurs à destination du public, il présidera notre séance, avec l'autorité morale de celui qui a tracé la voie. Nous lui sommes redevables, ainsi qu'à ses collègues, de l'initiative prise par le Parlement d'impulser ce qui se matérialise aujourd'hui sous la forme de Scope Santé.

Le site Scope Santé vous sera présenté en détail par Sabine Cohen-Hygouenec, responsable de la Mission à l'origine de ce dispositif. Claude Rambaud, Présidente du Collectif interassociatif sur la santé, réagira sur ce sujet, avec la liberté de ton que nous lui connaissons. Enfin, Olivier Roquet, Directeur du Centre hospitalier de Narbonne présentera le point de vue du responsable d'établissement face à la diffusion publique de l'information.

ALAIN LOPEZ

La diffusion publique des informations en santé concerne de nombreux acteurs. Les destinataires potentiels en sont les professionnels, les établissements de santé, les régulateurs (assurance maladie, Etat, ARS), les

compagnies d'assurance et bien entendu, les usagers du système de santé. C'est sur ces usagers que portera mon propos. A mon sens, les impacts de la diffusion de l'information sur les autres acteurs constituent des « effets collatéraux ». Ils méritent que l'on s'en préoccupe, mais le sujet principal reste l'accès des usagers à l'information. Il existe deux types d'usagers du système de santé : le bénéficiaire des soins et le citoyen. Je m'intéresserai plus précisément au bénéficiaire des soins.

Dès lors que l'information est diffusée, elle produit des effets sur les comportements de ses destinataires. De manière plus importante, elle modifie la relation entre le médecin et son patient.

La diffusion de l'information présente par ailleurs un certain nombre d'impacts sur l'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé. L'évolution du choix des usagers pourra entraîner la disparition des « mauvais élèves » par manque d'activité et de financement. Au-delà de ce mécanisme de régulation radical, le partage de l'information se répercutera sur la qualité des soins en créant une situation d'émulation au sein des équipes, qui chercheront à améliorer leurs performances. J'estime néanmoins que nous aurions tort de compter exclusivement sur ce ressort pour progresser. Mais quels qu'en soient les impacts, directs ou induits, positifs ou négatifs, sur le système de santé, l'information de l'utilisateur bénéficiaire des soins doit être considérée comme un objectif en soi. Ses effets collatéraux doivent bien sûr être considérés, dans le souci de limiter les effets pervers et de répondre aux questions soulevées.

L'information pose en effet un certain nombre de questions auxquelles il faut répondre. J'emploie volontairement le terme de « question » et non de « risque », car je redoute qu'à force d'énoncer des difficultés, nous ne renoncions à avancer, tétanisés par la peur. Ces questions concernent en particulier :

- la fiabilité de l'information ;
- l'équité des comparaisons réalisées ;
- la simplicité de l'accès à l'information pour les usagers ;
- l'adaptation de l'information aux besoins de l'utilisateur, ce qui suppose de l'associer ;
- les répercussions de la diffusion de l'information sur les relations entre le médecin et le patient

Nous sommes au début d'un chemin, même si nous pouvons nous appuyer sur beaucoup d'expériences menées dans des pays étrangers. A mon sens, le sujet essentiel est celui des moyens et des conditions de notre cheminement. Les interventions suivantes permettront certainement de l'éclairer.

SABINE COHEN-HYGOUENEC

Une brève vidéo introductive est diffusée

Le site Internet Scope Santé répond à une attente forte des usagers. En lui donnant les moyens de s'informer, Scope Santé permet à l'utilisateur d'être acteur de sa prise en charge. A travers ce site, nous avons cherché à faire émerger l'utilisateur avisé, à l'aider à se poser les bonnes questions, à lui fournir l'information nécessaire pour échanger avec son médecin traitant et ainsi, mieux s'orienter dans le système de soins.

Scope Santé contribue par ailleurs au développement de la démocratie sanitaire, en mettant à disposition des représentants des usagers les informations utiles pour participer au débat public.

1- LES PRINCIPES FONDATEURS DE SCOPE SANTÉ

Scope Santé rassemble en un lieu unique des données jusqu'ici dispersées sur la qualité des soins et l'activité des établissements. Ces données sont fiables. Elles sont publiques, officielles, actualisées au fur et à mesure de la publication des indicateurs et méthodologiquement validées.

Le site a été conçu dans une logique d'utilisateur, plaçant l'utilisateur au centre de la recherche. Celui-ci sélectionne les données adaptées à sa recherche, selon le secteur et la spécialité qui l'intéresse. Scope Santé autorise ainsi une personnalisation de la recherche en fonction des priorités de l'utilisateur.

Scope Santé se veut pédagogique. Les formats de présentation sont adaptés au grand public, des codes couleurs et codes lettres permettant de rendre les données intelligibles. Le site présente des repères contextuels et des contenus pédagogiques (définitions des termes, méthodologie, explicitation des liens entre l'indicateur et la qualité des soins).

Enfin, le site est évolutif. L'étape qui s'ouvre aujourd'hui est centrée sur la publication des données disponibles. Des compléments seront apportés et des évolutions proposées dans les versions ultérieures.

2- PRINCIPALES FONCTIONNALITÉS ET INFORMATIONS PRÉSENTÉES

L'outil propose quatre fonctionnalités principales :

- la cartographie, avec la possibilité de se géolocaliser ;
- la recherche multicritères ;
- la personnalisation des critères de recherche ;
- la comparaison entre établissements

L'outil présente différents types d'informations. Il offre tout d'abord des données sur la qualité : les indicateurs nationaux qui figuraient sur le site Platines, ainsi que 35 critères de certification, sélectionnés avec les représentants des usagers parmi les 88 critères de certification. L'outil présente également des données d'activité, de capacité et d'équipement issues du PMSI et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Toutes ces données sont présentées dans une Fiche détaillée produite pour chaque établissement, consultable et téléchargeable. Les Fiches de publication obligatoire, qui permettent aux établissements de satisfaire à l'obligation de diffusion publique, sont également disponibles sur le site Au-delà de ces « formats statiques », le site propose de hiérarchiser ces données en fonction de la recherche de l'utilisateur,

20 indicateurs de qualité et 10 indicateurs d'activité sont présentés par établissement et par type de prise en charge.

Aujourd'hui, certaines données restent parcellaires, en particulier les données d'activité par spécialité. Nous avons par ailleurs choisi de nous affranchir du découpage par entité juridique des établissements (qui n'a que peu de sens pour l'utilisateur) et de présenter des indicateurs par site hospitalier. Néanmoins, ces données ne sont pas systématiquement disponibles.

La version actuelle est donc une version « beta », qui présente certainement encore quelques anomalies. Nous comptons sur les retours d'utilisateurs et d'établissements de santé pour nous aider à stabiliser le site. Dans ses versions ultérieures, le site sera complété par de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins et d'indicateurs d'activité complémentaires issus du PMSI. Nous souhaitons engager une démarche collaborative avec les établissements de santé en vue d'une amélioration continue de l'information.

J'ajoute que les coordonnées des établissements de santé sont issues du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Aussi, il est fortement recommandé d'actualiser ces informations auprès de cette base.

3- LES ATOUTS DE L'APPLICATION

Au-delà de la véritable avancée qu'elle représente dans la fourniture de données, l'application présente l'atout d'une méthodologie rigoureuse, répondant ainsi au souhait de l'utilisateur de disposer d'une information fiable. Nous avons fait le choix de ne pas procéder à une agrégation de données non validée. Ainsi, le site ne proposera pas de note globale censée résumer un établissement, ni de classement par étoiles ou par rang. Nous avons opté pour une approche comparative entre les établissements, indicateur par indicateur.

Le site propose une expérience utilisateur innovante. Il a pour ambition de fournir à l'utilisateur une information pertinente et contextualisée, sans transmettre sa complexité de construction. Les données sont mises en scène, scénarisées, grâce à une nouvelle technologie de *data visualisation*.

4- LES PERSPECTIVES

Nous souhaitons à l'avenir pouvoir proposer des données plus pertinentes pour l'utilisateur, notamment à travers les indicateurs de résultats lorsqu'ils seront généralisés. Leur diffusion publique sera évidemment soumise à concertation.

Nous envisageons par ailleurs une participation plus effective des usagers, en nous appuyant notamment sur des indicateurs de satisfaction des patients lorsqu'ils seront disponibles.

Le site a vocation à s'articuler davantage avec les autres informations utiles à l'orientation dans le système de santé. Aujourd'hui, la mission de la HAS est centrée sur l'hôpital, mais l'intérêt de l'utilisateur est de disposer d'une vision « parcours », intégrant ville et secteur hospitalier.

Enfin, Scope Santé s'inscrira naturellement dans le dispositif de Service public d'information en santé, annoncé par la Ministre.

5- EXPÉRIENCE DE NAVIGATION DANS SCOPE SANTÉ

La page d'accueil du site présente une carte, permettant d'effectuer une recherche géographique (par saisie du code postal ou par géolocalisation), une recherche par filtre (secteurs, modalités d'hospitalisation ou focus populationnel) ou une sélection par saisie directe du nom de l'établissement recherché

Une seconde étape de recherche permet de filtrer les établissements selon le profil du patient (par exemple, femme enceinte, personne âgée, personne confrontée au cancer), selon la spécialité recherchée ou un équipement spécifique. Une fois les critères de recherche saisis, la carte ne conserve que les établissements y répondant.

L'utilisateur peut alors cliquer sur l'établissement qui l'intéresse et accéder ainsi à sa page de présentation. Celle-ci comporte plusieurs volets : la fiche d'identité, la fiche qualité, la fiche activité, le mode comparaison et la fiche détaillée de l'établissement.

La fiche d'identité propose une vision très synthétique de l'établissement, centrée sur quatre indicateurs de qualité : la certification, le score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et la tenue du dossier patient. Chaque score d'indicateur est représenté par un code couleur et une lettre. Une infobulle contextualise l'information en positionnant l'établissement par rapport à la distribution nationale des hôpitaux et cliniques. Sur la fiche d'identité, figurent par ailleurs les secteurs d'activité, les coordonnées, un contact e-mail et le lien vers le site Internet de l'établissement.

La fiche qualité présente une sélection de 20 indicateurs de qualité priorisés en fonction de la recherche de l'utilisateur. Ces indicateurs sont issus de données de certification, des indicateurs IPAQSS et du tableau de bord des infections nosocomiales. Ils sont répartis en trois dimensions (parcours du patient, droits et informations du patient et sécurité du patient) et présentés par le code couleur, le code lettre et l'infobulle situant l'établissement dans l'échelle de répartition nationale. L'utilisateur peut ajouter d'autres indicateurs s'il le souhaite, sélectionnables parmi la liste complète des indicateurs disponibles.

La fiche activité présente les données d'activité aujourd'hui disponibles. Pour une maternité, on retrouvera par exemple le nombre annuel d'accouchements ou le taux de césariennes. Ces indicateurs ne sont évidemment pas présentés par un code couleur ni un code lettre, mais l'infobulle de positionnement est toujours présente.

L'utilisateur peut comparer l'établissement avec trois autres établissements de son choix (que par ailleurs, il peut filtrer par niveau minimal de certification ou d'indicateur de qualité). Les quatre établissements sélectionnés apparaîtront alors sur la même fenêtre, ainsi que dans l'infobulle, sur la même barre de positionnement par rapport à la distribution nationale des établissements.

La fiche détaillée de l'établissement est exhaustive mais moins dynamique. Elle est imprimable et téléchargeable.

Sur le site figurent enfin les contacts e-mails, une foire aux questions, des contenus pédagogiques et un questionnaire de satisfaction pour les utilisateurs.

THOMAS LE LUDEC

Claude RAMBAUD, quel regard portez-vous sur la naissance de Scope Santé ?

CLAUDE RAMBAUD

Les associations de patients ne peuvent que saluer la naissance de Scope Santé, qui fournit au grand public des informations jusqu'ici réservées au milieu de la santé. Nous regrettons cependant que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n'ait pas été associée au projet, car elle dispose d'informations essentielles.

La mise en ligne de Scope Santé est l'une des trois bonnes nouvelles qui marquent cette journée. La deuxième nouvelle concerne le développement d'I-SATIS. Nous en ferons l'évaluation en temps voulu. La troisième nouvelle diffusée ce matin est l'élévation de l'exigence en termes de délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. En effet, il nous semble grave qu'un patient puisse encore sortir d'une hospitalisation sans sa feuille de route.

Scope Santé représente une véritable promesse, avec un haut niveau d'éthique en termes de transparence sur la qualité des soins. Nous savons qu'il s'agit d'une démarche compliquée, s'agissant du choix des indicateurs et des modalités de diffusion.

Cette démarche répond bien à la volonté des usagers de disposer d'un guide pour le choix de leur établissement de santé. Les attentes des usagers sont importantes. La lisibilité des informations constitue un aspect essentiel, en particulier lorsque l'on s'adresse au grand public. Il serait intéressant de tester le dispositif auprès d'un panel d'utilisateurs : c'est à partir de leurs retours qu'il pourra être amélioré. Je remarque par exemple que dans le code couleur, le rouge a été remplacé par un orange foncé. Pourquoi ne pas indiquer clairement les résultats non satisfaisants ?

En termes de contenu, je me réjouis de constater que les indicateurs de sécurité des patients font partie du projet, même s'ils ne sont pas tout à fait aboutis, de même que les indicateurs de résultats, qu'il est envisagé d'intégrer au dispositif lorsqu'ils seront validés.

Nous formulons encore plusieurs attentes. Nous souhaitons disposer d'indicateurs sur les seuils d'activité, réservés aujourd'hui à un cercle d'initiés. Nous demandons également de disposer d'indicateurs sur les coûts, aujourd'hui absents de Scope Santé : nous espérons qu'un lien sera fait avec le dispositif « Ameli » et souhaitons que la prestation journalière figure sur le site. Nous savons qu'en revanche il est presque impossible de fournir des informations sur les dépassements d'honoraires, car le praticien adapte souvent son supplément d'honoraires au montant de la mutuelle. Enfin, à côté d'ICALIN, l'indicateur composite mesurant le niveau de culture de la sécurité infectieuse, nous demandons le développement d'un indicateur composite qui mesurerait les améliorations dans la lutte contre les accidents médicaux.

Nous espérons que Scope Santé prospérera et qu'il deviendra une référence pour les patients face au choix de leur établissement de santé, y compris en matière de santé mentale.

Nous maintenons une certaine inquiétude sur le devenir des parcours de soins : il convient de rester prudents et attentifs, et de veiller à ne pas créer trop de frustrations avec Scope Santé.

Nous savons que les palmarès diffusés régulièrement dans les journaux sont avant tout consultés par les professionnels eux-mêmes et non par les patients. Je suis persuadée que le « GPS qualité » proposé par Scope Santé constituera un véritable levier d'engagement des établissements dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CISS s'engage à soutenir cette démarche et à participer à son amélioration. Nous avons relayé dès ce midi l'information de cette naissance sur Tweeter vers nos réseaux (40 associations représentant 12 millions d'adhérents). Nous soutiendrons également cette démarche à travers notre site grand public en préparation, qui s'intitulera « 66 millions d'impatients ».

THOMAS LE LUDEC

Merci. Je m'adresse à présent à Olivier ROQUET, Directeur du Centre Hospitalier de Narbonne. Dès demain, les professionnels de santé de votre établissement se précipiteront-ils sur Scope Santé ? Pensez-vous qu'il s'agisse d'un bon incitatif pour faire progresser la qualité et la sécurité des soins ?

OLIVIER ROQUET

J'espère que mon intervention répondra à ces deux questions.

1- L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS

La démarche des indicateurs est une démarche des professionnels. La production de données et d'informations est en effet rendue possible par la mise en place, par les professionnels, d'organisations et de ressources pour recueillir l'information au quotidien (notamment à travers le dossier patient), l'insérer dans les organisations et lui donner une valeur professionnelle.

Cette démarche implique également de déployer une culture de la traçabilité dans les établissements. Les professionnels qualifient souvent l'élaboration du dossier patient de « travail administratif ». Ce travail est néanmoins une clé de la sécurité, de la continuité et de l'ordonnancement des soins, ainsi qu'une clé de la communication avec le patient et la famille. Aussi, il est fondamental de donner du sens à ce travail.

De manière générale, la mise en avant d'un indicateur n'a pas de sens pour le professionnel : il faut donner une lisibilité à l'indicateur et démontrer qu'il n'est pas extérieur au soin. L'accès à l'information est essentiel pour l'usager, mais aussi pour le professionnel. Leur donner cet accès implique de les former et de leur expliquer le sens de l'indicateur.

Il est nécessaire d'accompagner les professionnels, car c'est à eux que les usagers adresseront les questions que soulèvent les informations qui leur sont transmises. L'usager se tournera, non pas vers le directeur d'établissement ou le chef de service, mais vers le médecin, l'infirmière ou l'aide soignante qui se rend dans sa chambre. Nous risquons de mettre ce professionnel en difficulté si nous ne l'avons pas formé préalablement aux indicateurs. Pour cela, le Centre Hospitalier de Narbonne met en place des comités de travail élargis : le recueil des indicateurs est une démarche pluri-professionnelle, réalisée par un groupe de travail de 40 personnes, en mesure ensuite de communiquer auprès de leurs collègues.

La communication interne permet également de tirer les enseignements des indicateurs et d'en faire un outil pilotage interne aux services pour améliorer le recueil des informations nécessaires aux soins : au Centre Hospitalier de Narbonne, les indicateurs sont déployés par pôle ou par service et sont discutés trois ou quatre fois par an avec les services.

La formation des professionnels est donc une condition de l'appropriation des indicateurs. Un établissement qui s'est approprié les indicateurs cherche à les produire plus régulièrement et peut en faire un outil de dialogue et de travail. La comparaison avec d'autres établissements, telle qu'elle apparaît notamment sur le site, permet de disposer d'un levier interne pour définir des actions d'amélioration, conforter les points forts et s'investir sur les axes de progrès prioritaires.

L'information constitue enfin une source de dialogue avec les patients, pour leur expliquer les éléments de la prise en charge qui leur est proposée.

2- LA CONFIANCE DES PATIENTS

Les indicateurs représentent un outil pour gagner encore en confiance auprès des patients. Toutes les études d'opinion indiquent que les usagers ont confiance dans le système de santé de notre pays. Cette confiance ne doit pas masquer une méfiance parfois exprimée.

La Commission des relations avec les usagers pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge, trouve avec les visites de certification ou les indicateurs, de nouvelles sources d'information pour participer à la définition d'actions de progrès.

Les résultats mis à disposition sont généralement reçus avec bienveillance par les représentants des usagers : la logique n'est pas celle de la culpabilisation ou de la critique brute, mais davantage celle de la demande d'explications et de travail en commun pour actionner les leviers d'amélioration. La transparence est reconnue par les patients et les représentants des usagers, qui cherchent avant tout à comprendre le système de santé et à questionner les professionnels sur le sens des informations.

Néanmoins, les informations peuvent être complexes pour les non-professionnels. Le titre et le contenu d'un indicateur, sa présentation, la lecture du résultat peuvent ne pas être accessibles immédiatement aux représentants des usagers ou aux patients. Les représentants des usagers doivent être accompagnés dans la maîtrise des outils d'information qui sont mis à leur disposition : les associations produisent un travail remarquable de formation et les établissements s'y investissent, par la création de plaquettes complémentaires à celles proposées dans le cadre de la semaine de la sécurité des soins par exemple.

Il convient d'être attentif à ce que Scope Santé ne soit pas l'occasion d'accentuer la concurrence entre les établissements, mais reste bien un levier d'amélioration de la qualité. L'établissement y trouve une nouvelle légitimité pour communiquer intensivement sur son plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins auprès des patients et des professionnels. Il doit montrer les résultats qu'il en attend pour ses prises en charge et communiquer régulièrement en toute transparence sur les actions qu'il a réalisées pour aller au-delà d'un simple indicateur ou d'une simple mesure. L'outil Scope Santé constituera un moyen de renvoyer vers le site de chaque établissement de santé, sur lequel il pourra présenter les actions mises en œuvre pour apporter le service attendu par les patients.

En conclusion, Scope Santé est une attente partagée. Le dispositif doit être accompagné au plus près des professionnels et des patients pour qu'il devienne un nouveau moyen de communiquer sur le soin. Scope Santé représente un champ supplémentaire qui nous est donné pour construire des projets et s'améliorer dans un dialogue continu.

THOMAS LE LUDEC

Merci. Vous avez parfaitement répondu à mes questions.

Discussion

DE LA SALLE

Je m'étonne que la satisfaction du patient ait été si peu mentionnée tout au long du colloque. Ce critère ne semble pas apparaître dans Scope Santé.

THOMAS LE LUDEC

Ce matin même, le Directeur général de l'offre de soins a annoncé le lancement de l'indicateur I-SATIS, qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés. Dès que l'indicateur sera produit en routine, il sera intégré au site Scope Santé.

Par ailleurs, permettez-moi d'ajouter quelques mots sur un point abordé lors des précédentes interventions, la question du « reste à charge ». Je rappelle que la version de Scope Santé présentée aujourd'hui est une version de lancement, pour laquelle nous avons travaillé en collaboration étroite avec la DGOS et l'ATIH. Dans une prochaine étape, nous nous rapprocherons d'autres producteurs de données, dont la CNAM, qui détient de nombreuses informations ayant vocation soit à être intégrées à Scope Santé, soit à être mises en lien avec le site. Les tarifs journaliers des prestations dans les établissements ou encore le tarif de la chambre individuelle sont autant d'indicateurs qu'il pourrait être pertinent d'ajouter.

DOCTEUR ROBIN

Ne craignez-vous pas que la diffusion publique des indicateurs conduise les établissements à ne plus vouloir afficher de mauvais résultats ? Il est clair qu'un usager ne choisira jamais un établissement dont il apprend par exemple un mauvais résultat d'indicateur relatif à l'hygiène. Or le cas de l'indicateur sur l'achat des solutions hydroalcooliques, qui a conduit certains services à jeter des stocks pour améliorer le résultat, montre bien qu'il est possible de masquer une difficulté. Alors que l'hôpital commence à développer une culture de l'indicateur, la diffusion publique telle que vous la proposez risque de freiner considérablement cette dynamique. Cela me semble dramatique.

CLAUDE RAMBAUD

Vous n'avez pas tort. Il existera toujours des tricheurs, nous le savons. Mais j'estime qu'il faut miser sur autre chose. D'autres indicateurs permettront de compenser.

DOCTEUR ROBIN

Je pense que l'usager n'ira pas étudier les autres indicateurs qui pourraient compenser un mauvais score. S'il est possible de discuter avec les représentants des usagers sur les mauvais résultats d'indicateurs, nous ne pourrions pas discuter avec l'usager qui se trouve devant son écran d'ordinateur.

THOMAS LE LUDEC

Votre remarque soulève une question plus générale, celle de l'épuisement d'un indicateur en lien avec ce que j'appellerais le « *gaming* ». Cela suppose que des contrôles soient organisés pour vérifier la sincérité des résultats. De la même manière, il faudra pouvoir faire évoluer les indicateurs : relever les seuils de performance une fois que les établissements s'alignent sur de bons résultats ; ou changer d'indicateur s'il ne permet plus d'impulser de progression. Par exemple, l'absence de progression de l'indicateur de délai d'envoi du courrier de sortie à huit jours nous conduit à réfléchir à un indicateur plus pertinent pour renforcer la sécurité du patient. Nous nous acheminons vers un indicateur portant sur la transmission d'un document de sortie pour assurer la continuité thérapeutique, par exemple, une ordonnance commentée.

DE LA SALLE

Je tiens tout d'abord à remercier Claude Rambaud d'avoir évoqué la santé mentale. Tous les hôpitaux psychiatriques et services de psychiatrie figurent-ils bien dans Scope Santé ?

THOMAS LE LUDEC

Scope Santé intègre tous les établissements de psychiatrie. En revanche, pour des raisons de lisibilité, il ne détaille pas les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ni les Centres médico-psychologiques (CMP).

DE LA SALLE

Les hôpitaux psychiatriques sont-ils classés selon les mêmes critères que les hôpitaux généraux ?

SABINE COHEN-HYGOUENEC

Oui, quand cela est possible.

DE LA SALLE

Merci.

THOMAS LE LUDEC

Avez-vous d'autres questions ?

DE LA SALLE, INGENIEUR QUALITE A L'HOPITAL DU VESINET

J'ai conscience de l'apport de l'outil, de la validité de l'intention et je partage l'importance de moderniser les dispositifs et de centraliser les informations. Néanmoins, je suis sceptique face à la comparaison entre les

établissements que le site propose, comme si l'utilisateur choisissait un hôpital de la même manière qu'il choisirait un restaurant. Je crains que cela soit difficilement accepté par les équipes.

CLAUDE RAMBAUD

Les usagers ont besoin de choisir et pour cela, il leur faut pouvoir comparer. C'est pourquoi je crois en cette initiative.

Par ailleurs, le CISS mène régulièrement des enquêtes pour identifier les facteurs déterminants dans le choix d'un établissement de santé. En majorité, il s'agit du conseil du médecin traitant ou d'un proche satisfait par un établissement.

DE LA SALLE, INGENIEUR QUALITE A L'HOPITAL DU VESINET

Jusqu'ici, je trouvais la démarche de la HAS cohérente et j'approuvais la logique de déculpabilisation et de remise à niveau de tous les établissements. Or cette initiative risque d'entraîner la désertion de certains établissements et donc de maintenir des établissements dans des situations difficiles.

THOMAS LE LUDEC

L'esprit de Scope Santé est bien de laisser le choix à l'utilisateur en lui apportant une information sans lui imposer aucun palmarès : l'utilisateur conserve la liberté de navigation et de sélection des critères.

A mon sens, la pire des situations pour un établissement résulte de la rumeur publique, dont tout établissement peut un jour être victime. Scope Santé insuffle une certaine objectivité et permet de se prémunir contre la rumeur.

Je souhaite solliciter l'éclairage d'Alain Lopez sur les retours d'expériences des pays étrangers. Un outil tel que Scope Santé est-il déterminant dans l'orientation des patients ?

ALAIN LOPEZ

Toutes les questions et observations formulées par la salle sont justes et importantes. Il faut les considérer et y apporter des réponses. Dans d'autres pays plus avancés que le nôtre, il semble qu'en 2010 les choix des usagers étaient relativement peu affectés par l'accès à ces informations. En revanche, il est probable que la diffusion de l'information ait modifié les relations entre le médecin et le patient.

Si les usagers restent aujourd'hui davantage influencés par les conseils de leur médecin traitant que par les informations recueillies sur Internet, je ne pense pas que cette situation perdurera : la familiarisation de la population avec les outils Internet est croissante. J'estime d'ailleurs que si l'on peut disposer d'informations exhaustives sur la qualité de la cuisine pour choisir un restaurant, il est normal que l'on puisse accéder à une information pertinente sur la qualité des soins pour choisir un hôpital.

La diffusion de l'information rend le monde plus complexe. Il sera nécessaire de dialoguer et de travailler en commun pour l'appréhender. Nous ne pouvons pas y échapper. Abordons ce monde complexe avec lucidité et pleine conscience des questions qu'il soulève. Celles-ci ne doivent pas nous dissuader d'avancer.

XAVIER PICHAUD, RESPONSABLE QUALITE, HOPITAL PRIVE DE PARLY II

Est-il prévu de lancer une campagne publicitaire pour faire connaître le site du grand public ?

THOMAS LE LUDEC

Nous n'avons pas prévu de campagne publicitaire. Nous avons présenté l'outil ce matin même lors d'une conférence de presse, où radios, presse écrite et télévisions étaient représentées. Une campagne de présentation en régions est prévue à l'occasion des rencontres interrégionales.

DOMINIQUE MAIGNE, DIRECTEUR DE LA HAS

Nous avons fait le choix de privilégier les canaux de diffusion numériques, Internet et réseaux sociaux. Au-delà du relais de diffusion que représentent les institutions et fédérations partenaires du site, nous espérons

que les 3 000 établissements de santé pourront, à travers leur propre promotion, favoriser l'accès des usagers à cette information.

THOMAS LE LUDEC

Avant de clore cette table ronde, je vous signale que l'adresse contact figurant sur le site vise à recueillir toutes les questions que les professionnels et les usagers peuvent se poser. N'hésitez pas à nous faire part de vos observations et questions, qui nous aideront à faire évoluer le site.

SABINE COHEN-HYGOUENEC

L'adresse e-mail est la suivante : scopesante@has-sante.fr

CONCLUSION

JEAN-LUC HAROUSSEAU
PRÉSIDENT, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'après-midi a été dense, riche de présentations, de retours d'expériences et de discussions. Je partagerai trois éléments de conclusion.

Lorsque nous avons réfléchi au sujet, nous souhaitons opérer une véritable remise en question. Nous n'avons pas hésité à soulever les questions des objectifs, de la pertinence, ou encore du nombre des indicateurs. Nous n'avons pas souhaité masquer les freins et les réticences qui pouvaient émaner des professionnels de santé. Aujourd'hui, je suis heureux de constater que si ces réticences existent, des besoins d'indicateurs sont également exprimés, en pédiatrie ou encore en santé mentale. J'ajouterai un besoin d'indicateurs pour l'organisation des parcours de soins : la modification de l'indicateur de délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, déjà évoquée à plusieurs reprises aujourd'hui, va dans ce sens. Les indicateurs améliorent la culture de la qualité dans le secteur de la santé. J'estime qu'ils ne remplissent pleinement cette mission que s'ils sont opposables et diffusés.

Au cours du colloque, nous avons évoqué les différences et complémentarités entre indicateurs de processus et indicateurs de résultats. Il convient de ne pas opposer ces deux types d'indicateurs, mais de les analyser en miroir. Je remercie le professeur Cyrille Colin d'avoir insisté sur les problèmes associés au développement d'indicateurs de résultats. Leur pertinence, leur faisabilité, leur validité et leur ajustement doivent être réfléchis. A ce titre, notre approche consiste à n'envisager la diffusion publique d'indicateurs de résultats qu'après les avoir validés avec des équipes de recherche et testés sur le terrain avec les établissements de santé.

Je terminerai par quelques mots sur Scope Santé en saluant tout d'abord le travail de Catherine Grenier et de Sabine Cohen-Hygounenc. J'ai été sensible aux commentaires de Claude Rambaud et Olivier Roquet. Je retiens leurs propos encourageants, mais également leurs incitations à améliorer le dispositif. Le premier objectif de Scope Santé est bien sûr de fournir une meilleure information aux usagers pour les aider dans leurs choix, mais il s'agit également de leur donner des clés pour dialoguer avec les professionnels de santé. Scope Santé représente ainsi un outil pour une nouvelle relation entre le soignant et le soigné, ouvrant la voie vers une ère de discussion interactive. Scope Santé constitue enfin un nouveau levier pour l'amélioration de la culture de la qualité. Je compte sur la diffusion de l'information et notamment sur la comparaison entre les établissements, même si elle est difficile, pour les inciter à améliorer encore leurs processus internes et faire progresser la qualité des soins et la sécurité du patient.

Je souhaite remercier les organisateurs de cette journée, Catherine Grenier et Thomas Le Ludec, ainsi que tous les intervenants et chacun d'entre vous pour votre participation, vos remarques et vos questions.

INDEX

Nous vous signalons que nous n'avons pu vérifier l'orthographe des noms suivants :

Chantal LEVRIN,.....	32	Nacera NAMO,	15
Docteur ROBIN,	41	Nicolas GERZAIN,.....	14
Jean-Paul SEGUIN,.....	23		