

Séminaire « Les territoires de la santé »

Traces et bilan 2023 - séance 3

par Nicolas Duvoux, Nadège Vezinat et Hugo Wetzel

Indicateurs de qualité en santé – 30 Mai 2023

Hugo Bertillot, maître de conférences à l'Université catholique de Lille, HaDéPaS (ETHICS – EA 7446), « L'hôpital aux prises avec la mesure de la qualité des soins : genèse, usages et effets des indicateurs »

Hugo Bertillot présente des résultats issus de son travail de thèse (soutenu en 2014) qui porte sur les indicateurs de qualité des soins à l'hôpital, marqueurs de l'essor des pratiques d'*accountability* dans l'action publique et des réformes visant à rationaliser l'institution hospitalière. À travers une analyse bibliographique et bibliométrique ainsi que des enquêtes auprès d'experts, d'acteurs institutionnels et au sein de 4 établissements de santé, il cherche à analyser les dynamiques convergentes pour retracer le parcours de ces indicateurs et en saisir les appropriations et les usages.

Il en évoque d'abord la genèse : la mise à l'agenda de la qualité des soins comme problème public intervient en France dans les années 1990, dans un contexte de crises qui donnent lieu à la diffusion de « listes noires », puis de « palmarès hospitaliers » et à des mobilisations d'usagers. Une expertise médico-administrative commence à prendre forme et l'État, sollicité, en vient à encourager des projets de recherche. Dans les années 2000 et 2010, les indicateurs de qualité des soins connaissent une institutionnalisation paradoxale : d'abord investis prudemment face aux réticences au sein-même des institutions, ils font par la suite l'objet d'un intérêt croissant (notamment de responsables politiques suite à la canicule de 2003) et d'une forme de compétition entre organisations bureaucratiques. La « course aux indicateurs » se solde par un « effet cliquet » au début des années 2010, avec la multiplication des indicateurs au poids devenu contraignant : affichage obligatoire, utilisation dans le cadre des certifications des établissements, émergence et pérennisation du « paiement à la qualité ».

Ces indicateurs – qui observent et occultent diverses dimensions de l'activité hospitalière – constituent une « technologie de gouvernement » et acquièrent une charge normative. Leur affichage public vise à susciter la réactivité des acteurs hospitaliers et à « valoriser » les éléments mesurés et quantifiés, tandis que le processus de mise en équivalence inhérent à leur construction ouvre la porte à la comparaison (des établissements entre eux, notamment).

Malgré la dimension réductrice du processus de quantification, les indicateurs répondent à des objectifs et des usages équivoques (administratifs, concurrentiels, internes). Localement aussi, les indicateurs connaissent des usages à géométrie variable : les directeurs visent la conformité face au poids de la contrainte administrative ou des pressions concurrentielles, tandis que les « qualitiens » (nouveau métier que les indicateurs vont légitimer) en font des usages managériaux. Des appropriations professionnelles existent mais sont limitées à une minorité de soignants et cadres de santé qui y adhèrent et/ou y voient une ressource mobilisable dans les rapports de pouvoir. Au-delà de ce « premier cercle », des

réticences (nombreuses) existent mais donnent lieu à une opposition résignée, sans résistance organisée.

Les effets de ces indicateurs au sein des établissements sont variables également : des dynamiques de rationalisation des pratiques professionnelles sont permises auprès des soignants qui parviennent à y trouver du sens. Pour les autres, leur déploiement est assimilé à un désenchantement : traçabilité accrue vécue comme un fardeau bureaucratique, écarts entre la mesure et la définition soignante du « bon travail », perception d'une mise en cause du travail à travers une surveillance administrative plus étroite, perception accrue de la concurrence à travers la comparaison inter-établissements mais aussi entre les services, mécanismes de normalisation disciplinaire...

Hugo Bertillot conclut en évoquant la prophétie auto-réalisatrice de la généralisation des indicateurs, la rationalisation « en douceur » permise par des relais au sein des établissements et la difficile critique de la démarche d'évaluation de la qualité, qui donne néanmoins lieu à des revendications en faveur d'une démarche démocratique autour de la qualité des soins.

La discussion s'ouvre sur le rapport de force (qui se manifeste notamment à travers la certification des établissements) et fournit un élément d'explication à l'absence d'opposition frontale au déploiement des indicateurs : la logique reste *top-down* mais est adoucie, rendue acceptable par des relais locaux qui adhèrent (par conviction, par résignation ou pour un motif plus instrumental) à leur intégration. La difficulté à mesurer le relationnel comme la priorisation des mobilisations (sur le personnel ou les financements) plutôt que sur les indicateurs sont abordées.

L'échange porte également sur le tournant qu'a constitué le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), au départ ouvert à des usages en termes d'évaluation des pratiques médicales, avant qu'il ne soit réduit à un rôle financier à travers la tarification à l'activité. Il se centre ensuite sur le financement « aveugle » par l'assurance maladie qui interroge également la situation des soins primaires, sur les clivages qui ont pu exister chez les chercheurs au début des années 2000 (et qui semblent invisibles aujourd'hui) autour de la construction des indicateurs, mais aussi sur le glissement vers une logique d'évaluation et une rationalisation de type industriel plutôt que professionnel.

Anne-Laure Beaussier, chargée de recherches CNRS, Sciences Po-CSO, « Mesurer la qualité des soins hospitaliers, une comparaison européenne »

Anne-Laure Beaussier adopte dans sa présentation un angle comparatif et une échelle davantage « macro ». À partir d'un projet de recherche (HOWSAFE) visant à étudier la diffusion de la régulation par le risque comme mode de gouvernement, elle décrit les types d'indicateurs utilisés dans quatre pays européens (Royaume-Uni, Allemagne, France, Pays-Bas) comme autant de manières de penser la qualité des soins et d'en proposer une définition différente selon les pays.

Le projet visait d'abord à étudier le cas britannique, marqué par une croissance continue de la régulation de la qualité des soins dans un contexte de scandales et de forte politisation de l'enjeu. Du fait de la nature publique du NHS, le gouvernement y joue un rôle important et s'implique directement dans l'édiction des standards de qualité, l'évaluation des établissements de santé et l'application de la réglementation. Y ont ainsi été étudiés les algorithmes prédictifs de risque utilisés dans le cadre des inspections des hôpitaux suite à des scandales mettant en cause la qualité des soins.

L'analyse a par la suite été élargie à d'autres pays : les indicateurs de qualité utilisés par les agences de régulation de la qualité des soins hospitaliers y ont été analysés et des entretiens semi-directifs ont été conduits avec des experts et acteurs institutionnels. L'analyse comparée a supposé de surmonter les définitions des indicateurs, variables suivant les pays. La décomposition de la qualité en plusieurs objectifs permet de distinguer : la sécurité du

patient, l'efficacité médicale, la rapidité, l'approche centrée sur le patient, l'efficience, la qualité de la documentation administrative, la formation et la certification du personnel. Les indicateurs ainsi recensés ont été analysés au prisme de la typologie d'A. Donabedian (structure, processus, résultats), de différentes dimensions de la qualité des soins et des services de l'hôpital qui font l'objet du contrôle et des mesures associées. Si des facteurs de convergence avaient pu être identifiés en amont (pressions communes, mouvement international de la qualité...), les différents systèmes de santé et les priorités politiques propres à chaque pays constituent des facteurs importants de divergence potentielle.

Au Royaume-Uni, cette grille de lecture atteste d'une approche synoptique de la qualité qui se concentre sur les indicateurs de résultats. Les indicateurs allemands, qui portent principalement sur les résultats mais également sur les processus, privilégient la sécurité et l'excellence clinique. Le pays est le terrain d'une régulation « douce » avec un dialogue structuré entre l'agence de régulation et les établissements de santé, les indicateurs n'y sont pas publiés ni agrégés à l'échelle des établissements : les professions médicales (au poids important) y sont fortement opposées à une régulation externe et à un modèle répressif. En France, les indicateurs déployés témoignent d'une approche « organisationnelle » de la qualité (mesurée à l'échelle du management ou de l'hôpital tout entier) fondée sur les processus (mais qui intègre également structures et résultats à travers les questionnaires patients). Le bon remplissage des dossiers patients y joue un rôle de premier plan. Le choix des indicateurs a vu le rejet explicite de l'approche britannique de mesure des résultats, dans un contexte d'opposition importante des professionnels à des indicateurs trop contraignants. Quant aux Pays-Bas, une approche synoptique de la qualité y est également relevée, fondée sur la « méta-régulation » : c'est-à-dire s'appuyant sur une régulation des régulateurs professionnels, et davantage négociée avec les professions médicales (« polder model ») et un principe de subsidiarité qui place l'IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) en position d'intervenir et de définir l'indicateur en cas de désaccord avec les sociétés médicales. Les indicateurs des Pays-Bas présentent le plus grand équilibre entre les différentes catégories.

Les différences entre les indicateurs mobilisés dans les quatre pays étudiés s'expliquent par les institutions nationales (type de système de santé, structures de responsabilité de l'État), les définitions de la qualité (plus ou moins larges, qui privilégient des dimensions différentes) et les acteurs participant à l'élaboration de la réglementation : l'Allemagne et les Pays-Bas sont deux pays à tradition corporatiste, là où le pilotage par l'État est central en France et au Royaume-Uni (avec un combat plus ou moins actif des professions médicales). Ces différents facteurs peuvent constituer des freins à l'élaboration d'indicateurs transnationaux.

La discussion porte sur le lien entre la qualité des soins et les enjeux d'efficience économique et de réduction des coûts, plus ou moins privilégiés suivant les acteurs et les chercheurs : selon Anne-Laure Beaussier, des enjeux de pouvoir sont inhérents aux différentes définitions de la qualité, mais la qualité ne peut être réduite à un usage instrumental dans l'optique de faire des économies. Cet échange sur le lien entre qualité et efficience économique (l'efficience faisant partie de la qualité ou la qualité faisant partie de l'efficience ?) permet de s'interroger sur la manière dont est mobilisée la qualité dans les soins primaires : s'agit-il d'un cheval de Troie suscitant une réduction des coûts ou au contraire une manière de résister au contrôle des coûts ? Une autre intervention soulève le lien entre l'institutionnalisation des indicateurs et une prise de contrôle plus ferme de l'État, la prise en compte des mesures subjectives de la qualité des soins à partir des retours patients. Le rôle des caisses, des syndicats et associations professionnelles est également interrogé, ainsi que le potentiel d'homogénéisation des formes d'évaluation comme instrument dans l'étatisation du système de santé : une partie du monde professionnel participe toutefois activement à la régulation et s'investit par exemple dans la Haute autorité de santé, il serait réducteur de parler de « l'État contre les professionnels ».