



Les classements d'hôpitaux présentés dans la presse sont basés sur des critères incomplets et controversés. La qualité des établissements repose en grande partie sur l'organisation du travail et la capacité d'adaptation.

Pierre Lombrail
Laboratoire de santé publique,
CHU de Nantes

Lien entre hit-parades, indicateurs de performances et qualité

Les limites de validité des classements des hôpitaux publiés dans certains médias ont déjà été largement débattues [30, 31] ; on peut en rappeler quelques-unes :

- ils se fondent sur des indicateurs peu valides du fait de la qualité inégale des données sources (celles issues du PMSI notamment) et de l'absence d'ajustement sur les caractéristiques des personnes soignées comme le degré de gravité de leur état clinique ou leur degré de fragilité sociale ;
- ils font fi de la variabilité des phénomènes observés (voire de celle des classements réalisés) ;
- ils placent sur un même pied des établissements qui ont des servitudes différentes ;
- ils accréditent une vision partielle de la performance, en accord avec le modèle biomédical dominant, centrée sur le soin curatif d'affections bien caractérisées quand la prise en compte de la dimension psychosociale des soins est plus que jamais essentielle [12] ;
- ils considèrent l'hôpital isolément, indépendamment de son contexte, quand tant reste à faire pour développer coopération et coordination dans notre système de soins ;
- enfin et surtout, ils méconnaissent des éléments essentiels, déterminants de la performance actuelle comme la qualité de l'organisation du travail, ou future comme la capacité d'adaptation au changement. Ce dernier point fait l'objet de développements circonstanciés dans le n° 2 pour l'an 2001 de la revue *Solidarité Santé* que nous reprendrons en partie.

De plus, indépendamment de ces limites, et malgré leur succès de librairie, ces classements

ne semblent pas répondre à la demande. L'expérience étrangère montre que ni les professionnels ni les malades ne leur accordent un poids déterminant quand il s'agit de choisir un professionnel ou un hôpital pour des soins.

Différentes définitions de la performance

Des travaux exploratoires menés sous les auspices de la Drees (enquête de type Delphi auprès de professionnels de santé et atelier d'expression d'usagers) retrouvent des données voisines [2]. Pour les professionnels de terrain, la performance est une notion difficile à appréhender : certaines de ses dimensions (l'économicité par exemple) apparaissent antinomiques de leur vision de la qualité. Ensuite la performance leur semble n'avoir de sens qu'au regard de la variété des missions et des contextes qui s'imposent aux établissements. L'élément le plus important serait la continuité des soins entre l'hôpital et l'extérieur, tout comme la capacité d'un hôpital de s'organiser avec d'autres (réseaux ?). Quant aux usagers, leurs attentes se dégagent sur deux axes prédominants : avoir des informations pour s'orienter dans le système de soins est un premier besoin exprimé (et les malades anglais semblent ressentir l'impression d'être fréquemment perdus pendant le déroulement d'une trajectoire de soins longue et complexe [40]) ; la qualité de la communication et des relations avec les soignants à l'intérieur de l'hôpital est une autre exigence clairement affirmée. Pour eux, la notion d'indicateurs est difficile à saisir et en matière d'orientation les usagers souhaiteraient connaître simplement quelques caractéristiques

d'offre limitées (activité, notamment du plateau technique, spécialités présentes, fonctions hôtelières et administratives), sous réserve de pouvoir en savoir plus dans des situations concrètes précises.

Ces raisons expliquent parmi d'autres qu'on ne peut pas se satisfaire de la situation d'opacité actuelle. En matière de pilotage national, même si l'OMS crédite notre pays du meilleur système de santé du monde, sur la base d'un classement lui-même très discutable, il est nécessaire d'avancer dans la connaissance des variations de l'état de santé de la population et la production d'indicateurs macrosystémiques qui permettent de suivre son évolution. Il y a un enjeu démocratique fort : de transparence pour les citoyens et d'aide à la décision pour nos parlementaires. À l'heure des arbitrages budgétaires rendus chaque année lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale il serait probablement souhaitable de disposer de quelques indicateurs de performance du système de soins contournant en partie l'écueil lié à la difficulté de l'appréciation de la contribution des (systèmes de) soins à la constitution des états de santé [29] (ce contournement devrait idéalement se doubler d'une prise en compte des effets sur la santé des autres politiques publiques sur lesquelles les élus de la nation sont amenés à se prononcer, en développant une analyse de leur « *Health Impact Assessment* »).

À l'intérieur du système de soins, les professionnels eux-mêmes ont besoin de pouvoir se comparer entre eux : si la qualité c'est la mesure, la mesure sans référence comparative est de peu de portée. Dès lors, à l'heure où l'Éducation nationale publie son palmarès des lycées, les objectifs d'une évaluation comparative de la performance des établissements de santé paraissent singulièrement voisins de ceux que vise la Direction de la programmation et du développement de ce ministère : « *Il s'agit d'informer le plus largement possible les usagers sur le système [éducatif ou de soins], mais aussi de donner aux responsables de ces établissements, et aux [enseignants ou professionnels de santé], des outils qui les aident à évaluer l'efficacité de leurs actions* ». Certaines précautions méthodologiques sont communes : « *Le fait de présenter plusieurs indicateurs est [ainsi] un moyen de lutter contre les velléités permanentes de réduire l'appréciation des résultats des [lycées ou établissements de santé] à un classement* »*.

Il est pourtant trop tôt pour proposer dans

* Cyterman J.-R., directeur de la DPD, cité par Sandrine Blanchard dans le journal *Le Monde* du jeudi 3 mai 2001.

notre pays un dispositif de *benchmarking* national du type *league tables* anglaises ou *quality indicator project* du Maryland. Outre les limites de validité exposées plus haut, les indicateurs agrégés habituellement pris en compte s'avèrent d'une valeur d'usage réduite pour les professionnels de terrain : ils n'indiquent pas directement des pistes d'action susceptibles d'améliorer la qualité des prises en charge. Une des raisons est que nous manquons encore d'une compréhension claire des liens entre diverses modalités d'organisation des prises en charge et bénéfices obtenus pour les personnes soignées. Ce travail commence à s'ébaucher pour des affections ou des secteurs d'activité très ciblés sous l'égide de sociétés savantes ; il faut l'étendre. Il reste largement à défricher pour le gros de l'activité peu ou pas spécialisée de nos établissements. Il faut encourager des initiatives de partage d'informations entre institutions volontaires pour tester la faisabilité et l'intérêt de la démarche qui enchaîne conception du système d'information, mise en évidence des écarts et analyse de leur signification avec les équipes de terrain.

Travailler sur les liens entre organisation et qualité

Mais, comme le souligne Elisabeth West, la réflexion sur l'organisation est encore embryonnaire dans nos hôpitaux [49]. Il y a beaucoup plus de littérature scientifique sur la mesure de la performance que sur sa gestion voire que sur ses déterminants. Des travaux anglo-saxons, par exemple sur ces « *magnet hospitals* » si attractifs pour la profession infirmière, montrent pourtant qu'il y a un lien entre indicateurs de performance clinique (taux de mortalité plus faibles, meilleure satisfaction des patients, moindre taux d'épuisement professionnel ou d'accidents d'exposition au sang) et qualité de vie au travail perçue par le corps infirmier (sens de l'autonomie au travail, capacité de contrôle de son travail ou qualité de la communication entre équipes, toutes caractéristiques liées également à la capacité d'innovation des équipes). Les travaux sur la gestion des risques (comme l'étude européenne Euricus en réanimation) pointent également le lien entre organisation et qualité. Mais il reste fort à faire pour comprendre dans quelle mesure et par quels mécanismes, sur lesquels les professionnels puissent avoir prise, la qualité des soins dépend de l'organisation interne de l'hôpital et des processus de prise en charge des personnes soignées. Des travaux de recherche pluridisciplinaires sont nécessaires

avant d'identifier les éléments clés et de les traduire en indicateurs valides permettant de construire le système d'information sur la performance qui associe qualité métrologique de la mesure et valeur d'usage pour les acteurs de terrain au quotidien.

Ce type d'approche est aussi probablement un mode de réponse au besoin de recherche d'efficacité. Ce besoin suppose de trouver dans chaque institution les meilleurs compromis entre coûts de fonctionnement et efficacité, sachant que l'efficacité s'apprécie différemment selon l'acteur qui supporte les coûts. L'innovation, dans la perspective d'un paiement à la pathologie, même lointain, consisterait à trouver le meilleur dosage entre « *Utilization Review* » et « *Quality Assurance* » [32]. Cette double exigence est exprimée clairement dans le *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, notamment dans le référentiel Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA). La référence MEA8 stipule en effet que « *Chaque secteur d'activité suit et évalue ses ressources* » (UR) et la référence MEA6 suppose que « *Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient* » (QA). Il est probable qu'une partie de la solution se trouve dans une meilleure organisation du travail et une prise en compte accrue du facteur humain dans l'amélioration du fonctionnement des établissements de santé.

Performance et gestion de processus

Cette réflexion sur l'organisation est impérative à l'aube de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Elle est de toute façon incontournable si l'on prend au sérieux certaines exigences relatives à l'organisation de la prise en charge (OPC) des personnes soignées telles qu'elles sont exprimées dans le référentiel qui en traite dans le manuel d'accréditation. La référence OPC6 suppose par exemple que « *La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques* » et la référence OPC7 que « *La continuité des soins est assurée* ». Enfin, la référence OPC15 voudrait que « *Les secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus* ».

Minvielle et de Pourvoirville voient dans la mesure de la qualité des soins un moyen d'impulser les « *actions dites de gestion de la qualité* » [35] : « *La mise en place d'indicateurs quantifiés peut ici permettre d'objectiver leur impact : les efforts entrepris se traduiraient*



par une évolution favorable de la mesure qui elle-même donnerait le cap à suivre pour les futures actions ». Cela amène à aborder les performances hospitalières en matière de gestion de processus, ce sur quoi les palmarès sont une nouvelle fois muets. Cette approche vise à réintroduire de la cohérence dans les prises en charge là où les logiques disciplinaires, professionnelles et territoriales produisent discontinuité et redondance. Quand nos outils de gestion et nos systèmes d'information sont centrés avant tout sur le « reporting », il s'agit d'introduire de la lisibilité dans le fonctionnement des équipes au quotidien et d'éclairer leur « difficulté à faire ensemble », de les aider à maîtriser les modes de production par une meilleure connaissance des processus de prise en charge [37]. En termes de conception de systèmes d'information, dont la production d'indicateurs n'est que la partie visible, la finalité d'une approche comparative pourrait être, « après avoir déterminé les processus dont l'amélioration est jugée possible et prioritaire, de recueillir et analyser des données permettant d'identifier les meilleures solutions ; de diffuser les résultats aux équipes afin d'apprendre des « meilleures » au cours d'échanges entre elles ; et de s'approprier cette connaissance pour l'intégrer dans les pratiques quotidiennes » (Pierre Czernichow, communication personnelle). Les recommandations de l'Afnor en termes de management des processus ouvrent des pistes prometteuses [34]. Ce type de management « suppose d'abord que ces processus aient été définis et, pour cela, il n'est pas de meilleure solution que d'associer le personnel concerné. La participation du personnel à cette analyse, quel que soit son niveau, conduit dans les faits à un nouveau partage des responsabilités au sein de l'organisme ». Mais seule une mise en danger des modes traditionnels de gestion encore si prévalents permet d'identifier des processus stratégiques, de définir les processus à même de satisfaire les clients internes et externes au moindre coût et proposer des améliorations à l'organisation existante.

Les mêmes caractéristiques organisationnelles qui paraissent liées à l'efficacité clinique (et probablement à l'efficience) sont celles qui sont à la base de la capacité d'une organisation à s'adapter au changement. En effet, s'adapter « suppose la capacité à modifier l'organisation et les modes de fonctionnement pour s'adapter aux contraintes (ou aux opportunités) propres de l'établissement. Cette flexibilité interne suppose à la fois la possibilité pour le personnel de s'exprimer sur le fonctionnement et l'organisation (critiques et suggestions), l'existence de véritables délégations

(le personnel doit disposer de suffisamment d'autonomie pour expérimenter) et l'adhésion du personnel aux valeurs de l'établissement et à son projet » (et le rôle de la formation continue est souligné) [6].

Au-delà des réorganisations internes, la capacité à innover consiste également dans la faculté de mobiliser de manière cohérente des ressources réparties entre acteurs sanitaires et sociaux de statuts différents pour atteindre des objectifs de santé (de soins au minimum) dans un territoire déterminé. Il s'agit d'imaginer des dispositifs de coordination à même d'assurer la délivrance de soins continus de qualité (faire en sorte que chaque acteur soit en situation de faire ce qu'il a à faire en temps opportun en fonction d'un plan de soins connu des professionnels concernés et respectueux du point de vue des personnes soignées). Cela suppose la définition d'objectifs de fonctionnement partagés, la mise en place de l'organisation, du financement et du système d'information adaptés. Bref, d'inscrire l'hôpital dans un système d'action coordonné au sein duquel il apporte sa contribution dans le respect de principes de complémentarité et de subsidiarité, mais en sachant à chaque fois s'adapter à une configuration d'acteurs locale. Cela requiert des compétences techniques multiples, mais relève aussi de l'expérimentation sociale, pratique à laquelle le système est peu préparé et que les « hit-parades » ne peuvent apprécier. C'est pourtant à cette seule condition qu'on pourra construire une offre de soins répondant aux besoins globaux d'un bassin de population (efficacité épidémiologique) et pas seulement aux besoins spécifiques des clientèles des institutions que les malades fréquentent aux différentes étapes de leur trajectoire (efficacité clinique). C'est aussi seulement de cette manière qu'on pourra aborder sérieusement la contribution des établissements de santé et du système de soins à rattraper les inégalités de santé évitables car liées aux dysfonctionnements des soins. ■