

Domaines d'intervention de la HAS

- Évaluation du service médical et de l'amélioration du service médical rendu par les médicaments, les dispositifs médicaux et les actes professionnels pris en charge par l'Assurance Maladie ;
- Évaluation économique et de santé publique ;
- Élaboration de recommandations professionnelles et de guides de prise en charge des affections de longue durée ;
- Certification des établissements de santé ;
- Évaluation des pratiques professionnelles et accréditation des médecins et des équipes médicales des disciplines porteuses de risques ;
- Amélioration de la qualité de l'information médicale : certification de la visite médicale, des sites e-santé, et des logiciels d'aide à la prescription.

QUALITÉ DES SOINS ET TERRITOIRES DE SANTÉ :

EN QUOI UNE LOGIQUE DE QUALITÉ PEUT-ELLE S'INTÉGRER DANS UNE LOGIQUE DE TERRITOIRE ?

Les 18 et 19 décembre derniers, se sont tenues les deuxièmes Rencontres nationales de la HAS. Un événement majeur pour l'institution qui a réuni à la Cité des Sciences et de l'Industrie 1 500 professionnels de santé autour de débats sur les différents enjeux de la qualité en santé. Retour sur l'une des trois séances plénières de ces Rencontres.

La régionalisation est devenue un élément-clé pour une meilleure organisation du système de santé. C'est le postulat posé par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », qui crée les Agences régionales de santé. Ces nouvelles instances auront pour mission de mieux structurer l'offre de soins, afin de répondre aux besoins de santé spécifiques de chaque bassin de population. Optimiser l'offre et la demande, proposer aux patients des prestations correspondant à leur état de santé,

améliorer le niveau d'information et la pertinence des recours aux professionnels de santé, ce sont justement des axes essentiels de la démarche de qualité en santé. Il est donc évident que la logique de qualité doit s'intégrer dans celle du territoire. Et la Haute Autorité de Santé entend accompagner ce mouvement dans l'édification des futurs territoires de santé. Les actions qu'elle

La certification, un concept évolutif

Outil majeur pour promouvoir la démarche de qualité des soins, la certification des établissements de santé entre dans une nouvelle phase, avec l'arrivée de la « V2010 ». Elle vise à améliorer l'efficacité du dispositif, préciser les garanties apportées, renforcer l'intégration de la Certification dans son environnement. Le manuel de la V2010 porte sur quatre axes majeurs :

- le management (pilotage de l'établissement, amélioration de la qualité, sécurité des patients, développement durable, etc.).
- le management de la sécurité des soins (mise en place d'un système de management de la sécurité, développement d'une culture de sécurité, articulation avec les pratiques exigibles).
- le droit des patients, décliné en plusieurs volets : patients en fin de vie, démarches éthiques, « bien-traitance », etc.
- la qualité du processus de prise en charge des patients.

Le manuel met l'accent sur des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP), dont deux tiers concernent la sécurité, les autres visent les droits des patients ou le processus de prise en charge. Par ailleurs, la V2010 introduit la notion d'indicateurs de qualité, ce qui contribue à la fusion d'une culture basée sur la mesure.

Retrouvez sur le site
www.has-sante.fr :

- Les synthèses et publications des deuxièmes Rencontres nationales
- Le document « Projet de la HAS 2009-2011 »
- Les dernières lettres d'information de la HAS
- Le manuel de certification des établissements de santé V2010.

“ Pour un meilleur pilotage du système de santé, il faut partir des besoins de santé et organiser la réponse sanitaire en fonction de ceux-ci. ”

mène, par exemple sur la certification des établissements, le développement des bonnes pratiques ou la sécurisation des prestations de santé, doivent désormais prendre en compte les spécificités locales. On sait en effet que de nombreux facteurs interviennent dans la dispensation des soins : démographie des professionnels, prévalence de certaines pathologies, structuration du tissu hospitalier, habitudes de prescription des médecins, modes de consommation par les usagers... Il est essentiel que les programmes qualité soient fondés sur une analyse précise de l'incidence de ces différents facteurs.

Un label pour les recommandations de bonne pratique

La Haute Autorité de Santé a mis en place un dispositif de labellisation des recommandations de bonne pratique produites par les sociétés savantes, les collèges de bonne pratique et certaines agences. Un certain nombre de règles sont à respecter pour obtenir le label. Ces recommandations doivent concerner le champ du soin, et non les processus organisationnels. Les travaux présentés doivent être en cours et non publiés, car la HAS ne délivre pas de label a posteriori. Ils ne doivent en aucun cas reposer sur le financement d'un industriel. Et les travaux européens peuvent être admis, à la condition d'être traduits et endossés par la société savante. Le dossier est examiné par un comité de validation, composé de médecins et de représentants d'usagers (28 membres). Le comité vérifie l'implication de l'ensemble des professionnels concernés et la prise en compte de l'aspect médico-économique, apprécie l'impact de ces travaux sur les recommandations existantes et analyse d'éventuels conflits d'intérêt. Après examen, ces travaux reçoivent un avis favorable ou défavorable, et sont alors soumis au Collège de la HAS. En cas de label, les sociétés savantes peuvent s'en prévaloir dans leur publication, et les recommandations sont valorisées sur le site de la HAS.

RÉGIONALISATION : DU CONCEPT À LA RÉALITÉ

Le territoire, un échelon pertinent

Longtemps sujet de débat, la régionalisation tend à devenir aujourd'hui un axe majeur d'évolution du système de santé. Le constat est connu : selon le lieu où ils résident, la situation des Français peut être très variable face à un même problème de santé. On constate par exemple, en analysant la cartographie, que la prescription de psychotropes peut évoluer du simple au double entre les départements, parfois au sein d'une même région. Des différences qui, le plus souvent, s'expliquent moins par une réelle prévalence du trouble anxieux que par des pratiques mal adaptées, une mauvaise répartition des psychiatres sur le territoire ou une coordination insuffisante entre prestataires de soins. On sait également qu'il existe dans chaque région des particularités sanitaires, liées aux modes de vie (alimentation, hygiène), à des données climatiques ou socio-démographiques, ou aux variations en termes d'offre de soins.

Partir des besoins de santé et organiser la réponse sanitaire en fonction de ces besoins, tel est désormais l'un des enjeux pour un meilleur pilotage du système de santé. La loi vise à établir ce pilotage au niveau des régions, et plus finement au niveau de territoires correspondant le plus souvent à des bassins de vie. « Il est certain

que l'échelon régional, et l'approche par territoires, devraient permettre par exemple de répondre aux attentes des usagers en matière d'information et de recours aux soins, mais également d'améliorer le signalement des événements indésirables ou de renforcer la contractualisation avec les établissements sur des objectifs de performance », illustre Jean-Paul Guérin, membre du Collège de la Haute Autorité de Santé.

Une nouvelle architecture axée sur l'efficience

Les missions des futures Agences Régionales de la Santé (ARS) porteront sur l'ensemble des composantes du système de santé : prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers, offre médico-sociale. Elles joueront également un rôle dans la répartition des ressources financières, mais aussi dans l'évaluation des performances. Auront-elles par ailleurs un impact positif en matière de qualité des soins ? « La qualité des soins peut s'inscrire dans une logique de territoire, pour peu qu'on structure au préalable l'offre de soins, et surtout qu'on crée des liaisons fonctionnelles entre les territoires, estime Jean-Paul Hélie, directeur de l'Urcam Pays-de-Loire. Si l'on se place du point de vue des patients, la première des qualités, c'est de disposer d'une offre de proximité, accessible et

lisible. L'autre axe de la qualité, selon moi, c'est le développement des compétences des professionnels. Enfin, la permanence des soins, pourvu qu'elle soit effective et organisée, constitue également un élément de qualité essentiel pour les patients. »

Pour l'économiste Gérard de Pourville, professeur titulaire de la chaire ESSEC Santé, « la qualité des soins, ce sont des attributs auxquels les patients accordent de la valeur. Pour aller plus loin, on doit rappeler qu'elle repose d'abord sur la fiabilité et l'efficacité des process de soins en termes de résultats, mais pas seulement. Elle dépend surtout de la recherche d'efficience, afin de proposer une offre de santé correspondant aux besoins et permettant d'optimiser l'allocation des ressources. » L'échelle du territoire sera donc pertinente, si la démarche qualité s'intègre dans l'ensemble des processus d'analyse et de décision. « Il faudra que les ARS bénéficient de réelles marges de manœuvre, et qu'elles soient en capacité de bâtir des outils propres, observe Jean-Louis Bonnet, directeur de l'ARH Rhône-Alpes. En particulier, elles devront œuvrer pour lever les blocages traditionnels entre les acteurs. Il est indispensable de lutter contre le fonctionnement en vase clos des différents secteurs du système de santé. »

DE FORTES ATTENTES DES PATIENTS... ET DES PROFESSIONNELS

Un besoin de transparence sur la qualité

Comme le montre le sondage HAS/IPSOS, les patients font preuve d'une certaine ambivalence sur leurs attentes en matière de qualité des soins. Ils sont 88 % à se dire prêts à se déplacer pour accéder à un hôpital dont le niveau de prestation est jugé élevé. Et ils sont 74 % à faire confiance à l'hôpital le plus proche de chez eux. Mais ils sont 49 % à déclarer ignorer quel est le niveau de l'hôpital proche de chez eux. Ces résultats montrent le besoin du public d'accéder à des données transparentes sur les performances des prestataires de santé. Il attend notamment de disposer d'une offre de proximité disponible : 88 % déclarent qu'ils peuvent facilement obtenir un rendez-vous chez un généraliste, 54 % chez un spécialiste. 78 % se disent satisfaits des urgences, mais 63 % indiquent qu'ils ont du mal à joindre un généraliste le soir et le week-end. Les patients souhaitent donc tout à la fois disposer d'informations sur les compétences des professionnels, et bénéficier d'une offre de proximité aisément accessible, même si les exigences de qualité sont variables. Concilier ces deux types d'attente, ce sera sans doute l'un des défis majeurs pour les futures ARS.

Des professionnels prêts à travailler autrement

L'amélioration de la qualité à l'échelle du territoire passe par une plus grande lisibilité du système de santé pour les patients, mais aussi pour les professionnels. Habités à travailler isolément, ils réclament aujourd'hui de situer plus précisément leur rôle dans la prise en charge des patients. « *On me qualifie désormais d'acteur de soins de premier recours, je souhaiterais plutôt me positionner comme un acteur de santé de premier recours*, témoigne le Dr Didier Ménard, généraliste en Seine-Saint-Denis. *Cela passe par une définition plus précise du contenu métier, par un soutien plus clair des institutions lorsque nous voulons mener des actions de santé transversales.*

Il manque des lieux de concertation, où les logiques issues du terrain ne sont pas étouffées par celles des institutions.» Pour les généralistes, il s'agit de sortir d'une approche purement curative, fondée sur la seule prescription de traitements, pour promouvoir une prise en charge plus globale et plus collective de leurs patients. Au-delà, c'est la question du partage de compétences entre professionnels qui devra être résolue au plan local, selon les spécificités propres à chaque territoire. « *La création des ARS devrait être une solution pour améliorer la qualité, sortir notamment d'une vision encore trop hospitalo-centrée, et réconcilier santé publique et sanitaire, prévention et curatif* », considère Jean-Paul Guérin.

Maisons de santé : un facteur de qualité

Les maisons de santé pluri-disciplinaires apparaissent comme un modèle de dispensation des soins adaptés aux nouveaux enjeux du système de santé. Dès 2005, la HAS avait considéré que ces maisons de santé constituaient un facteur de qualité des soins, dans la mesure où elles offrent aux patients la continuité et la globalité des soins, et qu'elles permettent aux professionnels de développer des modes d'exercice plus coopératifs. Regroupées aujourd'hui au sein d'une fédération, ces structures reçoivent par ailleurs le soutien des élus locaux, qui y voient un moyen de lutter contre la désertification médicale dans certains territoires. Des retours d'expérience illustrent les atouts des maisons pluri-disciplinaires. À Bletterans, dans le Jura, la maison de santé pluri-disciplinaire fonctionne depuis 2001 et accueille douze praticiens. Ouverte sept jours sur sept, de 8 h à 20 h, elle participe à la permanence des soins, facilite les échanges de pratique entre professionnels et l'éducation thérapeutique des patients. Les maisons de santé sont notamment prisées des jeunes professionnels de santé, et l'Assurance Maladie y voit l'occasion de développer d'autres modes de rémunération, de type forfaitaire.

LA COORDINATION, UN SÉSAME DE LA QUALITÉ

Sortir des logiques parcellaires

Si l'approche territoriale apparaît prometteuse, elle n'est néanmoins pas suffisante en soi pour lutter contre les cloisonnements traditionnels entre acteurs. Les décideurs régionaux devront déployer des moyens importants pour les inciter à travailler de façon coordonnée autour du patient. Il faudra par exemple mieux structurer les niveaux de recours, et flécher ainsi le parcours des patients selon leur état de santé et leurs besoins de soins. Le cas des Pays-de-la-Loire, où une expérimentation de ces niveaux de recours est en cours, est emblématique. « *Dans la région, des zones*

très bien équipées, comme l'agglomération nantaise, coexistent avec des territoires où il n'y a pratiquement rien, comme la Mayenne, explique Jean-Paul Hélie. *Nous avons donc réfléchi à une structuration de l'offre de soins selon trois niveaux, avec un premier échelon constitué de professionnels et d'instances de proximité (maisons médicales de garde, pôles de santé pluri-disciplinaires), un deuxième niveau avec des plateaux techniques de MCO et des réseaux de soins « courants » (diabète, cardio-vasculaire) et un troisième niveau avec des soins très spécialisés, par exemple pour les grands brûlés, et des réseaux de grande*

ampleur, comme ceux sur le cancer. » Ce type de « classement » participe de la démarche qualité, dans la mesure où il vise à optimiser le parcours de soins du patient tout en adaptant l'offre aux besoins locaux, infra-régionaux et régionaux.

Créer des outils favorisant la coordination

Outre la hiérarchisation entre niveaux de recours, il faudra promouvoir de nouveaux outils, dont certains sont créés par la loi. C'est le cas des communautés hospitalières de territoire, qui permettront

“ L'échelle du territoire sera pertinente, si la démarche qualité s'intègre dans l'ensemble des processus d'analyse et de décision. ”

“ Instaurer une véritable “culture du résultat” avec des objectifs à atteindre individuels et collectifs. ”

aux établissements publics de partager des objectifs communs de prise en charge des malades. « Ces communautés inciteront les établissements à ne plus travailler isolément, à se préoccuper de ce que fait le voisin, rappelle Jean-Louis Bonnet. Là encore, il s'agit d'un levier qui devrait renforcer la démarche qualité. » Les groupements de coopération sanitaire, eux, ont plutôt pour objet de favoriser

les collaborations entre établissements publics et privés. D'autres outils au service de la démarche qualité, déjà existants, ont vocation à évoluer avec l'essor de la régionalisation. « Il est essentiel de développer la notion de démocratie sanitaire, de soutenir par exemple les conférences sanitaires régionales, afin que le dialogue soit fructueux et débouche sur des diagnostics et des actions partagés, précise

Jean-Paul Guérin. Par ailleurs, la HAS entend favoriser, au niveau local, l'appropriation d'outils comme les recommandations de bonne pratique et les évaluations de pratiques professionnelles. » La Haute Autorité de Santé aura d'ailleurs pour mission d'apprécier pour avis les contrats d'amélioration des pratiques élaborés par les ARS.

POUR UNE ALLOCATION DES RESSOURCES INCITATIVE EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Élaborer des indicateurs de performance

À l'instar de ce qui est en jeu au plan national, le développement de la qualité au niveau des territoires devra s'appuyer sur une évaluation rigoureuse, dynamique et comparative des résultats obtenus. Si les indicateurs actuels visent d'abord à mesurer la qualité des processus de soins, ils devront être complétés par des indicateurs de performance, permettant aux professionnels, aux établissements et aux CHT de se comparer entre eux. Une véritable « culture du résultat » devra s'instaurer, fondée sur l'atteinte d'objectifs concrets, à la fois individuels pour chaque acteur, et collectifs au niveau du territoire et de la région. « Attention cependant, l'expérience des ARH montre qu'il ne faut pas multiplier les objectifs, sous peine de compliquer à l'extrême la gestion des structures, note Jean-Louis Bonnet. Mieux vaut concentrer les efforts sur quelques priorités. » Les résultats de ces indicateurs devront être accessibles aux professionnels et au public, sous réserve que leur finalité soit bien expliquée : inciter l'ensemble des acteurs à améliorer leurs pratiques, et non discriminer tel ou tel prestataire vis-à-vis des patients.

Promouvoir financièrement l'engagement dans la qualité

Les ARS devront-elles encourager financièrement, via des allocations de ressources supplémentaires, les acteurs territoriaux qui s'engagent dans la qualité ? « Je ne vois pas comment il pourrait en être autrement, analyse Gérard de Pouvourville. L'incitation financière constitue un puissant levier en faveur de la qualité. » De tels dispositifs existent déjà, à travers les contrats pluri-annuels d'objectifs signés entre les ARH et les établissements, dont certains sont typiquement des objectifs de type qualitatif. Il s'agit à présent de les intégrer dans une démarche plus collective, orientée autour d'objectifs sanitaires communs, à l'échelle d'un territoire de santé, d'un bassin de vie ou d'une région toute entière. Quels peuvent être ces objectifs ? On peut en citer quelques-uns : signalement et diminution des événements indésirables, moyens déployés en termes de sécurité, bon usage du médicament...

La logique de territoire intégrée à la certification

La certification des établissements de santé est un levier important d'amélioration de la qualité des soins. La version 2010 de la certification intègre la notion de territoire.

Elle devra encore évoluer, afin de prendre en compte la restructuration de l'offre hospitalière. En effet, il est encore difficile de bâtir une véritable transversalité qui intègre tous les déterminants de la santé du bassin de vie. « Il sera utile de bâtir un modèle de certification applicable aux communautés hospitalières de territoire, et aux groupements de coopération sanitaire », indique Jean-Paul Guérin. La capacité des établissements à partager des objectifs communs avec d'autres, à s'ouvrir sur la médecine ambulatoire et le secteur médico-social, pourrait être évaluée à partir d'indicateurs adaptés. De même, l'évaluation des pratiques professionnelles devra s'orienter vers la promotion de pratiques collaboratives.

« Il est incontestable que l'échelon régional est désormais installé dans le paysage sanitaire français, conclut Gérard de Pouvourville. Les ARS étaient déjà incluses dans le code génétique des Agences régionales de l'hospitalisation. L'échelon régional me paraît « raisonnable », pour améliorer l'organisation du système de soins et pousser plus loin la logique de la qualité en santé. Il reste que les ARS devront franchir une étape décisive : résoudre le problème du cloisonnement, que ce soit entre public et privé, entre secteurs ambulatoire et hospitalier, et entre modes de financement. »

Rendez-vous aux Rencontres HAS 2009 les 10 et 11 décembre 2009

Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris la Villette

HAS

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La-Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 Fax : +33 (0)1 55 93 74 00