

The logo for HAS (Haute Autorité de Santé) features the letters 'HAS' in a blue, sans-serif font. A red, curved line underlines the 'A' and extends slightly to the right.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved bar that spans across the width of the page, positioned below the HAS logo and above the main event title.

Rencontres HAS 2009

A large, faint, light gray watermark of the HAS logo is visible in the background, partially overlapping the main text.

10 et 11 décembre 2009

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

Ensemble, améliorons la qualité en santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs qualité HAS généralisés en établissements de santé : pourquoi et comment les utiliser ? Retours d'expérience

Modérateur :

Jean-Paul Guérin

Membre du Collège,

Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Intervenants

Christine GARDEL, Médecin, Chef du service IPAQSS, Haute Autorité de Santé

Étienne MINVIELLE, Directeur de recherche au CNRS, Cermes- projet Compaqh

Daniel BÉNAMOUIZIG, Chargé de recherche, CNRS – Sciences Po

Marie-Annick LE POGAM, Médecin de santé publique, CEPPRAL

Frédéric SANGUIGNOL, Médecin directeur, Clinique du Château de Vernhes



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Jean-Paul GUERIN

**Membre du Collège, Haute Autorité
de Santé**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Christine GARDEL

**Chef du service indicateurs pour
l'amélioration de la qualité et de la
sécurité des soins**

Haute Autorité de Santé

Les objectifs à partager

- 1. Fournir aux établissements de santé et aux opérateurs de soins de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité** (*travaux complémentaires en cours pour diffusion sous forme de document d'accompagnement*)
- 2. Améliorer l'efficacité de la procédure de certification**
- 3. Renforcer les éléments d'aide à la décision pour les pouvoirs publics en charge des politiques d'organisation du secteur hospitalier** (*art. 6 HPST : Impact de la certification sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*)
- 4. Répondre à l'exigence de transparence qui s'exprime de la part des usagers et de leurs représentants** (*arrêté et décret en préparation*)

Indicateurs HAS et pilotage de la qualité : Les données dans QUALHAS

- 1. Analyse des résultats individuels des indicateurs qualité généralisés**
- 2. Benchmarking à partir des résultats comparatifs proposant des références :**
 - Nationale toutes catégories d'ES confondues
 - Régionale toutes catégories d'ES confondues
 - Nationale par catégorie d'ES
 - Objectif à atteindre

QUALHAS – Résultats individuels DPA

Résultats établissement

Score de qualité du dossier patient

Valeur de l'indicateur

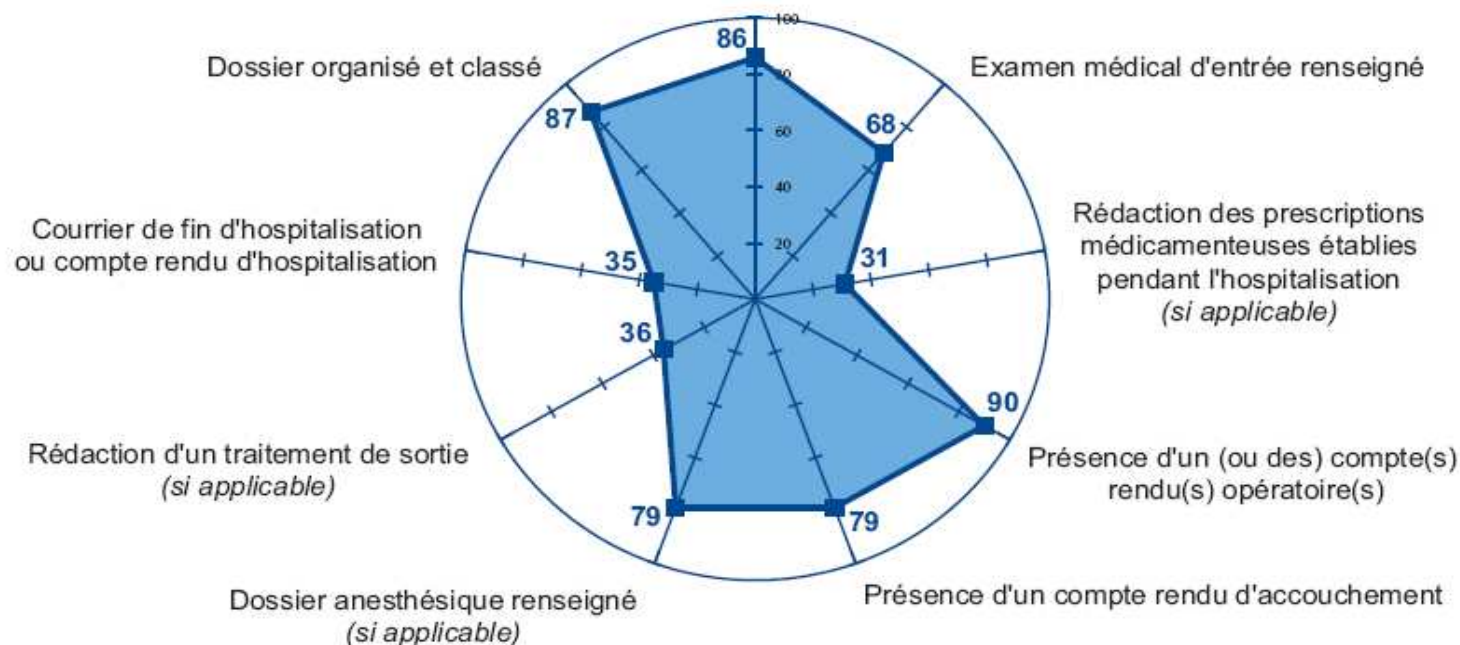
Moyenne : 0,71

La qualité de la tenue d'un dossier est d'autant plus grande que le score est proche de 1.

Dossiers évalués 80

Autres caractéristiques statistiques du score : Médiane = 0,75 Min = 0,17 Max = 1,00 Ecart-type = 0,21

Présence d'un document médical relatif à l'admission



QUALHAS – Les résultats comparatifs

Etablissement : Z

Type de référentiel : Référentiel National

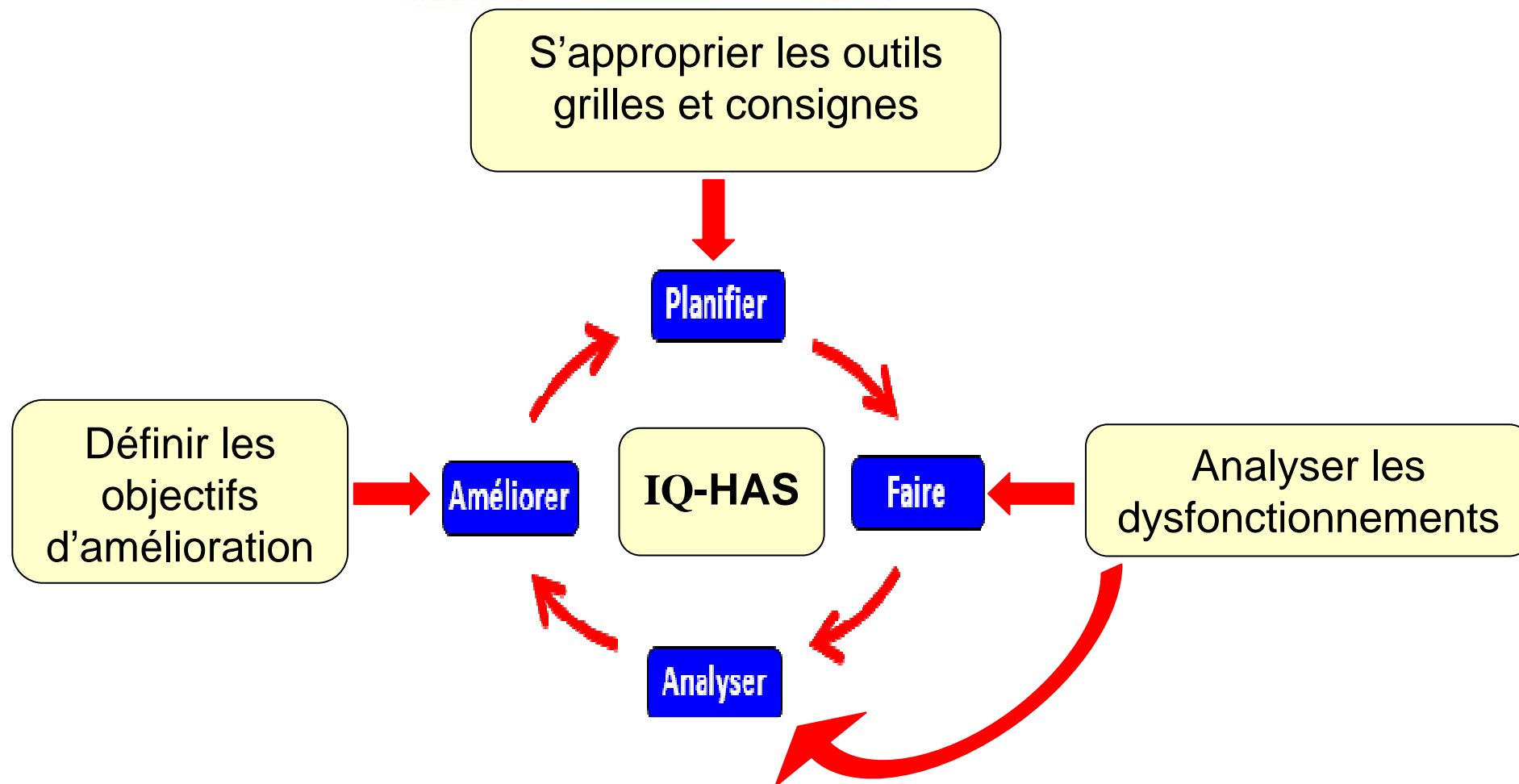
Type de résultat : Protocole HAS

Sources : Données 2009

| Positionnement par rapport à la moyenne Nationale | |
|---|--------------------|
| Score de qualité de la Tenue du Dossier Patient (valeur comprise entre 0 et 1) | |
| Votre établissement | 0.59 |
| Intervalle de confiance à 95% de votre établissement | [0.56-0.62] |
| Référentiel National | 0.70 |
| Positionnement par rapport à la moyenne Nationale | (-) |
| La qualité de la tenue d'un dossier est d'autant plus grande que le score est proche de 1. Des symboles sont utilisés pour représenter la position de votre établissement par rapport à la moyenne du groupe des CH: (+) pour significativement supérieure, (=) pour non significativement différente et (-) pour significativement inférieure. | |

| Positionnement par rapport à l'objectif de 80% | |
|---|--------------------|
| Score de qualité de la Tenue du Dossier Patient (valeur comprise entre 0 et 1) | |
| Votre établissement | 0.59 |
| Intervalle de confiance à 95% de votre établissement | [0.56-0.62] |
| Objectif 80% | 0.80 |
| Positionnement par rapport à l'objectif de 80 % | (-) |

Indicateurs HAS et pilotage de la qualité : Le modèle théorique



Indicateurs HAS et tableaux de bord qualité

- ❖ **Tableau de bord ARH/ARS**
- ❖ **Tableau de bord ANAP**
- ❖ **Tableau de bord HAS/Certification**

Les objectifs :

- Aider au pilotage et à la contractualisation
- Faciliter la coordination et la réduction des sollicitations dont font l'objet les ES en matière de production d'information

Indicateurs de qualité et coordination inter-institutionnelle : Actualité

1. Communication ministérielle sur :

- Les textes d'application HPST relatifs aux indicateurs de qualité
- Les résultats consolidés du 1^{er} recueil généralisé des indicateurs de qualité par la HAS
- Résultats du tableau de bord des infections nosocomiales





2. Nouvelle version du site Platines

3. Maîtrise d'ouvrage des programmes de recherche et développement

4. Indicateurs de mortalité : Modes d'ajustement statistique, utilisation des résultats, RMM et rapport annuel sur la mortalité en ES

Evolution du site PLATINES

Présentation des indicateurs de qualité

| | Valeur | Intervalle de confiance | Moyenne nationale (référence) | positionnement / référence | Evolution / année précédente | Positionnement / objectif 80% |
|---|--------|-------------------------|-------------------------------|---|---|-------------------------------|
| <u>Tenue du dossier patient</u> | 80 | [70-90%] | 50 |  |  | + |
| <u>Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation</u> | | | |  | | - |
| <u>Traçabilité de l'évaluation de la douleur</u> | | | |  | | - |
| <u>Dépistage des troubles nutritionnels</u> | | | | | | |
| <u>Tenue du dossier anesthésique</u> | | | | | | |

Indicateurs de qualité et coordination inter-institutionnelle : Programme 2009/2010

1. Les indicateurs obligatoires :

LOTAS/QUALHAS/Comparaison/diffusion publique

- Itération des indicateurs MCO/SSR
- Dossier du patient en ES santé mentale
- Dossier du patient en HAD
- Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

2. Les indicateurs optionnels :

LOTAS (+/-)/QUALHAS/Comparaison base de référence

- Demandes d'examen d'imagerie
- Cancer du sein
- Sevrage du patient alcoololo dépendant

3. Les indicateurs de terrains :

- Généralisation secondaire possible, dès lors que l'intérêt de leur mobilisation est largement partagé et que leurs qualités métrologiques sont avérées

Indicateurs de qualité et coordination inter-institutionnelle : Le modèle

Expérimentation

| | |
|--|---|
| Initiatives internationales US (AHRQ, medicare, medicade...) Allemagne Danemark | Projets de recherche français COMPAQ hpst CLARTE |
| Projets Europe OCDE PATH Day Surgery | |

IQs généralisables

Déploiement

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| DHOS/DGS TdB IN | DHOS Satisfaction | HAS Certification |
|--------------------|----------------------|----------------------|

Tableaux de bord qualité

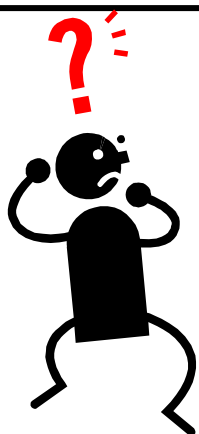
Données existantes

| |
|--------|
| SNIRAM |
| SAE |
| PMSI |
| SIH |

Diffusion/Pilotage

| |
|---------------------|
| DHOS |
| ARS/CPOM |
| ANAP |
| HAS – Certification |
| PLATINES |
| Diffusion par ES |

IQs généralisés



Un impératif..... rester cohérent !



The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a blue, sans-serif font. A red, wavy line is positioned under the 'A', extending from the right side of the 'A' towards the left, passing under the 'S'.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Etienne MINVIELLE

DR Cnrs, Cermes- projet Compaqh

Mesurer pour s'améliorer

Un constat: Un développement qui s'intensifie...

- Les indicateurs nationaux (2009):
 - 11 généralisés par la HAS
 - Tableau de bord sur les infections nosocomiales
 - D'autres à venir

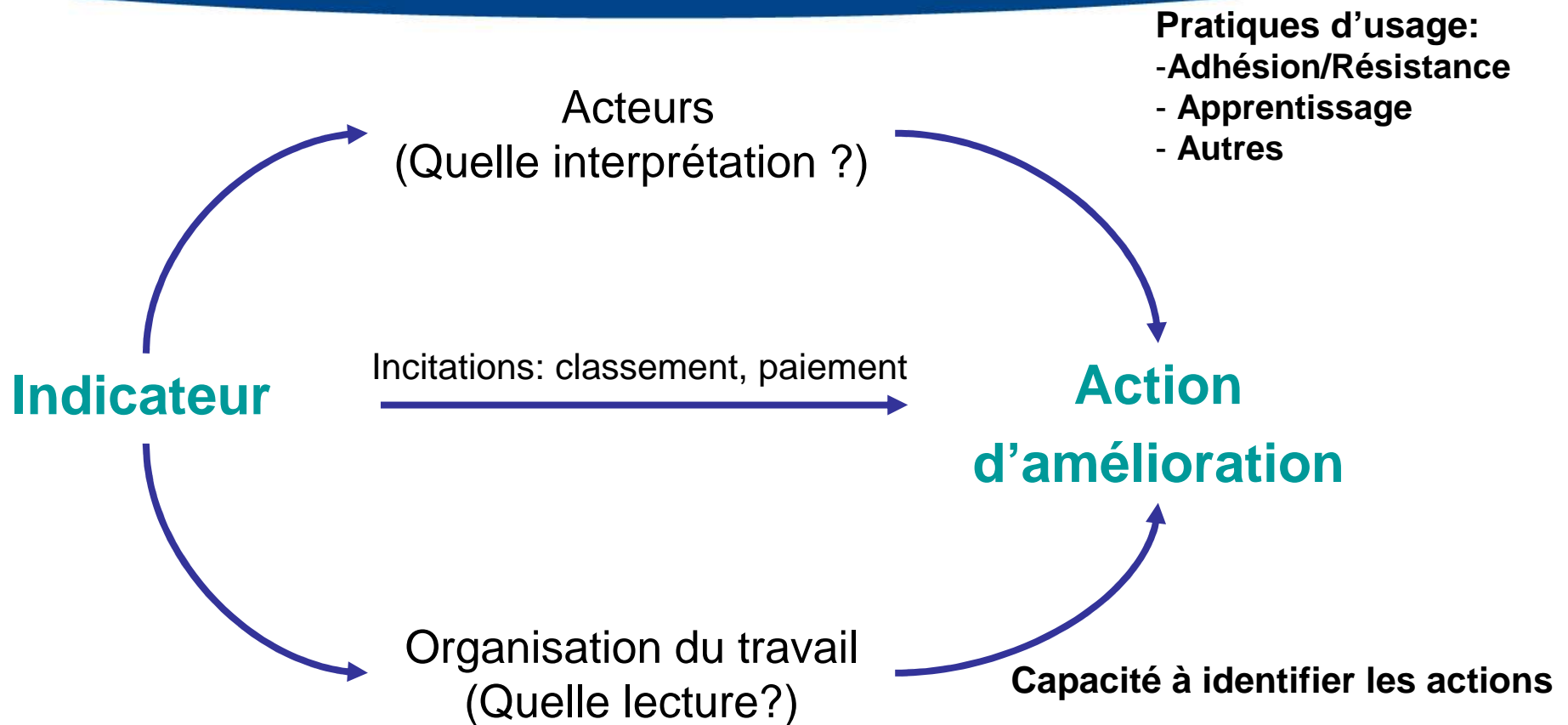
Hypothèse : Mesurer est une étape essentielle pour améliorer la qualité

... Mais des interrogations qui pointent

- Comment s'assurer que l'indicateur déclenche réellement une action d'amélioration ?

Werner. 2009, A new strategy to improve quality, Jama, 301- 13:1375-1377

De l'indicateur à l'action d'amélioration: Un cadrage théorique



De l'indicateur à l'action d'amélioration: Comment ?

Questions (Compaqh-2008)

- Quelles sources d'amélioration ?
- Quelle appropriation par les acteurs ?
- Quel management par les indicateurs ?



Objectif de l'étude
Identifier des facteurs favorisant l'amélioration de la qualité

Bérard et al. Usage des indicateurs de qualité en établissement de santé. Journal d'économie médicale, 2009, 27-1: 5-20

Méthode

1. Première étape: Revue de littérature (gestion de la qualité, amélioration continue “et” indicateur)



Liste de 20 facteurs

2. Seconde étape: Etudes de Cas (4 ES, méthode des contrastes)



Version révisée

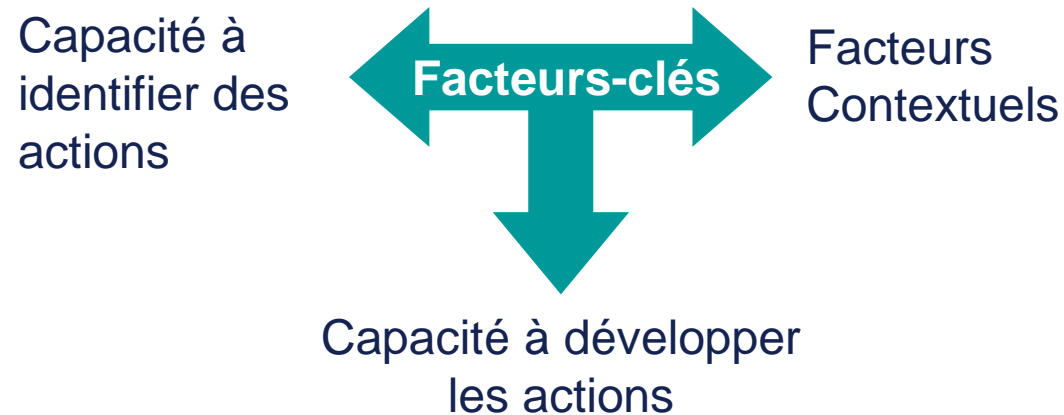
3. Troisième étape: Validation par une méthode de consensus formalisée (22 experts)



Version actuelle (18 facteurs)

Résultats (1)

➔ 18 facteurs répertoriés selon trois catégories



*Relatifs au management
de la qualité*

*Relatifs à
l'environnement*

Résultats (2)

Facteurs liés à la capacité d'identifier des actions (exemple):

- Analyse des résultats (et lors du recueil) par une équipe multi-professionnelle

Facteurs liés à la capacité de développer les actions (exemples) :

- Implication/Soutien aux différents niveaux de l'établissement
- Reconnaissance (ou incitation financière) des efforts fournis

Facteurs contextuels (exemples):

- "Maturité culturelle" de l'établissement
- La Qualité perçue comme avantage concurrentiel

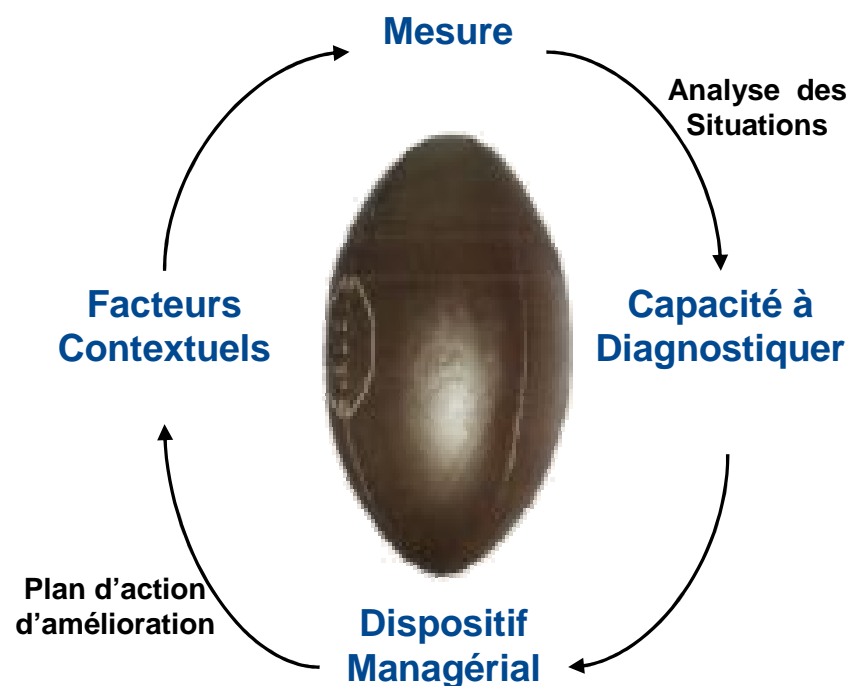
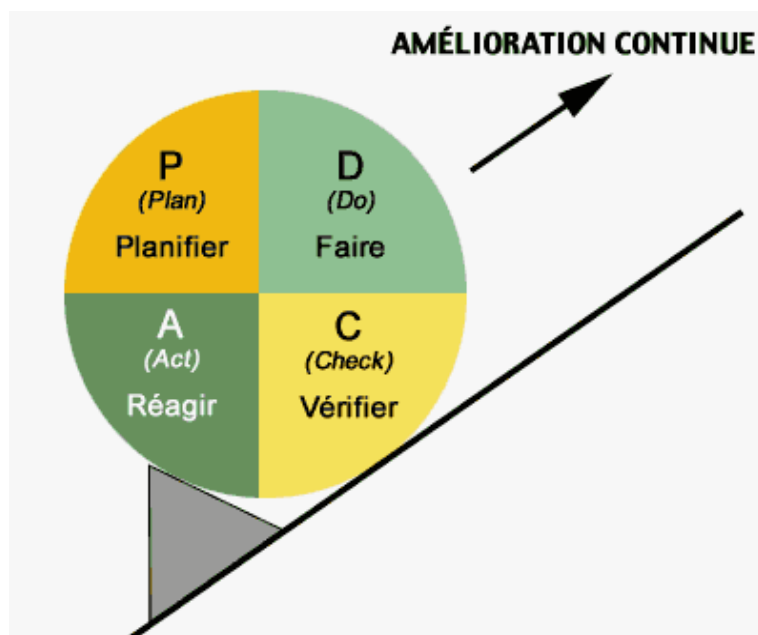
Résultats (3)



Des facteurs spécifiques à l'utilisation des indicateurs:
Comparaison, Analyse des problèmes, Incitation externe



Les facteurs contextuels peuvent limiter l'efficacité du management d'où:



De la roue de Deming au ballon de rugby ?

Indicateurs qualité HAS généralisés en établissements de santé : pourquoi et comment les utiliser ? Retours d'expérience

Perspectives

Limites

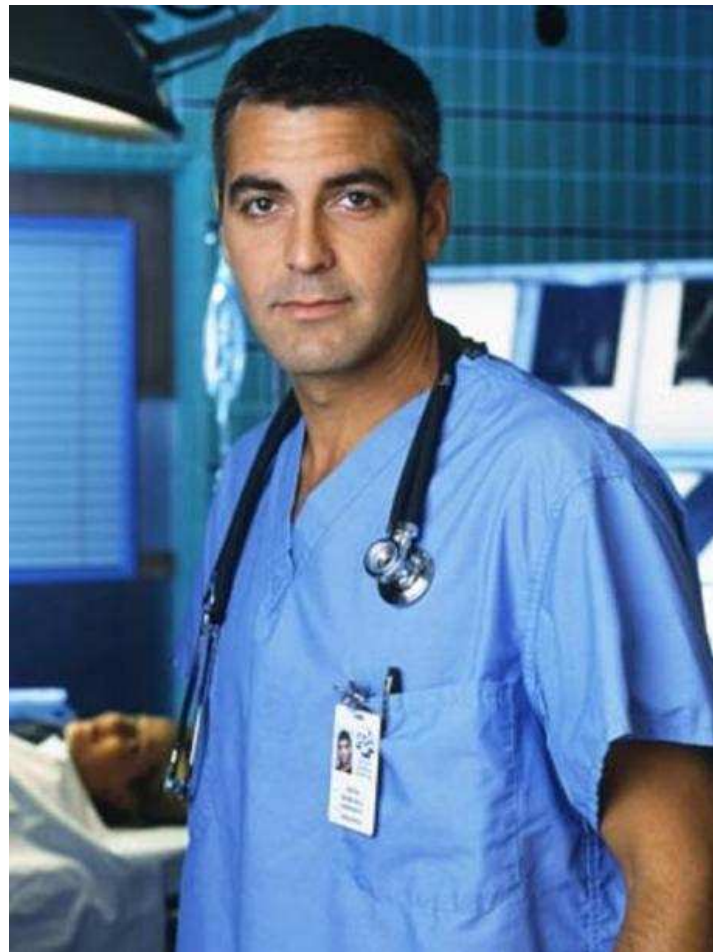
1. Phénomènes parfois difficiles à retranscrire
2. Discours formel et réalité

Limites

1. Démontrer le caractère « prédictif » :
 - 1) Un questionnaire à partir de ces 18 facteurs
 - 2) Adressé aux établissements ayant testé les Indicateurs HAS
 - 3) Analyse du caractère prédictif (présence/absence de ces facteurs et résultats des indicateurs)
2. Des outils d'accompagnement des établissements:
e.g: check list, guide d'auto-évaluation...
3. Des conséquences dans la manière de concevoir et d'implanter l'indicateur

www.compaqh.fr

Mesurer pour s'améliorer: Quoi d'autre ?





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Daniel BENAMOUZIG

**Sociologue,
Centre de Sociologie des
Organisations
CNRS / Sciences Po**



Usages des indicateurs qualité en Aquitaine

Une enquête sociologique

IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Objet de l'enquête sociologique :

- Généralisation d'indicateurs qualité en Aquitaine
- Quelles appropriations/quels usages par les acteurs ?
- Décrire le niveau d'appropriation dans les ES
- Décrire l'appropriation selon les cultures professionnelles
- Décrire les usages internes et externes des indicateurs qualité

IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Design de l'enquête sociologique :

- **Equipe**
 - Direction scientifique : Daniel Benamouzig, Magali Robelet.
 - Partenaires : CCECQA, CSO (CNRS/Sciences Po), U. Lyon 3 et Bordeaux 2.
 - 4 sociologues, 12 mois
- **Méthodologie qualitative : entretiens semi-directifs, observations**
- **Enquête exploratoire : 2 sites ; entretiens n = 37 ; observations**
- **Monographies sur sites :**
 - 4 sites + tutelles ; entretiens n = 138; observations ; réunions n = 38.
- **Questionnaire qualitatif :**
 - Questionnaire approfondi, sans représentativité statistique.
 - 1 questionnaire, 107 établissements répondants (sur 146), n = 471.
- **Exploitation des données : en cours (fin février 2010)**

IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Trois sous-populations distinctes :

- **Groupe 1 : les « managers de la qualité »**
 - Traduisent localement les demandes des tutelles
 - Temps dédié, animateurs des instances internes, désir d'implication..
- **Groupe 2 : les « cliniciens de la qualité »**
 - Privilège accordé aux indicateurs en rapport avec la clinique
 - Médiation des sociétés savantes (anesthésie-réanimation, oncologie...)
- **Groupe 3 : les « indifférents » ou même sceptiques...**
 - Plutôt des médecins, sceptiques et volontiers distants
 - Indicateurs jugés « lourds », « chronophages », « inutiles »...
 - Une sensibilisation lente à partir des pratiques de soins...

IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Des apprentissages dans la durée :

- **Les indicateurs les plus anciens sont les plus familiers :**
 - Une « culture qualité » plutôt qu'une connaissance précise des indicateurs
 - Les indicateurs signalés comme : « bons reflets de la qualité », présents « dans les contrats de services », identifiés dans les établissements.
- **Une hiérarchie récurrente :**
 - Indicateurs infections, dossiers patients/anesthésie, traçabilité de la douleur/nutrition (autour de 80%)
 - Indicateurs de satisfaction des patients (autour de 70%)
 - Indicateurs cliniques, moins souvent mentionnés
- **Des principes d'hybridation, entre :**
 - Indicateurs qualité et indicateurs d'activité (T2A)
 - Indicateurs internes (« maison ») et indicateurs externes (« obligatoires »).
 - Dominance à moyen terme des indicateurs externes...

IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Des usages à dominante « managériale » :

■ Des utilisations verticales :

- Une demande des tutelles : « obligations », « phénomène descendant »...
- Le rôle structurant de la certification, de l'EPP, de la réglementation.
- Des tutelles jugées « autoritaires », « bureaucratiques »...

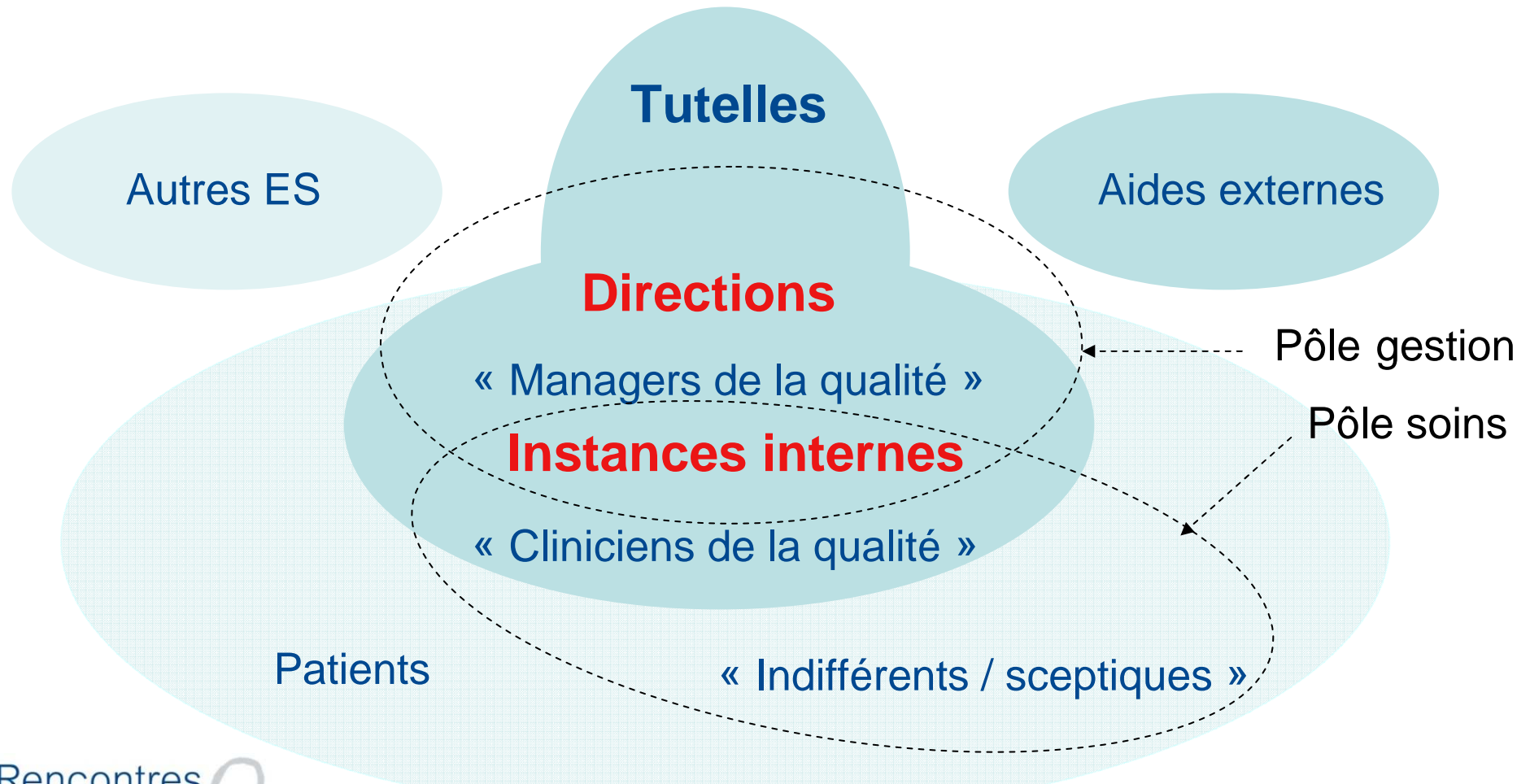
■ Le rôle clé des instances internes :

- Equipes dédiées, services qualité, associés aux directions
- Instances et comités internes (CLIN, CRUQ, CLUD...)
- Redistribution des pouvoirs autour de la coordination (vs autour des soins)

■ Peu d'usages externes...

- Une présence surtout indirecte des patients (le client avisé, les palmarès...)
- Peu de comparaisons avec d'autres établissements

IMGENI : Usages des indicateurs qualité



IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Les indicateurs, objet d'échanges...

- **Des apprentissages par l'échange**
 - L'aide des supports externes : consultants, cellule d'expertise régionale, expertise par spécialité...
 - Des formations valorisantes: se former, former les autres, être informés...
 - Participer au recueil : une tâche ingrate, quelle place pour les médecins ?
- **Partager des supports formalisés :**
 - Diversité des supports : graphiques, tableaux, logiciels, fiches, dossiers, outils de communication interne (gazettes, affiches...)
 - Des échanges internes formalisés, rôle des instances...
- **Des indicateurs très politiques...**
 - Relations entre les professionnels de santé (leviers d'apprentissage...)
 - Relations avec les tutelles (négociations, allocation des moyens...)

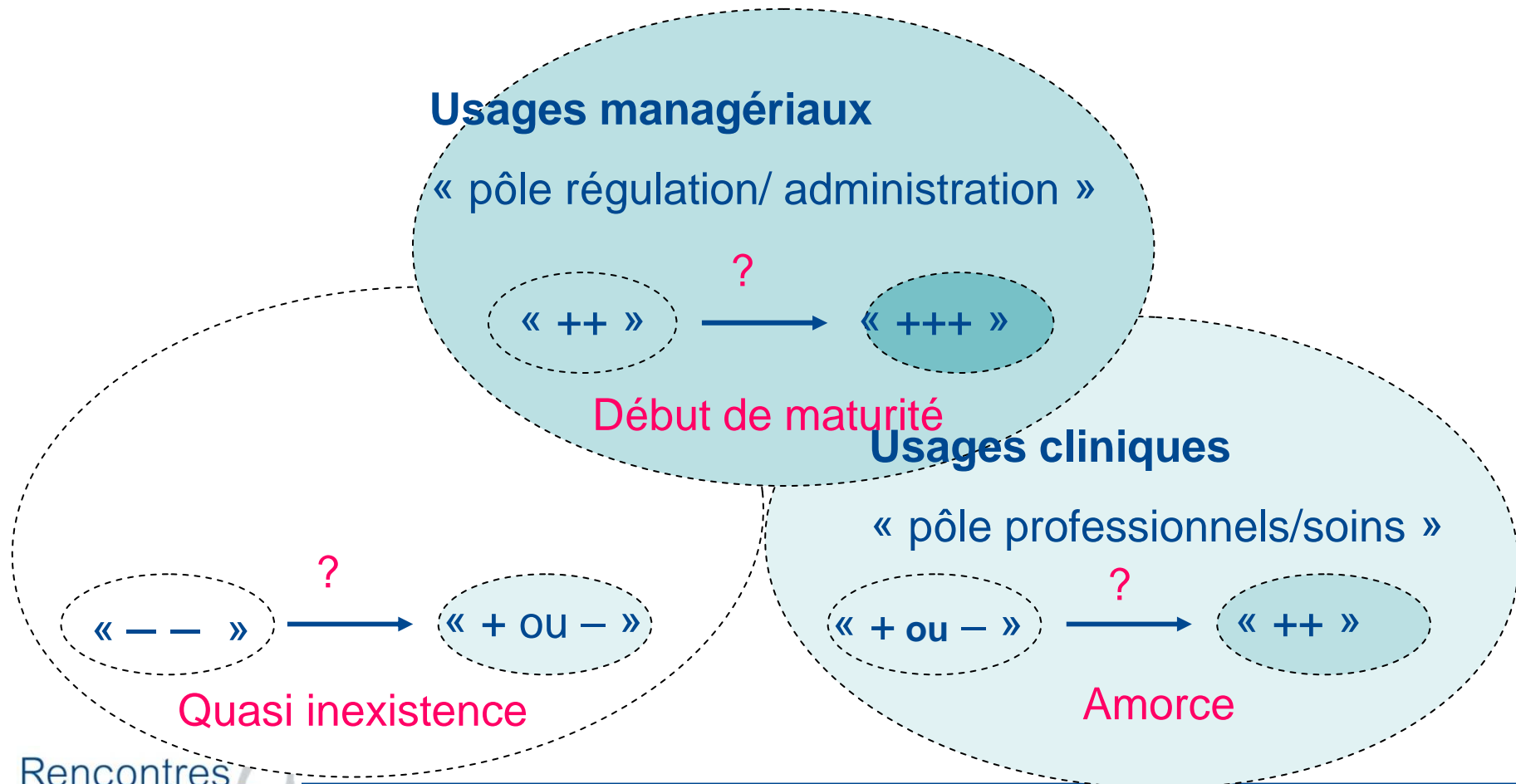
IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Des (en)jeux encore très ouverts :

- Une appropriation interne bien entamée, sous contrainte administrative...
- Avec des différences sensibles entre « managers » et « cliniciens » de la qualité
- Comment associer les indicateurs qualité aux protocoles requis (certification, EPP, indicateurs d'activité...) ?
- Comment passer d'une conformité auprès des tutelles à des usages internes en routine ?
- Comment passer d'usages managériaux à des usages plus transversaux, avec les professionnels du soin ?
- Comment rendre les patients destinataires des mesures de la qualité ?

IMGENI : Usages des indicateurs qualité

Quels leviers d'action ?





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Marie-Annick Le POGAM

Médecin de santé publique,
CEPPRAL



Bilan IPAQSS-MCO 2008 en Rhône Alpes

Dr M.A. Le Pogam

Dr B. Toulouze

CEPPRAL

« Enquête qualitative relative à l'appropriation des indicateurs IPAQSS par les professionnels des ES »

- Entretiens semi-directifs téléphoniques ou de visu
- Échantillon de 31 ES (CHU, CH, Privés, PSPH) adhérents entre 2006 et 2009
- Période d'enquête : 2ème semestre 2009
- 2 guides d'entretiens
 - Populations concernées:
 - ✓ Gestionnaires
 - ✓ Professionnels médicaux et paramédicaux
 - Thèmes étudiés
 - ✓ Avant IPAQSS
 - ✓ Avec IPAQSS
 - ✓ Critique du dispositif : apports et insuffisances d'IPAQSS pour le management de la qualité et pour la pratique de terrain, freins à l'appropriation et propositions
 - ✓ Intérêts et missions d'une Structure Régionale d'Evaluation

Points positifs du dispositif IPAQSS

- **Mise en place d'un dispositif pérenne de mesure de la qualité des soins dans les ES, inexistant avant IPAQSS**
 - Pilotage interne : TDB médico-économiques
 - Pilotage et régulation national ou régional : CPOM, CBUM, TDB IN
 - Des mesures ponctuelles: indicateurs MeaH, indicateurs SHAM, initiatives d'établissement
- **Structuration de la communication interne relative à la qualité**
- **Organisation opérationnelle interne de l'audit**
- **Outils HAS**
 - Courriers d'information, de formations et de documents pédagogiques
 - Réactivité de la plateforme de support AGORA
- **Effet pédagogique et moteur pour l'action, de la participation des professionnels à l'audit de leurs dossiers**

Points positifs du dispositif IPAQSS

- **Analyse des résultats**
 - Accès rapide
 - Intérêt et discussions suscités par la présentation des résultats aux professionnels et aux instances
 - Possibilité de se comparer
 - Analyse pluri-professionnelle intra-service ou transversale (CLAN, CLUD)
 - Priorisation des actions d'amélioration
 - Autonomisation et démarches qualité complémentaires
- **Valorisation institutionnelle des indicateurs IPAQSS**
 - Certification V2010 et EPP individuelle
 - Tableau de bord de pilotage interne
- **Contribution à la mise en place d'une culture commune de la mesure de la qualité et de la sécurité des soins au sein des ES et au niveau national**
 - Indicateurs communs
 - Diffusion large
 - Analyse pluri-professionnelle
 - Comparaison inter-établissement

Points négatifs

A l'échelle des ES

- « L'activité et la sécurité d'abord, la qualité ensuite! »
- Manque de disponibilité et de motivation des professionnels
- Résistance voire refus de participation de certains médecins

A l'échelle d'IPAQSS

- Charge de travail importante
- Des outils perfectibles : LOTAS, QUALHAS
- Manque de soutien organisationnel pour conduire IPAQSS 2009

Points négatifs

▪ Des indicateurs

- Utiles pour le « management » de l'établissement, pour informer le public, et pour la gouvernance nationale et régionale mais
- Insuffisants pour évaluer complètement la qualité et la sécurité des soins
- Trop éloignés de la pratique clinique quotidienne
- « Obsolètes » dans le temps
- Parfois difficiles à interpréter et à s'approprier
- Peu accessibles

▪ Des résultats

- Peu utilisables en l'état pour la restitution et l'analyse par les professionnels
- Susceptibles de biais volontaire ou non
- Peu interprétables pour les experts visiteurs de la certification V2010
- Dont la diffusion publique trop précoce peut casser la dynamique initiée dans l'ES
- Risquant d'être banalisés par une publication annuelle

Les facteurs de réussite pour l'appropriation du dispositif IPAQSS

- **Politique interne d'amélioration continue de la qualité**
 - Direction convaincue des enjeux la qualité et la sécurité des soins et faisant de la qualité et la sécurité des soins, une priorité de l'ES
 - Structure responsable du management de la qualité
 - Coordination et intégration du recueil IPAQSS aux autres dispositifs institutionnels
- **Préparation du recueil des indicateurs IPAQSS**
 - Formations
 - Mise à disposition de courriers, d'outils et de documents pédagogiques
- **Communication interne**
 - Large, active et planifiée
 - Instances et Professionnels
 - Générale

Les facteurs de réussite de l'appropriation du dispositif IPAQSS

■ Organisation opérationnelle du recueil

- Equipe de coordination ou groupe projet s'appuyant sur un groupe d'auditeurs volontaires formés
- Calendrier
- Gestion des dossiers
- Outils de TAS et plateforme de saisie performants
- Audit des dossiers par un binôme médecin/référent qualité ou médecin/cadre de santé
- Nécessité d'un interlocuteur disponible pour répondre aux questions opérationnelles : AGORA ou Hot-Line régionale

1. Résultats

- Contrôle de la qualité des données saisies sur QUALHAS
- Adaptation de la restitution des résultats en fonction des interlocuteurs
- Diffusion interne : CME, instances, services
- Analyse pluri-professionnelle

Les facteurs de réussite de l'appropriation du dispositif IPAQSS

- **Valorisation des indicateurs**
 - Contractualisation interne et externe
 - Certification
 - Publication
- **Valorisation de l'implication des professionnels dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**
 - Incitations financières: intéressements, primes, part complémentaire variable...
 - incitations non financières: EPP médicale , promotion des expériences réussies
- **Accompagnement du dispositif par une Structure Régionale d'Evaluation**
 - Accompagnement personnalisé des ES et des professionnels en cohérence avec la HAS, l'ARS et le Ministère

Conclusion

- **IPAQSS a amorcé une évolution vers une culture de la mesure de la qualité et de la sécurité des soins**
- **Implication croissante des établissements et des professionnels de santé**
- **Néanmoins l'appropriation des indicateurs pourrait être améliorée en**
 - **Fiabilisant les outils mis à disposition par la HAS (LOTAS, QUALHAS)**
 - **Développant des indicateurs de pratique clinique avec le concours des sociétés savantes et des collèges de spécialité**
 - **Automatisant la production des indicateurs à partir des systèmes d'information des ES : PMSI, DPI**
 - **Adaptant la fréquence du recueil des indicateurs en fonction des résultats**
 - **Garantissant la qualité et la fiabilité des résultats publiés**
 - **Valorisant l'effort d'implication des établissements et des professionnels de santé**
 - **Intégrant et accompagnant les différents dispositifs de recueil d'indicateurs au niveau régional grâce aux SRE**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Frédéric SANGUIGNOL

Médecin directeur, Clinique du
Château de Vernhes
31340 Bondigoux

Les indicateurs qualité ou la nécessité d'objectiver ses résultats

- **La généralisation des indicateurs est le fruit d'un processus déjà ancien :**
 - Une réflexion datant de 10 ans dans l'hospitalisation privée avec un travail méthodologique dans le cadre d'un projet de recherche avec l'INSERM
 - Le projet COMPAQH née de cette initiative et élargi à tous les secteurs d'hospitalisation
 - Les autres projets (PATH par ex) qui complètent et enrichissent cette démarche
- **Qui s'avère nécessaire pour quantifier ses résultats**
- **Mais aussi dans une démarche incontournable de comparaison**

Les indicateurs généralisés : une utilité qui ne devrait pas être contestée

Deux types d'indicateurs généralisés sur des domaines essentiels à la sécurité des soins

- **Ceux sur la lutte des infections liés aux soins**
- **Ceux sur la bonne tenue des dossiers patients**

Et, qui devraient donc faire l'objet d'un consensus sur leur utilité

Les indicateurs généralisés : des niveaux d'acceptation différents

Ceux sur la lutte contre le risque infectieux toujours en butte aux critiques fondées :

- Sur des bases objectives : indicateurs de moyens et de processus, il ne reflètent pas les résultats obtenus
- Sur des bases plus culturelles : ils touchent un domaine sensible où la responsabilité des professionnels peut être mise en cause

Ceux sur le dossier du patient beaucoup plus acceptés car :

- Déjà mis en œuvre depuis longtemps (1^{ère} procédure de certification) et faisant partie des démarches d'amélioration pérennes
- Le lien qualité du dossier et qualité des soins est devenue une évidence

Les indicateurs généralisés : une adhésion limitée

Une obligation mal ressentie car :

- **Génère, tous les ans, sur une courte période, un travail important**
- **Ne se substitue pas aux autres obligations :**
 - Celles de certaines ARH et autres
 - Celles de la certification (quelques éléments d'appréciations sur les presque 500 exigés)
- **Non pris en compte dans les processus de régulation**
 - Bons : pas de récompense
 - Mauvais : pas de sanction

Et, qui risque de porter préjudice à un processus nécessaire

Les indicateurs généralisés : les perspectives

- **Faire le choix d'indicateurs dont l'utilité ne sera pas contestée**
- **Poursuivre la généralisation sur des domaines essentiels à la qualité des soins**
- **Obtenir l'adhésion des professionnels**
- **Œuvrer pour que les indicateurs généralisés se substituent :**
 - Aux sollicitations diverses et variées et dont la qualité méthodologique est contestable
 - Aux exigences de certification
- **Mettre en place un réel dispositif de reconnaissance**

Les indicateurs généralisés : les perspectives

**« A quand une tarification prenant en compte les résultats
des indicateurs et de la certification ? »**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs qualité HAS généralisés en établissements de santé : pourquoi et comment les utiliser ? Retours d'expérience

Echanges

La HAS vous propose un nouvel espace d'information dédié à votre pratique

l'Espace HAS Actualités & Pratiques

sur www.has-sante.fr



Espace
HAS Actualités
& Pratiques

Pour vous professionnels de santé
un nouvel espace d'information

Vous y trouverez :

- les **Dossiers spéciaux**, la nouvelle publication déclinée par spécialité
- l'ensemble des numéros de la **Lettre mensuelle HAS Actualités & Pratiques**
- toutes les informations sur les travaux de la HAS
- des **quiz** pour tester vos connaissances

Rendez-vous sur

www.has-sante.fr Espace HAS Actualités & Pratiques