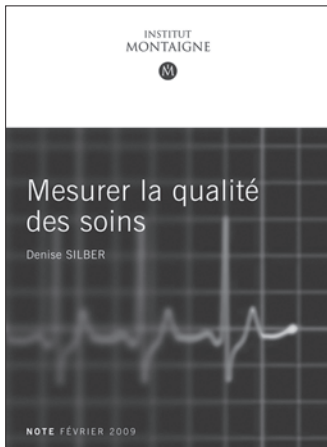




Résumé

De nombreuses études le prouvent : **la qualité des soins en France est loin d'être optimale**. De fait, il existe un écart important entre ce que la science met jour après jour à notre disposition pour notre santé et l'usage réel qui en est fait dans la pratique à travers

notre système de santé. Ce décalage se traduit en absences de prévention, en mauvais soins prodigués, en taux de mortalité plus élevé qu'il ne devrait l'être, en coûts majorés, en frustration croissante chez les professionnels de santé comme chez les patients.

Longtemps, ce manque de qualité des soins n'a pas été perçu par les Français. Au contraire, ceux-ci étaient persuadés de bénéficier de l'un des meilleurs, sinon du meilleur système de santé au monde. Aujourd'hui, cette perception semble s'être inversée. **Une majorité pense que la situation dans les hôpitaux publics se serait dégradée au cours des dix dernières années.**

Si le constat sur la nécessité d'améliorer cette situation est désormais partagé, il n'y a pas encore consensus sur les causes de celle-ci. Pour les médecins comme pour le public, l'une des principales raisons résiderait dans le nombre insuffisant de médecins et d'infirmières dans les hôpitaux, à l'origine du surmenage et du temps trop insuffisant consacré à chaque patient.

En réalité, il faut se tourner du côté du **manque de visibilité des erreurs médicales commises chaque année par les professionnels de santé**. En effet, si l'on exclut le cas de fautes caricaturales (oubli d'un bistouri dans le corps du patient, opération pratiquée sur le membre non pas infecté mais sain, etc.), ni le médecin, ni le patient n'ont le plus souvent conscience du fait qu'une erreur a été commise. Celle-ci pourra se traduire plus tard par une aggravation ou une complication

qu'on mettra alors sur le compte de l'hérédité, d'une gravité spécifique particulière de la maladie ou du très commode « manque de chance ». Invisible, cette erreur pourra ainsi se répéter ultérieurement dans des cas similaires.

On sait pourtant prévenir aujourd'hui les erreurs médicales et, partant, améliorer la qualité des soins. L'évolution de la médecine permet en effet de mieux identifier les effets bénéfiques, comme les risques éventuels liés aux gestes et traitements médicaux. Cet ensemble de connaissances collectives, en perpétuelle évolution, est retranscrit et confiné dans des « référentiels », définis par les autorités sanitaires, qui indiquent la conduite pertinente à adopter face à telle pathologie, tel symptôme ou tel patient. De sorte que **désormais, la très grande majorité des cas où la qualité des soins est manifestement insuffisante est en réalité liée à une mauvaise application ou à une absence d'application de ces référentiels.**

La lutte en faveur d'une plus grande qualité des soins passe donc par la mesure du respect de ces référentiels par les professionnels de santé. En la matière, la France a pris beaucoup de retard. Certes, depuis plus de vingt ans, les efforts pour produire ces référentiels n'ont pas manqué. Leur impact, en pratique, est néanmoins demeuré faible. **À l'heure actuelle, seule une petite fraction des médecins français auraient effectivement entamé une démarche d'évaluation.** Leur préférence va encore majoritairement à des approches collectives. **L'audit des dossiers individuels du praticien par des experts extérieurs et, a fortiori, la transparence des résultats vis-à-vis du public suscitent de fortes réserves.**

La France pourtant devra bien y venir. Tant qu'elle ne mesurera pas la qualité des pratiques médicales à l'aune de référentiels dument établis elle se privera des moyens de soigner sa population le mieux possible. C'est seulement après avoir procédé à un tel travail que notre pays pourra s'atteler à la nécessaire réorganisation de son système de santé que beaucoup, à juste titre, appellent de leurs vœux.

Propositions

I. Mesurer la qualité des soins à l'initiative de la HAS

1) Réaliser, en ville, une étude des indicateurs de qualité de santé sur un échantillon national français.

La France ne connaît pas, indicateur par indicateur, ses chiffres de performance nationale en matière de qualité des soins. Les professionnels de santé ne connaissent pas leurs résultats, individuellement ou comparativement. Pour y remédier, il faut reproduire à l'échelle du pays l'étude de McGlynn (voir note) qui permet de rapporter les pratiques des professionnels aux référentiels de qualité. Il s'agirait de constituer un échantillon « randomisé » national de 5 000 français auprès desquels il serait possible de réaliser un entretien téléphonique, puis de consulter, avec leur autorisation, leur dossier médical papier par l'intermédiaire de leur médecin. Chaque dossier fera dès lors l'objet d'une évaluation sur les indicateurs de qualité déjà déployés par McGlynn et son équipe pour trente pathologies représentatives de la tranche d'âge étudiée.

Chaque dossier fera l'objet d'un examen par un comité d'audit constitué, à l'initiative de la HAS. L'École des hautes études de santé publique pourrait se voir confier la responsabilité de la conduite, sur le terrain, de ce projet. Des études comparables ayant été effectuées à l'étranger, leurs auteurs pourraient être associés au Comité de pilotage.

2) Réaliser, en milieu hospitalier, une étude équivalente portant sur des indicateurs courants de qualité.

Les interventions courantes se prêtent davantage à une analyse comparée du respect des bonnes pratiques. La cholécystectomie programmée (le retrait de la vésicule biliaire) serait un choix tout indiqué (70 000 opérations de ce type sont pratiquées chaque année en France). Les recommandations ou référentiels sont d'ores et déjà bien établis pour cette opération. L'ensemble des comptes rendus d'interventions existants pourraient être recensés et rendus anonymes au niveau régional à l'initiative des médecins conseils. L'École des hautes études de santé publique pourrait être chargée de procéder à cette analyse et de recueillir les données transmises. Elle aurait pour mission d'évaluer les pratiques en se référant aux protocoles et aux référentiels reconnus par la communauté scientifique.

3) Expérimenter la collecte d'indicateurs de qualité dans deux régions françaises.

Au-delà de la nécessaire réalisation de ces études, il est opportun de mettre en place un outil pérenne de collecte des résultats obtenus par les professionnels et les établissements de santé. Avant de généraliser un tel dispositif, nous proposons de réaliser un projet pilote portant sur une pathologie courante,

cela dans deux régions qui présentent chacune des caractéristiques différentes en termes de santé publique.

Nous recommandons l'étude des résultats de l'hypertension artérielle, qui est non seulement une affection courante aux conséquences graves, mais également une des pathologies pour lesquelles les résultats sont le plus facilement quantifiables. La Bretagne et le Centre seraient de bons tests, compte tenu de leur diversité, tant d'un point de vue géographique que de la densité de leur population.

L'ensemble du travail pourrait se dérouler sous l'autorité des futures agences régionales de santé et confié à des équipes de santé publique appartenant à des pôles universitaires des régions concernées.

4) Exploiter les indicateurs hospitaliers de qualité existants.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet, certes, de décrire avec précision l'activité de soins d'un hôpital, mais ses données sont insuffisamment exploitées à ce jour. Il faut donc y remédier et publier les résultats obtenus sur les sites web des établissements concernés, avec une centralisation au niveau national sur un portail accessible aux usagers.

II. Médiatiser les résultats des évaluations de la qualité des soins en France

5) Médiatiser, le plus largement possible et par tous moyens, les résultats obtenus lors de la réalisation des études d'évaluation.

6) Rendre obligatoire, pour chaque établissement de soins et pour tous les professionnels de santé, la déclaration publique annuelle de ses résultats comparés à ceux obtenus au niveau régional et national.

Cette mesure pourrait être mise en œuvre, sur l'ensemble du territoire, dans un délai de trois ans. Elle porterait, dans un premier temps, sur quelques indicateurs prioritaires dont le nombre aurait progressivement vocation à augmenter.

Le respect de sa mise en œuvre serait placé sous la responsabilité des agences régionales de santé, qui sont en cours de création.

III. Clarifier les responsabilités pour tout ce qui a trait à la qualité des soins et aux pratiques médicales en France

7) Faire en sorte que, parmi les six grandes attributions de la Haute autorité de santé, celle portant sur l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques médicales en France soit prioritaire et reconnue comme telle.