

Légitimité et intérêt des palmarès et de l'accréditation pour informer les usagers

Michka Naiditch
Chargé d'études,
Développement innovation évaluation
santé (DIES)

Les palmarès classant les hôpitaux selon leur mérite et l'acuité des débats qu'ils ont suscités ont été l'un des premiers signes tangibles attestant de l'émergence d'une demande du grand public pour des informations médicalisées et portant sur l'hôpital. Cette demande traduit l'évolution profonde qui s'est produite au cours des quinze dernières années, concernant l'appréhension que le grand public a d'une part de l'efficacité du fonctionnement du système de soins et d'autre part de la place et du rôle que les usagers et les malades pourraient y occuper dans le futur. Jusqu'à une date récente, en effet, le progrès des connaissances et des technologies auquel un nombre croissant de nos concitoyens pouvait accéder en droit, grâce à l'extension de la couverture sociale obligatoire, avait suffi à construire une représentation largement positive des effets du système. Dans ce contexte, la délégation de fait aux professionnels du soin de l'évaluation de leurs pratiques, à l'abri de tout regard externe, traduisait la force du contrat collectif entre les médecins et l'État, ainsi que la confiance de chaque usager dans l'éthique personnelle des professionnels, confiance relayée par une croyance dans les bienfaits naturels du progrès scientifique.

Cette situation a évolué pour de multiples raisons.

La complexité croissante de l'organisation et du fonctionnement du système de soins en a rendu la lecture de plus en plus difficile par les usagers profanes. À cela s'est ajouté le sentiment des malades de ne pas être suffisamment écoutés et/ou associés aux décisions les concernant collectivement, et respectés en tant que personne, du fait d'une pratique médicale trop centrée sur une approche par organe, techniciste et déshumanisante. La prééminence de cette approche bio-médicale a été remise en question par une perception plus critique des conséquences potentiellement négatives des biotechnologies qui a contribué à relativiser les certitudes en matière de progrès médical sur lesquelles cette approche s'appuyait. Enfin et surtout, les affaires du sang contaminé et de la « vache folle » (encéphalopathie spongiforme), avec pour dénominateur commun un déficit de transparence dans les processus d'information du public, ont généré des craintes portant sur les conséquences sanitaires réelles ou perçues, des décisions prises. Tous ces éléments ont contribué à nuancer la confiance de la population vis-à-vis du fonctionnement du système de soins et envers les professionnels et à faire émerger corrélativement chez les usagers une

demande d'information « portant à la fois sur une meilleure connaissance de l'architecture et du fonctionnement du système de soins et sur des informations susceptibles de les éclairer sur la nature du service rendu et permettant d'en garantir la qualité ».

Comment situer, par rapport à ces deux types de demande, les outils d'information sur l'hôpital que constituent d'une part les palmarès classant les hôpitaux par « ordre de mérite » et d'autre part l'accréditation des établissements de santé ? Quelle légitimité et quelle fonction leur accorder dans ce domaine ? Et comment juger de leur adéquation avec les attentes des usagers pour autant que celles-ci puissent être objectivées ? Pour répondre à ces différentes interrogations, nous nous fonderons sur la contribution de Véronique Ghadi concernant les différentes fonctions de l'information et sur les principaux résultats d'une recherche entreprise par un groupe d'experts réunis par la Drees et qui a porté d'une part sur la mesure de la performance hospitalière et sur la nature des informations que les usagers souhaiteraient avoir sur l'hôpital. Cela dans le but d'aboutir à terme à un système d'information cible destiné aux usagers. La place de l'accréditation sera discutée à la lumière de ces résultats et nous concluons en émettant trois couples de remarques/suggestions quant aux évolutions possibles et souhaitables, réflexions qui n'engagent que leur auteur.

Les palmarès

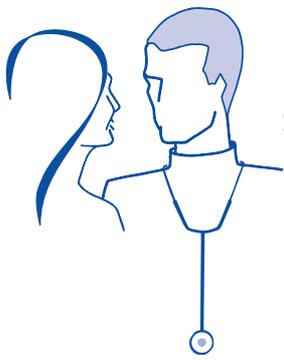
Les différents palmarès « français » sont des versions simplifiées d'outils du même genre qui ont fleuri essentiellement outre-Atlantique. Comme eux, ils poursuivent un objectif : classer les hôpitaux par ordre de mérite, notamment en termes de qualité des soins afin de permettre aux consommateurs, ainsi mieux informés, de faire des choix plus rationnels et conformes à leur utilité. Ce qui renvoie précisément à l'une des fonctions de l'information décrite par Véronique Ghadi (lire p. 36).

Les différents fabricants de palmarès ne considèrent en fait implicitement qu'une seule dimension de la performance : celle de la qualité des soins, celle-ci étant par ailleurs examinée sous ses seuls versants techniques et productifs. Ainsi, l'activité serait un reflet de l'entraînement des équipes, la mortalité intra-hospitalière (ajustée sur l'âge) et la « notoriété » celui de leur efficacité technique, la « technicité » et la « spécialisation » des paramètres garantissant des pratiques de qualité. De la même manière, une durée de séjour réduite (productivité) et la part de l'activité ambulatoire pour certains actes chirurgicaux (efficacité technique) complètent ce tableau des critères de mesure qui s'appliquent majoritairement à l'activité chirurgicale.

Ce type d'outil appelle trois réserves quant à leur valeur d'usage comme outil d'information :

Réserve de nature météorologique

D'une part la pertinence de la plupart des indicateurs utilisés, lorsqu'on les examine un à un, est problématique.



droits des malades, information et responsabilité

On pourra se référer à différentes études étrangères et aux travaux du groupe cité plus haut qui montrent que les conditions de maîtrise des données servant à construire les différents indicateurs et permettant de rendre les comparaisons valides ne sont pas réunies.

Le score unique permettant de classer résulte directement de l'agrégation de ces différents indicateurs, affectés préalablement d'un coefficient spécifique. Cela pose des problèmes majeurs de validité : d'une part la qualité est une notion multidimensionnelle complexe : selon la définition de l'OMS, qui fait référence dans le domaine, *des soins de qualité* sont ceux qui garantissent « à chaque patient de recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts ». On ne saurait donc se contenter d'approche partielle, privilégiant telle ou telle dimension, dans la mesure ou aucune composante de la qualité ne peut être considérée comme secondaire.

Les différentes entités que sont censés mesurer ces indicateurs, « la satisfaction des patients », « l'absence de complications », « l'état de santé », « la pertinence des actes » ou « leur coût » sont incommensurables. Ce qui implique l'impossibilité d'établir une hiérarchie de valeurs et donc l'existence d'un système de pondération valide. D'où, *in fine*, l'impossibilité de construire un score global qui ait du sens. Mais si classer des hôpitaux n'a aucun sens, la nécessité d'études comparatives dans des conditions correctes demeure.

Réserve de nature conceptuelle

Les indicateurs utilisés tendent à fournir une représentation de la « performance » de l'hôpital d'une part excessivement réductrice, et d'autre part biaisée du fait que celle-ci est considérée comme une propriété intrinsèque de la structure, isolée de son environnement. Or cette position ne rend pas compte de la forte dépendance de la nature et de la qualité des services fournis par l'hôpital eu égard au contexte dans lequel il se situe ; « la performance hospitalière » est une propriété contingente* et il est vain de la mesurer indépendamment de son environnement (notamment économique et géographique**) et des caractéristiques (épidémiologiques, sociales, culturelles) de la collectivité qu'il est censé

* « Les enjeux de la définition et de la mesure de la performance de l'hôpital renvoient donc à son fonctionnement propre, mais aussi à sa position, dans un ensemble qu'il ne peut plus ignorer » C'est en ces termes que Alain Letourmy conclut son résumé du séminaire organisé les 5 et 6 octobre 1998 par l'INSERM sur « la performance hospitalière : du malade au système hospitalier » (IA n° 162, décembre 1998, p. 10-11).

** Par exemple dans un programme de recherche financé par la Mire (Les disparités interrégionales de l'offre de soins sont-elles légitimes ? Le cas de la périnatalité), E. Combié et coll. se proposent d'étudier les externalités positives d'agglomération et les externalités négatives de « désertification ». En bref, l'hypothèse à tester est

desservir. Cette notion de contingence de la performance implique d'analyser l'hôpital au sein d'un territoire et l'activité hospitalière comme une étape particulière de la trajectoire des malades ou de leurs maladies, notamment en cas d'affections multiples et/ou chroniques, et dans la mesure où la qualité des soins délivrés à l'hôpital dépend largement de la qualité des services prodigués en aval et en amont. Ainsi la mortalité hospitalière liée à l'asthme est fortement conditionnée par l'accessibilité aux services ambulatoires [23], tout comme le taux de mortalité néonatale des nouveau-nés est dépendant de la qualité du suivi de grossesse en amont de l'hôpital [18]. Par ailleurs, la qualité du service rendu par l'hôpital ne saurait s'apprécier uniquement par le service rendu à ceux qui y ont accès (sa clientèle), mais mérite d'être appréciée sur l'ensemble de la population qui pourrait bénéficier de ses services, ce que certains appellent qualité épidémiologique des soins [35], ce dernier concept renvoyant indirectement à la notion d'accessibilité. Dès lors, mesurer la bonne performance d'un hôpital, c'est aussi être capable, « au-delà de son fonctionnement pris isolément, d'apprécier sa capacité à travailler "en réseau" avec l'ensemble des partenaires concernés et à optimiser ainsi les filières de soins » (guide Anaes ; guide Credes/Image sur les réseaux).

Quoi qu'il en soit, cette approche par les classements ne semble pas avoir recueilli l'assentiment du groupe d'usagers à qui il avait été demandé de construire collectivement la nature des informations qu'il souhaitait avoir sur l'hôpital. Sans faire de leur position une figure intangible, il est intéressant de constater que le groupe, dans ses conclusions, a eu tendance à privilégier une approche dans laquelle l'information délivrée sur l'hôpital, en partie comparative, devrait leur permettre de mieux comprendre les liens de l'hôpital avec son environnement, et ce de façon à la fois plus large et plus précise que les professionnels n'en jugent (ce qui renvoie aux critiques précédentes), mais surtout elle devrait leur permettre de s'assurer de l'existence de prises en charge caractérisées par des pratiques respectueuses de leurs attentes et de leurs points de vue.

Les évaluations plutôt négatives de l'effet de ses palmarès outre-Atlantique et donc de sa valeur d'usage font par ailleurs douter de la capacité des usagers profanes à utiliser de façon immédiate une information comparative et/ou à l'intégrer aux autres critères de choix dont ils disposent. À tout le moins, elles obligent à s'intéresser aux conditions qui le leur permettraient.

Réserve d'ordre méthodologique

Le modèle implicite sur lequel ces palmarès s'appuient pour décrire l'activité hospitalière est celui de l'industrie et de ses produits (par exemple le groupe homogène de

que, dans les zones densément peuplées, la proximité facilite les économies d'échelle sans compromettre la sécurité ; dans les zones « désertes », maintenir des structures de proximité pour faire face aux urgences coûte cher.

malades, GMH, comme produit de l'hôpital) plutôt que celui des activités de type « service ». Or ce qui oppose ces deux notions de « produit » et de « service » réside dans le fait que, contrairement au premier cité (une voiture, par exemple), un service est coproduit, c'est-à-dire produit par l'entreprise mais aussi par celui auquel il s'adresse et que sa qualité en dépend fortement. Or la production ultime de l'hôpital, à savoir « la prise en charge des malades », est précisément le résultat d'une « coproduction » (au sens où le malade va « injecter dans le processus de production » à la fois ses connaissances et son point de vue — notamment au moment de la phase diagnostique — mais aussi ses réactions spécifiques durant la phase des traitements).

Il s'ensuit que tout modèle, nécessairement multi-dimensionnel, de la performance hospitalière devrait s'efforcer de prendre en compte cette caractéristique de sa production. Mais cette approche de l'hôpital incite alors à intégrer de façon plus forte, dans la construction des indicateurs de performance, le point de vue des patients en allant au-delà de l'analyse de leur satisfaction ou de leur qualité de vie. C'est d'ailleurs le souhait manifesté par le groupe d'usagers cité plus haut.

L'accréditation

Cela nous amène à discuter alors de la place de l'accréditation comme outil d'information. Dans le modèle de la performance développé par la Drees, une place très importante est dévolue à l'organisation des pratiques et du travail étayée par la notion de « culture commune ». À cet égard les différentes dimensions de l'accréditation, qui globalement doit permettre de juger de l'efficacité de la démarche d'amélioration permanente de la qualité des soins existant au sein d'un établissement, peuvent fournir des éléments de repère, notamment sur la manière dont le processus d'information générale est organisé dans l'établissement, sur sa capacité à faciliter le circuit du malade en son sein, sur la tenue et la disponibilité du dossier médical, sur l'information concernant l'organisation de la sécurité et des vigilances et sur leur valeur d'usage respective. Or ces dimensions rejoignent en grande partie ce que souhaitent savoir les usagers sur l'hôpital. Si l'accréditation n'a donc pas vocation à fournir des éléments de comparaison entre des structures, les éléments et les critères de jugement dont elle dispose en font un outil potentiellement utile à l'information des usagers. Mais on peut penser que la situation d'aujourd'hui est largement perfectible.

Conclusion

Comment faire pour que l'information destinée à l'utilisateur puisse contribuer à une meilleure efficacité des soins délivrés à chacun et en même temps à l'efficacité globale du système ?

Nous ferons trois remarques et trois suggestions :

- Une grande partie des professionnels ont tendance à vivre cette exigence d'information comme une manifestation de la fin de la confiance que leur témoignaient

autrefois les malades. Ceux-ci, au contraire, présentent leur demande d'information comme une des conditions préalables à la restauration de cette confiance. S'il est abusif d'attendre de la qualité de l'information délivrée aux malades qu'elle ait cette capacité à elle seule, il faut néanmoins aider et soutenir tous les professionnels, soignants et non-soignants, à répondre plus efficacement à cette exigence légitime mais à laquelle ils semblent peu préparés.

- Un moyen possible pour améliorer l'efficacité globale du système serait de travailler à la construction d'une information générique sur celui-ci qui puisse rehausser le niveau global de connaissance de la population française en matière de soins et de santé. Ainsi, dans une récente recherche sur la prescription d'antibiotiques, il est apparu que, dans certaines situations, les généralistes étaient amenés à prescrire des antibiotiques sous la pression de leurs malades et ce en dépit de leurs explications. On peut s'interroger sur le fait de savoir si une information plus globale des malades sur les antibiotiques et leurs effets « écologiques » n'aurait pas pu contribuer à améliorer le dialogue et la compréhension au niveau du colloque singulier, et partant à construire en commun une décision différente. On conçoit alors l'intérêt de dispositifs collectifs d'information et de prise de décision qui puissent contribuer à l'élaboration d'un point de vue plus informé des usagers sur le système de soins.

- On peut envisager que des usagers soient associés de façon active non seulement à l'ensemble des recherches actuelles pour tout ce qui concerne la construction de dispositifs d'information nouveaux les concernant mais aussi soit *mieux informés sur et intégrés aux* processus de construction des outils institutionnels majeurs participant au fonctionnement (projets médicaux d'établissement) ou à l'évaluation globale de celui-ci (accréditation).

Cela apparaît en conformité avec la ligne générale de conclusion du rapport du HCSP. ■