



les universités d'été de la
performance en santé



Nantes 2013

**ÉVALUER POUR AMÉLIORER
LE SYSTÈME DE SANTÉ :**
du bon usage des indicateurs

LES ACTES

www.performance-en-sante.fr

PROPOS LIMINAIRES



« Il nous faut adapter le système, afin qu'il s'ordonne autour des besoins de prise en charge des patients et non plus autour des structures :

tel est l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé.

Pour réussir cette « grande transformation », il est absolument nécessaire que les acteurs du système collaborent plus étroitement. Une meilleure coordination des professionnels de santé, c'est une organisation des soins plus performante et accessible à tous.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux a une place essentielle à jouer dans ce dispositif, en étroite coopération avec les agences régionales de santé.

Elle dispose d'une expertise reconnue dans l'accompagnement des établissements et de ceux qui les font vivre. Elle peut identifier des expériences locales prometteuses, les aider à se consolider avant de leur permettre d'essaimer sur l'ensemble du territoire. »

Extrait de l'allocution d'ouverture de de **Marisol TOURAINE**, Ministre des Affaires sociales et de la Santé

[Voir la vidéo](#) | [Lire le discours](#) 

« Les indicateurs et les évaluations sont souvent bâtis en fonction des mécanismes passés, quand il faudrait qu'ils puissent contribuer à éclairer l'avenir.

Notre système de santé tout entier étant largement construit sur un modèle épidémiologique portant sur les pathologies aiguës, les évaluations et indicateurs qui en découlent sont empreints de ce tropisme. Ainsi, notre pays n'identifie pas de catégories populationnelles permettant de mieux cerner les besoins de chacune d'entre elles. Il n'existe pas de gestionnaire de cas.

Il n'y a pas toujours de rappel pour des examens routiniers. La prise en charge des personnes malades, en particulier porteuses de pathologies chroniques, reste trop souvent fragmentée. Les patients ne sont pas encouragés à devenir des acteurs de leur santé et ils ne sont que trop rarement télémonitorables. Si l'on veut promouvoir une démarche d'évaluation systémique et des indicateurs pertinents, il faut donc sortir des schémas habituels. »



Extrait du discours de **Christian ANASTASY**, directeur général de l'ANAP

 [Lire le discours](#)



« Cette 3^e édition de l'Université d'été a attiré un public nombreux, ce qui démontre que le thème choisi de l'évaluation était un thème mobilisateur, même s'il reste un thème controversé. Nous avons pu dégager un certain nombre d'idées importantes pour le futur développement de l'évaluation et des indicateurs associés. Cette Université d'été permet à des acteurs très différents de se rencontrer et d'échanger leurs points de vue. Certes nous n'arriverons pas en deux jours à trouver des solutions à des problèmes complexes et évolutifs. Nous arrivons cependant à faire avancer la réflexion et ainsi à faire évoluer les pratiques, et dans de meilleures conditions que si les uns et les autres menaient cette réflexion de manière isolée. Notre réflexion reste aujourd'hui très orientée vers le sanitaire, même si chaque année nous ouvrons encore un peu plus les thématiques abordées au médico-social, notamment dans les ateliers. Il nous faudra pour l'édition 2014 orienter encore plus cette réflexion vers les acteurs du médico-social. »

Extrait de l'interview de **Philippe RITTER**, président du conseil d'administration de l'ANAP

 [Voir l'interview](#) (prochainement en ligne)

SOMMAIRE

INTRODUCTION

01. LES CONFÉRENCES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Conférence introductive | p. 04 |
| Analyse des politiques publiques : enjeux et méthodes..... | p. 05 |
| Quelles sont les objectifs de l'évaluation : le standard ou l'excellence ? | p. 06 |
| Comment définir des indicateurs pérennes et universels ? | p. 07 |
| Quelle place l'évaluation doit-elle tenir dans les décisions publiques ?..... | p. 08 |
| Conférence « grand témoin » | p. 09 |

02. LES ATELIERS DE PROSPECTIVE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Les indicateurs : comment rendre des comptes ? | p. 11 |
| Évaluation versus contrôle : les nouvelles frontières | p. 13 |
| Secteur médico-social : les limites de l'évaluation | p. 14 |
| Évaluation et données de santé : où est l'intérêt de l'utilisateur ? | p. 15 |
| L'évaluation participative : levier de changement pour l'amélioration de la performance du système de santé ? | p. 16 |
| Quels indicateurs choisir pour devenir un acheteur avisé de santé ? | p. 17 |
| Évaluation des parcours sur un territoire : la contribution de la méthode du patient traceur | p. 18 |

03. LES ATELIERS DE RETOUR D'EXPERIENCE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Des indicateurs pertinents pour estimer le degré de coordination des acteurs | p. 20 |
| Évaluer une politique régionale de santé | p. 21 |
| Vers un label « bien vivre en EHPAD » avec l'EHPADOMÈTRE..... | p. 22 |
| Création et évaluation d'une filière innovante de prise en charge du cancer du sein | p. 23 |
| Création et évaluation d'une filière innovante de prise en charge du cancer du sein | p. 23 |
| Amélioration de la reconnaissance des professionnels au travail dans les établissements de santé | p. 24 |
| Développer une « boîte à outils » permettant la mesure et le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins : de la perception individuelle à l'intangible collectif..... | p. 25 |
| Évaluation des séjours prolongés des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie : quelle prise en charge leur proposer ?..... | p. 26 |

INTRODUCTION

L'ÉVALUATION AU CŒUR DES RÉFLEXIONS

Pour la 3^e année consécutive, l'ANAP a organisé en 2013 l'Université d'été de la performance en santé. Après le succès des éditions d'Avignon et de Strasbourg, rendez-vous a été pris les 30 et 31 août à la Cité des congrès de Nantes, avec plus de 400 professionnels de santé. Évènement singulier et maintenant installé dans le paysage sanitaire et social, l'Université d'été s'est donné pour objectif cette année d'apporter une contribution sur la place de l'évaluation dans notre système de santé.

UN CONCEPT SINGULIER

L'Université d'été de la performance en santé est un évènement itinérant et gratuit, qui se veut convivial, interactif et contributif autour du thème de la performance en santé, avec chaque année une nouvelle thématique mise à l'honneur. Plus précisément, l'Université d'été a pour objectif d'instaurer un débat, de mener une réflexion très large sur le concept de performance et d'en construire une vision prospective, mais également de permettre des échanges autour d'initiatives concrètes illustrant la performance en santé. Elle vise ainsi à mettre en exergue des expériences remarquables, exposées par des professionnels de terrain mais aussi de partager avec d'éminentes personnalités une réflexion sur les évolutions souhaitables de notre système de santé. Venu de toutes les régions de France, le public qui participe à l'Université d'été est composé de directions et personnels administratifs de structures sanitaires ou médico-sociales, médecins, soignants, institutionnels (agences régionales de santé, administrations centrales, agences nationales, réseaux, associations...), enseignants-chercheurs, étudiants... Le programme, sur deux jours, est constitué en grande partie d'ateliers de prospective et de retours d'expérience, favorisant ainsi l'interactivité et la rencontre avec des experts. Des interventions plénières de spécialistes de renom viennent par ailleurs apporter un éclairage international ou externe au champ sanitaire et médico-social sur la thématique choisie pour l'Université d'été.

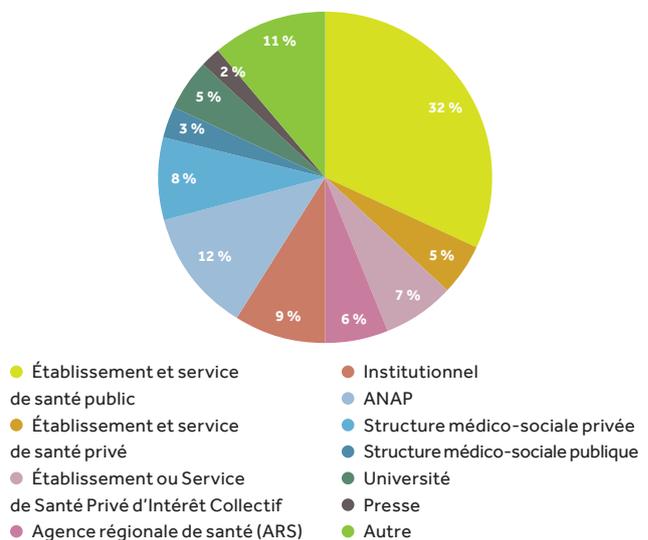
UN PROGRAMME DIVERSIFIÉ POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES DE TOUS

L'Université d'été s'est articulée en 2013 autour du thème de l'évaluation et du bon usage des indicateurs. Évaluation des organisations, des projets, des personnes, des politiques : l'objectif de ces rencontres est d'apporter une contribution sur la place de l'évaluation dans notre système de santé, autour des questions suivantes : L'évaluation est-elle une finalité ou une démarche ? Va-t-on vers plus de contrôle ? Comment sont déterminés les

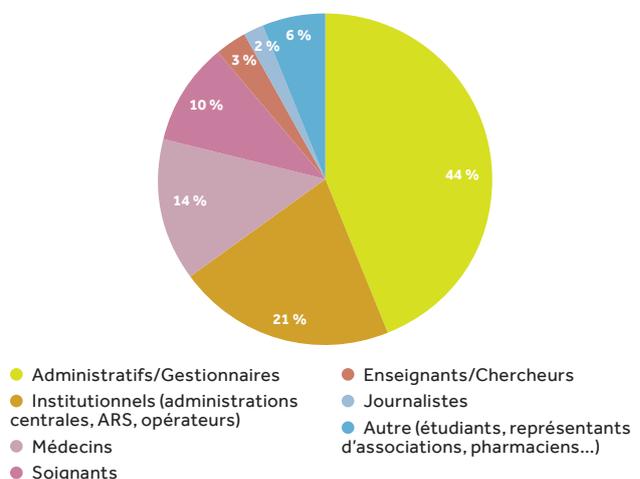
indicateurs ? Sont-ils applicables à tous ? Faut-il aider l'utilisateur à voir plus clair ? Comment mesurer l'intangible ?

Plus d'une trentaine d'experts sont intervenus au sein d'ateliers de prospective et de retours d'expérience avec un point d'orgue lors du plateau-débats, nouveauté de cette édition, et ses trois face-à-face d'exception. Enfin, des experts nationaux et internationaux ont complété les débats en apportant un éclairage hors champ ou hors frontières, avec notamment le Québec, mis à l'honneur cette année.

TYPE DE STRUCTURES PRÉSENTES EN 2013



TYPE DE PUBLICS PRÉSENTS EN 2013





01
|
**LES
CONFÉRENCES**

d'été de la performance en santé, 30-31 août 2013

André
GRIMALDI

Michel
CREMADEZ

CONFÉRENCE INTRODUCTIVE

Claude SICOTTE, Professeur titulaire au Département d'administration de la santé, Université de Montréal (DASUM), Québec, Canada

L'obligation de rendre compte et la gestion des organisations sont deux mécanismes primordiaux en matière d'évaluation de la performance en établissement de santé. Claude SICOTTE dresse un état des lieux précis des méthodes disponibles pour en apprécier les leviers de performance.

QUE SAIT-ON SUR LA PERFORMANCE ET COMMENT PEUT-ON L'ÉVALUER ?

On conçoit la performance « pour donner du sens au choix et à l'interprétation des indicateurs », selon Claude SICOTTE. Malgré la place prépondérante occupée actuellement par la performance dans les organisations de santé, tant au niveau clinique qu'en termes de *management*, « cela reste un phénomène extrêmement difficile à circonscrire, car plusieurs conceptions coexistent », constate-t-il. Pas moins de quatre modèles dominants s'affrontent et tendent vers l'atteinte des buts, l'analyse des processus internes, l'acquisition des ressources et la qualité du milieu de travail principalement axé autour des ressources humaines. Pour évaluer la performance, Claude SICOTTE cite deux grands défis à relever : la multidimensionnalité et la mesure sommative de la performance appréciant la performance globale d'une organisation ou d'un système de santé. Il y associe deux solutions : une vision contingente correspondant à un modèle de performance fondé sur sa pertinence au contexte qui reste « incomplète, voire parcellaire », ou bien la vision configurationnelle qui cible l'intégration et la synergie. « La performance devient alors le résultat d'un équilibre ou d'une optimisation qui importe plus que la mesure d'efforts pour exceller dans toutes les dimensions », prévient Claude SICOTTE.

QUELS ENSEIGNEMENTS DOIT-ON EN TIRER POUR LA GESTION ET LA RÉÉDITION DE COMPTE ?

D'après les deux approches configurationnelles du modèle parsonien et du bilan équilibré, Claude SICOTTE affirme que « l'un et l'autre nous envoient des messages cohérents au niveau de la multidimensionnalité de la performance, mais l'idée de poursuivre l'optimisation plutôt que la maximisation s'impose ». Il convient aussi « de modéliser les interactions entre les indicateurs pour avoir une meilleure compréhension et mieux gérer la performance ». Ces deux modèles s'appuient sur des théories. Il cite le modèle parsonien qui utilise la théorie de l'action sociale, tandis que le bilan équilibré s'appuie davantage sur les visées stratégiques.

En résumé, Claude SICOTTE s'interroge sur les implications pour évaluer la performance et la gestion de nos systèmes de santé. « Il ne s'agit pas de remplacer les systèmes dont nous disposons pour adopter un nouveau modèle, mais bien de bâtir sur les différents systèmes de mesure existants pour franchir une nouvelle étape et



mieux gérer ces évaluations. » Il défend l'idée d'une vision intégrée qui impose de la cohérence entre la réédition de compte, qui est la mission de la tutelle et de ceux qui gèrent les établissements de santé. Pour le réaliser, il évoque l'idée de coconstruction pour améliorer la performance d'un système de santé. La réussite ne repose, selon lui, « que sur un modèle global, de type holistique coconstruit par les différents partenaires ».

« Il ne s'agit pas de remplacer les systèmes dont nous disposons pour adopter un nouveau modèle, mais bien de bâtir sur les différents systèmes de mesure existants pour franchir une nouvelle étape et mieux gérer ces évaluations. »

Deux ingrédients lui paraissent essentiels pour y parvenir. Il s'agit d'abord de modéliser les mécanismes pour concevoir les interrelations entre les indicateurs, imposant des réformes pour mieux définir et faire connaître les buts poursuivis. Le second ingrédient lui semble être une diminution de la complexité. Il recommande de s'appuyer sur des données empiriques pour résoudre le problème et affirme que « l'étalonnage est une voie intéressante pour apprécier l'optimisation des solutions ». L'objectif final est d'« analyser les données, les cas d'organisation réussis pour que les meilleurs puissent servir d'exemple, permettant aux autres de s'améliorer ».

[Télécharger la présentation](#)

ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES : enjeux et méthodes

Pierre KOPP, économiste spécialiste de l'évaluation des politiques publiques, Université Paris I

De la sphère privée au domaine public, l'être humain évalue. Pour ses choix alimentaires, par exemple, le consommateur n'engage que ses propres intérêts, à la différence de la chose publique qui a un impact sur les tiers. Dans ce dernier cas, l'évaluation s'impose comme outil d'amélioration des pratiques.

« Évaluer pour améliorer. Jauger pour parfaire. Tout au long de notre vie, nous évaluons chaque jour, sans même y prêter attention. Le choix d'une marque de café et la fidélité du client constituent des actes psychologiques dont l'évaluation relève du bon vouloir du consommateur. Il aime et pour cette raison il s'attachera à tel ou tel produit plutôt qu'à un autre », observe Pierre KOPP, professeur d'économie à Paris I. Il en va différemment quand il s'agit des choix relevant de la sphère publique. Dans ce cas, le choix est collectif et de ce point de vue, doit être soumis à une procédure de décision. L'évaluation intervient dans ce contexte. Elle est normative. Et s'effectue à partir de standards qui disent et définissent les bonnes pratiques ; ce qui est bien et ce qui ne l'est pas. Selon Pierre KOPP, les standards ont différentes finalités : ils définissent l'efficacité d'une tâche voire d'un programme, son effectivité ; à un troisième niveau, ils expliquent l'efficience d'un traitement, par exemple. Dans ce dernier cas, les dépenses reflètent-elles les vrais coûts ?

Au-delà de ces considérations génériques, que peut-on évaluer ? Un projet, par exemple. En 1990, l'exemple du programme d'accès à des seringues propres chez les toxicomanes a fait l'objet d'une évaluation qui est l'occasion de (se) poser toutes les questions en la matière : Combien cela coûte à la communauté ? Quid du nombre d'overdoses ? Bref, il s'est agi d'évaluer les charges et les apports d'un tel dispositif. À l'arrivée, un constat clair a été opéré : l'accès à des seringues propres a introduit un ralentissement de la progression du VIH chez les toxicomanes.

FONCTIONNEMENT DES ORGANES

Outre les projets, le fonctionnement des structures peut et doit faire l'objet d'une évaluation : un hôpital, par exemple. Le premier objectif d'une telle démarche est la recherche de l'amélioration de leur fonctionnement. Quelle est la bonne façon d'évaluer ici ? Forcément, il est nécessaire de prendre en compte les modalités de répartition des tâches, qui ont un impact sur la taille de l'organisation.

Outre les projets, le fonctionnement des structures peut et doit faire l'objet d'une évaluation.

ORGANISATION DES HOMMES

Quand on parle d'organisation, on pense également aux hommes, sachant que certains s'impliquent davantage que d'autres dans leur fonctionnement. Et que les incitations financières (argent) sont généralement efficaces, par opposition aux incitations extrinsèques (qualité). Il y a une limite aux premières car elles peuvent mettre à mal le modèle qui les véhicule.

RÉSISTANCES

Enfin, l'évaluation n'est pas toujours vue d'un bon œil sur le terrain. Elle peut rencontrer des résistances. Pourquoi ? Car ceux qui en sont l'objet ont parfois peur d'être mal évalués. Trois points de sources de résistance peuvent ainsi être observés sur le terrain. D'un côté, la perception de l'évaluation comme un facteur stigmatisant et aboutissant à une sanction : dans la plupart des cas, cette idée est fautive mais la peur du changement joue fortement ici. De l'autre, l'angoisse que les indicateurs ne révèlent pas les performances réelles des personnes. Afin d'éviter un tel travers, les indicateurs doivent être acceptés par la majorité grâce à une conception participative. Entre les deux, l'évaluation peut être perçue comme une comparaison des pratiques, source de suppressions de processus, d'emplois, de services, etc.

Enfin, il est nécessaire d'effectuer une distinction entre évaluation *ex ante* (évaluation d'une nouvelle ligne de bus, par exemple) et *ex post* (après ou pendant). Cette dernière est plus complexe car elle doit participer à l'amélioration de la qualité.



QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION : le standard ou l'excellence ?

Jean-Luc HAROUSSEAU, président du Collège de la Haute autorité de santé (HAS) ;
Christiane COUDRIER, directrice générale du CHU de Nantes

C'est une question de fond pour toute action de la HAS en matière de qualité : faut-il sélectionner les meilleurs ou bien essayer de hisser le niveau de tous pour une meilleure qualité des soins ?

« Pas d'utopie, on ne peut pas trouver le mieux partout, faute de moyen, de personnel ou de formation », commente Jean-Luc HAROUSSEAU, président du Collège de la Haute autorité de santé (HAS).

Si on attend de meilleurs soins pour les patients, de meilleurs résultats cliniques, il faut chercher le « meilleur », surtout chez un patient gravement atteint. Si on cherche à éviter des accidents, ou une meilleure utilisation des ressources pour gagner en efficacité, il faut alors chercher le standard. Si la qualité des soins est l'égalité des chances, il faut faire en sorte que quelqu'un de très éloigné d'un centre d'excellence ait les mêmes chances. Il s'agit du standard pour tous. Il faut demander aux indicateurs ce qu'ils peuvent donner. La 1^{re} mission des indicateurs est d'aider les établissements de santé au pilotage de la qualité. La deuxième de donner au pouvoir central des indications pour le pilotage sanitaire. Enfin, la troisième est l'information du public. Historiquement, les premiers indicateurs étaient des indicateurs de processus : infections nosocomiales, qualité des soins... Mais les cliniciens veulent de plus en plus d'indicateurs de résultats, de pratique clinique...

À terme il va falloir développer d'autres indicateurs : de sécurité du patient et de mortalité, pendant ou après l'hospitalisation du patient, déjà utilisés dans d'autres pays.

Au niveau d'un établissement, il faut différencier les indicateurs, utilisés pour la gestion de ceux servant d'éléments de négociation avec les différents acteurs hospitaliers, notamment dans le cadre de la contractualisation interne. « Trop d'indicateurs tuent l'indicateur », précise Christiane COUDRIER, directrice générale du CHU de Nantes.

L'établissement est amené à se référer à des normes et à garantir une qualité homogène par rapport à des standards reconnus. Il a le souhait d'être dans une démarche d'évaluation plus personnalisée, avec des objectifs prioritaires d'amélioration soumis à l'intéressement, jouant sur l'émulation interne tout en restant simple pour favoriser l'appropriation. Il serait néanmoins dommageable de lier tout mauvais résultat de certification à une sanction financière. Le manque d'attractivité va jouer en tout premier lieu.

Jean-Luc HAROUSSEAU d'ajouter que la France est en retard par rapport à d'autres pays anglo-saxons, qui sont en train de développer le *P for P* (paiement à la performance).

Ne pas récompenser uniquement ceux qui sont dans le « haut du panier ». À l'inverse, pour un établissement en dessous de la norme acceptable, il faudra prévoir des actions de réorganisation.

« L'important est d'évaluer comment une équipe progresse dans le temps par rapport à des objectifs fixés. L'objectif au CHU de Nantes par exemple est de simplifier les indicateurs. En avoir peu mais significatifs, en parallèle d'objectifs choisis par les pôles », complète Christiane COUDRIER.

« Il faut garder un continuum dans la qualité entre le niveau acceptable et le niveau optimal parmi les établissements »

La HAS n'est pas dans une démarche de réduction du nombre d'indicateurs et est bien consciente de la charge supplémentaire pour les établissements. « En France on a 65 indicateurs ; en Allemagne ou au Royaume-Uni on est à 200, notamment avec des indicateurs de mortalité », ajoute Jean-Luc HAROUSSEAU.

La certification sera tournée en 2014, vers le « patient traceur », qui est suivi en situation réelle. Il y a une véritable volonté d'impliquer les « patients-experts » dans l'évaluation de la qualité, pour définir les indicateurs et garantir la certification. En novembre 2013 SCOPE SANTÉ, site internet d'information, sera mis à disposition du grand public.

« Au CHU de Nantes, il n'y a pas encore de patients-experts, mais le réel souhait de développer l'appréciation des patients dans la démarche qualité », ajoute Christiane COUDRIER.

« Il faut garder un continuum dans la qualité entre le niveau acceptable et le niveau optimal parmi les établissements », conclut Jean-Luc HAROUSSEAU.

[Voir la vidéo](#)

COMMENT DÉFINIR DES INDICATEURS pérennes et universels ?

Rachel BOCHER, présidente de l'Intersyndicat national des Praticiens hospitaliers ;
Franck CHAUVIN, président de la commission « Évaluation, Prospective et Stratégie »
du Haut conseil de la santé publique (HCSP)

Si l'un des objectifs attendus des indicateurs est qu'ils soient pérennes et universels, difficile de répondre à un tel défi dans le paysage médical actuel. Un constat évident émerge : il faut simplifier les indicateurs, les concevoir en équipe, et intégrer l'évolution des pratiques.

Selon Franck CHAUVIN, l'étape préliminaire avant la mise en place de tout plan d'évaluation stratégique est de définir l'utilité de la prise en compte des indicateurs. Si l'on cherche à pérenniser ces indicateurs, il faut bien distinguer les attentes qui les accompagnent, tant dans leur construction que dans leur utilisation. C'est dans une logique de copilotage avec les acteurs concernés que se pensent et se construisent ces indicateurs en amont, tout en gardant à l'esprit l'utilité des résultats de ces indicateurs : élaborer des actions d'amélioration. Franck CHAUVIN regrette l'absence d'indicateurs qui mesurent comment expliquer des problématiques de santé, prenant en compte l'enchaînement des

Pour sa part, Rachel BOCHER décrit la difficulté d'établir des indicateurs universels dans un contexte médical où les moyens donnés aux divers acteurs de santé sont différents selon les territoires et les activités. De plus, les limites des indicateurs se posent dès lors que l'on évalue aux travers de ceux-ci une démarche parcellaire qui ne brosse pas l'intégralité d'un système de soins, et rejoint Franck CHAUVIN sur ce point. À titre d'exemple, corrélérer le taux de suicide d'une région à la performance d'un système de santé et d'un système de soins néglige une question cruciale : celle de l'accessibilité aux soins, qui n'entre pas en compte dans l'évaluation même de la structure. À la question posée sur l'évaluation des praticiens au travers d'indicateurs, Rachel BOCHER est convaincue que le Développement professionnel continu est l'un des outils d'évaluation des bonnes pratiques. Mais elle envisage l'intérêt de mettre en place une telle démarche dans une préoccupation constante d'évolution des pratiques et non de dépréciation des acteurs. Par ailleurs, concevoir des indicateurs pérennes peut rencontrer de nombreux écueils notamment s'ils sont figés. Seule une vision associant amélioration de la qualité et progrès des pratiques et des moyens pourrait aboutir à des indicateurs durables.

Seule une vision associant amélioration de la qualité et progrès des pratiques et des moyens pourrait aboutir à des indicateurs durables.

différents facteurs impliqués. Par ailleurs, la véritable pérennité d'un indicateur pourrait se traduire par l'existence d'un outil qui permettrait de décrire comment faire évoluer les indicateurs et les modifier, selon l'état d'avancement des constats émis. Ainsi, si ce n'est pas l'indicateur qui est pérenne, ce serait l'outil qui lui permet de s'adapter qui le serait. Quant aux indicateurs universels, l'une des évaluations citées est celle relative au plan Cancer 2, qui constitue un dispositif de comparaison en termes de prise en charge des patients et de réponse à une problématique de santé publique. Dans ce cas précis, on peut parler de potentiel indicateur universel.



[Voir la vidéo](#)

QUELLE PLACE L'ÉVALUATION doit-elle tenir dans les décisions publiques ?

André GRIMALDI, PUPH service de Diabétologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ;
Michel CREMADEZ, professeur à Haute école de commerce (HEC)

Retrouver la confiance, remotiver les professionnels de façon collective, échanger, mettre fin aux indicateurs arbitrairement imposés... telles sont quelques-unes des pistes d'amélioration proposées.

Le professeur GRIMALDI s'inquiète d'abord de « ce schéma qui aboutit à ne faire que des moyennes, des normes puis des recommandations ». Il déplore que l'on puisse aujourd'hui évoquer « ces médecins industriels, standardisés correspondant à des procédures dans un pur modèle d'entreprise ». Ce modèle, qu'il admet caricatural, lui paraît déjà partiellement vrai. « Pendant qu'un médecin fait des procédures, il n'est pas face à son malade », s'inquiète-t-il. Bien sûr, il estime que les recommandations sont utiles, mais déplore « qu'elles ne soient guidées que par la justification des pratiques ». Craignant de voir arriver « le juste soin au juste coût, dans une pure logique de rentabilité », il dénonce « le consensus du silence

« La pratique médicale ne peut plus être individuelle. Une révolution s'est produite et chacun doit regarder ce qui se passe en dehors de son service. »

ne cherchant qu'à plaire aux tutelles, même si cela aboutit surtout à ne soigner que la dette, mais pas le malade ». Alors, pour que les médecins acceptent les logiques d'évaluation, il lui semble primordial de reconstruire d'abord la confiance, à travers un dialogue contradictoire. « Pas de décision sans débats », martèle le professeur GRIMALDI.

Face à lui, Michel CREMADEZ, professeur de stratégie et de politique d'entreprise au groupe HEC, est venu défendre le modèle d'entreprise. « La pratique médicale ne peut plus être individuelle. Une révolution s'est produite et chacun doit regarder ce qui se passe en dehors de son service », lance-t-il. Il déplore simplement « que l'on n'ait pas su développer le dialogue nécessaire pour asseoir ce changement. On a trop parlé des moyens mis en œuvre reléguant au second plan les besoins des patients ». André GRIMALDI partage son analyse, mais précise : « On a trop parlé d'argent et s'il est

désormais question d'intéressement, ceci ne doit pas concerner un médecin individuellement, mais l'équipe, selon des objectifs intrinsèques, car sinon, on casse la motivation des professionnels », redoute-t-il. Les projets d'amélioration devraient donc être collectifs, pour motiver chacun à faire évoluer les pratiques. « Mais les indicateurs ne peuvent plus partir d'en haut. Il faut que les décideurs apprennent à les établir avec les acteurs », affirme André GRIMALDI. « C'est précisément cette absence d'explication qui nous manque, car sur le terrain les multiples spécialités médicales qui interviennent dans la prise en charge d'un patient méritent naturellement plus de concertation et de coordination entre les services. Seul ce dialogue permettra de sortir de l'implicite », rebondit Michel CREMADEZ.

Jean-Luc HAROUSSEAU intervient : « Les indicateurs ne sont qu'un outil parmi d'autres et il ne faut pas tout en attendre ». Le président de la HAS regrette que l'impact clinique des indicateurs ne soit pas suffisamment démonstratif et propose de renforcer cette dimension dans les années qui viennent. Mais Jean-Luc HAROUSSEAU (HAS) refuse de céder au pessimisme et plaide pour une accréditation non pas des médecins, mais des équipes autour d'un projet. Cette approche ne semble pas réaliste à Rachel Bocher (INPH, CHU Nantes) qui souligne la difficulté d'accréditer des équipes dont la composition ne cesse de changer. Cette stabilité des équipes et cette culture commune semblent pourtant primordiales au professeur GRIMALDI qui explique que « cela fait partie des clés de la qualité ». Franck CHAUVIN revient à l'essentiel. « Nous vivons la fin des indicateurs qui tombent d'en haut. Il faut accepter la contradiction, échanger sur le but poursuivi. » Des idées entendues par Jean-Luc HAROUSSEAU qui affirme en tirer quelques enseignements. L'idée des débats contradictoires lui semble une bonne piste, pour que l'évaluation prenne sa juste place dans les décisions publiques.



[Voir la vidéo](#)

CONFÉRENCE « grand témoin »

François LESPÉRANCE, directeur général adjoint du CHU de Montréal (Québec - Canada)

Pour clore les débats de l'Université d'été, un éclairage hors frontières sur la pertinence de l'évaluation a été apporté par un observateur québécois.

Toute activité, quelle qu'elle soit, implique une évaluation pour mieux identifier, mieux comprendre, et ainsi valoriser les facteurs intrinsèques d'un projet. *« Évaluer permet d'analyser, d'innover, de donner une valeur à ce qui se fait en atténuant la subjectivité induite par d'éventuels conflits ou difficultés. C'est essentiel pour tendre vers un système de santé plus performant. »*



L'évaluation nécessite un cadre explicite, des plans d'analyse stricts pour refléter le fonctionnement des équipes et pouvoir travailler sur les paliers organisationnels de soins et adopter des matrices d'analyse tenant compte de la complexité du système.

FAVORISER LES DIALOGUES

Intéresser le public, favoriser des alliances entre praticiens et médecins de différentes sociétés savantes, recueillir les travaux de chercheurs en santé mais aussi en économie en les intégrant aux équipes de soins, sont des ouvertures d'avenir. Le dialogue entre cliniciens et chercheurs apparaît, en effet, comme étant de plus en plus nécessaire. *« Les médecins experts en performance doivent être de mieux en mieux reconnus et leur travail doit être financièrement soutenu »*, a insisté François LESPÉRANCE.

UN DÉFI, L'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES BUDGETS

Il faut en effet former des équipes de soins plus exigeantes non seulement vis-à-vis de l'évaluation des soins mais aussi vis-à-vis de la gestion. L'évaluation de la pertinence de projets, réalisée par des comités de pairs, devrait inclure des décideurs et des patients.

« Évaluer permet d'analyser, d'innover, de donner une valeur à ce qui se fait en atténuant la subjectivité induite par d'éventuels conflits ou difficultés. C'est essentiel pour tendre vers un système de santé plus performant. »

Convaincre de la pertinence de ce qui se fait dans un contexte de limites financières est un véritable défi. Les difficultés qu'il ne faut pas cacher, les progrès pour l'amélioration du système de soins, l'exigence de tous les partenaires, sont les éléments d'une démarche dynamique. Le dialogue entre les différents acteurs et le regard croisé entre la France et le Québec ne peuvent qu'enrichir nos pratiques!



[Télécharger la présentation](#)

- 
- Introduction: Situation-problème
 - Question et hypothèse de départ
 - Critères de performance: La théorie de la traduction
 - Cas à l'étude
 - ◆ Le cas français : l'EPSP (Espace Partagé de Santé Publique)
 - ◆ Le cas québécois : Le Partenariat de santé (PNS)
 - Conclusion
 - ◆ Conditions favorables et contraignantes
 - ◆ Pistes de recherche et d'innovation

02

LES ATELIERS DE PROSPECTIVE

Les ateliers de prospective ont pour objectif d'exposer les solutions ou les évolutions envisagées à 5 ou 10 ans sur un aspect du fonctionnement de notre système de santé.



LES INDICATEURS : comment rendre des comptes ?

Experts : **Anne-Carole BENSADON**, membre de l'Inspection générale des affaires sociale (IGAS) (atelier du vendredi) ; **Françoise JUNGFER**, présidente du Groupe d'étude et de réflexion des hôpitaux non universitaires (GERHNU) (atelier du samedi)

Discutant : **Étienne MINVIELLE**, directeur de la qualité des soins, Gestion des risques, Relation aux patients, École des hautes études en santé publique – Institut Gustave-ROUSSY

Comment les établissements doivent-ils rendre des comptes en matière d'indicateurs ? Comment s'assurer que ceux-ci soient suffisamment solides, pérennes et actualisés ? Comment tisser des liens plus étroits avec les agences et les universités ? Démonstration.

À partir d'expériences menées dans des établissements, Anne-Carole BENSADON (IGAS) propose un tour d'horizon de la manière dont les établissements peuvent rendre des comptes. Alors qu'un indicateur permet avant tout de réaliser une mesure, l'AFNOR précise qu'il s'agit « d'une donnée objective qui décrit une situation du strict point de vue quantitatif, c'est-à-dire un résultat ». La question est de savoir ce qui nous intéresse dans ces données, pourquoi nous devons les traiter et quels sont les interlocuteurs auxquels nous rendrons des comptes ?

Anne-Carole BENSADON propose une claire distinction entre l'usage interne ou externe de l'indicateur : « Le premier sert avant tout d'outil d'alerte pour gérer des tensions, par exemple aux urgences, alors que le second vise l'exploitation externe offrant la possibilité d'un suivi réglementaire ». Elle précise qu'une récente circulaire de la DGOS rappelle précisément les indicateurs utilisés pour évaluer la qualité et la sécurité des soins.

Une autre manière de rendre compte concerne les liens à établir avec l'ARS qui tient des tableaux de bord régionaux. « Des informations que la tutelle peut utiliser de différentes manières, pour améliorer la connaissance de l'état de santé de la population, réguler l'offre ou bien encore optimiser des dépenses », estime Anne-Carole BENSADON.

LES ÉLÉMENTS D'INFORMATION PERTINENTS

Le rapport de l'IGAS publié en avril 2013, intitulé « Management et efficacité des établissements de santé : une évaluation des déterminants », passe en revue la situation de 120 établissements et institutions interrogés. « À l'heure où nous voyons fleurir des tas de modèles avec des tas d'indicateurs, finalement cela fonctionne bien lorsque les indicateurs sont partagés dans un cadre de management "à la confiance" avec beaucoup de délégation. Dans ce cadre, le bien-être des salariés est pris en compte au-delà de l'objectif d'optimisation des dépenses », résume-t-elle. Ces indicateurs doivent être simples et lisibles, et surtout ne pas être utilisés comme des outils

décisionnels, mais d'aide à la décision. Anne-Carole BENSADON précise toute l'utilité d'en interpréter les résultats : « Quand le modèle tarifaire change ou que le contexte est modifié, cela a forcément un impact. Un travail et un dialogue sur les valeurs de ces indicateurs s'imposent alors, car si les indicateurs sont parachutés, les acteurs n'y voient aucune légitimité ».

Le jugement des tutelles, la démarche de certification sont aussi des moments d'échange importants avec la HAS et les ARS. Sur le terrain, Anne-Carole BENSADON constate que, finalement, « le poids accordé à la situation financière des établissements est très lourd par rapport à celui de la prise en charge ».

« Les établissements de santé sont soumis à de nouvelles règles de transparence vis-à-vis du patient, de plus en plus proches de la vision anglo-saxonne du consommateur éclairé et l'ANAP les y prépare. »

UN MOYEN DE CONTRÔLE DES DÉPENSES PUBLIQUES

Ces données permettent également de justifier les dépenses publiques, comme l'explique Étienne MINVIELLE (EHESP et IGR). « Avec les indicateurs, le secteur de la santé est entré dans une logique de comparaison. Les premiers classements proposés pour comparer les établissements entre eux ont complètement fait basculer le débat, et la diffusion publique pose de nouveaux problèmes. » Or, la dynamique de réédition des comptes est devenue plurielle. Il y a d'abord des différences de rythme, entre la certification qui reste un exercice auquel les acteurs se préparent tous les quatre ans, et une inspection de l'IGAS lancée lorsqu'une situation dérape. À travers ses projets Pôle Performance, l'Anap facilite désormais cet exercice de réédition de comptes. « Les établissements de santé sont soumis à de nouvelles règles de transparence vis-à-vis du patient, de plus en plus proches de la vision anglo-saxonne du consommateur éclairé et l'ANAP les y prépare », estime Étienne MINVIELLE. En effet, si les informations qui circulent sur la performance des établissements à travers les classements de palmarès publiés dans les journaux peuvent désormais guider le choix des patients, Étienne MINVIELLE continue d'accorder plus de crédit au bouche-à-oreille et retours d'expérience échangés dans l'entourage familial.



LES INDICATEURS : comment rendre des comptes ? (suite)

Cependant, produire de l'information sur la performance modifie aussi les relations avec les tutelles. Ces comparaisons entre établissements permettent de comprendre la notion de étalonnage. Étienne MINVIELLE soulève ainsi quelques questions qui lui paraissent essentielles : Faut-il les mêmes indicateurs sur les objectifs ? Faut-il utiliser les indicateurs d'analyse de *process* pour le consommateur éclairé qui attend davantage de résultats ? Une certitude, la régulation de la qualité lui paraît intervenir dans de très nombreux domaines. *Management interne, accréditation, la qualité devient un levier pour jouer sur les incitations financières.* « Avec les CAPI et l'indexation de certaines données du CPOM à des indicateurs, nous sentons bien un mouvement de fond où la réédition de comptes se situe parmi différents registres », explique-t-il.

QUELQUES ÉCUEILS

Étienne MINVIELLE insiste sur un biais méthodologique qui lui semble bel et bien poser problème. « Les classements publiés dans les magazines ne sont fondés que sur des scores moyens, ce qui relativise beaucoup l'intérêt des palmarès. » Il met en garde sur « le maniement des données, car techniquement rien n'est plus simple que d'orienter le résultat et l'information que l'on produit avec toutes les conséquences que cela peut avoir », précise-t-il. Étienne MINVIELLE s'interroge clairement sur ces scores uniques de performance ou de qualité, permettant « d'aboutir à des classements différents en fonction des méthodes utilisées ». Mesurer l'impact en termes d'amélioration de la performance imposerait selon lui un travail sur la durée. Or, Étienne MINVIELLE assure « qu'une fois l'indicateur engagé, nous avons du mal à l'utiliser en termes de suivi, tout en s'assurant que son évolution positive et chiffrée traduise une réelle amélioration au sein des établissements ». Un sombre constat, d'autant que « cette nouvelle industrie d'indicateurs a aussi un coût », souligne Étienne MINVIELLE.

L'ADHÉSION DES PROFESSIONNELS AUX MÉTHODES UTILISÉES DEVIENT UN TERRAIN DE RECHERCHE

« Le niveau d'adoption des méthodes d'évaluation par les professionnels est devenu un réel sujet de recherche en gestion », lance Étienne MINVIELLE. Il évoque comment tenter de comprendre les mécanismes d'appropriation des indicateurs. « Les médecins connaissent encore très peu les indicateurs nationaux pour évaluer le niveau de qualité des soins, dont l'usage et l'appropriation restent encore faibles. Il y a encore un vrai débat pour savoir comment mieux les utiliser. Un premier courant attache plus d'importance à la qualité de l'outil, qui doit rester avant tout très propice à l'amélioration de l'action », insiste-t-il. Pour compléter les propos d'Anne-Carole BENSADON sur la difficulté à créer des indicateurs fiables, Étienne MINVIELLE s'interroge sur la conduite à tenir en matière d'actions d'amélioration. Un autre concept, plus récent, met en avant l'importance du délai entre l'arrivée de l'indicateur et l'action d'amélioration, pendant lequel les professionnels améliorent leurs connaissances. « Rien n'est acquis et les professionnels concernés ne s'emparent pas instantanément de ces outils. Il y a donc un mode de connaissance et d'abondants travaux qui expliquent les usages observés et les décalages par rapport aux attentes. Il s'agit de développer des outils pour réduire ce le fossé ou « gap » et travailler sur ce dont nous ne savons toujours pas rendre compte : le non-mesurable ! », conclut Étienne MINVIELLE.



La DR Rachel BOCHER (CHU de Nantes) revient sur la priorité des liens à resserrer entre les différents acteurs pour aboutir à une meilleure acceptation des soins par les patients. Elle affirme que « les indicateurs doivent être d'un usage simple et facile pour entraîner les professionnels dans cette démarche ». Dans ce domaine, il lui semble que beaucoup reste à faire pour améliorer les pratiques et le système dans son ensemble.

Une question de la salle : « Dans le domaine médico-social, existe-t-il des travaux scientifiques sur les indicateurs ? » L'ANAP, qui raisonne à la fois sur le sanitaire et sur le médico-social, évoque le tableau de bord établi dès 2009 dans ce domaine. « C'est un travail exploratoire, élaboré en partenariat avec les acteurs, qui concerne aujourd'hui 1 000 établissements pour bâtir des indicateurs dans ce secteur. Cette construction du tableau de bord du médico-social a permis de définir, avec les professionnels, les indicateurs pertinents. Dans le prolongement des éléments présentés par les deux intervenants, nous mettons en avant cette logique de partage avec les professionnels et de reconnaissance pour démontrer que les indicateurs vont leur servir, comme à leur tutelle et leurs financeurs », précise l'ANAP.

Anne TALEC Observatoire régional de santé (ORS) soulève la question des inégalités de santé, et s'inquiète de l'inflation d'indicateurs qui ne semblent pas oublier cette réalité. Anne-Carole BENSADON rappelle que « les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont très largement prises en compte dans de multiples publications. Les tableaux régionaux de santé publique servent aussi à construire des indicateurs autour des taux de prématurité, la périnatalité... qui aboutissent finalement à la régulation de l'offre de maternité ».

[Télécharger les présentations](#)

Anne-Carole BENSADON
Françoise JUNGFER

Étienne MINVIELLE

ÉVALUATION VERSUS CONTRÔLE : les nouvelles frontières

Expert : **Pierre SAVIGNAT**, membre du conseil de développement de la Société française d'évaluation

Discutants : **Marie-Sophie DESAULLE**, directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire (atelier du vendredi) ;
Claude ÉVIN, directeur général de l'ARS Île-de-France (atelier du samedi)

Deux concepts, deux approches et autant de finalités. D'un côté, « le contrôle permet, a posteriori, de vérifier si un service ou un produit est conforme à des normes définies. Des normes qui peuvent avoir un caractère opposable. En tous les cas, le contrôle peut aboutir à des actions correctives ou des sanctions ».

De l'autre côté, l'évaluation a principalement vocation à mesurer l'efficacité et l'efficacités», précise, d'entrée de jeu, Claude ÉVIN, directeur général de l'ARS Île-de-France. Pierre SAVIGNAT, conseil de développement de la Société française de l'évaluation : « L'action publique a toujours nécessité des outils de pilotage et l'inspection-contrôle en est un. À l'heure où la puissance publique doit apporter la preuve de son efficacité, de son efficacité et de son utilité, il faut de nouveaux outils de pilotage dépassant la seule conformité au respect du droit ou de la norme. À cette fin, l'évaluation offre la possibilité de répondre à de nouveaux enjeux et exigences.

« L'évaluation n'est pas un substitut du contrôle ? »

Pour autant, d'un point de vue conceptuel, elle ne se substitue pas au contrôle ».

« Oui, il y a de nouvelles frontières entre contrôle et évaluation », remarque Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire « pour au moins quatre raisons. Tout d'abord, la place prise par la démocratie sanitaire et le management participatif : Les acteurs ont envie d'être partie prenante, le modèle de gouvernance change. La contractualisation progresse. Ensuite le décloisonnement entre les acteurs devient une forte nécessité. Et enfin il n'y a plus de certitudes : l'expérimentation peut nous éclairer ».

DE VÉRITABLES OUTILS DE PILOTAGE

Véritables outils de pilotage, contrôle et évaluation se distinguent par leurs enjeux et finalités, leurs méthodes et leurs champs d'application. Il peut s'agir de vérifier des fonctionnements et peut donner lieu à une sanction imposée par la logique normative. Mais il peut s'agir aussi d'une démarche globale et systémique, véri-

table aide à la décision laissant une marge d'opportunité au décideur. Cela sous-tend une approche participative et pluraliste qui prenne en compte les différentes opinions, après débat.

Mais, prévient Pierre SAVIGNAT, « l'évaluation n'est pas un substitut du contrôle ». Elle répond à un contexte et à des contraintes renouvelées et non pour pallier d'éventuelles carences du contrôle. Ce dernier conserve donc toute sa force en tant qu'outil de vérification d'application de la norme, même s'il doit évoluer. Et un contrôle peut aboutir à un besoin d'évaluation afin de cerner le pourquoi. *A contrario*, les résultats d'une évaluation peuvent justifier un contrôle du fait d'éventuels dysfonctionnements mis à nu.

DES MÉTHODES DIFFÉRENTES

Mis à contribution au sein de l'ARS de l'Île-de-France, par exemple, chacun de ces deux outils s'appuie sur des méthodes différentes. Le contrôle peut porter sur la conformité à des normes, règles et référentiels connus. Sa déclinaison en termes d'efficacité peut s'appliquer sur l'utilisation de fonds publics. Dans les deux cas, il peut s'agir d'inspections, de contrôle sur pièce, d'enquêtes ponctuelles voire d'audits internes et externes.

Clairement, contrôle et évaluation constituent deux outils de pilotage participant à la régulation des politiques publiques. Aux autorités concernées de choisir le mode approprié par rapport aux questions à traiter.



[Télécharger les présentations](#)

Pierre SAVIGNAT

|

Claude ÉVIN

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : les limites de l'évaluation

Atelier animé par **Didier CHARLANNE**, directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Expert : **François CHARLEUX**, directeur de RH & Organisation

La loi de 2002 rend obligatoire l'évaluation interne et externe de tous les établissements et services médico-sociaux. Les spécificités de ce secteur, avec leur grande hétérogénéité de taille et de statut, nécessitent une évaluation adaptée en termes d'objectifs. D'instauration récente, l'évaluation rencontre d'ores et déjà un certain nombre de limites identifiées.

Didier CHARLANNE, directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) nous rappelle le lien fait par le législateur entre les résultats de l'évaluation externe et la procédure de renouvellement tacite de l'autorisation de fonctionnement, à la différence du secteur sanitaire.

« L'annexe 3.10 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), essentiel au modèle médico-social, définit le cahier des charges de l'évaluation, en faisant référence à des modèles évaluatifs multiples sur les politiques publiques, la certification, ainsi que sur la gestion et la prévention des risques », explique François CHARLEUX, évaluateur externe.

L'évaluation est abordée en termes de pertinence, de cohérence et d'efficacité pour le projet d'établissement mais aussi selon des modalités de mise en œuvre au travers des recommandations de bonnes pratiques. Les premières vagues d'évaluation externes sont en cours, mais il existe déjà des obstacles d'appropriation des principes de l'évaluation par les acteurs, qu'ils soient évaluateurs ou évalués.

D'un point de vue culturel, la difficulté est d'envisager l'évaluation en termes de « d'effets pour l'utilisateur » alors que les projets d'établissement se construisent en termes d'activités mises en œuvre et de moyens déployés. Avec l'inquiétude que l'évaluation ne se réduise qu'à un chiffrage d'indicateurs de mesure et ne représente pas le fonctionnement réel des établissements.

Ajoutons à cela, la résistance aux concepts de « bonnes pratiques professionnelles » qui, pour l'évalué, recherchent la standardisation sans connaître le concept de « l'organisation apprenante » recommandé par l'ANESM. Échanger afin de s'enrichir des pratiques les plus remarquables plutôt que de risquer de s'appauvrir en fonctionnant seul, tel est le maître-mot.

« Du point de vue des freins méthodologiques, les acteurs constatent des références réglementaires ambiguës qui prêtent à interprétation », ajoute François CHARLEUX.

Enfin, se pose la difficulté technique de mesurer des effets, qui exige des outils élaborés, non encore disponibles dans la majorité des établissements. À noter aussi la faiblesse du système de gestion documentaire organisant la traçabilité nécessaire au processus évaluatif, faute de compétences ou parfois de moyens.



L'évaluation sociale et médico-sociale est un processus récent, où l'évaluateur est trop souvent perçu comme un contrôleur par les établissements qui l'accueillent, alors qu'un réel partenariat est à trouver entre les parties prenantes, l'évaluateur et les évalués mais aussi les autorités administratives, les organismes gestionnaires et les organismes habilités.

Autre exemple avec celui des Réseaux de santé, modèle également hétérogène, dépendant du sanitaire mais proche du médico-social de par leur mission d'optimisation du retour à domicile. Ils ne sont pas soumis à la certification, mais à une évaluation depuis 2002, dont le résultat donne droit au financement, explique Marie-France MAUGOURD, présidente de la Fédération des réseaux de santé gérontologiques d'Île-de-France. Un des principaux travaux des réseaux a été de trouver des tableaux de bord identiques pour des thématiques très différentes : les personnes âgées, la cancérologie et les soins palliatifs. Une belle expérience dont pourrait s'inspirer le modèle médico-social.

[Télécharger la présentation](#)

ÉVALUATION ET DONNÉES DE SANTÉ : où est l'intérêt de l'utilisateur ?

Atelier animé par **Catherine GRENIER**, adjointe DAQSS, chef du service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Haute autorité de santé (HAS)

Expert : **Jean de KERVASDOUE**, professeur titulaire d'économie et de gestion des services de santé, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Discutant : **Christian SAOUT**, conseiller du président de la HAS et ancien président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

L'accès aux données de santé est une problématique nationale qui freine certaines actions de régularisation et de contrôle des pratiques et prescriptions. Le gouvernement a promis un débat national sur ce thème et un rapport de l'IGAS est attendu. Les idées ne manquent pas pour améliorer cet accès, mais c'est une réelle volonté politique sur ce sujet qui fait défaut.

« Les procédés actuels de recueil des données de santé s'appuient sur la corrélation entre la mesure de résultats et le contrôle des moyens mis en œuvre. Cette démarche est certes nécessaire mais insuffisante pour prévenir, agir ou assurer une causalité entre ces deux entités » selon Jean de KERVASDOUÉ. Dans cette même logique, la question n'est pas de savoir si les médicaments sont efficaces mais s'ils sont prescrits à bon escient, dans un contexte de croissance exponentielle des savoirs et des techniques. Il propose deux outils pour améliorer les prescriptions : un « réseau de

et des prescriptions mais n'est pas réhibitoire. Une vraie volonté politique axée sur le contrôle de l'équation entre les besoins des patients, l'accès aux soins et la légitimité des pratiques, et donc sur l'accès au PMSI en temps réel paraît indispensable et réalisable. De toute évidence, l'adhésion de tous les médecins est requise, sans que cela ne soit considéré comme une sanction ou une régression, mais bien dans un souci d'amélioration des parcours de soins. L'État ne pourra être le seul acteur. C'est en collaboration avec les sociétés savantes, l'Académie de médecine, la HAS et les ARS et que ces nouveaux outils verront le jour.



« Les procédés actuels de recueil des données de santé s'appuient sur la corrélation entre la mesure de résultats et le contrôle des moyens mis en œuvre. Cette démarche est certes nécessaire mais insuffisante pour prévenir, agir ou assurer une causalité entre ces deux entités »

la connaissance » à l'usage des professionnels de santé et une vérification des prescriptions et des parcours de soins. Le premier serait un « Google » médical, proposé en accord avec les sociétés savantes pour codifier le savoir en français ; le second pourrait suivre un algorithme relié à un réseau qui permettrait une analyse systématique. L'essor de la médecine libérale et des pratiques non contrôlées apparaît comme un frein à la transparence des actes

Le point de vue de Christian SAOUT est clair : accéder aux données de santé est un droit fondamental qui permet aux acteurs de la société civile de construire de la connaissance solidaire et d'ajuster leurs actions vers les plus nécessiteux. C'est également un moyen de donner le choix aux usagers et sur ce point, quelques progrès restent à faire. Par exemple, en termes de consentement éclairé, il existe à l'heure actuelle 4 ou 5 modèles différents selon les établissements. Il faut en viser un seul unifié et express. De plus, si l'on veut améliorer l'accès aux données de santé, les opposants et les freins au progrès et aux libertés doivent être identifiés. Les solutions avancées sont simples, mais elles impliquent que les instances politiques et la société civile s'emparent du sujet. Une transparence des règles d'accès aux données s'impose, accompagnée d'un renforcement des compétences et des moyens de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

[Télécharger les présentations](#)

Jean de KERVASDOUE

|

Christian SAOUT

L'ÉVALUATION PARTICIPATIVE : levier de changement pour l'amélioration de la performance du système de santé ?

Expert : **José Carlos SUAREZ-HERRERA**, professeur en *management* des organisations de santé, Euromed Management et université de Montréal et **Corinne GRENIER**, professeur et directrice scientifique du pôle Santé-Social, Euromed Management

Discutant : **Bernard ELGHOZI**, vice-président de l'Union nationale des réseaux de santé (UNR) (le vendredi) ; **Gérard MICK**, président de l'Union nationale des réseaux de santé (UNR) (le samedi)

Comment dépasser la résistance souvent manifestée par les acteurs et institutions lorsqu'il s'agit d'évaluer leurs pratiques, leur fonctionnement, leurs résultats ? Les démarches d'évaluation participative sont une réponse possible.

Corinne GRENIER : « Il s'agit de répondre avec les acteurs concernés aux limites à l'appropriation d'une évaluation et montrer l'intérêt à la mener ». Cette approche permet d'éviter des biais ou craintes des professionnels. Ce qui doit se traduire par une meilleure mobilisation des acteurs, davantage impliqués dès le démarrage d'un processus. « Pour éviter une vision dénaturée produite par une seule lecture des chiffres, il faut être capable de remonter aux modèles théoriques qui expliquent les comportements des acteurs et se baser sur eux pour construire des propositions concrètes d'action conjointe. » Corinne GRENIER propose de rapprocher les acteurs de terrain des chercheurs. L'objectif est de conjuguer les indicateurs et les mesures en réinterrogeant les modèles théoriques : « Cette démarche de recherche évaluative participative impose quelques efforts pour apprendre à se comprendre, admettre les horizons de temps différents et les contraintes institutionnelles respectives, afin de produire ensemble des pratiques d'évaluation nouvelles ».

CRÉER DES ESPACES DE COCONSTRUCTION

Corinne GRENIER décrit l'expérimentation menée depuis 2005 à l'Espace partagé de santé publique (EPSP) de Nice : « Des médecins hospitaliers, généralistes et spécialistes libéraux, tous volontaires, échangent plusieurs fois par an avec les tutelles et les collectivités locales, les élus, les mutuelles et les directeurs d'établissement dans le cadre d'un comité des programmes. Il s'agit de travailler ensemble et de dépasser les logiques de pouvoir pour mieux se comprendre et innover ensemble. Dans ce contexte, on observe que le jeu d'acteurs se transforme, il est moins institutionnalisé, et chacun devient capable de se positionner dans des actions pour un objectif partagé. Qui peut être par exemple une meilleure prise en charge des personnes dépendantes ».

À ses côtés, Gérard MICK souligne l'importance de ces initiatives qui lui rappellent le fonctionnement des réseaux de santé, dont le but est d'abord de répondre aux difficultés de coordination entre la ville et l'hôpital : « Pour évaluer un dispositif coopératif comme un réseau de santé, il faut que tout le monde puisse y participer ». Ce préalable impose « un dialogue collectif et non contradictoire, car les acteurs ne doivent pas se retrouver en compétition pour avancer ensemble. C'est une sorte d'autoanalyse accompagnée par le chercheur de l'équipe qui offre un cadre à cette réflexion ». On pourrait attendre des audits sociaux commandés par les Agences régionales de santé (ARS) qu'ils jouent ce rôle, et que les auditeurs soient en mesure de proposer un accompagnement aux changements pour les mesures qu'ils préconisent. « L'auditeur

« Pour évaluer un dispositif coopératif comme un réseau de santé, il faut que tout le monde puisse y participer. »

jouerait ce rôle dévolu au scientifique. La méthode présentée par Corinne GRENIER autorise cette coconstruction d'indicateurs par les acteurs du dispositif et les acteurs bénéficiaires. C'est une réelle nouveauté qui permet de faire intervenir les professionnels de santé de premier recours et les usagers. » Gérard MICK ne voit d'avenir que dans cette mise en œuvre collective de la réflexion et de l'écriture des indicateurs.

Carole AVRIL de l'AFD interroge les intervenants, sur la manière de modifier « ces modèles de santé publique propres à chacun des acteurs ». Corinne GRENIER souligne « l'importance de ne pas masquer les différences de points de vue. L'évaluation participative traduit des controverses. Il faut les mettre en avant, les expliquer afin d'évacuer les doutes et les craintes. » « Un exercice de traduction est nécessaire, conclut-elle. Il faut se dire les choses pour améliorer les pratiques et la performance du système de santé dans son ensemble. »

 [Télécharger la présentation](#)

QUELS INDICATEURS CHOISIR pour devenir un acheteur avisé de santé ?

Expert : **Victor RODWIN**, professeur, politiques et gestion des services de santé, *New York University* - Professeur invité au Centre national des arts et métiers

Discutants : **Claude GISSOT**, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques, Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (atelier du vendredi)

Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques, Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (atelier du samedi)

L'Assurance maladie a développé progressivement différents indicateurs.

Objectifs : savoir ce qui se passe réellement sur le terrain et conduire des actions correctives éclairées, en cas de besoin.

D'entrée de jeu, Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAM, s'étonne : « *Il est affirmé ici et là que les indicateurs de l'Assurance maladie restent les mêmes depuis trente ans. Ce qui n'est pas vrai. Nous en produisons de nouveaux, plus médicalisés et plus élaborés. Pour autant, même les plus simples restent souvent pertinents* ». Dans les deux cas, ces tableaux de bord permettent à l'Assurance maladie de se poser les questions et d'agir plus intelligemment.

REPÉRER LES PATHOLOGIES

Les indicateurs simples avaient posé les bases de cette approche décisionnelle éclairée. Sur le terrain, l'acheteur a pu observer la variabilité des taux d'intervention. Et il a cherché à cerner la pertinence des actes effectués avec, en toile de fond, une interrogation : quelle est la bonne pratique ? Pour aller plus loin, des indicateurs de deuxième génération sont apparus. Leur vocation : repérer les pathologies. Appliqués au diabète, par exemple, ils ont permis de suivre la qualité de sa prise en charge. Les recommandations préconisées sont-elles bien prises en compte sur le terrain ? L'occasion de savoir si les objectifs de qualité de suivi ont été atteints. L'une des applications permises par ces indicateurs a été le lancement des Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

Un nouvel étage d'indicateurs a été mis au point, afin de permettre à la CNAM d'être un acheteur éclairé. Ces statistiques « *nous offrent la possibilité de retracer les parcours de soins grâce au chaînage des données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) avec celles des remboursements de la médecine de ville* ». Résultat : « *Nous avons constaté des vérités impossibles à déceler autrement. Par exemple, les mêmes interventions chirurgicales donnaient lieu à des volumes d'actes de kinésithérapie de rééducation très variables d'une région à une autre. En cardiologie, les patients suivaient-ils réellement la médication*

prescrite ? Dans ce dernier cas, les indicateurs de troisième génération permettent d'y voir plus clair. Et, en cas de besoin, d'organiser un programme de sensibilisation à la prise de médicaments postopératoire ».

COMPARER LES INDICATEURS

Comment interpréter ces indicateurs ? Plusieurs cas. Si des référentiels existent, la comparaison est simple à opérer pour dégager des points d'amélioration. Le cas échéant, opérer un comparatif d'un département/pays à un autre peut avoir du sens. Autre piste, se lancer dans la réalisation de référentiels qui ne sont pas forcément opposables.

Le dernier mot est revenu à Victor RODWIN, de la *New York University* : « *Sous un angle prospectif, les indicateurs deviennent légitimes à travers leur acceptation par la partie prenante. Or, en France, les professionnels de santé restent négatifs vis-à-vis de ces statistiques. Une coproduction est nécessaire* ». Et l'expert de préciser : « *L'information dont dispose la CNAM sur les remboursements devrait permettre d'apprendre "qui fait quoi". Ensuite, il s'agit d'informer puis de communiquer sur ce qui se passe, et de comparer ensuite entre les régions. Viendra alors le stade de l'évaluation qui demande plus de recherche. Enfin, le contrôle pourra être instauré. Mais il faut pour l'heure minimiser cette approche de contrôle et maximiser les autres* ».



↓ Télécharger les présentations

Victor RODWIN

Claude GISSOT
Dominique POLTON

ÉVALUATION DES PARCOURS sur un territoire : la contribution de la méthode du patient traceur

Expert : **Michel VARROUD-VIAL**, chef de service du SMACDAM, Haute autorité de santé (HAS)

Discutant : **Ayden TAJAHMADY**, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Il est difficile d'évaluer *ex nihilo* la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours au sein d'un établissement. Pour aider les établissements à y arriver, la Haute autorité en santé (HAS) met progressivement en place la méthode du patient traceur. Aperçu de cette approche innovante.

À la fois nouvelle approche de visite de certification et outil de suivi de l'efficacité de la prise en charge des personnes malades, la méthode du patient traceur est en cours d'implémentation au sein de la HAS. Comment définir cette approche inédite et expérimentale d'évaluation présentée dans le cadre des ateliers prospectifs de l'ANAP cette année ? Pour la HAS, c'est tout simplement « une nouvelle démarche de visite de certification V2014 : à partir du séjour d'un patient hospitalisé, elle offre la possibilité d'évaluer différents paramètres que sont les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent ». Pour mener à bien cette nouvelle approche, tout établissement utilisateur doit passer en revue toutes les étapes du parcours au sein d'un territoire donné. L'accueil est le point de départ et sa qualité se mesure à travers différentes dimensions : la bientraitance, l'information, la confidentialité et le délai. L'hospitalisation est également prise en compte à travers les mêmes paramètres auxquels il faut ajouter l'intimité du patient ainsi que le délai de prise en charge. Quant à la sortie, elle est considérée au travers des informations livrées aux patients, notamment.

Utilisée comme méthode de visite, l'approche du patient traceur permet à la certification de replacer le parcours et la prise en charge du patient au cœur de sa démarche. Dans sa dimension d'outil d'amélioration de la qualité des soins, cette méthode offre la possibilité d'analyser tout le parcours du patient, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle. Sa singularité est de tenir compte des avis des patients et leur vécu, une approche participative prônée tout au long des différentes sessions de cette université d'été. En somme, la méthode du patient traceur doit permettre de capitaliser sur l'esprit et la démarche d'équipe sans oublier la mise en œuvre d'un projet associé.



Reste le cas de son application sur le terrain. Comment décliner en environnement de production de soins et évaluer un parcours de santé en vue de l'améliorer ? La HAS propose une démarche simple. Elle commence par l'information des professionnels de santé. Ce groupe de travail doit ensuite retenir un thème et un référentiel de parcours correspondant. Par la suite, les patients traceurs sont sélectionnés. Leurs parcours pouvant être reconstitués à partir de leur dossier et des entretiens. Les données glanées sont mises en commun et analysées, dans le cadre d'une réunion de trois heures avec les professionnels de santé puis tous les professionnels concernés. Cette séance, qui peut être animée par un expert externe, a pour finalité d'identifier les problèmes rencontrés. Les résultats sont proposés sous forme d'une synthèse transmise à la gouvernance. Celle-ci est utilisée en vue d'une amélioration et d'une évaluation des processus. Cet exercice peut durer quatorze heures.

Quels sont les bénéfices de la méthode du patient traceur ? Ils sont pluriels. Non seulement elle contribue au Développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé, elle permet, au sein d'un établissement, une appropriation collective des parcours. Autre valeur ajoutée, elle réunit dans un territoire tous les professionnels de santé ainsi que les acteurs sociaux. Dimension innovante, elle tient compte de l'expérience du patient.

[Télécharger la présentation](#)



03

LES ATELIERS DE RETOURS D'EXPÉRIENCE

Les ateliers de retours d'expérience permettent
aux professionnels de santé de faire part
des enseignements qu'ils tirent des initiatives innovantes
qu'ils ont mises en œuvre.



DES INDICATEURS PERTINENTS pour estimer le degré de coordination des acteurs

Jérôme MALFROY, directeur de la Performance, ARS Franche-Comté

À mi-chemin entre les secteurs sanitaire et médico-social, l'ARS de Franche-Comté s'est engagée dans une expérimentation autour du handicap. Présentation de la méthode déployée et des facteurs contribuant à la réussite de cette initiative.

L'ARS de Franche-Comté s'est penchée sur la situation des établissements qui accueillent régulièrement des personnes handicapées. Constat a été fait de nombreuses difficultés liées au retour des patients, s'effectuant parfois à des horaires totalement inappropriés, dans des conditions difficiles et parfois même, sans traitement. L'inadéquation ou la sous-utilisation des fiches de coordination compliquait la transmission d'informations nécessaire à la poursuite de la prise en charge entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social. À titre d'illustration, Jérôme MALFROY cite « les retards et les délais de prise en charge aboutissant à la fin des effets de la prémédication, et donc au report de la prise en charge, très préjudiciable pour ces personnes fragiles ».

L'ARS de Franche-Comté a d'abord proposé à chacun une définition commune de l'articulation attendue. En considérant « l'ensemble des processus, organisations de travail et outils comme autant de dispositifs participant à la construction d'une interface entre les différentes structures à l'occasion de la prise en charge d'une même personne ou d'un même public ». À l'échelle d'une structure, l'ARS a conçu des solutions pour concilier les différents acteurs dont l'absence d'articulation aboutissait à des plaintes ou des réclamations. Jérôme MALFROY présente le fruit de ce travail qui portait sur la définition des indicateurs pertinents.

DÉFINIR DES INDICATEURS PERTINENTS CONCERNANT L'ARTICULATION

Pour établir un diagnostic partagé sur les difficultés entre les différents secteurs, l'ARS de Franche-Comté a lancé des projets expérimentaux offrant aux professionnels l'opportunité de développer des actions. Ces travaux ont porté sur les trois thématiques suivantes : les liens dans les établissements de type FAM/MAS et les établissements de santé, entre les établissements de type FAM/MAS et les professionnels de santé et enfin l'étude de la relation entre les établissements de santé et les professionnels libéraux. Ces trois démarches expérimentales ont été initiées entre février et mai 2012.

« Ensuite, nous avons utilisé le comité de pilotage régional pour réunir tous les établissements participants, convenir des résultats attendus sur la base d'indicateurs communs et valoriser les facteurs de progrès auprès des professionnels impliqués. Il s'agissait de déterminer les indicateurs "sentinelles" à observer chaque année, pour ne pas relâcher les efforts et conforter les organisations mises en place », explique Jérôme MALFROY.

DÉPASSER LES CONTRADICTIONS

Les intervenants confient ne pas disposer de « recettes miracles » pour bâtir ces indicateurs pertinents de mesure du changement.

« En maintenant la vigilance à travers ces indicateurs "sentinelles". »

L'ARS de Franche-Comté est néanmoins parvenue à établir un corpus d'une quinzaine d'indicateurs faisant consensus auprès des acteurs concernés. « En maintenant la vigilance à travers ces indicateurs "sentinelles", nous déployons nos activités pour adapter ces solutions à l'échelle locale. Cela correspond à notre mission d'animation territoriale et nous disposons désormais d'un outil pour les faire entrer plus facilement dans cette démarche », conclut Jérôme MALFROY.



[Télécharger la présentation](#)

ÉVALUER UNE POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ

Intérêts et limites des indicateurs suivis en Pays de la Loire

Catherine OGE, responsable du Département d'évaluation des politiques de santé et dispositifs (DEPS);
Jean-Paul BOULE, médecin de santé publique chargé d'évaluation de politiques de santé (atelier du vendredi);
Xavier BRUN, chargé d'évaluation de politiques de santé (atelier du samedi), ARS des Pays-de-la-Loire

Quels sont les intérêts et les limites des indicateurs suivis en Pays-de-la-Loire pour évaluer la politique régionale de santé ? Le cas de la lutte contre le suicide y apporte une réponse concrète.

Une évaluation régionale des politiques de santé permet d'aller au-delà des indicateurs de suivi des plans nationaux et de mettre en exergue des plans systémiques. Pilotée par l'ARS, elle offre la possibilité de disposer d'éléments d'ajustement sur la base des effets constatés et d'alimenter le débat. Une bonne utilisation des ressources publiques plaide pour une telle démarche qui ouvre la porte à des expérimentations de dispositifs innovants.

L'ARS des Pays-de-la-Loire est dotée, depuis sa création, d'un service dédié à l'évaluation : le Département d'évaluation des politiques de santé (DEPS). Parmi ses missions, il effectue un suivi stratégique du Projet régional de santé (PRS) sur la base de 90 indicateurs de résultat. L'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide a été une étape-clé dans la réalisation d'un cadre méthodologique de mesure des politiques régionales par cette ARS.

CAHIER DES CHARGES

Deux questions évaluatives ont été posées dans le cahier des charges de l'évaluation de la politique de lutte contre le suicide : quelles sont, au plan national, les actions des programmes précédents à poursuivre ou à modifier ? Quid des atouts et des marges de progrès en Pays-de-la-Loire ? Neuf sous-questions évaluatives ont été formulées (facteurs de risque, etc.). Partant des définitions autour du suicide, un arbre des objectifs a été conçu, puis des indicateurs ont été définis : ceux prévus dans la planification et ceux à créer pour l'évaluation. Parmi ceux retenus : taux de mortalité, taux de récurrence, etc. Des investigations étaient nécessaires pour évaluer la politique régionale du suicide.

Plusieurs conclusions ont émergé à partir du croisement des indicateurs. Et des recommandations formulées parmi lesquelles la nécessité de questionner la pertinence des indicateurs existants.

La construction d'un indicateur est un travail chronophage, mais permet de gagner du temps ensuite : c'est un investissement !



Une conclusion : les indicateurs de suivi et de pilotage ne suffisent pas toujours. Il en faut pour une évaluation permettant de vérifier l'efficacité d'une politique sur le terrain. Ils doivent être mis en place dès le lancement de la politique. L'évaluation implique de croiser des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. La construction d'un indicateur est un travail chronophage, mais permet de gagner du temps ensuite : c'est un investissement !

VERS UN LABEL « bien vivre en EHPAD » avec l'EHPADOMÈTRE

Marc MOULAIRE, ingénieur Risques et Qualité, GCS HELPALM

L'outil EHPADOMÈTRE a été mis en place récemment, dans le cadre d'une démarche coordonnée de qualité et de gestion des risques au sein du groupement de coopération sanitaire HELPALM. Ce groupement existe depuis 2008 et rassemble 9 établissements en Ardèche.

Ce travail a été réalisé en collaboration avec l'ensemble des « *relais qualité* » de chaque établissement, en vue de la préparation de l'évaluation interne et externe des EHPAD.

L'EHPADOMÈTRE, qui a obtenu le prix du public aux Journées internationales de la qualité hospitalière en santé (JIQHS) en 2012, est centré sur la personne avec la volonté d'être au plus près des besoins du résident. Il a pour objectif d'évaluer « *le bien-vivre en EHPAD* ».

Cet outil pourrait à terme attirer les établissements vers un niveau d'excellence. Il pourrait faire l'objet d'une diffusion par le biais d'un classement des meilleurs EHPAD, dans lesquels « *il fait bon vivre* », nous explique Marc, ingénieur Risques et Qualité au GCS HELPALM.

L'EHPADOMÈTRE permet de mieux appréhender la qualité de vie dans un EHPAD. Le référentiel est construit sur 9 grands thèmes du « *bien-vivre* » : être bien accueilli, être bien chez soi, bien manger, vivre dans un site agréable, se sentir en sécurité, être bien soigné, s'occuper, être écouté et respecté, payer le juste prix.

Issu de la réflexion entre professionnels et résidents, l'EHPADOMÈTRE est constitué de 122 questions avec 4 niveaux de réponse. Les 9 thèmes, cotés de 1 à 10, sont représentés en étoile pour prioriser les besoins des usagers, associés à des données sur l'établissement comme le nombre total de lits, le taux annuel d'occupation et l'effectif du personnel, etc.

Lors de l'analyse, il s'agit de croiser l'évaluation des professionnels avec l'appréciation des usagers. Réalisée 1 ou 2 fois par an, l'étude permet aux professionnels de rentrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Les établissements qui le souhaitent peuvent aussi se comparer entre eux. Si l'outil ne mesure pas les effets auprès des usagers, il permet de donner une photographie de la satisfaction des résidents de l'EHPAD.

**L'EHPADOMÈTRE
permet de mieux appréhender la qualité
de vie dans un EHPAD.**

Les freins à la mise en place de cet outil résident dans le temps passé à le compléter et sa perception comme une évaluation supplémentaire. En outre, certains responsables mécontents de leurs notes peuvent être tentés de les surévaluer.

Pour pérenniser cet outil, un des facteurs de réussite serait de faire adopter l'EHPADOMÈTRE comme un outil préalable à l'évaluation interne. La participation des professionnels à l'évaluation et la diffusion des résultats pour une comparaison entre établissements constituent également les clés de son futur succès.



[Télécharger la présentation](#)

CRÉATION ET ÉVALUATION d'une filière innovante de prise en charge du cancer du sein

Ghada HATEM, praticien hospitalier, hôpital Delafontaine Saint-Denis
et Carole BONNIER, professeure associée, ESCP Europe

Afin d'offrir aux patientes de Seine-Saint-Denis atteintes d'un cancer du sein une prise en charge de qualité au plus près de leur domicile, l'hôpital Delafontaine a réorganisé la « filière cancer du sein » et uni ses efforts avec l'Institut Curie dans le cadre d'un partenariat auquel est également associé le Centre hospitalier de Gonesse.

Présenter une méthodologie pour l'élaboration d'un tableau de bord, permettant de suivre et d'évaluer les différentes étapes de la trajectoire de santé des patientes, est l'objectif de cet atelier. Dans ce cas précis, c'est l'amélioration de la prise en charge du cancer du sein en Seine-Saint-Denis qui est étudiée. Le constat est simple, l'organisation de la filière de soins relative à cette pathologie est inadaptée dans ce département et le cancer du sein tue davantage sur ce territoire. Refusant ce bilan, Ghada

cancers et le taux de reprise pour exérèse limite. De même, chaque variable d'action est traduite pas des indicateurs. Si l'on se penche sur celle qui consiste à disposer des ressources matérielles et humaines adaptées, l'indicateur correspondant est le délai entre la première consultation et l'intervention. Une autre variable d'action est mesurée : le respect des recommandations de l'INCa, qui est associé à un indicateur comptabilisant le nombre de Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) déclarées conformes après contrôle qualité de l'Institut Curie. Une fois ce tableau de bord construit, la périodicité de ses indicateurs est définie, ainsi que ses références de comparaison et les instances auxquelles les communiquer. Ghada HATEM et Carole BONNIER insistent sur la vie de cet outil, sa mission principale est de rendre compte des écarts selon les objectifs, afin d'entreprendre rapidement des actions d'amélioration.

Les objectifs à atteindre et leurs variables d'action ont été définis et c'est selon ces critères que les indicateurs sont choisis et non l'inverse.

HATEM et son équipe ont élaboré un plan d'action. Un dialogue avec d'autres établissements s'est avéré indispensable et le partenariat avec l'Institut Curie (« Label Curie ») a vu le jour, résultat d'un capital redéploiement de la prise en charge des cancers du sein, renforcé par l'acquisition d'un mammographe pour la mise en œuvre d'une unité de dépistage et d'une « Consultation-Diagnostic » en 7 jours, le CD7. Le « Label Curie » permet d'affilier l'hôpital Delafontaine à l'Institut Curie en termes de qualité des soins (ex. : accès des patientes à des essais cliniques), et le CD7 regroupe consultation, imagerie, biopsie et mise en œuvre du traitement. Avec l'aide de Carole BONNIER, des outils ont été créés pour évaluer ces nouvelles activités. Les objectifs à atteindre et leurs variables d'action ont été définis et c'est selon ces critères que les indicateurs sont choisis et non l'inverse. Ainsi, un tableau de bord basé sur le *Balanced Scorecard* collige toutes les données. À chaque objectif correspondent des indicateurs de résultat. Par exemple, accélérer le processus du CD7 est évalué selon l'évolution du nombre de consultations CD7, le nombre de



[Télécharger la présentation](#)

AMÉLIORATION DE LA RECONNAISSANCE des professionnels au travail dans les établissements de santé

Valentin DAUCOURT, médecin de santé publique, directeur adjoint ; **Aurélié GRILLOT**, responsable d'évaluation, chargée de mission, réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté (RéQua)

Facteur de mobilisation et de motivation des professionnels, la reconnaissance au travail fait aujourd'hui l'objet d'études qui montrent qu'un tiers des salariés en sont insatisfaits. Exemple de méthodes et d'outils permettant d'en évaluer et d'en mesurer l'impact en Franche-Comté.

L'élaboration d'un référentiel *management* en établissement de santé en région Franche-Comté est devenue impérative, selon Valentin DAUCOURT, médecin de santé publique, directeur-adjoint du Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté (RéQua) : « En mai 2012, un groupe de travail a démarré au



niveau régional pour affiner les thématiques sur lesquelles les établissements de Franche-Comté souhaitent investir. L'amélioration de la reconnaissance des professionnels au travail a fait d'emblée l'unanimité, car elle est devenue un levier essentiel de satisfaction et de motivation des professionnels», résume-t-il. Globalement, 37% des salariés seraient insatisfaits de la reconnaissance de leur investissement au travail. Un résultat qui expliquerait, selon Valentin DAUCOURT, le taux élevé de *turnover* dans les équipes de soins, qu'une étude américaine récente situe entre 0 et 20% chaque année.

MESURER LE RESENTI ET FIDÉLISER LE PERSONNEL

D'après la définition de l'équipe canadienne de Jean-Pierre BRUN, de la chaire en gestion de la santé et la sécurité au travail, « la reconnaissance est l'appréciation de la personne comme un être authentique, qui mérite du respect et qui possède des besoins, ainsi qu'une expertise unique », explique Valentin DAUCOURT. Cette reconnaissance serait même un concept multiforme, portant à la fois sur l'individu, ses pratiques professionnelles et ses résultats. Aurélié GRILLOT, chargée de mission au sein du réseau RéQua, présente l'outil de mesure du ressenti des professionnels mis au point pour apprécier aussi l'impact de la politique managériale mise en œuvre. Pas moins de 14 établissements d'univers variés sont impliqués dans cette expérimentation en Franche-Comté. Aujourd'hui, 5 établissements volontaires testent les 14 thématiques et 6 critères de l'outil qui permet de prioriser les actions de fidélisation à mettre en place. Il s'agit d'apprécier le niveau d'acceptabilité au changement, la cohérence des projets, les délais de réalisation et les ressources à mobiliser. Un travail concret, assorti de recommandations assez simples. « Il s'agit de mieux formaliser les actions et de faciliter l'accès à la formation, l'usage permanent de la politesse, l'affichage de tableau d'honneur ou de courriers personnels de remerciement aux salariés vertueux. » Elle poursuit en expliquant que « cette reconnaissance peut aussi passer par l'attribution de congés supplémentaires ou de projets spécifiques valorisants qui consolident l'estime de soi ».

Philippe VIGOUROUX, directeur général du CHU de Bordeaux, intervient sur le sentiment d'appartenance « souvent très fort au niveau d'un service, mais qui s'effiloche au fur et à mesure que l'on monte dans les étages de l'hôpital pour devenir finalement assez faible à l'échelon d'un CHU ». Christian ESPAGNO, directeur du pôle « déploiement et maintenance » de l'ANAP, précise d'ailleurs que « ce sentiment évolue aussi en fonction du statut public ou privé de l'établissement ». Aurélié GRILLOT espère que cette étude permettra de mettre davantage en exergue la corrélation entre le *management*, la reconnaissance professionnelle et la fidélisation des personnels.

[Télécharger la présentation](#)

DÉVELOPPER UNE « BOÎTE À OUTILS » permettant la mesure et le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins : de la perception individuelle à l'intangible collectif

Agnès CAILLETTE-BEAUDOIN, médecin-directeur, Caly dial (ESPIC)

Historiquement, la mesure de la qualité a généralement été réservée à une élite. Comment démocratiser l'accès aux indicateurs pour passer d'une perception individuelle à un regard collectif? Exemple de Caly dial.

Pour répondre à cette interrogation, il est nécessaire d'être passé par la mise en place d'une boîte à outils décisionnelle au sein de Caly dial, établissement spécialisé dans le traitement de patients atteints de maladies rénales chroniques. « *Initialement, nous avions un système d'évaluation parcellaire émaillé essentiellement d'indicateurs de gestion construits par chaque responsable de service. Difficile d'avoir une vision d'ensemble nécessaire dans un environnement réglementé et source de gestion de la qualité* », explique le Dr Agnès CAILLETTE-BEAUDOIN, directrice.

BOÎTE À OUTILS

Pour disposer d'indicateurs communs et faciles à mettre en œuvre, une boîte à outils a été conçue. En amont, la maîtrise d'ouvrage représentée par les responsables a été mobilisée dans le cadre d'un comité d'encadrement chargé de réaliser de nouveaux indicateurs de processus et de résultats. Une analyse de faisabilité de ces statistiques a été effectuée. Tout comme celle de leur pertinence à l'échelle globale, par rapport aux politiques de santé publiques et aux orientations stratégiques de Caly dial. Cette phase a été conduite sous la vigilance de la responsable qualité des professionnels. En fait, le tableau de bord produisant les indicateurs de pilotage a été bâti collectivement et dans une logique participative.

INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE

Le résultat de ce projet est intervenu sous la forme d'un système décisionnel proposant des indicateurs par processus relatifs à la prise en charge de patients (hémodialyse, dialyse, péritonéale, centre de santé, hygiène, prise en charge médicamenteuse, etc.) et ceux indirectement inhérents à la prise en charge des patients (*management* des risques, maintenance biomédicale, système d'information, ressources humaines, etc.).

Quid de la vie de ces indicateurs ? Trimestriellement, un rétro-planning opérationnel est tenu : recueil des données auprès de chaque responsable de secteur, leur fusion par la responsable qualité puis validation par ceux qui les alimentent. S'ensuit une préanalyse en comité de pilotage puis en comité d'encadrement, qui réunit tous les cadres de l'établissement et qui permet un partage des résultats, des réussites et difficultés, une analyse collective, une comparaison avec les politiques sectorielles et exigences des tutelles avec en prime des ajustements, en cas de besoin. Clairement, Caly dial est passé d'une perception individuelle à une approche collective de l'analyse des indicateurs.



[Télécharger la présentation](#)

ÉVALUATION DES SÉJOURS PROLONGÉS des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie : quelle prise en charge leur proposer ?

Marylène MORDASINI, présidente de CME, centre hospitalier de Ravenel

Le centre hospitalier de Ravenel a construit un système d'évaluation pour statuer sur la meilleure prise en charge de ses patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. Démonstration

Le centre hospitalier Ravenel, en 2012, avait effectué 72 339 journées d'hospitalisation à temps plein et 7 012 journées en appartements thérapeutiques. Quelle serait la meilleure prise en charge à proposer aux patients hospitalisés au long cours dans un contexte régional juridique et financier fortement contraint ?

Le premier travail effectué sur le terrain a abouti à la constitution d'une typologie initiale de patients sur la base des grilles AGGIR et Pathos. Il a abouti à la création de groupes homogènes de patients. En complément, un algorithme de profilage a été utilisé pour dégager la population la plus importante avec création de groupes par effectifs décroissants (Maison d'accueil spécialisée (MAS) psychiatrique/ 31 patients, soins de longue durée 20 patients, etc.). Une des conclusions de cette étude est la possibilité d'une prise en charge alternative pour la majorité de ces patients sous réserve de maintenir une charge en soins importante. Une autre est de s'attacher à améliorer l'outil d'évaluation pour l'utiliser dès le seuil d'hospitalisation de 90 jours.

Les objectifs de ce travail étaient clairs : trouver un système d'évaluation reproductible et comparable.

À quels indicateurs recourir pour statuer en l'absence de référentiels nationaux en psychiatrie ?

Ce travail d'évaluation a été conduit sur les séjours supérieurs à 292 jours, seuil considéré comme un indicateur d'inadéquation. Quel référentiel d'analyse utiliser ? Entre les grilles spécifiques à la psychiatrie et celles non spécifiques, « nous avons opté pour la seconde option, à savoir AGGIR, et PATHOS », explique le Dr Marylène MORDASINI, présidente de la commission médicale de l'établissement. Les objectifs de ce travail étaient clairs : trouver un système d'évaluation reproductible et comparable.

L'effectif concerné était composé de 88 patients, soit un quart des personnes hospitalisées à temps plein dont 18 patients sans perspective de sortie (irresponsables pénaux). Premier constat : pas de patient hospitalisé de moins d'un an. Les premiers résultats de l'étude ont montré que la cohérence est la capacité la plus atteinte, suivie des troubles de l'hygiène engendrés par certaines pathologies. Chez ces patients, on constate une forte perte de l'autonomie sociale avec, à la clé, des difficultés sévères d'insertion.



[Télécharger la présentation](#)

REMERCIEMENTS



| | |
|--------------------------|-----------------------------------------|
| Monique ABAD | Françoise JUNGFER |
| Christine ALBESSARD | Pierre KOPP |
| Didier ALAIN | Amah KOUEVI |
| Bruna ALVES DE REZENDE | Mona KRICHEN |
| Christian ANASTASY | Philippe LEDUC |
| Alain ARNAUD | François LESPÉRANCE |
| Anne BELLANGER | Marie-Dominique LUSSIER |
| Anne-Carole BENSADON | Jamel MAHCER |
| Rachel BOCHER | Jérôme MALFROY |
| Carole BONNIER | Pascale MARTIN |
| Jean-Paul BOULE | Marie-France MAUGOURD |
| Xavier BRUN | Gérard MICK |
| Stéphane BURON | Gwendoline MIGUEL |
| Igor BUSSCHAERT | Étienne MINVIELLE |
| Agnès CAILLETTE-BEAUDOIN | Jean-Claude MOISDON |
| Didier CHARLANNE | Marylène MORDASINI |
| François CHARLEUX | Marc MOULAIRE |
| Franck CHAUVIN | Thierry MULSANT |
| Stéphanie CHEVALIER | Catherine OGE |
| Christiane COUDRIER | Jacques ORVAIN |
| Michel CREMADEZ | Marie-Aude POISSON |
| Valentin DAUCOURT | Dominique POLTON |
| Jean DE KERVASDOUÉ | Sabine REY-ARLES |
| Marie-Sophie DESAULLE | Philippe RITTER |
| Bernard EL GHOZI | Victor RODWIN |
| Christian ESPAGNO | Christian SAOUT |
| Claude ÉVIN | Pauline SASSARD |
| Loïc GEFFROY | Pierre SAVIGNAT |
| Claude GISSOT | Aymeric SCHMITT |
| Catherine GRENIER | Claude SICOTTE |
| Corinne GRENIER | José Carlos SUAREZ-HERRERA |
| Auréliе GRILLOT | Ayden TAJAHMADY |
| André GRIMALDI | Majid TALLA |
| Jean-Luc HAROUSSEAU | Michel VARROUD-VIAL |
| Ghada HATEM | Jean-Guilhem XERRI |
| Élisabeth JACQUELINE | L'orchestre de Jazz du CHU de Nantes |
| Stanislas JOHANET | |

Rédaction : ANAP - Décision Santé
Conception : Content Design Lab Réalisation : Planet 7
Crédit photos : ANAP
Impression : ACI

Octobre 2013



les universités d'été de la
performance en santé

Retrouvez sur le site de l'Université d'été toutes les présentations
des intervenants, les posters, les photos, les vidéos...
www.performance-en-sante.fr