

Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants

FÉVRIER 2024
2023-082R

Isabelle
Benoteau

Véronique
Guillermo

Pierre
Ricordeau

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission en date du 21 août 2023, le ministre de la Santé et de la Prévention a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'une mission de préfiguration de la refonte des dispositifs de financement à la qualité des établissements de santé. Cette mission s'inscrit dans la suite directe de la mission Igas-IGF d'appui à la DGOS, dont les conclusions ont servi à construire le cadre de la réforme inscrit à l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Aux côtés des compartiments de rémunération à l'activité et de financement des missions et sujétions particulières vient s'ajouter un nouveau compartiment de rémunération sur « objectifs de santé publique ». C'est dans ce nouveau compartiment que les financements à la qualité s'inscrivent désormais.

[2] Le financement à la qualité des établissements de santé a été introduit en 2012 avec l'expérimentation d'une Incitation financière à la qualité des soins (Ifaq). Généralisée en 2016 à tous les établissements du champ « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO), y compris l'hospitalisation à domicile (HAD), cette incitation financière a par la suite été étendue aux établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et récemment aux centres psychiatriques. Dans le cadre du programme *Ma santé 2022*, les enveloppes consacrées à l'Ifaq ont été progressivement augmentées de 50 M€ à 700 M€ en 2022, avec une perspective de cible à 1 Md€. Le dispositif, financé par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité, a alors été transformé de manière à bénéficier à la quasi-totalité des établissements. En parallèle, des valorisations financières à la qualité ont été progressivement introduites dans certains domaines (financement des urgences et des hôpitaux de proximité, forfait pour la prise en charge des maladies rénales chroniques), et plusieurs expérimentations ont été menées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

[3] Bien que la littérature économique soit mitigée quant à l'impact des incitations financières sur le niveau de qualité des soins, le principe d'un signal financier sur la qualité est défendu par les acteurs hospitaliers pour soutenir la démarche managériale indispensable au déploiement d'une politique qualité.

[4] En pratique, le dispositif Ifaq souffre cependant de nombreux défauts qui en limitent considérablement la portée. Son articulation aux autres leviers de la qualité manque de clarté, faute d'un cadre national sur la qualité du système de santé. Malgré les efforts des dernières années, la politique qualité se caractérise en effet par une juxtaposition de dispositions réglementaires non nécessairement articulées entre elles, des politiques disjointes en matière de sécurité et de pertinence des soins, ainsi qu'une grande dispersion des acteurs administratifs compétents conduisant à une gestion parallèle des différents secteurs de l'offre de soins.

[5] L'outil lui-même manque d'efficacité. D'une grande complexité, il ne permet pas aux établissements d'anticiper le résultat de leurs efforts sur la dotation, ni de comprendre aisément les déterminants de l'évolution de la dotation une fois celle-ci connue. Fondé principalement sur des indicateurs de processus calculés au niveau des établissements, il parle peu aux équipes soignantes dans les unités et les services, et demeure ainsi peu mobilisé par les gouvernances pour soutenir la démarche qualité.

[6] Toute réforme du financement à la qualité devrait se donner pour objectif principal de donner des incitations porteuses de sens pour les soignants, au sein d'une politique qualité dont la cohérence d'ensemble serait lisible pour eux. Cela nécessite de disposer d'indicateurs mesurables au niveau des services, ainsi que d'indicateurs par spécialité ou pathologie, qui soient centrés sur le bien-être du patient tout au long de son parcours de soins, motivation principale des équipes soignantes.

[7] La mission préconise, d'une part, de refonder la gouvernance de la qualité en santé. Elle propose à cette fin de mettre en place une instance de gouvernance nationale, compétente sur l'ensemble du système de soins et animée par une petite équipe pluridisciplinaire. Cette instance, qui n'aurait pas vocation à se substituer aux instances en charge du financement des établissements de santé, aurait pour mission de développer et de piloter une feuille de route pluriannuelle sur la qualité des soins. Une telle feuille de route devrait mettre en cohérence l'ensemble des leviers, quels que soient les secteurs du système de soins, et intégrer en son sein la sécurité et la pertinence des soins. La mission propose en parallèle d'engager une concertation en vue d'élargir les missions des instances régionales aujourd'hui en charge de la pertinence des soins (Irap) à l'ensemble des questions de qualité et d'en renforcer la visibilité et l'efficacité.

[8] S'agissant du financement à la qualité, la mission propose, d'autre part, d'unifier, de rénover et d'étendre le dispositif actuel en lui redonnant son objectif originel d'incitation financière à l'amélioration de la qualité. Les actuels financements à la qualité (Ifaq, contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins, compartiments qualité du financement des structures d'urgences et des hôpitaux de proximité) seraient intégrés dans un dispositif Ifaq unifié et simplifié.

[9] Concernant le portefeuille des indicateurs, un premier ensemble (pilier 1) serait centré sur des indicateurs transversaux de mesure de la qualité calculés, autant que possible, au niveau des services de soins grâce à une automatisation du recueil. Deux blocs pourraient être distingués :

- le premier bloc constituerait un socle d'indicateurs pérennes communs à tous les établissements de santé, sur lesquels les établissements seraient évalués au regard de leur niveau de performance (certification, prise en charge de la douleur, ressenti du patient, mais aussi qualité de vie au travail des soignants) ;
- le second bloc serait composé d'indicateurs temporaires, inclus dans le modèle pour une durée de trois à quatre ans, et centrés sur des axes d'amélioration prioritaires au niveau national et régional (par exemple la déclaration des événements indésirables, le développement des soins écoresponsables, l'augmentation du recours à l'hospitalisation à domicile ou à la chirurgie ambulatoire, les problématiques de pertinence aujourd'hui abordées dans le cadre du Cages, etc.). Les établissements seraient évalués à l'aune de l'évolution de leur performance sur ces indicateurs et seraient accompagnés pour cela par les agences nationales et régionales de santé, l'Assurance maladie, les structures régionales d'appui et le cas échéant les réseaux (périnatalité, cancer). Les indicateurs pourraient s'appliquer à l'ensemble des établissements ou être spécifiques à certains champs (MCO, HAD, SMR, psychiatrie, hôpitaux de proximité, etc.). Certains pourraient être définis au niveau régional.

[10] Un second ensemble d'indicateurs (pilier 2) serait centré sur la mesure et l'analyse des résultats des soins, par spécialité ou pathologie. Sa mise en place nécessite un travail approfondi

des professions, par la mobilisation de leurs sociétés savantes, afin d'identifier les indicateurs pertinents et leur méthodologie de calcul et d'ajustement dans un cadre fixé au niveau national. Ce travail aurait également pour objet de définir les modalités de recueil de ces indicateurs et les évolutions à prévoir des systèmes d'information, soit par l'enrichissement du système national de données de santé (SNDS), soit par le développement de registres de pratiques. Un investissement financier de l'Etat serait à prévoir, contractualisé avec les acteurs, pour construire l'architecture informatique, constituer les fichiers de données et développer des indicateurs au long cours.

[11] Sur ce second ensemble la mission recommande que l'incitation financière des établissements de santé repose sur deux principes.

- Les établissements seraient rémunérés en fonction d'indicateurs mesurant l'inscription des équipes soignantes dans une démarche de mesure et de comparaison des résultats entre pairs, plutôt que sur les résultats eux-mêmes. La littérature montre en effet qu'une telle démarche de comparaison fondée sur la transparence est, en soi, facteur d'amélioration de la qualité et permet de contourner les difficultés méthodologiques et les réticences à un financement aux résultats.
- L'incitation financière serait par ailleurs majorée en cas d'intégration d'une mesure des résultats de soins par le patient (*Patient Reported Outcome Measurement – PROM*), essentielle à la mesure de la pertinence des prises en charge. Compte tenu des nombreuses difficultés techniques rencontrées actuellement par les porteurs de projet qui se lancent dans la démarche de recueil du ressenti du patient, il est nécessaire d'intégrer cette problématique dans la stratégie du numérique en santé afin de faciliter le développement de cette démarche.

[12] Le financement de ce dispositif rénové serait assuré soit par réaffectation des actuelles dotations à la qualité (pilier 1), soit par des recettes nouvelles autour de 200 M€ à 300 M€ (pilier 2). La montée en charge très progressive des dépenses sur le pilier 2 pourrait en effet permettre un financement en mesure nouvelle, sans prélèvement sur la tarification à l'activité, à l'instar de la logique retenue lors de la création de l'Ifaq. La mission ne recommande pas d'augmenter davantage les enveloppes tant que le dispositif n'aura pas été stabilisé.

[13] En complément de ce nouveau modèle de financement à la qualité, la mission propose de valoriser les temps collectifs pluridisciplinaires de retours d'expérience professionnelle, dont la littérature comme le ressenti des soignants montrent qu'ils sont centraux pour souder les équipes autour de la démarche qualité. Un forfait finançant les temps collectifs s'inscrivant dans cette démarche d'amélioration de la qualité viendrait se substituer au financement global par les tarifs.

[14] Pour la mise en œuvre de ces propositions, la mission suggère qu'une équipe projet pilotée par la DGOS soit rapidement mise en place et lance les travaux techniques préparatoires à la réforme, en vue d'une transcription de ses principes dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. La nouvelle gouvernance dédiée à la qualité en santé serait installée dès l'été 2024. L'année 2025 pourrait être consacrée à la mise en œuvre de la réforme des modalités de calcul de l'Ifaq, ainsi qu'à la tenue de pilotes sur les nouveaux indicateurs de qualité et sur les modalités de financement des retours d'expérience en équipe pluridisciplinaire. Ces pilotes devront permettre d'aborder les voies d'une généralisation à compter de l'année 2026.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Mettre en place une instance de gouvernance nationale large chargée du pilotage d'une feuille de route pluriannuelle sur la qualité dans le système de santé, dotée d'un bureau resserré et d'une équipe pluridisciplinaire d'animation, et engager une concertation avec les directeurs généraux d'ARS en vue d'élargir l'objet des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) à l'ensemble des problématiques de qualité des soins tout en renforçant leur visibilité et leur efficacité.	1	Cabinet du ministre	mi 2024
2	Systématiser le recueil automatique des indicateurs à partir des données disponibles dans les systèmes d'information, quitte à simplifier ces indicateurs, afin de rendre possible leur calcul à l'échelle des services.	1	Equipe projet	2025
3	Permettre une montée en puissance du suivi d'indicateurs de qualité, notamment de résultats, grâce à un financement dédié.	1	Equipe projet	2025
4	Impulser une montée en puissance des exercices de comparaison des résultats entre pairs sur l'ensemble des dimensions de la qualité (pertinence, sécurité, accessibilité, etc.) dans le cadre des gouvernances nationale et régionale proposées.	1	DGOS et SGMAS	2025
5	Mettre en place un groupe de travail chargé de définir un plan d'action pour renforcer la représentativité d'e-Satis.	1	HAS avec DGOS, ATIH et Drees	2024
6	Inscrire dans la stratégie du numérique en santé l'intégration du recueil de l'avis des patients dans les systèmes d'information.	1	DNS	2024
7	Publier les programmes d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, et étendre progressivement l'obligation de publication des indicateurs de résultats après une période d'appropriation par les professionnels.	2	DGOS	2025
8	Rendre obligatoire la réalisation d'un baromètre sur la qualité de vie respectant un cadre défini au niveau national reprenant les travaux antérieurs ayant porté sur un questionnaire validé par une équipe mandatée par la HAS et la DGOS.	1	DGOS et instance de gouvernance	2025
9	Proposer un cadre d'évaluation « en miroir » à partir d'une sélection d'indicateurs en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social afin d'éclairer les problématiques d'articulation des prises en charge qui seraient suivies de manière coordonnée.	2	Instance de gouvernance	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Utiliser le nouveau dispositif des parcours coordonnés renforcés et la montée en puissance des communautés professionnelles territoriales de santé pour inciter financièrement à la mesure des indicateurs de résultats sur les parcours ville/hôpital sur une base territoriale.	2	Instance de gouvernance et équipe nationale de pilotage des exp. Art 51	2025
11	Publier l'arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements en application de l'article L. 162-23-15 au plus tard au début de l'année N-1, de préférence avec un échéancier pluriannuel, en le recentrant par ailleurs sur les indicateurs mobilisés pour le calcul de l'Ifaq.	1	DGOS	2025
12	Supprimer le Caqes dans sa forme actuelle et intégrer la logique qu'il porte au sein d'un dispositif unifié de financement à la qualité des établissements de santé.	2	DSS et DGOS	2025
13	Transformer le modèle actuel de l'Ifaq en rendant les règles de calcul lisibles pour les acteurs avec une enveloppe budgétaire par indicateur.	1	DGOS	2025
14	Modifier le portefeuille des indicateurs transversaux en distinguant des indicateurs permanents et des indicateurs inclus dans le modèle pour une durée limitée (trois ou quatre ans) avec une possibilité de modulation régionale.	1	Instance de gouvernance et DGOS	Pilote en 2025
15	Mettre en place un groupe de travail avec notamment les sociétés savantes afin de définir la maille pertinente d'analyse pour la mesure des indicateurs de résultats des soins (pathologie, spécialité, parcours, etc.).	1	Equipe projet	2024
16	Mettre en place une rémunération destinée aux unités de soins qui s'engagent dans une démarche d'autoévaluation de leurs résultats avec une part dépendant de l'utilisation de PROMs dans le processus de soins.	1	DGOS	Pilote en 2025
17	Mettre en place une rémunération forfaitaire des temps collectifs pluridisciplinaires qui sont d'ores et déjà normalisés et tracés (évaluations de pratiques professionnelles, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.), financée par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité.	1	DGOS en lien avec l'instance de gouvernance	Pilote en 2025
18	Mobiliser dès le printemps 2024 une équipe projet sous l'égide de la DGOS pour lancer les travaux techniques et prévoir le cadre d'évaluation <i>in itinere</i> de la réforme du modèle de financement.	1	Cabinet du ministre et DGOS	2024

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	11
1 LE FINANCEMENT A LA QUALITE NE PEUT SE CONCEVOIR QUE COMME UNE COMPOSANTE DE LA POLITIQUE QUALITE DANS SON ENSEMBLE	13
1.1 LE CARACTERE MULTIDIMENSIONNEL DE LA QUALITE DES SOINS NECESSITE DE S'ACCORDER SUR LES OBJECTIFS VISES PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES	13
1.1 LA QUALITE DES SOINS FAIT AUJOURD'HUI L'OBJET DE DIFFERENTS MODES DE REGULATION DONT L'ARTICULATION DOIT ETRE PLEINEMENT ANTICIPEE.....	15
1.1.1 <i>Les mécanismes de financement à la qualité doivent être pensés en articulation avec les autres modes de régulation de la qualité</i>	15
1.1.2 <i>L'amélioration de la qualité ne peut se penser indépendamment de la structuration de l'offre de soins</i>	19
1.1.3 <i>Malgré des évaluations mitigées dans la littérature, les dispositifs de financement à la qualité sont perçus positivement par les acteurs</i>	21
1.2 UNE REFORME DU FINANCEMENT A LA QUALITE DOIT S'INSCRIRE DANS UNE POLITIQUE GLOBALE D'AMELIORATION DE LA QUALITE	23
2 METTRE LE PATIENT AU CŒUR DE LA POLITIQUE QUALITE : UN ENJEU CLE DE L'ADHESION DES PROFESSIONNELS	25
2.1 REDONNER DU SENS AUX SOIGNANTS : SE COMPARER SUR DES INDICATEURS DE QUALITE TOURNES VERS LE BIEN-ETRE DU PATIENT.....	26
2.1.1 <i>La France se distingue par une mesure de la qualité des soins tournée vers des indicateurs de processus mesurés à l'échelle des établissements</i>	26
2.1.2 <i>Les indicateurs de processus sont nécessaires mais doivent être mesurés plus près des unités de soins pour avoir du sens pour les soignants</i>	27
2.1.3 <i>Les indicateurs de processus doivent être complétés par un suivi régulier des résultats pour le patient, nécessitant une approche par pathologie ou spécialité et une meilleure mobilisation des systèmes d'information</i>	29
2.1.4 <i>Le suivi des résultats au sein des établissements doit s'accompagner d'une comparaison plus large entre pairs, levier d'amélioration de la pertinence des pratiques médicales</i>	33
2.2 INTEGRER LE POINT DE VUE DES PATIENTS : MOTEUR INDISPENSABLE DE LA DEMARCHE QUALITE	34
2.2.1 <i>Un outil précieux de recueil de l'expérience patient développé au niveau national (e-Satis), dont la représentativité doit cependant être renforcée</i>	36
2.2.2 <i>Une mesure de la qualité de vie des patients qui nécessite une impulsion publique forte pour être pleinement intégrée à la prise en charge</i>	40
2.2.3 <i>Une information des usagers sur la qualité des soins dispensés par les établissements de santé encore trop peu lisible</i>	43
2.3 FAIRE EQUIPE AUTOUR DU PATIENT : UN ENJEU MAJEUR DE COORDINATION POUR DES PRISES EN CHARGE DE QUALITE.....	47
2.3.1 <i>Le travail en équipe est un pilier de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail, qui nécessite un fort soutien de la gouvernance</i>	47
2.3.2 <i>La qualité des soins ne peut se mesurer exclusivement à l'échelle de l'hôpital et doit davantage porter sur l'ensemble du parcours des patients</i>	52

3	LE FINANCEMENT A LA QUALITE : UN OUTIL A RENOVER POUR RETROUVER UN CARACTERE INCITATIF.....	55
3.1	L’OBJECTIF D’AMELIORATION DE LA QUALITE PAR DES INCITATIONS FINANCIERES N’EST PAS ATTEINT PAR LE DISPOSITIF ACTUEL.....	56
3.1.1	<i>Un dispositif trop complexe pour servir d’outil de pilotage et de management de la qualité</i>	56
3.1.2	<i>Une dotation dont le montant demeure très faible dans les ressources des établissements et par conséquent peu discriminante.....</i>	60
3.1.3	<i>Un effet limité sur l’amélioration de la qualité</i>	64
3.2	UN DISPOSITIF RENOVE D’INCITATION FINANCIERE A L’AMELIORATION DE LA QUALITE FONDE SUR DES REGLES PLUS LISIBLES ET UN ENRICHISSEMENT DU PANEL DES INDICATEURS	65
3.2.1	<i>Un modèle lfaq rénové pour être plus lisible pour les acteurs</i>	67
3.2.2	<i>Un premier pilier de financement à la qualité centré sur des indicateurs transversaux.....</i>	69
3.2.3	<i>Un deuxième pilier de financement à la qualité fondé sur la production d’indicateurs de résultats par pathologie ou spécialité</i>	74
3.2.4	<i>Un tarif valorisant les temps collectifs pluridisciplinaires en complément de l’lfaq rénové....</i>	77
3.2.5	<i>Une enveloppe budgétaire proche de l’existant, qui pourra être amenée à augmenter dans un second temps.....</i>	78
4	PROPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DE CE NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT	80
4.1	MISE EN PLACE D’UNE EQUIPE PROJET PILOTEE PAR LA DGOS	80
4.2	CHANTIERS TECHNIQUES A MENER DES 2024 POUR UNE REFONTE DU MODELE DE FINANCEMENT EN 2025.....	81
4.3	CHANTIERS TECHNIQUES POUR L’EVOLUTION DU PORTEFEUILLE D’INDICATEURS PRIS EN COMPTE DANS LE NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT	81
4.3.1	<i>Définition des indicateurs transversaux relatifs au premier pilier du modèle de financement à la qualité.....</i>	81
4.3.2	<i>Définition des indicateurs de résultats relatifs au deuxième pilier du modèle de financement à la qualité.....</i>	82
4.3.3	<i>Lancement d’opérations pilotes à partir de 2025.....</i>	83
	LISTE DES ANNEXES.....	84
	ANNEXE 1 : PRESENTATION DU MODELE IFAQ.....	85
	ANNEXE 2 : RAPPORTS EVOQUANT LES QUESTIONS DE FINANCEMENT ET DE QUALITE.....	101
	ANNEXE 3 : EXEMPLES DE DEMARCHE DE COMPARAISON ENTRE ETABLISSEMENTS	103
	ANNEXE 4 : SYNTHESE DES INDICATEURS EXISTANT EN EUROPE ET A L’INTERNATIONAL..	106
	ANNEXE 5 : SYNTHESE DE RAPPORTS SUR LA MESURE DE LA QUALITE DE VIE	108
	ANNEXE 6 : ETAT D’AVANCEMENT DE LA CONSTRUCTION D’INDICATEURS POUR L’IFAQ ..	112
	ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE AUPRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	113
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	145
	SIGLES UTILISES	163
	LETTRE DE MISSION	167

RAPPORT

Introduction

[15] Par lettre de mission en date du 21 août 2023, signée par le ministre de la Santé et de la Prévention, l'Igas a été chargée d'une mission de préfiguration de la refonte des dispositifs de financement à la qualité des établissements de santé.

[16] La réforme du financement des établissements de santé a été inscrite initialement dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé annoncée en février 2018 par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé, puis réaffirmée dans le cadre des accords du Ségur en 2020. Cette réforme vise à diversifier, simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé en limitant la part de la tarification à l'activité (T2A)¹. L'augmentation de la dotation consacrée à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) attribuée aux établissements de santé s'inscrit dans ce contexte.

[17] Le financement de l'activité hospitalière a d'ores et déjà été réformé sur plusieurs champs d'activité : urgences, psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation (SMR). Une logique de diversification des modalités de financement a été adoptée selon plusieurs critères : un financement à l'activité² défini selon de nouvelles modalités, un financement fondé sur des critères populationnels afin de réduire les inégalités territoriales et d'améliorer l'adéquation entre offre et besoins de santé, une part accrue de financements alloués à des objectifs de qualité et des financements ciblés pour couvrir des missions spécifiques le cas échéant (recherche, innovation et transformation, activités d'expertise).

[18] Dans la continuité de ces réformes, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 pose les bases d'un système de financement en trois compartiments sur le champ des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)³. Outre un compartiment de rémunération à l'activité, dont les modalités seront revues, et un compartiment de financement des missions et sujétions particulières, l'article 49 de la LFSS prévoit la création d'un compartiment de rémunération sur

¹ Dans le cas où la réforme a conduit à mettre en place une tarification à l'activité, celle-ci a été complétée par d'autres sources de financement (psychiatrie, soins de suite et réadaptation).

² Les activités de psychiatrie et les soins médicaux et de réadaptation sont également financées à l'activité mais leurs modalités de valorisation diffèrent des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

³ L'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 prévoyait déjà la mise en œuvre d'une expérimentation d'un financement mixte sur le champ MCO, mais son entrée en vigueur avait été ajournée face à la crise sanitaire.

« objectifs de santé publique » reflétant le rôle des établissements de santé sur le territoire⁴. C'est dans ce nouveau compartiment que les financements à la qualité s'inscrivent désormais⁵.

[19] La mission était attendue sur des propositions opérationnelles d'évolution des modalités de prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins dans le financement des établissements de santé. Une telle démarche repose sur plusieurs niveaux de réflexion :

- la définition d'un modèle de financement à la qualité qui soit susceptible de faire évoluer les pratiques pour améliorer la qualité des soins, ce qui nécessite une attention particulière à la lisibilité des incitations pour les professionnels de santé ;
- le calibrage de ce modèle de financement, à travers le choix des indicateurs de qualité valorisés et les modalités de leur prise en compte dans le modèle (la lettre de mission invitait notamment à expertiser l'introduction d'indicateurs de qualité des soins perçue par le patient) ;
- les conditions de production des indicateurs, indissociables des enjeux de gouvernance d'une stratégie globale de la qualité ; si le périmètre d'analyse porte sur le champ hospitalier, et prioritairement le champ d'activité MCO, la question de l'articulation avec les dispositifs d'incitation financière à la qualité en médecine de ville ne peut toutefois être écartée, dans une logique d'amélioration de la coordination des prises en charge tout au long du parcours de soins des patients.

[20] Afin de mener ces réflexions, un diagnostic des dispositifs actuels était de mise au préalable, nécessitant une analyse des déterminants de la qualité et des objectifs portés par les différents leviers de politique publique. En complément d'entretiens avec les administrations et les professionnels du secteur, la mission a adressé un questionnaire à un échantillon représentatif d'établissements de santé exerçant une activité MCO, pour lequel il était attendue une réponse la plus collégiale possible au sein de la gouvernance⁶ (voir annexe 7). Les questions portaient sur leur vision des déterminants de la qualité au sein de leur établissement, leur perception des principaux dispositifs de financement à la qualité et leurs attentes quant à de tels dispositifs. Les réponses apportées, bien que ne pouvant prétendre à une complète représentativité, ont permis d'enrichir le diagnostic et d'étayer les recommandations de la mission.

[21] Le rapport commence par une présentation des enjeux relatifs à la définition des objectifs poursuivis par une politique de qualité des soins, dans laquelle tout dispositif de rémunération à la qualité doit s'inscrire de manière cohérente. S'ensuit une deuxième partie présentant les enjeux relatifs à la mesure de la qualité, accompagnée de recommandations visant à renforcer l'adhésion des professionnels à la démarche qualité par un recentrage sur le bien-être des patients et des

⁴ D'après l'exposé des motifs de l'article 49, les dispositions de la LFSS définissent « l'architecture du nouveau modèle de financement dont l'application se fera à compter du 1er janvier 2025. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques nécessaires à l'entrée en vigueur pleine et entière de la réforme en accompagnant les différentes parties prenantes (principalement ARS et établissements de santé) dans l'appropriation du modèle de financement et de ses conséquences ».

⁵ Art. L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale – Les dotations relatives aux objectifs territoriaux et nationaux de santé publique mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement des actions visant à promouvoir, à protéger et à améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou des actions visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins.

⁶ Direction générale, présidence de la commission médicale d'établissement, direction qualité, direction des finances, direction des soins.

soignants. La troisième partie revient sur les limites des modalités actuelles de financement à la qualité avant de proposer un nouveau modèle venant refondre et compléter l'existant. La quatrième et dernière partie propose un calendrier pour la mise en œuvre opérationnelle de cette réforme, et notamment les premiers jalons à poser dès 2024.

1 Le financement à la qualité ne peut se concevoir que comme une composante de la politique qualité dans son ensemble

1.1 Le caractère multidimensionnel de la qualité des soins nécessite de s'accorder sur les objectifs visés par les politiques publiques

[22] L'amélioration de la qualité des soins fait aujourd'hui partie des objectifs de développement durable au niveau international. Les études nationales et internationales mettent en effet en évidence une forte hétérogénéité de la qualité des soins, au regard notamment du nombre d'événements indésirables, associée à des écarts considérables dans la quantité de soins dispensés⁷. Au sein de la zone OCDE, un patient sur dix subit un préjudice inutile au cours de son traitement et plus de 10 % des dépenses hospitalières sont consacrées à remédier à des erreurs médicales évitables ou à des infections nosocomiales⁸. En France, selon l'enquête ENEIS, chaque année, entre 93 000 et 197 000 hospitalisations sont causées par des événements indésirables graves associés aux soins qui auraient pu être évités⁹.

[23] La dernière décennie a ainsi vu l'émergence d'initiatives visant à comparer la qualité des soins, fondées sur le développement de plusieurs types d'indicateurs de qualité¹⁰. Sans mesure adéquate de la qualité, il est en effet impossible de juger de l'efficacité des leviers d'amélioration mis en œuvre et de leurs éventuels effets négatifs. Pour être utiles au pilotage des politiques de santé, les indicateurs de qualité doivent s'appuyer sur une définition précise de l'objectif visé. Un des enjeux tient alors en grande partie à la difficulté de définir la qualité des soins elle-même¹¹.

[24] **Depuis les travaux fondateurs de Donabedian dans les années 1980¹², la notion de qualité fait l'objet de multiples définitions plus ou moins extensives.** Elle est généralement définie comme la « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Cette définition, proposée en 1990 par l'Institut de médecine des

⁷ OCDE (2014) - Geographic Variations in Health Care : What Do We Know and What Can be Done to Improve Health Care Performance? OECD Publishing Paris. Etude menée au sein de 13 pays pour 10 interventions. Le taux des interventions cardiaques variait du simple au triple d'un pays à l'autre, et jusqu'au sextuple dans un même pays.

⁸ OCDE (2017) - Lutte contre le gaspillage dans les systèmes de santé – Synthèse.

⁹ Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables Graves associés aux Soins dans les Etablissements de Santé – réalisée à la demande la DGOS – édition 2019 publiée en 2021.

¹⁰ Voir notamment le panorama de l'OCDE Health at a Glance, 2023.

¹¹ Or, Rochaix et Sirven (2021). Améliorer la qualité des soins : un aperçu des différentes stratégies, dans Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Eska éditions, pages 223-252, 2021.

¹² Donabedian (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan, USA : Health Administration Press; 1980. Selon Donabedian, les soins de qualité sont ceux « qui devraient maximiser une mesure du bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ».

Etats-Unis (IOM)¹³, met l'accent sur la qualité des soins dans l'ensemble du système, en intégrant explicitement la satisfaction des patients comme objectif recherché, tout en reconnaissant la part d'aléa qui demeure dans les soins. Les définitions plus récentes, comme celle de la Commission européenne¹⁴ ou de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁵, s'inscrivent dans cette appréhension large de la qualité. Si le caractère multidimensionnel de la qualité fait consensus dans la littérature, plusieurs taxonomies coexistent selon l'importance accordée à l'une ou l'autre dimension (Tableau 1). L'OMS sépare par ailleurs les attributs dits « principaux » de la qualité – efficacité, sécurité, réactivité – des autres dimensions permettant de tirer profit des bénéfices de la qualité des soins, dont l'accessibilité, l'équité et l'efficience. Plus récemment, la qualité des soins s'est élargie à la notion de continuité des soins et de coordination de la prise en charge entre les différents acteurs professionnels de santé sur l'ensemble du parcours de soins du patient.

Tableau 1 : Caractère multidimensionnel de la qualité de soins

Efficacité Pertinence	La capacité d'atteindre les résultats (de soins) souhaités, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin. La pertinence est une notion proche, couramment intégrée à l'efficacité et qui signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et sont basés sur de solides recommandations médicales.
Sécurité	La capacité de prévenir ou d'éviter des résultats indésirables ou les dommages associés au processus de soins lui-même.
Réactivité	La capacité du système à prendre en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes. Il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins.
Accessibilité	La facilité avec laquelle on accède aux bons soins au bon moment. L'accès peut être géographique, financier ou socio-psychologique et exige que les services de santé soient <i>a priori</i> disponibles. La ponctualité est un concept lié à l'accès et se rapporte à la rapidité avec laquelle les patients obtiennent les soins qui leur sont nécessaires. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns et la coordination des soins.
Efficience	L'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices les plus élevés ou les meilleurs résultats. Elle renvoie à la capacité à fonctionner efficacement sans gaspiller les ressources et sans diminuer les résultats souhaitables. La plupart des problèmes de qualité des soins sont associés à une sous- ou une sur- utilisation des ressources.

Source : Or, Rochaix et Sirven (2021), adapté de Or et Com Ruelle (2009).

¹³ IOM, Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Washington, D.C., National Academy Press, 1990.

¹⁴ Commission européenne (2010) « Les soins de qualité sont ceux utilisant les ressources appropriées disponibles de façon efficiente afin de contribuer équitablement à l'amélioration de la santé des individus et de la population dans son ensemble »

¹⁵ OMS (2018) « Les soins de qualité devraient être efficaces (Evidence-based), assurant la sécurité des patients et centrés sur la personne en respectant leur valeurs, besoins et préférences [...] Pour assurer les bénéfices liés à la qualité, les soins devraient être accessibles, équitables, intégrés et efficaces ».

[25] **La notion de pertinence, parfois englobée dans celle d'efficacité, est une dimension clé de la qualité**, apparue aux Etats-Unis dans les années 1990 face au constat d'importants écarts de pratiques avec des effets non négligeables sur les dépenses sociales¹⁶. Définie par la HAS comme « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient », la pertinence fait en France l'objet d'outils spécifiques, d'abord par l'introduction des références médicales opposables et des différents programmes de maîtrise médicalisée de l'Assurance maladie, puis comme priorité transversale du secteur de la santé à partir des années 2010. C'est dans ce contexte que s'inscrit le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques), qui vise à inciter financièrement les établissements de santé à la maîtrise des coûts en particulier sur la prescription de produits de santé.

[26] Le caractère multidimensionnel et protéiforme de la notion de qualité des soins, reflété par la coexistence de nombreuses définitions, a contribué à une certaine confusion dans les débats sur les contours des politiques de qualité. Toute politique visant à améliorer la qualité des soins doit se fonder sur une vision claire des objectifs de qualité poursuivis, ainsi que sur une évaluation de leur atteinte selon les différentes dimensions de la qualité (efficacité, sécurité, réactivité mais aussi accessibilité et efficacité)¹⁷. Une telle clarification s'avère par ailleurs indispensable au regard des différents leviers de régulation mobilisables selon les objectifs recherchés.

1.1 La qualité des soins fait aujourd'hui l'objet de différents modes de régulation dont l'articulation doit être pleinement anticipée

1.1.1 Les mécanismes de financement à la qualité doivent être pensés en articulation avec les autres modes de régulation de la qualité

[27] La qualité des soins repose avant tout sur l'engagement des professionnels de santé, qui ont à cœur de produire des soins de qualité pour le bien-être de leurs patients et sont soucieux d'obtenir la reconnaissance de ces derniers et de leurs pairs. Ces incitations intrinsèques à fournir des soins de qualité, fondées sur l'éthique et l'engagement des professionnels, peuvent toutefois se révéler insuffisantes au regard des contraintes de court terme telles que le temps ou les coûts. Ces contraintes peuvent en effet conduire à minimiser l'effort sur la qualité, et ce d'autant plus que celle-ci n'est pas directement observable et que la rémunération se fonde uniquement sur le volume d'activité. Ce constat a conduit peu à peu à la mise en place de modalités extrinsèques de régulation de la qualité, d'abord de manière « douce » et ciblée, puis de manière plus affirmée face à la persistance de problèmes de sécurité et de qualité des soins, ainsi que d'inégalités entre les prises en charge¹⁸.

[28] **La puissance publique dispose de plusieurs modes de régulation pour influencer sur la qualité des soins, notamment la réglementation, la mise en concurrence par la transparence de**

¹⁶ Dominique Polton (2019), La pertinence, trop ou trop peu de soins. « En 2017, l'OCDE avance une estimation d'un cinquième de la dépense de santé gaspillée. [...] L'Institute of Medicine évalue que 30 % de chaque dollar investi dans la santé aux États-Unis pourrait être économisé sans produire aucun rationnement (2012) ».

¹⁷ Or, Rochaix et Sirven (2021). Améliorer la qualité des soins : un aperçu des différentes stratégies, Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, Eska éditions, pp.223-252, 2021.

¹⁸ Girault et Minvielle (2015). Performance et qualité des établissements de santé – dans Performance et innovation dans les établissements de santé (2015), pages 91 à 104.

l'information et l'incitation financière. Ces modes de régulation peuvent avoir un effet sur la qualité en agissant plus ou moins directement sur les différents déterminants de la qualité que sont les ressources matérielles, les ressources humaines, l'organisation des équipes de soins et la coopération de ces dernières (Tableau 2)¹⁹.

Tableau 2 : Les principaux déterminants de la qualité identifiés par la HAS

Famille	Déterminants principaux
Les ressources matérielles	L'architecture et la conception des établissements Les plateaux techniques et les équipements Les systèmes d'information
Les ressources humaines	La compétence des professionnels Les effectifs et la charge de travail La continuité et la permanence des soins, la stabilité des équipes Les volumes d'activité
L'organisation des équipes de soins	Les facteurs de gouvernance et de culture Le travail en équipe La mise en œuvre des bonnes pratiques La pertinence des soins L'approche centrée sur le patient et l'engagement des usagers L'évaluation et les démarches d'amélioration La gestion des risques La qualité de vie au travail
La coopération des équipes de soins	La coopération au sein de l'établissement La coopération et la gradation de l'offre au sein du territoire L'organisation et l'optimisation des parcours de soins

Source : *Rapport HAS - Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé (2022)*

[29] **Un ensemble de dispositions réglementaires garantit que les conditions minimales requises dans l'exercice d'activités de soins soient respectées.** Les établissements de santé doivent ainsi respecter des conditions techniques de fonctionnement et obtenir l'autorisation d'exercer des activités de soins ; ils sont par ailleurs dans l'obligation de souscrire une assurance couvrant les risques de dommages subis par des patients²⁰. Ils sont également soumis à la procédure de certification conduite par la HAS, qui évalue leur niveau de qualité sur un grand nombre de dimensions²¹. Quant aux professionnels de santé, ils doivent être formés dans un cadre très réglementé et sont soumis à une obligation de formation continue voire, à l'avenir, de certification

¹⁹ Rapport HAS – Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé – novembre 2022.

²⁰ Art. L. 1142-2 du code de la santé publique. Les assureurs spécialisés dans la couverture des hôpitaux ont développé une méthodologie de mesure de la sinistralité qui leur offre une grande expertise sur la sécurité des soins. Ainsi, la détermination par le groupe Relyens du profil de risque d'un établissement se fonde sur environ 150 critères, appréciés durant une visite de terrain pouvant durer un ou deux jours (réitérée en moyenne tous les deux ans).

²¹ Art. L. 6113-4 et L. 6147-8 du code de la santé publique. La mission a pu constater le caractère central de la visite de certification dans la dynamique de développement des politiques qualité des établissements. Chez Ramsay, par exemple, la direction qualité met en place des audits de risque 18 mois avant l'échéance de certification et met à disposition des établissements des outils et ressources, webinaires et formations pour anticiper la visite de certification. De manière générale, presque la totalité des répondants au questionnaire de la mission considèrent que la visite de certification et sa préparation ont été utiles pour promouvoir la démarche qualité et sécurité des soins, et 90 % estiment que le dernier avis de certification reflète globalement le niveau de la qualité et de la sécurité des soins dans leur établissement.

périodique de leurs compétences²². Ils sont censés exercer dans les règles de l'art précisées par des recommandations de la HAS ou des sociétés savantes. Certains professionnels, équipes ou établissements s'inscrivent volontairement dans des processus de labellisation nationale ou internationale ou d'accréditation. Tous les événements indésirables graves associés aux soins doivent être déclarés et faire l'objet d'analyse. Tout ou partie des activités bénéficient de l'accompagnement, l'encadrement, la surveillance ou le contrôle des agences sanitaires nationales, des réseaux de vigilance, des réseaux par pathologie, des structures régionales d'appui, des agences régionales de santé, de l'Assurance maladie. La qualité étant imparfaitement observable par les bénéficiaires des soins, la définition de standards réglementaires pour assurer une garantie minimale de qualité ne suffit généralement pas et des stratégies d'amélioration de la qualité s'avèrent nécessaires.

[30] **La diffusion publique de l'information sur la qualité des soins délivrés permet de renforcer la mise en concurrence des professionnels de santé sur cette dimension.** Pour la puissance publique, cette mise en concurrence permet d'optimiser la qualité à coûts constants (voir encadré 1). La réduction de l'asymétrie d'information permet en effet aux usagers, considérés comme des « consommateurs éclairés », de choisir entre établissements de santé en fonction de leur niveau respectif de qualité. Cette liberté de choix favorise une amélioration des soins par deux canaux : celui de la demande – dit canal de sélection – en permettant aux patients de s'orienter vers les hôpitaux de meilleure qualité (qui voient donc leur part de marché augmenter toutes choses égales par ailleurs) et celui de l'offre – dit canal de changement – en incitant les établissements à améliorer leurs résultats sur les indicateurs de qualité publiés. La France, bien que disposant d'un système hospitalier fondé en grande partie sur une mission de service public, s'est engagée dans cette démarche concurrentielle de diffusion publique au milieu des années 2000 (publication d'un tableau de bord sur les infections nosocomiales en 2006), et plus systématiquement à partir de 2013. La réglementation impose aujourd'hui la publication sur le site de la HAS, de l'ATIH²³ et du ministère des résultats par établissement sur un certain nombre d'indicateurs et, pour chaque établissement, l'affichage dans ses locaux des résultats le concernant et la mise à disposition de ces informations auprès des patients lors de leur hospitalisation²⁴. La HAS s'inscrit par ailleurs dans une démarche de transparence de l'ensemble de ses travaux sur son site internet. Par rapport à ses voisins, la France demeure néanmoins en retrait sur ces enjeux de transparence de l'information sur la qualité des soins (voir partie 2.3).

²² L'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique indique que les professionnels de santé doivent, au cours d'une période de six ans, avoir réalisé un programme minimal d'actions visant à « 1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ; 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ; 3° Améliorer la relation avec leurs patients ; 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle ». L'obligation est entrée en vigueur au 1er janvier 2023 sous réserve des dispositions dérogatoires prévues pour les professionnels déjà en exercice.

²³ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, placée sous la tutelle de la DGOS.

²⁴ Les articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du code de la santé publique prévoient que les établissements de santé « rendent publics, chaque année, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ». L'arrêté annuel précise que les résultats des indicateurs sont publiés chaque année sur les sites internet de la HAS, de l'ATIH ou du ministère chargé de la santé. Il précise aussi que les établissements de santé doivent mettre à disposition des usagers les résultats des indicateurs le concernant, et ce dès l'entrée dans l'établissement par un affichage dans les lieux d'accueil.

Encadré 1 - Régulation de la qualité des soins et théorie économique

Selon la théorie économique, lorsque les patients disposent de toutes les informations qui leur sont utiles (hypothèse d'information parfaite), leur préférence se porte vers les hôpitaux de meilleure qualité. Les hôpitaux se trouvent donc en concurrence pour attirer les patients et sont incités à se démarquer par une meilleure qualité (différenciation verticale).

Sur un marché où la qualité et le prix des biens sont observables, l'incitation pour les producteurs à produire des biens de qualité repose sur la sensibilité de la demande au prix (élasticité) : les usagers rationnels vont choisir les soins de meilleure qualité ou les moins coûteux toutes choses égales par ailleurs. Sur le marché des soins, la demande est souvent considérée comme insensible au prix (du fait de la tarification à l'activité et de l'opacité des prix), rendant inopérante toute incitation financière par les tarifs. Les mécanismes incitatifs doivent porter sur la qualité, tout en minimisant les dépenses (à travers la T2A)²⁵.

La qualité n'est cependant pas facilement observable par les usagers, ce qui peut – d'après la théorie économique de l'agence – conduire les producteurs de soins à adopter des comportements stratégiques dits « d'aléa moral »²⁶, voire d'antisélection, empêchant les usagers de pouvoir choisir leurs soins en toute connaissance de cause. Réduire l'asymétrie d'information entre les producteurs de soins et les usagers est nécessaire pour favoriser la concurrence en qualité, en incitant les professionnels à délivrer des soins répondant aux attentes des patients pour ne pas perdre de parts de marché et préserver leur réputation²⁷. D'autres incitations extrinsèques peuvent être introduites afin d'exacerber la concurrence en qualité, même en l'absence de pression de la demande. La plus fréquemment utilisée est celle de la rémunération à la qualité, visant à rééquilibrer les incitations financières générées par la T2A où les incitations à la quantité se substituent à des incitations à la qualité (Bras, 2017 ; Bras, 2020 ; Lescher, 2020).

Des études empiriques demeurent nécessaires pour tester les comportements microéconomiques effectivement à l'œuvre. En effet, certains effets non souhaités peuvent survenir tels qu'une optimisation du codage, une baisse de qualité sur les dimensions non mesurées, une perte de motivation intrinsèque générée par la monétisation d'un comportement spontané. Un autre risque serait le creusement des inégalités d'accès aux soins par sélection des patients les moins risqués – toutefois limité dans le secteur non lucratif du fait de sa mission de service public – ou par désorganisation de l'offre de soins. De manière générale, les impacts dépendent des modalités de régulation de l'offre par la puissance publique, qui se caractérisent en France par une gestion planifiée des établissements de santé au regard des besoins sur le territoire (et une proportion importante d'établissements publics, qui ne peuvent faire faillite).

[31] Enfin, la valorisation financière constitue un levier complémentaire pour inciter à l'augmentation des efforts sur la qualité des soins, qui s'est souvent imposé comme le prolongement de la diffusion publique des résultats²⁸. En effet, la tarification à l'activité conduit à rémunérer les producteurs de soins sur la base du volume d'activité, sans tenir compte explicitement de la qualité des soins prodigués. La qualité des soins n'étant pas directement vérifiable, la littérature économique suggère qu'il est possible d'améliorer cette dimension en introduisant explicitement dans les modes de paiement une récompense pour les efforts

²⁵ Varkevisser, van der Geest et Schut (2012). Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economics*, 31(2), 371-378. Vogt W.B. and Town R.

²⁶ Il peut s'agir, par exemple, de comportements opportunistes de demande induite.

²⁷ Les producteurs ne peuvent en effet signaler leur qualité en utilisant le prix comme vecteur d'information ou en proposant une garantie de qualité, comme c'est le cas sur d'autres marchés. La diffusion d'information sur la qualité permet aux établissements de se signaler comme étant réellement de bonne qualité.

²⁸ Voir Girault et Minvielle (2015), op. cit. et Lescher, M. (2020). Qualité des soins à l'hôpital, concurrence entre établissements et choix des patients en information imparfaite. Thèse pour le Doctorat ès Sciences économiques, LIRAES, Université de Paris.

supplémentaires engagés par les producteurs pour améliorer la qualité²⁹. Les réformes de la tarification hospitalière, en cours dans de nombreux pays, conduisent ainsi à rééquilibrer les modalités de financement vers davantage de financements incitatifs à la qualité et moins de financements à l'activité. Les modalités de mise en œuvre de cet incitatif varient toutefois sensiblement selon les dispositifs : bonus *versus* malus, montant de l'incitation, valorisation de l'atteinte d'un niveau de qualité ou d'une amélioration, rémunération individuelle ou collective, etc.

[32] Au total, comme souligné par Girault et Minvielle, « ces dernières années ont été le théâtre de l'affirmation de modes de régulation externes : soient nouveaux pour ce qui concerne la diffusion publique et l'incitation financière, soient anciens s'agissant du développement des dispositifs de contrôle. [...] La régulation de la qualité est ainsi devenue multiforme. En s'affinant, le système s'est également complexifié. En effet, les nouveaux modes de régulation externe qui sont venus s'ajouter aux dispositifs traditionnels, ont posé un certain nombre de difficultés méthodologiques »³⁰.

[33] Les mécanismes de rémunération à la qualité doivent donc être pensés en articulation avec les autres modes de régulation. Leur efficacité dépend de l'environnement dans lequel ils sont implémentés, et notamment de l'organisation de l'offre de soins et de son degré de concentration.

1.1.2 L'amélioration de la qualité ne peut se penser indépendamment de la structuration de l'offre de soins

[34] **Une politique de mise en concurrence des établissements de santé semble vouloir s'accompagner d'une restructuration de l'offre de soins.** Une perte de financement pour les établissements les moins bien notés, tel que c'est le cas en France depuis 2019, pose en effet la question de la pérennité de ces établissements et de la réorganisation de l'offre de soins sur le territoire. Il s'agit en effet de définir le bon niveau concentration des activités de soins, en faisant en sorte que chaque hôpital puisse s'intégrer dans des filières graduées de prise en charge et, le cas échéant, se spécialiser dans un domaine d'activités pour générer des gains en qualité clinique et en efficacité. La qualité des hôpitaux étant corrélée positivement au volume de patients, les territoires où co-existent de nombreux hôpitaux avec un volume d'activité très faible sont en risque. A l'inverse, une trop grande concentration pourrait conduire à des monopoles spatiaux annihilant les effets positifs de la mise en concurrence ou poser des difficultés d'accès aux soins par manque d'établissements de proximité³¹. En pratique, « trouver le juste niveau de la concentration de l'offre de soins hospitaliers est complexe »³².

[35] La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la médecine de ville – pourrait contribuer à trouver cet équilibre. Elle vise en effet à une meilleure coordination de l'offre de soins tout au long du parcours du patient. Néanmoins, seule la moitié des établissements publics ayant répondu

²⁹ Pour une revue de littérature, voir Or, Rochaix, Sirven (2021), op. cit.

³⁰ Girault et Minvielle (2015), op. cit.

³¹ Voir Lescher (2020), op. cit ou Or, Rochaix et Sirven, (2021), op. cit.

Une étude récente suggère par ailleurs que cela pourrait nuire également à l'innovation et la qualité dans le traitement du cancer du sein. Or Z., Roccoco E., Touré M., Bonastre J (2020) Impact of Competition Versus Centralisation of Hospital Care on Process Quality: A Multilevel Analysis of Breast Cancer Surgery in France. International Journal of Health Policy and Management.

³² Or, Rochaix et Sirven (2021), op. cit.

au questionnaire de la mission déclarent effectivement partager une stratégie sur la qualité au sein de leur GHT.

[36] **En tout état de cause, la structuration actuelle de l'offre de soins n'est pas sans lien avec les difficultés rencontrées par le secteur de la santé en matière de ressources humaines.** Une offre trop dense au regard des ressources humaines disponibles conduit en effet au maintien d'équipes trop fragiles, qui s'épuisent. Tous les acteurs rencontrés par la mission ont ainsi insisté sur l'impact majeur des tensions actuelles de recrutement des professionnels de santé sur la qualité des prises en charge (difficulté ou retard d'accès aux soins liés à la baisse d'activité, défaut de formation ou d'engagement des équipes en cas de rotation rapide des professionnels, manque de temps pour la coordination et le travail collectif, etc.). La présence au complet des équipes soignantes, sans poste vacant ou absentéisme excessif, est le premier levier de qualité mentionné par les établissements ayant répondu au questionnaire de la mission (sur un total de 18 leviers proposés), et ce indépendamment de la taille et du statut des établissements.

[37] De manière générale, la densité de l'offre de soins primaires, la présence de filières structurées avec une gradation des prises en charge, le degré de coordination des soins entre les structures de ville, les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux ont un impact majeur sur la qualité, les délais et la continuité des prises en charge (voir encadré 2). La situation est pourtant très inégale suivant les territoires.

Encadré 2 - Modes alternatifs de prise en charge à l'hospitalisation complète

Certains modes de prise en charge hospitalière alternatifs à l'hospitalisation complète, comme la chirurgie ambulatoire ou l'hospitalisation à domicile, se développent moins rapidement dans certains territoires alors qu'ils peuvent être porteurs de gains de qualité³³.

La chirurgie ambulatoire, en permettant une sortie précoce du patient, conduit à une diminution des infections associées aux soins, dont la prévalence augmente avec la durée d'hospitalisation³⁴. Elle améliore la qualité de vie au travail pour les équipes soignantes³⁵ et rencontre une large satisfaction des patients³⁶.

³³ D'après les données ScanSanté, en 2022, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour 1000 habitants (standardisé par le sexe et l'âge) varie de 17 à Mayotte à 72 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Sur le champ France métropolitaine, la région Centre-Val de Loire se caractérise par le taux le plus bas, de 56 pour 1000 habitants. En 2022, le taux de recours à l'hospitalisation à domicile, calculé en taux de journées standardisé, varie de près de 1 à 8 entre les territoires de l'hexagone.

³⁴ L'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue aussi le risque d'infection du site opératoire.

³⁵ Des séjours plus courts permettent d'optimiser l'organisation des blocs opératoires. Les équipes y gagnent en temps et donc en qualité des conditions de travail.

³⁶ D'après une enquête du Haut Conseil de la Santé publique, relayée par France Assos Santé, 80 % des patients donnent une note supérieure ou égale à huit sur la qualité des soins apportés durant toute la prise en charge en ambulatoire (avant/pendant et après la chirurgie). Rapport du Haut Conseil de la Santé publique, juin 2021 – « Virage ambulatoire – pour un développement sécurisé ».

Il en est de même pour l'hospitalisation à domicile qui, du fait de son caractère intrusif, doit composer avec les souhaits des patients dans la définition de la prise en charge³⁷ et pour laquelle les études semblent montrer une moindre prévalence des infections nosocomiales³⁸.

1.1.3 Malgré des évaluations mitigées dans la littérature, les dispositifs de financement à la qualité sont perçus positivement par les acteurs

[38] **Les résultats des études internationales sur les expériences de paiement à la performance sont le plus souvent mitigés**³⁹. Il existe toutefois peu d'études d'impact menées dans les règles de l'art en dehors des Etats-Unis. D'après une revue de littérature Cochrane de 2019⁴⁰, les dispositifs auraient tendance à produire des effets positifs sur des indicateurs de processus et des effets beaucoup moins nets sur les indicateurs de résultats intermédiaires ou finaux. Ces dispositifs prennent en général assez mal en compte les facteurs socio-économiques et leur impact sur la santé. Les incitatifs peuvent dans ce cas être source involontaire de renforcement des inégalités de santé avec un effet défavorable pour les hôpitaux des zones défavorisées, allant à l'encontre de leur mission de service public. Les incitations financières directes sont par ailleurs susceptibles d'inciter les producteurs, notamment les hôpitaux, à manipuler le codage des données, par exemple sur le niveau de sévérité, pour influencer favorablement les résultats sur les indicateurs ciblés⁴¹. Elles peuvent entraîner des effets inattendus, avec un impact négatif sur la qualité d'autres types de soins non valorisés, d'où l'importance soulignée par la littérature internationale d'adopter une approche complète couvrant différentes dimensions de la qualité⁴².

[39] Les effets bénéfiques espérés dépendent de la qualité des données, de la performance des systèmes d'information, de la pertinence des indicateurs retenus, du montant du malus/bonus

³⁷ Les équipes de la maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle ont insisté, lors des échanges avec la mission, sur la prise en compte du point de vue des patients et des aidants, avec l'objectif d'appliquer au mieux les protocoles tout en construisant une relation avec la famille et en respectant les souhaits des patients et des aidants. D'après une enquête réalisée en 2017 par l'institut Viavoice pour la FNEHAD, plus de 8 Français sur 10 seraient favorables à bénéficier, chez eux, de soins et d'un suivi identique à celui de l'hôpital. Pour 7 Français sur 10, l'hospitalisation à domicile offre une qualité de vie supérieure à l'hospitalisation classique. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 affirment que leurs patients expriment souvent ou très souvent le souhait d'être soignés ou de mourir à leur domicile.

³⁸ D'après l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infections réalisée en 2012, les infections nosocomiales acquises pendant l'hospitalisation sont plus faibles en hospitalisation à domicile qu'en hospitalisation conventionnelle (resp. 2,5 % et 3,9 %), en revanche les infections importées d'une structure hospitalière d'amont sont plus importantes en hospitalisation à domicile (resp. 3,9 % et 1,2 %). Ces comparaisons sont toutefois à prendre avec précaution compte tenu des différences de pathologies traitées en hospitalisation conventionnelle et à domicile. Voir « ENP en HAD 2012 – Résultats — Institut de veille sanitaire – janvier 2014 »

³⁹ Mendelson, Kondo, Damberg et al. (2017), The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care : A Systematic Review. *Ann Intern Med* ; Gondi, Soled, Jha (2018), The problem with pay-for-performance schemes. *BMJ Quality & Safety* 2018 ; Delbanco, McLaine, Murray (2018), The Evidence On Pay-For-Performance: Not Strong enough On Its Own?, *Health Affairs Blog*.

⁴⁰ Mathes, Piepe, Morche, Polus, Jaschinski, Eikermann (2019), Pay for performance for hospitals (Review) - Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 7.

⁴¹ Fonarow, Konstam et Yancy (2017), The Hospital Readmission Reduction Program Is Associated With Fewer Readmissions, More Deaths. In : *Journal of the American College of Cardiology* 70.15, pages 1931–1934. Milcent (2016). Upcoding and heterogeneity in hospitals' response: A Natural Experiment. *PSE Working Papers*.

⁴² Eckhardt, Smith, Quentin (2019), Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care, in *Improving healthcare quality in Europe*, R. Busse et al. (eds), European Observatory on Health Systems and Policies and OECD.

(le plus souvent inférieur à 2 % du budget des hôpitaux⁴³), de la lisibilité du dispositif et de son acceptation par les acteurs. On retrouve des résultats assez proches entre les dispositifs mis en place en ville et ceux mis en place à l'hôpital, même si les contextes de mise en œuvre, en particulier organisationnels, sont différents.

[40] **En France, l'évaluation du dispositif Ifaq dans sa forme expérimentale ne diffère pas dans ses conclusions de la littérature internationale**⁴⁴ : l'évaluation suggère en effet que l'introduction du paiement à la qualité « n'aurait ainsi engendré que peu de transformations organisationnelles, la majorité des établissements s'accommodant à ce nouvel élément sans pour autant s'en saisir réellement comme d'un outil d'amélioration de la qualité ». L'étude concluait sur la nécessité de s'assurer que le dispositif « n'introduise pas de rentes de situation où les meilleurs établissements seraient systématiquement récompensés et les 'mauvais élèves' n'auraient alors plus d'incitation à changer leurs pratiques, tant les écarts se seraient creusés »⁴⁵. En ville, les médecins bénéficient depuis 2009 d'un paiement à la performance qui leur est propre : la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Les évaluations de cette forme de rémunération, rares et parcellaires, fournissent des résultats mitigés, mais « il très peu probable qu'elle ait contribué de manière significative à la qualité des soins »⁴⁶.

[41] **Pour autant, l'importance du financement à la qualité ne semble pas remise en question. Le signal envoyé par le politique est en effet perçu comme important pour sensibiliser les différents acteurs et faire évoluer les pratiques.** Environ 95 % des établissements ayant répondu au questionnaire de la mission considèrent que le levier financier est nécessaire pour inciter à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, même si un tiers considèrent que d'autres leviers non financiers sont plus efficaces (Graphique 1).

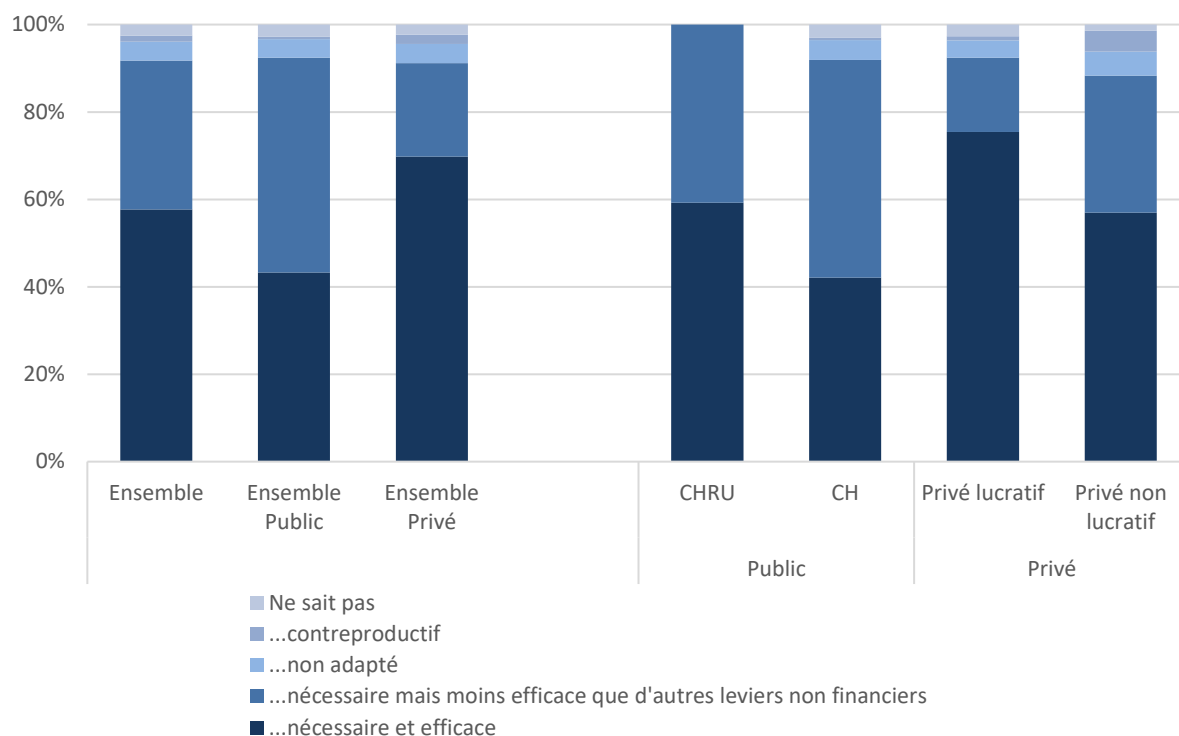
⁴³ Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), Improving healthcare quality in Europe, Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.

⁴⁴ Girault, Gervès-Pinquié, Moisdon, Minvielle (2019), Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif : comportements des établissements de santé français face au paiement à la performance (P4P) Health Care Policy - Vol.14 No.3, 2019.

⁴⁵ A l'inverse, une étude sur le Caques montre une amélioration du respect des protocoles dans la prescription des antibiotiques indiqués dans la chirurgie de la hanche (Lesueur et al., 2019).

⁴⁶ Bras (2020), La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ? Les Tribunes de la santé 2020/2 n° 64, pages 61 à 77.

Graphique 1 : Perception des établissements sur le levier financier comme outil pour inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



Note : CH : centre hospitalier ; CHRU : centre hospitalier régional/universitaire

Lecture : parmi les gouvernances d'établissement ayant répondu au questionnaire, 58 % pensent que le levier financier est nécessaire et efficace pour inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de leur établissement.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO - 470 répondants.

Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

1.2 Une réforme du financement à la qualité doit s'inscrire dans une politique globale d'amélioration de la qualité

[42] **Le caractère multidimensionnel et transversal de la qualité, touchant jusqu'à l'organisation de l'offre de soins, rend son pilotage particulièrement complexe, et ce d'autant plus dans un système de santé dont l'organisation est fragmentée.** Les acteurs nationaux impliqués sont multiples, chacun étant souvent porteur d'une responsabilité spécifique au sein du système de santé. Les leviers de la qualité, y compris le financement, sont ainsi construits séparément entre la ville, l'hôpital et le médico-social, posant des enjeux cruciaux de coordination des parcours. La question de la pertinence est le plus souvent portée par les administrations « budgétaires », de façon distincte de la démarche qualité alors que les deux sont indissociables. La problématique des systèmes d'information est traitée dans un cadre qui n'accorde pas toujours la priorité aux besoins spécifiques liés à la politique qualité. De manière générale, les différences de statut entre les administrations centrales, les agences sanitaires, l'Assurance maladie et une autorité administrative indépendante peuvent compliquer l'exercice de mise en cohérence.

[43] **Aucune politique dans le domaine de la qualité des soins ne peut être efficace si elle ne s'inscrit pas dans la durée, avec une feuille de route pluriannuelle veillant à la mise en cohérence des différents leviers de la qualité**⁴⁷. Les mesures d'amélioration prises sur une dimension de la qualité pouvant affecter d'autres dimensions, un cadre national couvrant l'ensemble de ces dimensions et leurs interactions constitue un préalable au développement de stratégies efficaces d'amélioration de la qualité. Selon Or, Rochaix et Sirven (2021), « le fait que la France manque encore d'un tel cadre national de la qualité des soins, visant à en définir les objectifs prioritaires dans différents domaines et leurs interactions réduit grandement sa capacité à l'améliorer ».

[44] Plusieurs avancées ont eu lieu dans les dernières années : les liens ont été juridiquement précisés entre le régime des autorisations et la certification⁴⁸ ou entre l'accréditation et le développement professionnel continu⁴⁹ ; un groupe de travail sur les indicateurs de qualité et de pertinence a été remis en place en 2021 sous l'égide de la DGOS avec les principaux partenaires concernés. La mission estime cependant qu'il serait utile d'aller plus loin dans la formalisation et le pilotage d'une feuille de route pluriannuelle sur la qualité des soins dans l'ensemble du système de santé, qui pourrait s'inscrire dans la stratégie nationale de santé et intégrer l'actuelle feuille de route sur l'amélioration de la sécurité des patients et résidents. La réforme des incitations financières à la qualité devrait s'inscrire dans le cadre de cette nouvelle feuille de route. Par ailleurs, « le rôle fédérateur du patient constitue une voie de régulation, jusque-là insuffisamment exploitée [...] la réaffirmation de la place du patient au centre du dispositif de soins semble constituer le vrai potentiel de gisement pour améliorer la régulation de la qualité »⁵⁰.

[45] **Une instance de gouvernance à construire serait chargée de piloter la mise en œuvre de cette feuille de route dans la durée et d'en rendre compte chaque année.** L'instance aurait notamment pour mission de veiller à la mise en cohérence de tous les leviers de la qualité et de proposer les améliorations nécessaires pour garantir leur efficacité. Elle veillerait au développement des indicateurs de mesure de la qualité dans le système de santé et serait associée à ce titre aux travaux sur les systèmes d'information en santé. Elle faciliterait la coordination des différentes démarches d'accompagnement des offreurs de soins dans l'amélioration de la qualité, qu'elles soient conduites par l'Assurance maladie, les ARS, les structures régionales d'appui ou par d'autres institutions. Elle aurait enfin la capacité de lancer des travaux de recherche, de mobiliser des équipes d'information médicale ou d'encourager des projets utiles à la qualité. En revanche, elle n'aurait pas à intervenir dans le calibrage des financements à la qualité, qui doit être discuté dans le cadre des instances en charge du financement des établissements.

⁴⁷ A cet égard, l'analyse sociologique de H. Bertillot sur la construction des indicateurs de qualité lors du lancement de la démarche expérimentale de l'Ifaq montre l'importance de l'engagement dans la durée des acteurs « intermédiaires » (experts, chercheurs, sociétés savantes, fédérations), « alors que les acteurs politiques et institutionnels en charge du dossier des indicateurs de qualité n'ont pour la plupart fait que « passer » sur le sujet. De ce fait, ce sont largement ces intermédiaires qui ont assuré la continuité cognitive et institutionnelle de l'élaboration des indicateurs ». Voir Bertillot (2020), Expertise, indicateurs de qualité et rationalisation de l'hôpital : le pouvoir discret de la nébuleuse intégratrice. Revue française d'administration publique, n°174.

⁴⁸ La réforme du régime des autorisations par l'ordonnance du 3 janvier 2018 modifie l'article L 6122-2 du code de la santé publique en précisant que « l'autorisation est accordée en tenant compte des éléments des rapports de certification émis par la Haute Autorité de santé qui concernent le projet pour lequel elle est sollicitée et qui sont pertinents à la date de la décision ».

⁴⁹ Art. L. 4021-1 du code de la santé publique.

⁵⁰ Girault et Minvielle (2015), Op. cit.

[46] La composition de cette instance devrait répondre au souci d'associer largement les acteurs concernés : administrations, institutions publiques dans le domaine de la santé, professionnels et usagers. Elle devrait également accueillir des personnalités qualifiées ou fonctionner avec l'appui d'un conseil scientifique. Cette composition ne devrait être arrêtée qu'après consultation de l'ensemble des parties prenantes. L'instance serait présidée par le ministre en charge de la Santé, qui nommerait – pour une durée pouvant être de cinq ans – un président délégué pour en assurer le pilotage opérationnel. Un bureau de l'instance pourrait être mis en place autour de la DGOS, la HAS, la Cnam et France Assos Santé pour organiser les travaux et préparer les orientations présentées à l'instance. Ce bureau serait appuyé par une équipe technique pluridisciplinaire pilotée par un rapporteur général, dans un format proche de celui mis en place pour le pilotage des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

[47] Cette instance en charge de la politique qualité au niveau national pourrait utilement être prolongée par une instance de gouvernance régionale de la qualité. Partant du constat de l'existence d'ores et déjà d'instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS), la mission propose qu'une concertation soit conduite avec les directeurs généraux d'ARS pour engager la transformation de ces instances et élargir leur objet à l'ensemble des questions de qualité du système de soins. Une telle transformation devra s'appuyer sur une évaluation du fonctionnement de ces instances afin de s'assurer de leur efficacité.

Recommandation n°1 Mettre en place une instance de gouvernance nationale large chargée du pilotage d'une feuille de route pluriannuelle sur la qualité dans le système de santé, dotée d'un bureau resserré et d'une équipe pluridisciplinaire d'animation, et engager une concertation avec les directeurs généraux d'ARS en vue d'élargir l'objet des instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS) à l'ensemble des problématiques de qualité des soins tout en renforçant leur visibilité et leur efficacité.

2 Mettre le patient au cœur de la politique qualité : un enjeu clé de l'adhésion des professionnels

[48] La qualité des soins est au cœur du métier des soignants. Pourtant, la démarche qualité est parfois perçue par les soignants comme une contrainte imposée par la gouvernance ayant peu de lien avec leur activité de soins. La mesure de la qualité qui est proposée paraît en effet éloignée de leurs préoccupations et des critères de qualité qui régissent leurs pratiques quotidiennes, tournées vers le bien-être du patient. Or, « le choix de mettre l'accent sur tel aspect ou telle dimension de la qualité est une décision politique, liée aux priorités des politiques de santé nationales »⁵¹.

[49] Pour renouer avec une démarche porteuse de sens pour les professionnels, il est essentiel d'incarner la politique qualité au plus près de l'activité des services et de suivre les résultats des prises en charge des différentes pathologies (partie 2.1), d'intégrer davantage le point de vue patient sur la qualité des soins (partie 2.2) et d'encourager le travail en équipe pluridisciplinaire, à l'hôpital comme sur l'ensemble du parcours de soins (partie 2.3).

⁵¹ Beaussier (2021), Mesurer la qualité des soins, un état des lieux européen, revue Cogito, Sciences Po.

2.1 Redonner du sens aux soignants : se comparer sur des indicateurs de qualité tournés vers le bien-être du patient

2.1.1 La France se distingue par une mesure de la qualité des soins tournée vers des indicateurs de processus mesurés à l'échelle des établissements

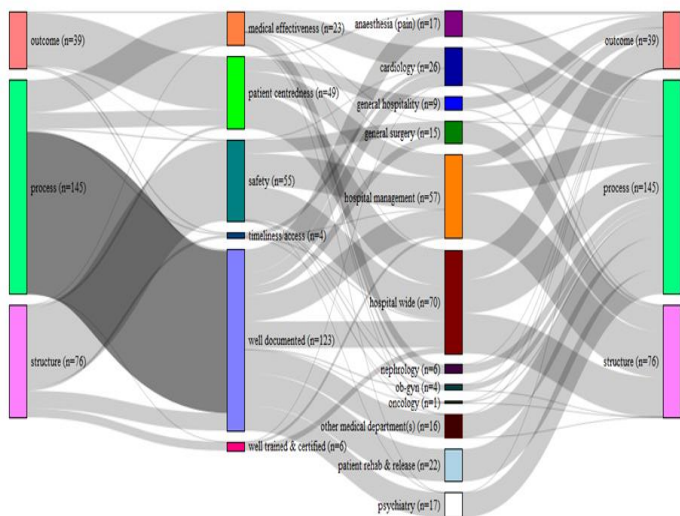
[50] Le cadre le plus communément utilisé pour classer les différentes mesures de la qualité est celui proposé par Donabedian, qui distingue les indicateurs de structure, les indicateurs centrés sur les processus et les indicateurs mesurant les résultats des soins pour le patient. Les premiers s'intéressent aux ressources des établissements, notamment au regard des normes sur les équipements. Les deuxièmes se concentrent sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients. Les derniers retracent l'évolution de l'état de santé des patients après prise en charge. Ces trois types de mesure éclairent des aspects complémentaires de la qualité des soins, dont les avantages et inconvénients sont largement débattus dans la littérature.

[51] **En comparaison internationale, la mesure de la qualité en France se caractérise par un poids beaucoup plus important donné aux indicateurs de processus et d'organisation hospitalière qu'aux indicateurs de résultats des soins observés chez les patients.** De nombreux indicateurs portent ainsi sur la qualité des dossiers des patients ou sur le suivi des fonctions hospitalières ou cliniques transversales telles que le soulagement de la douleur ou le contrôle des infections nosocomiales. Le suivi des spécialités médicales fait l'objet d'une attention moindre. Une étude portant sur la France, l'Allemagne, l'Angleterre et les Pays-Bas met ainsi en évidence la diversité des approches dans la mesure de la qualité des soins⁵² (Graphique 2). Si, comme la France, les Pays-Bas mettent l'accent sur la qualité de la documentation, il s'agit avant tout de mesurer la participation des hôpitaux à divers réseaux et registres professionnels nationaux plutôt que la qualité des dossiers des patients : les indicateurs se concentrent sur la qualité de spécialités particulières, comme en Allemagne, plutôt que sur l'hôpital en tant qu'unité organisationnelle comme en France ou en Angleterre. Mais si l'Angleterre privilégie une approche transversale à l'échelle de l'hôpital, elle met l'accent – comme l'Allemagne – sur les indicateurs de résultats, tels les taux d'infections nosocomiales et les taux de réadmission.

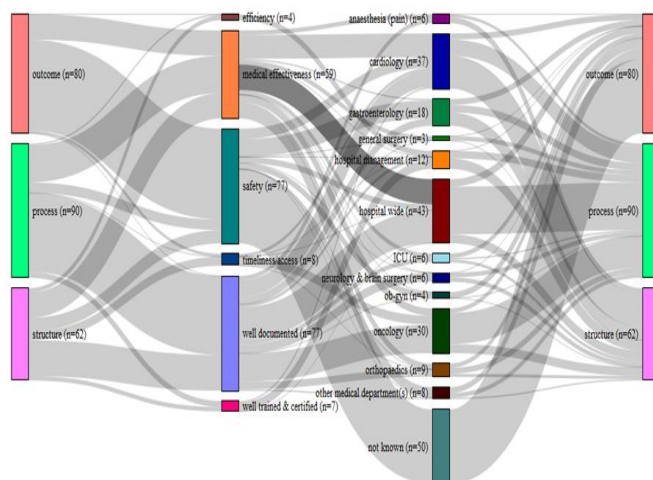
⁵² Beaussier, Demeritt, Griffiths, Rothstein (2020), Steering by their own lights : Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. Health Policy 124 (2020) 501–510.

Graphique 2 : Comparaison des indicateurs de qualité retenus en France, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Angleterre

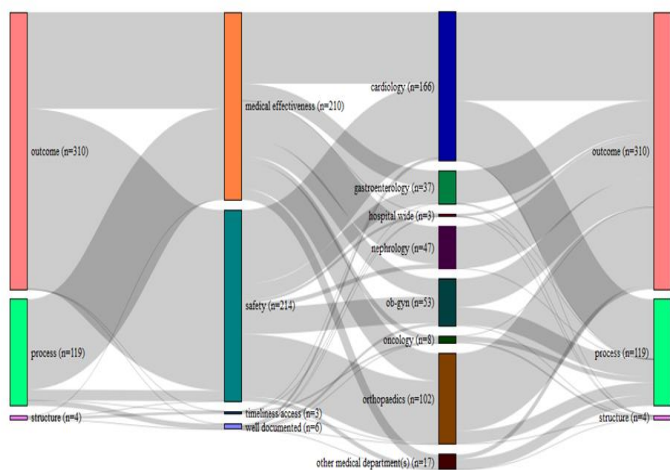
Jeu d'indicateurs évalués en France (2016)



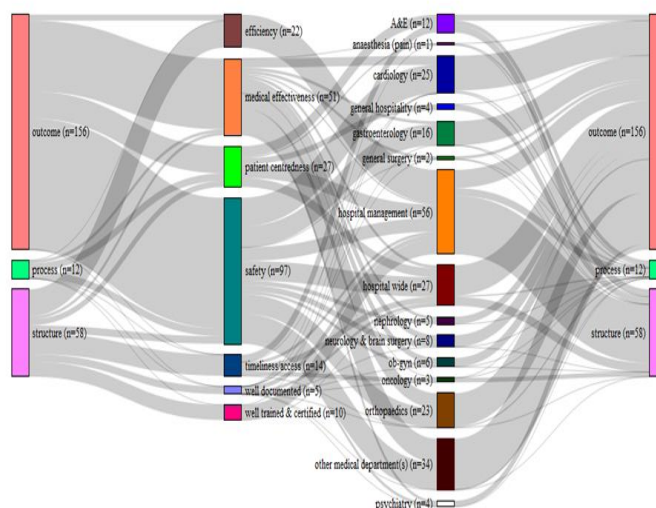
Jeu d'indicateurs évalués aux Pays-Bas (2016)



Jeu d'indicateurs évalué en Allemagne (2016)



Jeu d'indicateurs évalués en Angleterre (2016)



Note : comparaison terme à terme des indicateurs employés par les agences nationales de régulation de la qualité des soins : en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) ; aux Pays-Bas, l'Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ; en Allemagne, le Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) et en Angleterre, la Care Quality Commission.

Source : Beaussier et al. (2020).

2.1.2 Les indicateurs de processus sont nécessaires mais doivent être mesurés plus près des unités de soins pour avoir du sens pour les soignants

[52] Les indicateurs de processus présentent l'avantage d'être relativement faciles à mesurer et à interpréter par les professionnels de soins. Alors que les efforts engagés ne déterminent pas systématiquement le résultat de santé à l'échelle du parcours (qui demeure en partie aléatoire), les indicateurs de processus donnent des indications claires aux producteurs de soins sur la

manière d'améliorer la qualité⁵³. Certains indicateurs comme l'évaluation et la prise en charge de la douleur sont en outre particulièrement parlants pour les équipes médico-soignantes en ce qu'ils touchent directement à leur cœur de métier⁵⁴. Les gouvernances d'établissements interrogées par la mission se déclarent ainsi très majoritairement favorables au fait de conserver des indicateurs de processus dans le modèle de financement à la qualité.

[53] Sans nier l'intérêt de suivre des indicateurs de processus, la mission constate que l'efficacité des indicateurs est actuellement limitée par un système de mesure représentatif uniquement à l'échelle de l'établissement. Une mesure à l'échelle des services est essentielle pour que les équipes soignantes puissent suivre l'évolution de leurs pratiques. Une tribune de la commission qualité de la conférence des directeurs généraux de CHU invite ainsi à « recentrer l'action des professionnels de santé sur leur cœur de métier : l'amélioration de l'expérience patient, la qualité et la sécurité du soin prodigué au patient »⁵⁵. Partant du principe que c'est essentiellement à l'échelle des équipes, de l'unité fonctionnelle ou du service que se détermine l'évolution des pratiques, la commission note que « la mesure ne sera donc efficiente qu'avec des résultats mesurés à l'échelle d'une unité de soin et restitués dans un délai raisonnable. À l'inverse les indicateurs portant sur l'établissement sont peu utiles aux équipes cliniques qui sont démunies en termes d'incitation à agir et d'identification de marges d'amélioration au niveau de l'établissement ».

[54] Calculer les indicateurs à l'échelle du service requiert toutefois de mesurer l'information sur un ensemble de données suffisamment important pour être représentatif de l'activité du service. Sauf à alourdir la charge administrative de recueil pour les équipes⁵⁶, une telle exigence nécessite de s'appuyer sur des indicateurs calculables automatiquement à partir des données disponibles dans les systèmes d'information⁵⁷. Ces indicateurs ont par ailleurs l'avantage de pouvoir être mesurés en continu et donc utilisables comme outil managérial de suivi des progrès. Aujourd'hui, de nombreux indicateurs sont issus des dossiers des patients et sont recueillis une seule fois par an (voire tous les deux ans) par un audit manuel sur un échantillon de dossiers spécifiques à chaque indicateur⁵⁸. Si certains établissements ont pris des initiatives pour automatiser le recueil des indicateurs, parfois en lien avec la HAS, ces démarches restent encore marginales et souvent conditionnées à l'existence d'un entrepôt de données⁵⁹ (voir encadré 3).

[55] La mission estime que ce mouvement d'automatisation du recueil des indicateurs doit être encouragé, quitte à devoir consentir à une perte d'information sur certaines dimensions par rapport à par un audit manuel, dès lors que cela permet aux équipes de s'approprier les résultats.

⁵³ Minvielle et Kimberly (2020), Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient. Dans *Journal de gestion et d'économie de la santé* 2020/4 (N° 4), pages 242 à 252.

⁵⁴ Lors de ses déplacements, la mission a pu constater la richesse des initiatives sur cette problématique. Des peluches thérapeutiques sont ainsi utilisées au Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille afin de soulager la douleur chez les personnes âgées. Expérimentale à ce stade, cette démarche pourrait être étendue notamment en pédiatrie.

⁵⁵ Philippe Michel, Virginie Luce-Garnier, Jean Petit, Anne Costa - Édito – Pour une révision des indicateurs de pilotage de la qualité des soins, de la sécurité des patients et de l'expérience patient. Risques et qualité – septembre 2023.

⁵⁶ Au CHU de Dijon, afin de mieux suivre l'évolution des pratiques concernant la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation, des audits complémentaires à ceux exigés par la HAS sont réalisés deux fois par an sur un échantillon de dix dossiers par service. L'analyse mobilise des assistantes médico-administratives. Des restitutions des résultats sont organisées par pôle et par service afin favoriser une dynamique d'amélioration.

⁵⁷ Et donc avec un recueil exhaustif de l'information, sans enjeu de représentativité.

⁵⁸ Pour des indicateurs présentant des caractéristiques communes, les échantillons de dossiers peuvent se recouper en partie.

⁵⁹ Selon le CHU de Lille, sur un total de 200 indicateurs de toute nature, seuls 12 sont automatisables à ce jour.

L'automatisation permettrait par ailleurs de limiter les besoins de contrôle des déclarations par les autorités nationales ou régionales.

Recommandation n°2 Systématiser le recueil automatique des indicateurs à partir des données disponibles dans les systèmes d'information, quitte à simplifier ces indicateurs, afin de rendre possible leur calcul à l'échelle des services.

Encadré 3 - Exemples d'automatisation d'indicateurs de qualité

L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a développé, grâce à son entrepôt de données, deux indicateurs automatiques relatifs à l'évaluation de la douleur : le taux de séjours avec évaluation et réévaluation de la douleur, et le délai moyen d'évaluation et de réévaluation de la douleur au cours du séjour. Le calcul repose sur la capacité à détecter automatiquement la présence de ces informations dans le dossier patient informatisé. Une démarche de même type a permis de développer des indicateurs automatiques sur le délai de production et de validation de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation : bien que moins complets que les indicateurs de la HAS, ces indicateurs présentent l'avantage de pouvoir être suivis régulièrement par chaque unité. Des travaux sont également en cours aux CHU de Lille et de Bordeaux, en lien avec la HAS, pour l'automatisation de certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), et notamment ceux relatifs à la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral.

La démarche d'automatisation du calcul des indicateurs ne se limite pas aux seuls indicateurs issus des dossiers de patients. La détection automatique en continu des infections du site opératoire fait par exemple l'objet de plusieurs initiatives, en vue notamment de faciliter le respect des obligations de recueil prévues par le protocole de surveillance du réseau national de Santé publique France (SPICMI) : c'est le cas au CHU de Bordeaux, ou encore aux Hospices civils de Lyon (HCL) dont les travaux se sont appuyés sur le croisement des données de plusieurs systèmes d'information dont le PMSI et la microbiologie.

2.1.3 Les indicateurs de processus doivent être complétés par un suivi régulier des résultats pour le patient, nécessitant une approche par pathologie ou spécialité et une meilleure mobilisation des systèmes d'information

[56] **En complément d'une plus grande granularité des indicateurs de processus transversaux, il est indispensable que les équipes puissent mieux suivre les résultats des soins pour les patients.** En effet, le suivi régulier des résultats par les équipes médico-soignantes constitue un puissant levier d'évolution des pratiques professionnelles, favorisant une émulation par l'analyse comparative des écarts de résultats⁶⁰ (voir annexe 3). Cette démarche nécessite de sortir de la logique centrée exclusivement sur la mesure transversale de la qualité à l'échelle des établissements, qui domine actuellement dans le suivi de la qualité en France. En effet, compte tenu de la diversité des interventions cliniques, seule une approche centrée sur la nature de ces interventions – par pathologie ou spécialité – peut répondre à l'objectif d'amélioration des pratiques des équipes soignantes. Cette volonté de rééquilibrage ressort nettement des réponses au questionnaire de la mission auprès des établissements : seuls 10 % des répondants considèrent que le financement à la qualité devrait se fonder exclusivement sur des indicateurs de processus et non sur les résultats des soins, 80 % se déclarent en faveur d'un mixte d'indicateurs transversaux

⁶⁰ Larsson et al (2012), Uses of 13 Disease Registries in 5 Countries Demonstrates the Potential to Use Outcome Data to Improve Health Care's Value, Health Affairs (2012) 31;1: 220-230.

à l'établissement et d'indicateurs par spécialité médicale ou activité de soins (voir annexe 7, Graphiques 44 et 45).

[57] Pour être intégrés dans l'évaluation des pratiques professionnelles, les indicateurs de résultats doivent être considérés comme légitimes et pertinents par les équipes médico-soignantes. Ils doivent donc être définis par les sociétés savantes, en lien avec la HAS.

[58] **Une telle approche de mesure des résultats par spécialité peut se fonder sur différents types de données. La France présente l'avantage d'avoir, grâce au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et plus généralement du système national des données de santé (SNDS), une base de données riches et standardisées pour l'ensemble des établissements de santé.** Si tous les indicateurs pertinents par spécialité ne sont pas disponibles dans le PMSI, les démarches menées dans certains établissements laissent entrevoir des possibilités prometteuses sur certaines dimensions de la qualité des soins. A titre illustratif, on peut citer les travaux du professeur A. Duclos, ancien chef du service des données de santé des Hospices civils de Lyon, qui a notamment créé une plateforme pour évaluer les soins et mener des études à partir d'entrepôts de données locaux ou nationaux (PMSI-SNDS). Ses travaux montrent que l'accompagnement des équipes chirurgicales dans le suivi graphique d'indicateurs issus du PMSI se traduit par une réduction significative des complications⁶¹.

[59] Outre l'activation des gisements de données, l'utilisation de canaux existants pour permettre la remontée de nouvelles informations présente l'avantage de permettre une mise en production relativement rapide d'indicateurs, et ce pour un coût limité pour les finances publiques. En particulier, lorsque c'est possible, l'enrichissement des flux de facturation dans le cadre du PMSI éviterait d'avoir à reconstruire des infrastructures coûteuses pour remonter des indicateurs⁶².

[60] **Les systèmes d'information n'apparaissent toutefois pas suffisamment matures à ce jour pour permettre une exploitation systématique des données médico-administratives conservées par les établissements,** même si certaines initiatives telles que celles portées par certains services de CHU⁶³ ou par les centres de lutte contre le cancer apparaissent très prometteuses (voir encadré 4). Si les dossiers des patients sont aujourd'hui très majoritairement informatisés, leur format n'est pas standardisé et leur interopérabilité n'est pas assurée. Certains établissements disposent ainsi de format de dossiers variable entre services, selon les logiciels propres à chaque spécialité. Le programme HOP'EN constitue une opportunité de mise à niveau de la production d'indicateurs⁶⁴.

⁶¹ Duclos, Chollet, Pascal, Ormando, Carty, Polazzi, Lifante (2020), on behalf of the SHEWHART Trial Group - Effect of monitoring surgical outcomes using control charts to reduce major adverse events in patients : cluster randomised trial. BMJ 2020 : "The implementation of control charts with feedback on indicators to surgical teams was associated with concomitant reductions in major adverse events in patients. Understanding variations in surgical outcomes and how to provide safe surgery is imperative for improvements".

⁶² Cette position avait notamment été portée par l'Institut Montaigne dans son rapport de 2019 Système de santé : soyez consultés !

⁶³ Les Hospices civils de Lyon ont mis en place un suivi d'indicateurs automatiques sur un parcours en ortho-gériatrie (portant sur les urgences, l'orthopédie, la gériatrie de court séjour et les soins de réadaptation). Les indicateurs concernent les processus et les résultats (mortalité, passage en réanimation, reprise chirurgicale, infections profondes complications multiviscérales).

⁶⁴ Le programme HOP'EN - pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » - constitue le plan d'action national des systèmes d'information hospitaliers (action 19 de la feuille de route de 2019 « Accélérer le virage numérique »). Lancé pour la période de 2019 à 2023, avec une dotation de 240 M€, le programme devrait se poursuivre sur la période 2024-2028.

Encadré 4 - Parcours de soins au centre de lutte contre le cancer de Lille

A Lille, le centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret a entièrement rénové son dispositif de prise en charge des patients autour de la notion de parcours de soins : grâce à un important investissement humain et technique, 49 parcours hospitaliers correspondant à une situation de prise en charge spécifique ont été identifiés et structurés, et plus de 22 000 patients ont été intégrés à un parcours depuis 2019⁶⁵.

Cette approche par parcours permet de disposer de données de grande qualité car directement utilisées pour la prise en charge : l'affectation d'un patient à un parcours est décidée en équipe en fonction du suivi médical voulu, qui s'accompagne d'indicateurs pertinents à sa prise en charge notamment en termes de délais et de résultats (les indicateurs de l'INCa sont également mesurés dans ce cadre). Les patients sont régulièrement amenés à répondre à des questionnaires sur leur expérience de soins et leur qualité de vie, dont ils peuvent retrouver les résultats dans leur espace personnel informatisé (ainsi que l'ensemble de leurs données personnelles).

Pour chaque parcours, des tableaux de bord sont mis à disposition des professionnels pour le suivi en temps réel de la prise en charge des patients. Au niveau agrégé, le suivi de l'ensemble des patients d'un même parcours permet de mesurer l'évolution des indicateurs dans le temps et d'identifier la pertinence des actes à chaque étape-clé des parcours en fonction des résultats des indicateurs (taux de survie, taux de complications, cytotoxicité, morbidité, taux de récurrence, motif de fin de parcours, etc.) et les axes d'amélioration (mesures correctives, anticipation, etc.). Ce suivi par cohorte permet également de mieux piloter la prise en charge au sein des parcours (délais, continuité des soins, besoins en ressources humaines, etc.), voire d'identifier des facteurs d'alertes sanitaires (baisse du recours aux soins, par exemple lors de la crise sanitaire).

Le centre Oscar Lambret envisage désormais d'enrichir son système informatique pour développer ces parcours de soins vers la médecine de ville et améliorer la coordination des prises en charge.

[61] **En complément du PMSI, le développement des registres de pratiques portés par les professionnels pourrait être encouragé si cette option s'avérait la plus efficiente**⁶⁶. Fortement encouragé par la Fédération des spécialités médicales, un tel développement soulève toutefois des enjeux importants, que ce soit en termes de propriété des données, d'exhaustivité du recueil, de standardisation des informations, d'interopérabilité des systèmes d'information pour éviter une double saisie des professionnels ou encore de cloisonnement des réflexions par spécialité quand la tendance est plutôt à une intégration de l'ensemble du parcours du patient.

[62] Quel que soit le système d'information mobilisé, la mission estime qu'un programme d'action devrait être défini avec les professionnels et les usagers, en coordination avec la HAS⁶⁷

⁶⁵ Les données sont structurées en datamart propre à chaque parcours et regroupant l'ensemble des informations disponibles sur les patients inclus dans ce parcours, issues des différents systèmes d'information « métier » de l'établissement ou du dossier patient informatisé.

⁶⁶ Cette recommandation est cohérente avec les travaux et recommandations de la mission réalisée fin 2023 par Jérôme Marchand-Arvier, Pr Stéphanie Allassonnière, Aymeril Hoang et Dr Anne-Sophie Jannot sur l'utilisation secondaire des données de santé, notamment la recommandation 24.

⁶⁷ Une démarche similaire a été mise en œuvre dans le cadre de la réforme des autorisations d'activité de soins prévue par l'ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021 et le décret n° 2021-974 du 22 juillet 2021 portant sur la modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds. Cette réforme prévoit la définition de nouveaux indicateurs dits de « vigilance » devant permettre la mise en place d'un dialogue entre l'ARS et les établissements de santé en cas de dépassement d'un seuil d'alerte. A partir d'une liste identifiant 198 indicateurs de résultats théoriquement

et les agences sanitaires thématiques le cas échéant (notamment INCa et ABM), pour déterminer les indicateurs de résultats à retenir par spécialité, en intégrant progressivement des indicateurs de qualité de vie perçue par le patient et des indicateurs relatifs à la fluidité du parcours entre la ville et l'hôpital (voir parties 2.2 et 2.3). L'association des professionnels à la démarche, et notamment des sociétés savantes, permettrait de renforcer la capacité d'analyse de l'ensemble des spécialités, ainsi que la pertinence et l'actualité des recommandations.

[63] **Un financement public serait accordé pour le développement des indicateurs, dans un cadre fixé par un cahier des charges défini au niveau national.** Le financement serait en effet conditionné à un certain nombre de critères devant permettre un cadre d'interopérabilité avec les systèmes d'information hospitaliers, ainsi qu'un niveau suffisant de standardisation et de robustesse des indicateurs : exhaustivité des recueils, méthodologie partagée d'ajustement au profil de risque de la patientèle (indispensable pour permettre des comparaisons pertinentes mais nécessitant des ressources et des compétences dédiées suffisantes), etc. Afin de répondre à ces deux exigences, les enjeux relatifs aux systèmes d'information devront être au cœur des critères retenus dans le choix des indicateurs et précisés dans le cadre de la discussion, en lien avec l'ATIH et la DNS : utilisation du PMSI actuel – comme c'est déjà le cas pour la mesure des infections du site opératoire et des événements thromboemboliques après prothèse de hanche ou de genou – élargissement du PMSI par introduction de données nouvelles, mobilisation des données du dossier patient informatisé et plus généralement des entrepôts de données, ou encore développement de registres spécifiques de pratiques.

[64] Le calibrage du montant de l'enveloppe financière devra faire l'objet de travaux permettant d'objectiver le coût de production des indicateurs. Il conviendra de distinguer les dépenses d'investissement pour le développement des systèmes d'information, et les dépenses de fonctionnement pour l'exploitation des données et le développement continu d'indicateurs. A titre illustratif, les pouvoirs publics suédois consacrent plusieurs dizaines de millions d'euros par an pour la construction et l'animation d'une centaine de registres nationaux⁶⁸, gérés avec les professionnels de chaque pathologie⁶⁹.

Recommandation n°3 Permettre une montée en puissance du suivi d'indicateurs de qualité, notamment de résultats, grâce à un financement dédié.

[65] **En tout état de cause, le financement devra être conditionné à un degré de transparence des résultats permettant à chaque équipe de se comparer non seulement à soi-même dans le temps, mais aussi à ses pairs.** A cet égard, la publication d'un rapport sur la qualité dans chaque pathologie pourrait être prévue à échéance régulière. Ces rapports pourraient être construits dans le cadre de l'instance de gouvernance proposée par la mission avec un travail conjoint entre la HAS, les agences sanitaires concernées, la Cnam, les sociétés savantes et conseils nationaux

mesurables à partir du PMSI, la HAS a consulté – pour chaque spécialité chirurgicale - les parties prenantes et notamment les conseils nationaux professionnels afin de prioriser cinq à huit indicateurs au regard de leur pertinence clinique et de leur capacité à améliorer les pratiques. Au total, 77 indicateurs ont été définis couvrant les 13 spécialités chirurgicales. Si l'objectif d'indicateurs par spécialité est le même que celui proposé par la mission pour la démarche qualité, un rôle plus central pourrait toutefois être donné aux sociétés savantes et conseils nationaux professionnels dans la définition des indicateurs de résultats.

⁶⁸ 30 à 40 M€ dans les années 2010

⁶⁹ Les registres contiennent notamment le diagnostic, le traitement et les résultats du traitement. La plupart des registres recueillent également le point de vue des patients sur leur expérience de soin ou leur perception de leur qualité de vie. Le rapport de l'Institut Montaigne de 2019 évoque des coûts par registre qui vont de 50 000 à 800 000 dollars par an.

professionnels et France Assos Santé. En Suède par exemple, chaque spécialité doit publier un rapport annuel très détaillé sur les données récoltées dans le registre, accessible sur internet aux niveaux national et régional (mais les résultats sur une série d'indicateurs sont également fournis par établissement). Il en va de même aux Pays-Bas, où l'Institut néerlandais d'audit clinique (DICA) est responsable depuis 2011 de recueillir les indicateurs de qualité au sein de registres financés par l'Etat⁷⁰ : après trois années de test, les résultats des indicateurs sont systématiquement publiés de façon brute et exhaustive, avec le détail par établissement, mais sans classement (en accès libre sur internet).

2.1.4 Le suivi des résultats au sein des établissements doit s'accompagner d'une comparaison plus large entre pairs, levier d'amélioration de la pertinence des pratiques médicales

[66] **Afin de favoriser une réflexion collective entre pairs et dépasser l'approche de comparaison interne à chaque établissement, le suivi des indicateurs de résultats pourrait faire l'objet d'une animation nationale et régionale renforcée.** Des initiatives en ce sens existent déjà, aussi bien au niveau national – par l'Assurance maladie, Santé Publique France, certaines agences sanitaires spécialisées (l'Agence de biomédecine, l'Institut national du cancer) ou certaines sociétés savantes – qu'au niveau régional – par les ARS, le réseau de l'Assurance maladie, les structures régionales d'appui ou les réseaux régionaux (voir annexe 3). Ces initiatives bénéficient par ailleurs de certains travaux de recherche, comme ceux de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur la variabilité des pratiques entre territoires (voir encadré 5). Le développement et la mise en cohérence de ces démarches de transparence sur les indicateurs de résultats et les pratiques associées devront être discutés dans le cadre de la gouvernance renouvelée sur la qualité du système de soins proposée par la mission aux niveaux national et régional.

[67] **La mission estime que c'est sur cette montée en puissance de la comparaison entre pairs que les effets les plus importants sur la qualité et la pertinence des soins sont à attendre.** L'efficacité de la démarche dépend toutefois d'une transparence de plus en plus forte sur le positionnement relatif des différents établissements, voire de leurs services. Si la mission n'a pas pu évaluer dans les temps impartis l'intérêt des mises sous accord préalable, les travaux récents de l'Igas sur l'organisation du service médical de l'Assurance maladie ne conduisent pas à préconiser un nouveau développement de ce type de dispositif⁷¹. Les pouvoirs publics disposent par ailleurs de moyens pour agir vis-à-vis des établissements dont la situation serait considérée

⁷⁰ Ceux-ci comprennent à la fois des données cliniques par pathologie mais également des indicateurs de qualité de vie perçue par le patient. Sur les 50 à 80 indicateurs présents dans chaque registre 40 à 50 % correspondent à des indicateurs de qualité de vie perçue par le patient. L'exhaustivité des registres est assurée par une labellisation « Dica » incitant les établissements à alimenter les registres.

⁷¹ Prévues à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, la mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'Assurance maladie, pour une durée déterminée (en l'occurrence six mois), la prise en charge par l'Assurance maladie de certains actes, prestations ou prescriptions, hors des cas d'urgence. Le dispositif a été introduit par la LFSS pour 2008 pour les prestations d'hospitalisation. Il s'est appliqué en cas de proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, ainsi qu'en cas de recours non conforme aux référentiels établis par la HAS ou significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales. La procédure a été étendue aux prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation par la LFSS pour 2011.

comme problématique (accompagnement, contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens, mise sous surveillance, contrôle⁷²).

Recommandation n°4 Impulser une montée en puissance des exercices de comparaison des résultats entre pairs sur l'ensemble des dimensions de la qualité (pertinence, sécurité, accessibilité, etc.) dans le cadre des gouvernances nationale et régionale proposées.

Encadré 5 – Atlas de la variation des pratiques médicales de l'Irdes

L'analyse des écarts de pratiques entre équipes, établissements ou territoires conduit naturellement à s'interroger sur la pertinence des soins délivrés. Afin de contribuer à cette démarche, l'Irdes a publié en 2016 un atlas des variations de pratiques médicales observées en 2014 sur dix thématiques identifiées comme prioritaires pour l'élaboration d'outils et de référentiels nationaux destinés à réduire les variations de pratiques médicales⁷³. A ces dix thématiques s'ajoute la chirurgie de la fracture de hanche, considérée comme une référence dans l'interprétation des résultats car présentant relativement peu de variations dans les indications et prises en charge. A titre illustratif, les deux interventions présentant les disparités les plus élevées sont la chirurgie du canal carpien et la tumeur bénigne de la prostate (écarts-types de respectivement 0,62 et 0,35), suivis de la chirurgie bariatrique et de l'amygdalectomie (resp. 0,30 et 0,29). Le taux de chirurgie du syndrome du canal carpien varie ainsi de 66 séjours pour 100 000 habitants à la Réunion à 386 dans la Meuse.

Une nouvelle version de cet atlas des pratiques portant sur l'année 2019 a été publiée au début du mois de février 2024. Pour cette nouvelle version, onze interventions chirurgicales ont été sélectionnées, en priorité parmi celles retenues dans la première version de l'atlas afin d'en mesurer l'évolution depuis 2014⁷⁴.

2.2 Intégrer le point de vue des patients : moteur indispensable de la démarche qualité

[68] **L'intégration du point de vue du patient est un élément central de beaucoup de réformes de santé en cours dans les pays de l'OCDE.** La France s'y est investie depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 85 % estiment que les représentants des usagers contribuent activement à la politique qualité et sécurité des soins. Le levier de « l'écoute des patients et la prise en compte de leur ressenti par des questionnaires » compte parmi les leviers de qualité les plus cités par les gouvernances médico-administratives des établissements sur les 18 leviers proposés, après le travail en équipe, les ressources humaines et l'engagement de la gouvernance (voir annexe 7, Graphique 1).

[69] **La reconnaissance de l'engagement du patient et de ses proches joue aujourd'hui un rôle essentiel dans la capacité d'une organisation à mieux répondre aux besoins et attentes des**

⁷² Articles L 1421-1, L1431-2 et L1435-1 du code de la santé publique.

⁷³ Les critères de priorité portent sur un volume d'actes important (supérieur à 20 000 actes par an), une tendance à la hausse, des variations importantes de taux de recours entre les régions. Les dix thématiques retenues sont : amygdalectomie (ablation des amygdales); appendicectomie (chirurgie de l'appendicite); césarienne; chirurgie bariatrique (de l'obésité); chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate; chirurgie du syndrome du canal carpien; cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire); hystérectomie (ablation de l'utérus); pose d'une prothèse du genou; thyroïdectomie (ablation de la thyroïde).

⁷⁴ La chirurgie de la cataracte et la pose de stent après infarctus sont néanmoins ajoutées en substitution de l'appendicectomie et de la thyroïdectomie.

patients, et donc à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Comme rappelé par la nouvelle feuille de route sur la sécurité des patients et des résidents pour 2023-2025, la prise en compte de l'expérience des patients dans l'évaluation des résultats permet de les faire participer à l'information qui sera proposée aux futurs patients sur la pertinence, la qualité et la sécurité des soins : « le patient est la personne la mieux placée pour connaître l'intégralité de son parcours, les passages ville hôpital comme les prises en charge inter-établissements ou inter professionnels en soins de ville ». Le nouveau référentiel de la HAS pour la certification des établissements de santé conduit à prêter davantage attention au point de vue des patients, à travers notamment la méthode du « patient traceur ». La HAS indique ainsi dans sa documentation qu'« être certifié Qualité des soins, c'est s'appuyer sur le point de vue des patients ». De l'avis général, cette évolution a renforcé le sens de l'exercice de certification pour les soignants. La mission a pu constater lors de ses visites le grand nombre de projets ou d'initiatives autour de l'expérience patient⁷⁵.

[70] Les indicateurs de qualité des soins rapportés par les patients sont un des axes portés par la stratégie de transformation du système de santé afin de mieux prendre en compte la valeur ajoutée des soins pour le patient et leur pertinence clinique. Ces indicateurs peuvent être classés en deux grandes catégories. Les premiers portent sur la manière dont le patient a vécu une expérience de soins (accueil au sein de l'établissement, clarté des informations médicales délivrées, qualité des repas, confort de la chambre, etc.⁷⁶) ; ils sont souvent désignés sous le terme de PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*). Les seconds mesurent la qualité de vie du patient avant et après une prise en charge médicale ou chirurgicale ; ils sont souvent désignés sous le terme de PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*). Si des avancées doivent être soulignées dans ce domaine depuis 2021, notamment plusieurs chantiers initiés par la HAS sur la qualité des soins perçue par le patient⁷⁷, la France peine à rattraper son retard sur le développement des indicateurs de qualité de vie après prise en charge.

[71] Les Français se montrent pourtant très intéressés par la démarche. D'après un sondage réalisé par Kantar⁷⁸, 96 % des Français interrogés sont prêts à répondre à des questionnaires d'évaluation de leur prise en charge médicale si les résultats permettent d'améliorer la qualité des soins ; 86 % y sont favorables si les résultats sont publiés pour permettre de mieux choisir son professionnel de santé ou son établissement de soins. Un peu plus de la moitié seraient également favorables à répondre à ce type de questionnaires si les résultats avaient une influence sur la rémunération des professionnels de santé.

⁷⁵ Par exemple, la maternité du centre hospitalier de Sainte-Foy lès Lyon a mis en place un questionnaire à destination des patients coconstruit dans le cadre d'un groupe de parole avec les usagers de l'établissement.

⁷⁶ La HAS reprend à son compte la définition de l'expérience du patient proposée par l'agence américaine pour la recherche et la qualité en santé (Agency for Health Research and Quality) : il s'agit de « l'ensemble des interactions que les patients ont avec le système de soins, y compris les soins qu'ils reçoivent des médecins, des infirmières et du personnel, dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et les autres établissements de santé. Composante à part entière de la qualité des soins, l'expérience du patient comprend plusieurs aspects des soins importants et attendus par les patients, tels que des rendez-vous obtenus quand cela est nécessaire, une information facile d'accès et une bonne communication avec les offreurs de soins. »

⁷⁷ Un rapport de juillet 2021 présente les bénéfices liés à la mise en place de PROMs et de PREMs, à partir notamment des observations faites à l'étranger (voir annexe 5). Une enquête a ensuite été lancée par la HAS visant à répertorier les initiatives locales et régionales de recueil de PROMs, complétée par un appel à projets dont l'objectif est d'étudier la faisabilité d'une généralisation au niveau national d'initiatives locales déjà mises en place. La HAS a également mis à disposition des professionnels de santé des guides d'aide à l'utilisation de PROMs dans la pratique clinique courante.

⁷⁸ Sondage réalisé en 2019 pour l'Institut Montaigne. Voir le rapport Système de santé : soyez consultés !

2.2.1 Un outil précieux de recueil de l'expérience patient développé au niveau national (e-Satis), dont la représentativité doit cependant être renforcée

- Le faible taux de réponse au questionnaire e-Satis ne permet pas de garantir la représentativité des résultats

[72] **Le questionnaire e-Satis de recueil de l'expérience des patients (PREMs) est un dispositif original à l'international par son caractère national et systématique.** Géré depuis 2015 par l'ATIH pour le compte de la HAS, qui en valide la fiabilité, le questionnaire concerne actuellement trois champs d'activité : les hospitalisations en MCO de plus de 48 heures, la chirurgie ambulatoire et les soins de réadaptation⁷⁹. Plusieurs dimensions du parcours du patient sont abordées dans le questionnaire : accueil, prise en charge du patient, chambre/repas/collation, organisation de la sortie. A partir des réponses recueillies anonymement auprès des patients (au-delà d'un seuil minimal de 30 réponses exploitables), la HAS calcule pour chaque établissement un score par dimension et un score global, accessibles en continu sur la plateforme e-Satis. Une fois par an, fin septembre, la HAS clôture les campagnes annuelles pour calculer les résultats nationaux et les publier sur son site d'information relatif au niveau de qualité des établissements de santé, baptisé QualiScope (voir partie 2.3).

[73] **Plusieurs facteurs limitent toutefois fortement la représentativité des réponses au questionnaire e-Satis.** D'après la HAS, seuls 7 % des patients concernés par le questionnaire MCO auraient répondu en 2020 et 12 % en chirurgie ambulatoire (voir encadré 6). Quand bien même le seuil de 30 réponses exploitables par établissement serait atteint, rien ne permet de garantir que les répondants présentent le même profil que l'ensemble des patients concernés, et ce d'autant plus que la passation du questionnaire se fait par mail. Cela conduit à exclure du dispositif les établissements comptabilisant moins de 500 patients cibles et ceux dont 75 % de la population est âgée de plus de 75 ans⁸⁰. En outre, le faible nombre de réponses rend impossible toute analyse au niveau du service ou de l'unité de soins. A cet égard, près de 80 % des répondants au questionnaire de la mission considèrent qu'e-Satis ne donne pas une image fidèle du ressenti des patients, majoritairement en raison de ce défaut de représentativité, mais également du fait d'items trop généraux et souvent hors de leur portée. Lors de ses visites, la mission a pu constater que les équipes utilisent davantage les questionnaires de satisfaction internes aux établissements – obligatoires malgré la mise en place d'e-Satis – appréciés pour leurs enseignements opérationnels dans la mise en place de plans d'action. Ce constat interroge sur l'articulation des différentes sollicitations adressées aux patients.

⁷⁹ Deux questionnaires sont en cours d'expérimentation sur la plateforme pilote, l'un en santé mentale et l'autre sur l'hygiène des mains ; le développement d'un questionnaire spécifique à la maternité va être discuté avec les parties prenantes.

⁸⁰ Arrêté annuel fixant les modalités de calcul de l'Ifaq.

Encadré 6 – Enjeux de représentativité des réponses aux questionnaires e-Satis

Les modalités de recueil des réponses au questionnaire e-Satis soulèvent plusieurs difficultés pouvant générer des biais dans les résultats.

Le questionnaire e-Satis est auto-administré en ligne via un envoi par mail : quinze jours après l'hospitalisation, le patient reçoit un mail contenant un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis jusqu'à 10 semaines après réception de ce lien. D'après la HAS⁸¹, les taux de réponse parmi les patients sollicités seraient de respectivement 35 % et 27 % en MCO et chirurgie ambulatoire, ce qui laisse place potentiellement à d'importants biais de sélection dans les 500 000 questionnaires renseignés en MCO en 2022, rien ne garantissant que le profil des répondants soit représentatif de celui de l'ensemble de patients sollicités pour répondre au questionnaire. Par exemple, le fait que le questionnaire ne soit proposé qu'en français peut conduire à laisser de côté une partie de patients non francophones, notamment dans certains territoires⁸². En outre, le questionnaire est relativement long, pouvant décourager certains patients de répondre (63 questions dans le questionnaire MCO 2024)⁸³, et redondant avec les questionnaires de satisfaction proposés par les établissements au moment de la sortie pour lesquels les équipes peuvent encourager la saisie.

Au-delà du biais de non-réponse, le mode de collecte par mail se heurte à plusieurs limites : malgré la mise en place en 2019 d'un contrôle de la HAS sur la qualité de participation des établissements⁸⁴, le taux de recueil des mails par les établissements demeure faible, d'environ 20 % en MCO et 45 % en chirurgie ambulatoire en 2020, conduisant à un taux de réponse effectif de l'ordre de respectivement 7 % et 12 % ; le ciblage par mail ne permet pas de toucher l'ensemble de la patientèle, notamment les personnes âgées ou en situation de précarité (de ce fait, la HAS exclut du dispositif les établissements dont la patientèle est trop âgée) ; de manière générale, le taux de réponse aux enquêtes par mail est plus faible que par téléphone ou en présentiel, mais représente un moindre coût.

[74] **La mission préconise la mise en place d'un groupe de travail ayant pour objet la définition des modalités opérationnelles devant garantir une meilleure représentativité des réponses au questionnaire e-Satis** : modalités de relance, modes de recueil alternatifs aux mails, longueur du questionnaire, traduction en langues étrangères, sensibilisation des patients lors de leur hospitalisation, méthode d'ajustement pour tenir compte des caractéristiques des patients⁸⁵, etc. La question de la mise en cohérence entre le dispositif e-Satis et les questionnaires de satisfaction des établissements devra également être examinée dans ce cadre. Ce groupe de travail piloté par

⁸¹ HAS (2021), Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Résultats nationaux 2020 concernant les patients hospitalisés plus de 48h en Médecine – Chirurgie – Obstétrique, janvier 2021.

⁸² La clinique de l'Estrées à Stains a fait part à la mission de ses difficultés à toucher une patientèle non francophone avec e-Satis, le questionnaire étant considéré comme très long et relativement complexe. Elle évoque des biais territoriaux dans les réponses, reflétés par le résultat moyen de l'ensemble des établissements de santé du département de Seine Saint-Denis. Si la mission a pu constater ces écarts territoriaux, la Seine Saint Denis affichant le résultat moyen le plus faible de tout l'hexagone, elle ne se prononce pas sur l'existence d'un biais sous-jacent en l'absence d'une expertise plus poussée.

⁸³ Néanmoins, selon la HAS, environ 97 % des questionnaires seraient complets.

⁸⁴ Le contrôle qualité porte sur la régularité des dépôts d'adresses électroniques sur la plateforme (un fichier déposé au minimum par mois et le volume d'e-mails déposés par rapport au nombre de patients concernés (minimum de 10 % d'e-mails déposés). Le contrôle s'applique spécifiquement sur les établissements dont la participation est obligatoire et qui n'ont pas obtenu le minimum de 30 réponses de patients exploitables pour avoir un score. Les établissements dans cette situation, et pour lesquels la participation n'a pas été régulière ou suffisante, ont le statut de résultat « non validé ». Ce statut est pris en compte dans les calculs de l'Ifaq.

⁸⁵ L'ajustement statistique est une étape essentielle pour permettre une comparaison pertinente entre établissements. Si les scores e-Satis publiés sont d'ores et déjà ajustés sur deux dimensions (la satisfaction vis-à-vis de la vie en général et l'amélioration de l'état de santé suite au séjour dans l'établissement), d'autres dimensions pourraient être débattues.

la HAS devra associer la DGOS, l'ATIH, la Drees, les fédérations d'établissements de santé et France Assos Santé.

Recommandation n°5 Mettre en place un groupe de travail chargé de définir un plan d'action pour renforcer la représentativité d'e-Satis.

- Les nouvelles opportunités de prise en compte de l'avis des patients sous forme de verbatims pourraient renforcer l'implication des professionnels dans le dispositif e-Satis

[75] Le questionnaire e-Satis, comme la plupart des questionnaires à destination des patients, comporte une zone d'expression libre où ces derniers peuvent s'exprimer de façon ouverte sur les sujets qui leur tiennent à cœur.

[76] **Ces verbatims sont considérés par beaucoup d'établissements et par les équipes soignantes, comme une source d'information très utile pour faire évoluer les pratiques.** Si leur exploitation est chronophage lorsqu'elle est réalisée manuellement, la puissance de l'intelligence artificielle favorise le développement de nouveaux outils, permettant une exploitation systématique de la richesse de ces données à travers une analyse fine et nuancée de l'expression des patients. Le développement de capacités d'analyse en différentes langues permet par ailleurs de couvrir une population de patients plus diversifiée. S'appuyant généralement sur une présentation visuelle des résultats – sous forme de bulles ou de nuages de mots clés⁸⁶ - ces outils de « cotation » de commentaires permettent de faire ressortir les problématiques principales d'un service, d'un domaine d'analyse, d'un établissement, d'un groupe ou d'une région, facilitant ainsi l'identification de priorités d'actions à chacun des niveaux (voir graphique 3 pour un exemple d'application de l'outil développé par le groupe Elsan et graphique 4 pour une analyse réalisée par la HAS au niveau national⁸⁷).

⁸⁶ Avec un jeu de couleurs traduisant le ressenti des patients sur la problématique donnée. Certains outils tels celui développé par Elsan permettent de remonter aux verbatims en cliquant sur les mots clés.

⁸⁷ Au niveau national, une première analyse des verbatim a été réalisée en 2021-2022 (2 457 823 verbatims, recueillis entre 2016 et 2020 dans deux des enquêtes e-Satis : e-Satis +48h MCO et e-Satis chirurgie ambulatoire). Elle a permis d'identifier, dans une approche exploratoire, les thématiques fréquemment évoquées par les patients. Un rapport national présentant les résultats a été diffusé en 2022 : « Expérience des patients hospitalisés en France : Analyse nationale des commentaires libres du dispositif e-Satis ».

[77] **Afin de faciliter l'appropriation et la valorisation des verbatims issus du questionnaire e-Satis, la HAS développe actuellement, en partenariat avec les Hospices civils de Lyon⁸⁸, un outil d'analyse devant être mis à disposition des établissements de santé.** Certains établissements se sont déjà dotés d'outils d'analyse de ce type, tels le groupe Elsan ou le CHU de Lille rencontrés par la mission, mais ils restent très minoritaires. La possibilité offerte aux établissements d'exploiter les verbatims d'e-Satis pourrait permettre de renforcer l'intérêt du dispositif aux yeux des professionnels et encourager ainsi leur implication dans le recueil du questionnaire auprès des patients.

[78] Les établissements qui le souhaitent ont toutefois d'ores et déjà la possibilité d'externaliser l'exploitation des verbatims des patients. Quelques start-ups, telle « Entends-moi », se sont en effet positionnées sur ce créneau et proposent aux établissements une analyse des verbatims de leurs patients, et ce sur différents supports de recueil (questionnaire de satisfaction, questionnaire e-Satis, commentaires google, etc.). Par ailleurs, en parallèle de ces démarches d'exploitation de verbatims, d'autres pistes sont explorées pour mieux exploiter l'expression orale sous forme de récits de vie (voir encadré 7).

Encadré 7 – Analyse de l'oralité : une autre forme de recueil du point de vue du patient

L'analyse de l'expression orale, à travers notamment le recueil de récits de vie, constitue également une voie d'avenir en cours de développement. Le principe – expérimenté aux Hospices civils de Lyon – consiste en la réalisation d'entretiens semi directifs auprès de patients sur leur vécu, dont l'analyse est ensuite réalisée en équipe pour définir un plan d'action personnalisé et identifier des évolutions structurelles dans la prise en charge⁸⁹. Le développement de cette démarche suppose des évolutions technologiques et le développement des entrepôts de données pour faciliter la mise à disposition des résultats aux équipes (via une plateforme de consultation et de réécoute optimisée des entretiens). Des études restent à mener sur la capacité de construire des indicateurs fiables et valides à partir du ressenti du patient, indispensables pour permettre la comparaison entre établissements.

2.2.2 Une mesure de la qualité de vie des patients qui nécessite une impulsion publique forte pour être pleinement intégrée à la prise en charge

[79] **La France apparaît très en retrait d'un certain nombre de pays sur le recueil du ressenti du patient sur son état de santé après traitement (PROMs).** De nombreux pays disposent d'outils de recueil nationaux structurés, parfois complétés par des initiatives régionales ou locales⁹⁰, facilités par le développement de banques de questionnaires validés par des experts internationaux (ICHOM et PROMIS étant les plus connues). Parmi les pays étudiés par la HAS dans son rapport de 2021, seuls la France, l'Allemagne et le Danemark ne disposent pas d'initiatives nationales (voir annexe 5). Le recueil de la perception de l'état de santé des patients est pourtant un critère de plus en plus valorisé à l'international : c'est le cas par exemple pour l'accréditation internationale OECI⁹¹ sur le cancer, qui requiert qu'un tel recueil soit « partie intégrante du système

⁸⁸ Voir note de cadrage de la HAS d'octobre 2022 « Expérience des patients : Développement d'un outil d'analyse des verbatim de patients issus d'e-Satis »

⁸⁹ Une réflexion est en cours aux HCL autour du projet de naissance et de l'amélioration de la prise en charge des parturientes, en réalisant des entretiens avant et après l'accouchement pour mesurer la satisfaction des patientes.

⁹⁰ Suède, Pays-Bas, Norvège, Angleterre, Pays de Galles, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique et États-Unis.

⁹¹ Organisation of European Cancer Institutes.

d'amélioration de la qualité des services de lutte contre le cancer »⁹². Autre signal fort, le classement mondial de l'hebdomadaire Newsweek sur les 250 meilleurs hôpitaux a introduit en 2023 un critère sur l'utilisation des PROMs⁹³.

[80] Les initiatives existantes mettent en évidence les nombreux avantages apportés par ces démarches, qui permettent de renouveler fortement l'approche de la qualité et de la pertinence des soins. Au niveau individuel, elles aident les patients à avoir une meilleure compréhension de leur maladie, à identifier leurs symptômes les plus importants et à mieux les communiquer. Elles permettent aux professionnels de mieux identifier les symptômes, de mieux répondre aux attentes des patients et d'adapter les prises en charge⁹⁴. Au niveau collectif, croisés avec les données cliniques sur le patient, elles permettent de mieux évaluer l'intérêt des interventions ou des techniques de prise en charge et peuvent constituer un outil puissant pour approcher la pertinence des prises en charge⁹⁵ (voir encadré 8). Ces démarches sont d'ailleurs souvent utilisées dans les protocoles de recherche pour tester l'efficacité d'une technique ou d'un dispositif, mais l'intégration complète dans la prise en charge des soins reste limitée en France⁹⁶. La prise en charge des cancers constitue toutefois une exception notable, le recueil du point de vue du patient étant de plus en plus directement intégré au pilotage du parcours de soins (voir encadré 4).

[81] Les expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ont été l'occasion de tester l'utilisation de questionnaires PROMs et de mettre en évidence les importantes difficultés d'implémentation auxquels font face les établissements de santé. Environ 30 % des établissements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent recueillir le point de vue des patients sur leur perception des résultats des soins reçus, ce taux étant plus élevé pour les centres de lutte contre le cancer et moins élevé pour les CHU ; ils sont par ailleurs deux tiers à considérer que ce type d'indicateurs devrait être généralisé au moins pour certaines pathologies⁹⁷. Si certaines expérimentations sont prometteuses (voir encadré 8), les établissements rencontrés par la mission qui se sont investis dans la démarche ont néanmoins souligné les obstacles techniques de recueil des réponses aux questionnaires, de sensibilisation

⁹² OEIC, Accreditation and Designation User Manual V. 3.2. Parmi les critères regardés par l'OEIC, on trouve notamment le fait que « Le centre/institut de lutte contre le cancer dispose de méthodes permettant de recueillir régulièrement les expériences des patients au cours des soins ambulatoires et hospitaliers [...] Le centre/institut de lutte contre le cancer utilise des questionnaires pour déterminer la perception de l'état de santé des patients, le niveau d'invalidité, le handicap et la qualité de vie liée à la santé (par exemple, les mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) ».

⁹³ Ce classement est fondé sur une enquête auprès des établissements volontaires. En 2023, le classement porte sur plus de 2 300 hôpitaux dans 28 pays.

⁹⁴ La mission a pu constater lors de ses déplacements que le principe de l'interrogation des patients sur leur qualité de vie est parfois utilisé sans être labellisé « PROMs ». A la clinique des Rosiers de Dijon (établissement SMR du groupe Ramsay), les patients sont ainsi fréquemment interrogés, avant et après hospitalisation : mesure de la fatigue, épreuve de marche de six minutes, mesure du niveau d'autonomie. Le développement de solutions numériques permet de créer des « projets de santé connectés » (programme d'activités physiques réalisables à domicile tout en maintenant le lien entre le patient et le soignant grâce à l'interface numérique).

⁹⁵ Les PROMs sont ainsi mobilisés dans l'approche dite de la « valeur en santé » (VBHC – Value-Based Health Care). La valeur en santé est obtenue, selon la théorie popularisée par Michael Porter, en rapportant les résultats qui importent au patient aux coûts engagés pour y parvenir. L'alliance des hôpitaux universitaires européens (European University Hospital Alliance : EUHA), créée en avril 2017, s'est également emparée du sujet. En France, l'approche Value-Based Health Care est fortement portée dans certains établissements, comme par exemple l'AP-HP, où une directrice de projet a été nommée et un comité de pilotage stratégique dédié au déploiement de cette démarche a été mis en place en 2021. De gros travaux sont conduits sur le système d'information pour faciliter la mise en place des questionnaires à destination des patients et leur interfaçage avec le dossier patient informatisé et les systèmes d'information de l'hôpital.

⁹⁶ Rapport HAS de 2021, Qualité des soins perçus par le patient – Indicateurs PREMs et PROMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements.

⁹⁷ Voir annexe 7, Graphiques 21 et 46.

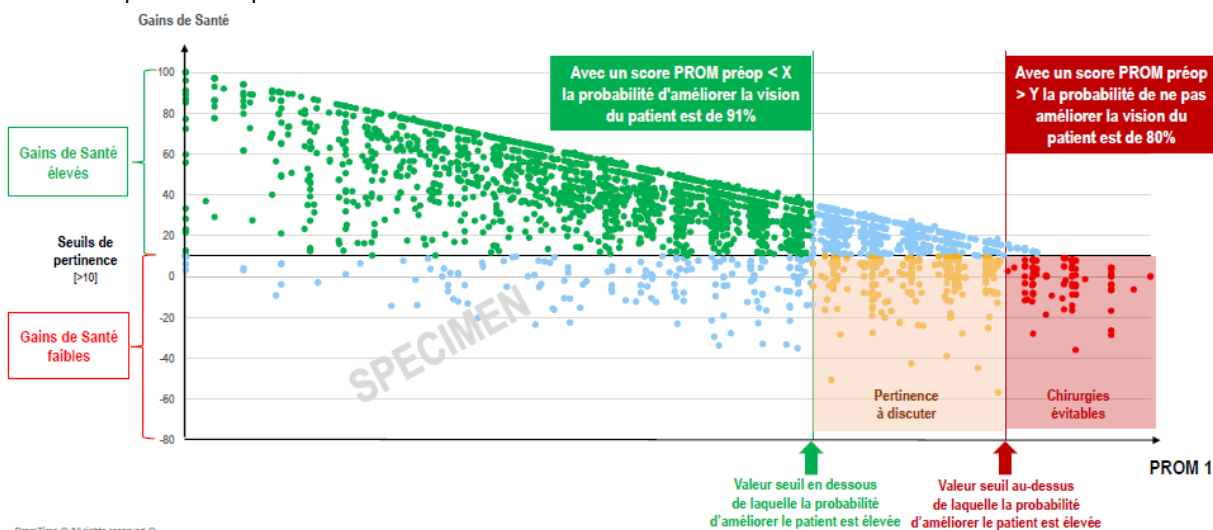
des patients ou l'absence d'interconnexion des données recueillies avec les systèmes d'information des établissements, limitant la possibilité de leur exploitation. La mission a ainsi pu constater lors de ses entretiens que certaines initiatives de recueil de PROMs n'ont pas pu perdurer après le départ du professionnel qui en était à l'origine.

Encadré 8 - Expérimentation de valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte (portée dans cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018)

L'expérimentation portée par l'entreprise PromTime dans trois centres hospitaliers propose une approche innovante de la mesure de la pertinence des chirurgies de la cataracte. Dans ce modèle d'évaluation des pratiques, le médecin adresse au patient un questionnaire digital standardisé (par SMS) pour mesurer sa qualité de vie avant, pendant et après son traitement. La différence des scores « après/avant » permet de calculer le gain de santé, c'est-à-dire le bénéfice clinique du traitement évalué sur plusieurs dimensions de la qualité de vie. Ces résultats sont ensuite partagés avec les chirurgiens, ce qui leur permet de se comparer et d'améliorer leurs pratiques. Pour s'assurer de la comparabilité des résultats et tenir compte de la variabilité des profils de risques des patients, les résultats sont ajustés à l'aide des données cliniques des patients (selon un classement en trois niveaux de sévérité de risques).

Plusieurs facteurs rendent le dispositif attractif pour les professionnels : d'une part, afin d'éviter les doubles saisies, un accord avec les principaux éditeurs de logiciels utilisés par la profession a permis de créer une interopérabilité entre les logiciels de travail et le registre ; d'autre part, les praticiens qui participent à la collecte des données perçoivent un montant forfaitaire qui peut atteindre 30 euros par patient (un abonnement à la société PromTime est également demandé mais un accord avec la société d'assurance professionnelle Relyens permet de l'imputer sur les primes d'assurance).

L'analyse globale des gains de santé en fonction des caractéristiques des patients permet de mieux identifier les situations où la chirurgie de la cataracte s'avère non pertinente, et d'adapter les pratiques en conséquence (voir graphique ci-dessous). Selon PromTime, la moyenne des gains de santé des chirurgiens qui se comparent nominativement a augmenté de 17 % au bout de deux ans ; 40 % des chirurgiens déclarent avoir modifié leurs pratiques et 20 % avoir changé leurs indications. Environ 10 % des actes non pertinents pourraient être évités.



Source : PromTime - 2 885 patients analysés entre octobre 2021 et septembre 2023.

En 2024, PromTime développe plusieurs nouveaux registres standardisés sur d'autres pathologies que la cataracte, en partenariat avec les conseils nationaux professionnels, les sociétés savantes et les associations de patients.

[82] Des acteurs émergent aujourd’hui pour prendre en charge les aspects techniques de passation des questionnaires et de recueil des données. On les trouve dans le domaine public, avec l’outil Evalsanté construit par l’ATIH pour l’interrogation de patients ou le module développé par la Cnam pour certaines expérimentations, comme dans le domaine privé, avec des start-ups médicales comme PromTime ou des sociétés de service spécialisées dans le secteur de la santé. La Fédération des spécialités médicales a également prévu un module de recueil de PROMs dans le cadre de l’outil de développement de registres qu’elle entretient pour le compte des conseils nationaux professionnels. En l’absence d’un cadre stratégique, ces initiatives demeurent toutefois isolées et sont souvent limitées par des contraintes financières lorsqu’elles sont portées par le secteur privé⁹⁸.

[83] **La mission estime que seule une impulsion forte des pouvoirs publics permettra à la France de combler son retard dans le recueil et la prise en compte de l’expression du patient quant à la perception de son état de santé et de sa qualité de vie.** Au-delà d’incitations financières pouvant être apportées aux professionnels (voir partie 3), il s’agit d’apporter des solutions rapides aux difficultés techniques rencontrées dans le recueil des PROMs et dans leur interfaçage avec les systèmes d’information des établissements. Les réponses apportées par les patients servant avant tout la relation médecin/patient, elles doivent pouvoir intégrer facilement le dossier informatisé du patient concerné. En outre, le croisement avec les données cliniques est indispensable pour permettre les comparaisons entre établissements et servir aux analyses collectives sur la qualité et la pertinence des pratiques. Ces enjeux pourraient faire l’objet d’un axe d’actions au sein de la stratégie du numérique en santé.

Recommandation n°6 Inscrire dans la stratégie du numérique en santé l’intégration du recueil de l’avis des patients dans les systèmes d’information.

2.2.3 Une information des usagers sur la qualité des soins dispensés par les établissements de santé encore trop peu lisible

[84] L’intégration du point de vue des patients sur la qualité des soins passe également par le souci des professionnels de maintenir la réputation de l’établissement et de conserver une patientèle suffisamment nombreuse pour en garantir la viabilité économique. Si le choix de la majorité des patients semble dicté par la proximité géographique de l’établissement, les études empiriques à l’international suggèrent que certains patients seraient prêts à se déplacer plus loin pour bénéficier de soins de meilleure qualité⁹⁹. En France, il semble que les patients soient de plus en plus enclins à choisir par eux-mêmes leur établissement de santé ou à participer au choix avec

⁹⁸ Le projet Evalsanté souffre quant à lui d’une insuffisante priorisation du projet dans l’ensemble des enjeux du numérique en santé.

⁹⁹ Moschetti, K. (2005), Quelle place pour les préférences des patients dans la régulation du système de santé ? Thèse de doctorat de Sciences économiques de l’université d’Aix-Marseille 2.

Gutacker, Sicilani, Moscelli, Gravelle (2015), Do patients choose hospitals that improve their health? CHE research paper 2015;111.

Chandra, Finkelstein, Sacarny, Syverson (2016), Health Care exceptionalism? Performance and allocation in the us Health Care sector.

American Economic Review 2016;106(8): 2110-44.

leur médecin¹⁰⁰. Leur intérêt pour la question se reflète par exemple dans le nombre important de tirages des numéros du magazine Le Point consacrés au « palmarès hospitalier » (voir encadré 9) ou le recours aux systèmes de notation en ligne des hôpitaux proposés par des sites comme Google¹⁰¹.

[85] Cette pression exercée par les usagers du système de santé grâce à leur liberté de choix est d'autant plus prégnante que les informations dont ils disposent leur permettent de discriminer les établissements de santé au regard de critères fiables de qualité. Cela suppose notamment la diffusion d'indicateurs de qualité qui parlent aux patients, et sous une forme permettant aisément des comparaisons entre établissements. Une telle transparence permettrait par ailleurs de renforcer la démocratie sanitaire, en dotant les représentants des usagers d'informations comparatives fiables sur la qualité des soins.

Encadré 9 - Palmarès du journal Le Point

Depuis 2001, l'hebdomadaire Le Point publiait un classement annuel des établissements à partir d'une exploitation des données du PMSI et de questionnaires adressés aux établissements. Suite à la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES) est désormais appelé à se prononcer sur la qualité scientifique et méthodologique de projets d'études nécessitant le recours à des données personnelles de santé. Au regard des « biais méthodologiques majeurs » identifiés par le CESREES concernant le classement du journal Le Point – pouvant « conduire à diffuser une information erronée sur les performances relatives réelles des établissements de santé pouvant induire en erreur les patients et être par conséquent contraire à l'intérêt public »¹⁰² – la CNIL a été amenée à rejeter en 2022 la demande d'accès du journal Le Point aux données du PMSI, décision confirmée en juin 2023 par le Conseil d'Etat. Après le dépôt par Le Point d'un dossier méthodologique révisé, la CNIL a finalement donné son autorisation à l'exploitation des données du PMSI dans une délibération du 21 décembre 2023 qui ouvre la voie à une reprise de la publication des classements.

[86] Le site national d'information sur la qualité des établissements - QualiScope¹⁰³ - est cependant peu fréquenté, reflet d'un manque d'intérêt pour les indicateurs publiés. Géré par la HAS, ce site met à disposition du grand public les résultats de chaque établissement sur un certain nombre d'indicateurs pilotés par la HAS : niveau de certification, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, note de satisfaction de l'enquête e-Satis, pourcentage de patients qui recommanderaient l'établissement. Malgré une interface optimisée pour faciliter l'accessibilité de

¹⁰⁰ Lescher, M. (2020), Qualité des soins à l'hôpital, concurrence entre établissements et choix des patients en information imparfaite. Thèse pour le Doctorat ès Sciences économiques, LIRAES, Université de Paris.

L'information des médecins adresseurs est également primordiale compte tenu de leur rôle dans l'orientation des patients vers les établissements de santé, or certaines études suggèrent qu'ils ne s'appuieraient pas suffisamment sur les données disponibles – Voir Ferrua, Sicotte, Lalloué, Minvielle (2016), Comparative Quality indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? PLoS ONE.

¹⁰¹ Les établissements sont attentifs aux commentaires qui sont fait sur ce type d'application. La clinique de l'Estrées à Stains s'attache par exemple à prendre en compte l'ensemble des commentaires déposés sur l'application et à y répondre le cas échéant.

¹⁰² L'avis du CESREES conteste notamment l'utilisation d'un indicateur d'activité comme signal de qualité et l'utilisation d'un indicateur d'attractivité à partir du département de domicile du patient, sans tenir compte de la distance à l'établissement, l'utilisation d'indicateurs sans rapport avec la qualité comme la réponse au questionnaire du Point et enfin la pondération des différents indicateurs qui n'est pas justifiée sur des bases scientifiques alors qu'une pondération différente conduirait à des classements différents.

¹⁰³ QualiScope a été mis en ligne par la HAS en juin 2022. Il a pris la suite de Scope Santé, mis en ligne en 2013.

l'information au grand public, force est de constater que le site demeure très peu fréquenté¹⁰⁴. Cette faible fréquentation peut s'expliquer en partie par la nature des indicateurs publiés, qui ne correspond pas aux informations recherchées par les patients¹⁰⁵ : les résultats des indicateurs – essentiellement de processus – sont fournis à l'échelle des établissements, sans information par service ou pathologie. Ainsi, d'après un sondage réalisé en 2019, seuls 1 % des patients choisissent leur établissement de santé en se référant aux indicateurs officiels publiés par la HAS et deux tiers ont le sentiment qu'il est difficile d'obtenir des informations sur la qualité des soins dans les établissements (voir encadré 10). Certaines associations de malades se font le relais de ces préoccupations, telle l'association Renaloo qui propose l'ouverture des données du registre du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN)¹⁰⁶.

Encadré 10 - Perception des Français sur la transparence des données de qualité des soins

D'après un sondage réalisé en mars 2019 par Kantar¹⁰⁷, 66 % des Français ont le sentiment qu'il est difficile d'obtenir des informations sur la qualité des soins dans les établissements de santé, et près de neuf patients sur dix jugent que la publication d'indicateurs sur la qualité des soins est une bonne chose pour les établissements de santé et pour les médecins libéraux, spécialistes ou généralistes.

Concernant le choix des établissements de santé avant une opération ou une prise en charge, 44 % font part de difficultés dans leur décision (50 % parmi les plus âgés). Un peu plus de la moitié des patients se fondent sur la recommandation d'un professionnel de santé (55 %) ou les conseils d'amis, de connaissances ou sur le bouche-à-oreille (20 %) et seulement 1 % sur les indicateurs officiels publiés par la HAS.

Les trois critères les plus souvent cités comme étant importants pour choisir un établissement de santé sont : la qualité d'écoute et la disponibilité du corps médical (75 %), les résultats et le succès des opérations (69 %) et la qualité de vie après la prise en charge (66 %). La localisation de l'établissement est en revanche moins souvent citée (35 %).

[87] Si deux tiers des établissements ayant répondu au questionnaire de la mission estiment qu'il existe un besoin d'amélioration de l'information du grand public sur la qualité des soins dispensés par les différents établissements, seul un quart considèrent que cela doit se traduire par une publication d'informations par spécialités ou services, avec toutefois une forte variabilité des avis selon le type d'établissement (Graphique 5). Cette réserve des acteurs hospitaliers quant à la publication des résultats contraste avec la situation observée dans d'autres pays, comme la Suède ou les Pays-Bas, où sont publiés de nombreux indicateurs par pathologie et établissement.

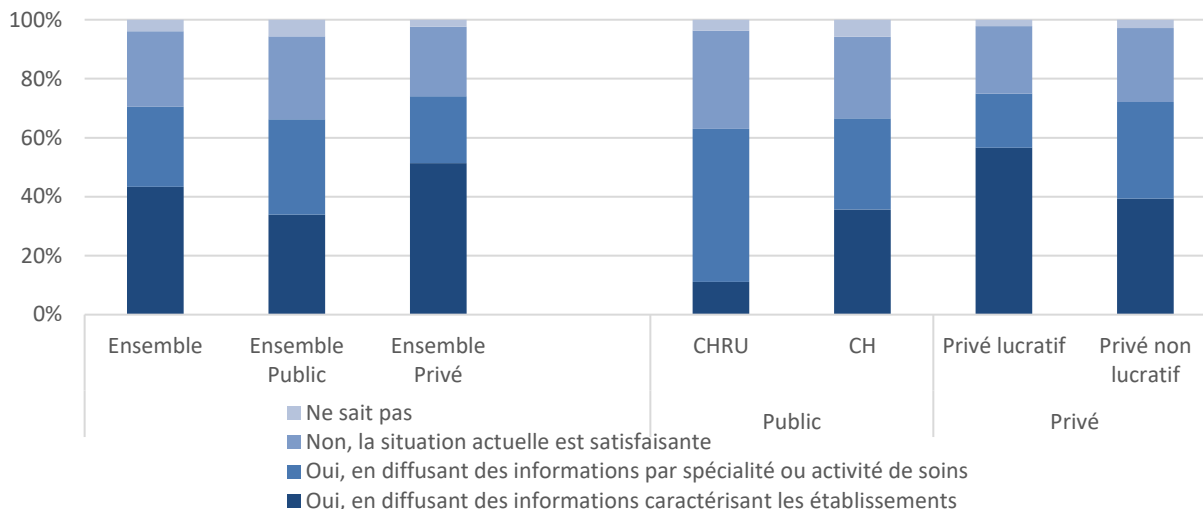
¹⁰⁴ La HAS dénombrait 380 000 visites pour 251 700 visiteurs entre juin 2022 et juin 2023, ce qui représente une forte hausse sur cinq ans par rapport à Scope Santé (177 300 visites en 2017). Une campagne de communication sur cet outil a par ailleurs été annoncée par la HAS, qui pourrait renforcer cette dynamique.

¹⁰⁵ Rapport 2021 de l'Institut Montaigne, Système de santé, Soyez consultés !

¹⁰⁶ Communiqué de presse de l'association Renaloo du 18 février 2016 : Renaloo appelle à l'ouverture des données du registre REIN pour un meilleur accès des patients à la greffe et l'autonomie en dialyse. « Le Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie (REIN), un registre informatisé qui propose un suivi des données épidémiologiques et cliniques provenant de tous les patients traités par dialyse ou greffe en France. Toutefois, la publication des données relatives à chaque établissement est aujourd'hui interdite par convention. Seules les données par région sont rendues publiques. Cette opacité soulève des questions d'autant plus importantes que le registre montre de très fortes hétérogénéités régionales dans la prise en charge des patients ».

¹⁰⁷ Sondage en ligne réalisé pour l'Institut Montaigne auprès d'un échantillon de 1 000 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

Graphique 5 : Selon vous, existe-t-il un besoin d'amélioration de l'information du grand public sur la qualité des soins dispensés par les différents établissements ?



Note : CH : centre hospitalier ; CHRU : centre hospitalier régional/universitaire.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 43 % considèrent qu'il existe un besoin d'amélioration de l'information du grand public sur la qualité des soins dispensés par les différents établissements.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO - 470 répondants.

Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

[88] En complément de la publication de rapports par pathologie (voir partie 2.1.3), la mission estime que les établissements devraient publier leur programme d'amélioration de qualité et la sécurité des soins (PAQSS)¹⁰⁸. L'obligation de publication des indicateurs pourrait progressivement être étendue aux indicateurs de résultats, après une période d'appropriation par les professionnels. Ces indicateurs pourraient également venir enrichir la plateforme QualiScope le cas échéant.

Recommandation n°7 Publier les programmes d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, et étendre progressivement l'obligation de publication des indicateurs de résultats après une période d'appropriation par les professionnels.

¹⁰⁸ Si le PAQSS n'a pas d'existence réglementaire, il est toutefois cité dans le manuel de certification. L'article L. 6144-1 du code de la santé publique sur le rôle de la commission médicale d'établissement prévoit que celle-ci « contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers ».

2.3 Faire équipe autour du patient : un enjeu majeur de coordination pour des prises en charge de qualité

2.3.1 Le travail en équipe est un pilier de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail, qui nécessite un fort soutien de la gouvernance

[89] **La qualité et la sécurité des soins pour le patient reposent fortement sur la qualité du travail en équipe**, dont l'impact est aujourd'hui démontré dans la littérature internationale¹⁰⁹. La nouvelle feuille de route sur la sécurité des patients et des résidents pour 2023-2025 comporte comme premier axe de travail la « valorisation et l'accompagnement du travail en équipe et des temps collectifs sur l'ensemble du parcours patient ». Améliorer l'organisation des temps de travail et offrir un cadre de travail performant (environnement physique, équipements, réseaux et logiciels, etc.) permet aux professionnels de s'organiser efficacement et de se recentrer sur leur cœur de métier, en étant plus disponibles pour leurs patients. Les défauts d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein de l'équipe sont des causes majeures d'événements indésirables associés aux soins. C'est dans les temps d'échange collectifs que les pratiques peuvent s'améliorer, « le travail en équipe est le soutien au travail réflexif et construit la capacité collective à analyser et réélaborer le contenu de l'activité, [...] il est propice à la résolution de problèmes et à la production collective d'innovations »¹¹⁰. Une équipe qui fonctionne bien constitue une solide barrière contre les événements indésirables et s'avère ainsi un facteur clé de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient comme de bien-être des professionnels¹¹¹. A cet égard, les temps d'équipe dédiés aux revues de morbi-mortalité ou à l'évaluation des pratiques professionnelles par rapport aux référentiels de bonnes pratiques sont particulièrement importants.

[90] **L'expérience patient, mise au cœur de la politique institutionnelle, peut être un levier puissant de valorisation du travail des professionnels au niveau le plus fin de l'organisation**, tout en permettant d'assurer la diffusion des bonnes pratiques au sein de l'établissement. Une expérience patient satisfaisante et exprimée influe positivement sur le moral des soignants : les retours positifs valorisent les équipes et renforcent leur sens des responsabilités, tandis que les retours négatifs peuvent être analysés en équipe de façon constructive¹¹². L'analyse des verbatims du questionnaire e-Satis par la HAS met en évidence l'importance pour les patients de la coordination et l'organisation de la prise en charge et la qualité humaine de la relation soignants/patients : « le soin n'est pas considéré comme professionnel quand les soignants ne sont

¹⁰⁹ Voir par exemple Minvielle et Kimberly (2020), op. cit. « Les pratiques organisationnelles aident à la mise en œuvre des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Elles résultent d'un travail individuel et collectif d'équipes se situant en première ligne de l'activité (spécialistes hospitaliers, médecins de premier recours, infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes, etc.). Ces pratiques correspondent à la réalisation de multiples actions techniques, de coordination, de communication, de responsabilisation d'équipe, et d'analyses partagées des situations de travail. Divers travaux ont montré leur influence sur la qualité dans différents contextes, notamment chirurgicaux, de soins intensifs ou de cardiologie ».

¹¹⁰ Philippe Laly (2020), Qualité des soins : la HAS intègre la qualité de vie au travail dans le référentiel de certification, dans Actualité et dossier en santé publique n° 110, Prendre soin des professionnels de santé.

¹¹¹ Dans son édition 2023 du panorama du risque lié au soin, Relyens relève, parmi « les principales barrières de prévention du risque, qui sont encore trop souvent insuffisamment implantées et comprises », « le travail en équipe avec la répartition des tâches dans la prise en charge des patients en postopératoire ».

¹¹² Institut français de l'expérience patient (2023), Expérience patient et qualité de vie et conditions de travail : quelles synergies possibles ?

pas à l'écoute, ne transmettent pas la bonne information ou transmettent des informations différentes, sans prendre en compte la singularité des patients »¹¹³.

[91] **Plus généralement, l'association du patient aux membres de l'équipe de soins est essentielle pour répondre à ses besoins et attentes, et identifier les clés d'une collaboration réussie.** Le recueil de l'avis du patient par des questionnaires dédiés est une avancée majeure qui doit être encouragée (voir partie 2.2.2), mais elle n'est pas la seule. Il peut s'agir d'intégrer des patients partenaires dans l'équipe, valoriser la pair-aidance et l'éducation thérapeutique pluridisciplinaire, envisager la co-construction entre soignants et patients à travers des groupes de travail à l'échelle d'un service, pour mieux adapter les ressources disponibles aux besoins. La nouvelle feuille de route pour l'amélioration de la sécurité des patients et des résidents préconise par exemple d'associer les patients et les représentants des usagers dans la déclaration et la gestion des événements indésirables associés aux soins (participation au signalement des erreurs mais aussi intégration du récit du patient dans l'analyse d'un événement indésirable associé aux soins).

[92] **La promotion du travail en équipe autour du patient nécessite une impulsion forte de la gouvernance des établissements de santé**¹¹⁴. L'attention institutionnelle portée à la relation avec le patient permet de renforcer une culture du dialogue et du bien vivre ensemble, ressentie par les patients. La qualité et la sécurité des soins est encore trop souvent le domaine réservé de la direction qualité, qui porte une vision perçue parfois comme technocratique de la qualité et impulsée par les orientations politiques, tandis que le président de la commission médicale d'établissement ne s'empare pas toujours du sujet de la qualité, pourtant au cœur de ses missions¹¹⁵. Si les enjeux de recrutement sont naturellement incontournables, et d'autant plus dans le contexte actuel de fortes tensions, plusieurs autres leviers devraient être mobilisés par les gouvernances d'établissement pour encourager la dimension équipe, articulée aux démarches de qualité de vie au travail¹¹⁶.

- Une politique de formation tournée vers le travail en équipe pluridisciplinaire centré sur les besoins du patient. La HAS a mis en place deux dispositifs d'accompagnement à l'évolution des pratiques en équipe s'inscrivant dans le programme de développement professionnel continu (DPC) et valorisés dans le cadre de la certification des établissements de santé :

¹¹³ HAS, Rapport de juin 2022 « Expérience des patients hospitalisés en France : Analyse nationale des commentaires libres du dispositif e-Satis ».

¹¹⁴ L'attention portée à la qualité par un conseil d'administration (ie la part du temps consacré aux discussions sur la qualité et la fréquence des évaluations effectuées avec les cadres intermédiaires) s'associe à des soins de meilleure qualité - Allen D. (1982) Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate : from individual to organisational relationships. *Social science & medicine* (1982) 201.

¹¹⁵ Les travaux de réflexion conduits en 2023 par la mission Baille-Clariss sur la gouvernance hospitalière autour du tandem administratif et médical pourraient porter des évolutions intéressantes sur cette question. L'hypothèse d'un contrat de gouvernance dans les établissements de santé publics a été évoquée, qui pourrait porter notamment sur la qualité en associant le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement mais également le coordonnateur général des soins. Une telle évolution permettrait d'affermir le pilotage conjoint de ces questions et mieux garantir l'implication de l'ensemble des équipes soignantes.

¹¹⁶ Un certain nombre d'établissements se lancent par exemple dans la démarche dite de « lean management » qui favorise le travail collectif. Ainsi, le groupement hospitalier de l'Institut catholique de Lille est entré depuis 2020 dans une démarche de lean management intitulée « Cap Patient », inscrite au sein de la politique qualité de l'établissement. La démarche repose notamment sur la création d'espaces de dialogue participatifs et pluriprofessionnels prenant la forme de stand up réguliers et courts, durant desquels l'équipe évoque ses irritants et propose des solutions locales. Des analyses approfondies peuvent être menées lorsqu'elles sont nécessaires.

- l'engagement volontaire des équipes dans le Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte), mis en place en 2018 pour encourager le travail en équipe et l'accompagner : il s'agit, pour des équipes volontaires soutenues par leur direction, d'un engagement de deux ans autour d'un enjeu d'amélioration lié à la prise en charge d'un patient¹¹⁷ ;
- le dispositif d'accréditation en équipe pour les spécialités à risque : l'objectif est d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité des patients en réduisant le nombre d'événements indésirables associés aux soins et en limitant leurs conséquences¹¹⁸.
- Une politique de développement des compétences des managers : l'encadrement de proximité joue un rôle clé pour préserver le collectif et instaurer une culture managériale fondée sur une approche participative¹¹⁹. La HAS identifie quatre principes essentiels : la prise de décision au plus près du terrain, le droit à l'erreur dans la recherche collective de solutions innovantes, le décloisonnement des acteurs et la pluriprofessionnalité. L'Institut français de l'expérience patient (IFEP) met également l'accent sur la mise en place de pratiques de management collaboratif¹²⁰ : valorisation de la capacité d'initiative, gestion collective des erreurs organisationnelles ou humaines au sein de l'équipe, développement du mentorat pour créer un climat bienveillant centré sur le patient. Le besoin de formation managériale est d'ailleurs identifié par les conférences des CHU¹²¹.
- Une politique de rémunération valorisant l'engagement en équipe. Il s'agit d'encourager l'innovation et de valoriser la prise de responsabilités et le développement des pôles d'expertises.
 - Le décret du 13 mars 2020, modifié par le décret du 20 juillet 2021, permet d'instituer une prime d'engagement collectif lié à la qualité du service rendu au bénéfice des agents exerçant au sein des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (voir encadré 11). Dans le secteur privé, le dispositif d'intéressement peut être utilisé pour mobiliser les salariés autour d'objectifs de qualité¹²². Parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, près d'un quart déclarent avoir mis en place un intéressement à la qualité grâce à ces dispositifs¹²³. Cette pratique est plus répandue dans le secteur privé (30 % des

¹¹⁷ Le programme démarre par la désignation d'un binôme référent, interne à l'équipe, et d'un facilitateur chargé d'accompagner le binôme et d'animer éventuellement certaines séquences. Pacte se présente sous la forme d'un programme générique en trois phases (diagnostic, mise en œuvre et suivi, bilan) avec des outils opérationnels « clés en main » développés par la HAS. L'objectif est de faire levier sur le collectif de travail en améliorant les compétences non techniques et la culture de sécurité.

¹¹⁸ Dans son rapport d'octobre 2022 sur la généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales des spécialités à risque, le professeur Millat démontre les liens étroits entre la qualité des soins et la valorisation du travail en équipe qui redonne « du sens aux soins » et propose de donner une ampleur nouvelle au processus d'accréditation au vu de son intérêt.

¹¹⁹ Jha A, Epstein A. (2010), Hospital Governance And The Quality Of Care. Health Affairs.

Parand A, Dopson S, Renz A, et al. (2014), The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. BMJ open.

¹²⁰ IFEP (2023), Expérience patient et qualité de vie et conditions de travail : quelles synergies possibles

¹²¹ Parmi les 10 propositions faites par les trois conférences des CHU en décembre 2023 lors des assises hospitalo-universitaires, une proposition porte sur la formation au management et à la gestion de projet « pour permettre aux hospitalo-universitaires d'assumer pleinement l'animation d'équipes qui leur sera confiée à un moment ou à un autre ».

¹²² Articles L.3311 à L.3315 du Code du travail. Les médecins libéraux ne sont pas couverts par le dispositif d'intéressement, mais bénéficient de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

¹²³ Voir annexe 7, Graphique 42.

établissements) que dans le secteur public (20 % des établissements, mais 30 % des CHU). La mission a pu constater lors de ses entretiens l'importance de ces leviers financiers pour mobiliser les équipes sur les sujets qualité. Certaines études ont par ailleurs montré l'impact positif sur la qualité des soins d'une politique de rémunération des membres de la direction générale liée à la performance mesurée sur des indicateurs qualité¹²⁴.

- La mise en place en 2019 d'une rémunération forfaitaire au parcours hospitalier en cas de maladie rénale chronique (MRC) s'inscrit dans cette logique d'encouragement au travail d'équipe pluridisciplinaire¹²⁵. La rémunération est accordée aux établissements qui s'engagent à mettre en place des équipes pluriprofessionnelles (chaque patient pris en charge doit avoir réalisé au moins une consultation individuelle avec un néphrologue, avec un infirmier et avec un diététicien¹²⁶). L'arrêté précisant les modalités de calcul de la dotation stipule que le montant de l'allocation tient compte des résultats obtenus aux indicateurs de qualité mentionnés par la loi (qualité des prises en charge cliniques, qualité des prises en charge perçue par le patient, qualité de la coordination des prises en charge). Dans un premier temps, avant de pouvoir prendre en compte les résultats effectivement atteints, le montant de la rémunération est lié à l'exhaustivité du recueil des indicateurs¹²⁷.
- Une politique d'amélioration des conditions de travail des équipes médico-soignantes pour une meilleure qualité du travail en équipe et de la prise en charge des patients. Les personnels soignants les plus satisfaits de leurs conditions de travail sont en effet ceux qui enregistrent les taux de satisfaction des patients les plus hauts et qui font le moins d'erreurs¹²⁸. La question de la qualité de vie au travail des soignants a ainsi progressivement pris de l'ampleur dans le débat public, exacerbée ensuite par la crise sanitaire (voir notamment les travaux du Haut Conseil de la Santé publique sur le sujet¹²⁹). La création en 2018 d'un Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social a constitué une étape importante. Il est cependant nécessaire d'aller plus loin et de progresser dans une meilleure prise en compte de l'avis des équipes médico-soignantes. L'Institut français de l'expérience patient (IFEP) invite à « mettre en synergie » l'expérience patient et la qualité de vie au travail grâce à des actions concrètes ayant pour effet d'améliorer le bien-être à la fois des patients et des professionnels (développer la qualité de la relation avec le patient, améliorer la fluidité et l'organisation du parcours

¹²⁴ Tsai TC, Jha AK, Gawande AA, et al. (2015) Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. Health affairs (Project Hope). Minvielle et Kimberly (2020), op cit.

¹²⁵ Art. L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale. Un nombre minimal de patients pris en charge doit être respecté pour être éligible à la dotation.

¹²⁶ Dans le cas où le patient n'a pas eu de consultation individuelle avec un infirmier ou un diététicien, le montant de la rémunération forfaitaire annuelle perçue pour ce patient est minoré de 33 % par condition non-respectée.

¹²⁷ L'exhaustivité de la transmission de l'information porte sur les quatre indicateurs suivants : taux de patients éligibles à une greffe engagés dans un bilan d'inscription sur la liste d'attente de greffe ; taux de patients pour lequel un courrier au médecin traitant et un plan personnalisé de soins est établi pour au moins les six prochains mois ; taux de transmission de l'adresse mail du patient pour le questionnaire EvalSanté ; taux de patients pour lequel l'évolution du DFG fait l'objet d'une remontée d'information.

¹²⁸ Pucher, Aggarwal, Batrick, Jenkins, Darzi (2014), Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient. Surgery, 2014, 155 (5) : 902-9. Voir aussi Brunelle (2009), Les hôpitaux magnétique : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se faire soigner. Pratiques et Organisations de soins.

¹²⁹ Actualité et dossier en santé publique n° 110, Prendre soin des professionnels de santé – La documentation française, revue du Haut Conseil de la Santé publique.

patient, renforcer une culture de dialogue et du bien vivre ensemble, etc.)¹³⁰. La *task force* du financement de 2019 avait engagé des travaux pour une mesure de la qualité de vie au travail. Ces travaux ont débouché sur la création d'un questionnaire validé par un groupe d'experts mandaté par la HAS et la DGOS, mais qui n'a jamais été implémenté face à l'opposition de certaines fédérations.

Encadré 11 – La prime d'engagement collectif

Le décret n°2020-255 du 13 mars 2020, modifié par le décret du 20 juillet 2021, permet aux personnels des établissements publics de santé de bénéficier d'une prime d'engagement collectif liée à la qualité du service rendu. Le montant de la prime est arrêté à 300 euros bruts, pouvant être modulé selon la complexité du projet. Les projets valorisés « doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ». Il s'agit de « favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches ». Le décret prévoit que des orientations-cadre de l'établissement soient élaborées afin de définir les modalités selon lesquelles la prime d'engagement collectif est mise en œuvre au sein de l'établissement, et notamment les objectifs et indicateurs de résultats poursuivis par la démarche. La détermination de ces indicateurs « objectifs, précis, mesurables, accessibles et adaptés à l'activité » peut faire l'objet d'une négociation locale avec les organisations représentatives du personnel au sein de l'établissement.

D'après le questionnaire adressé par la mission aux établissements, environ 20 % des établissements publics indiquent recourir à la prime d'engagement collectif comme moyen de valoriser les démarches qualité. C'est un peu plus souvent le cas des CHU (25 %). A l'AP-HP, plus de la moitié des 1 250 projets déposés au titre de la prime d'engagement collectif en 2022 étaient directement liés à des objectifs de qualité des soins. Aux Hospices civils de Lyon, deux modalités d'attribution de la prime ont été retenues : 1 M€ dédiés à la rémunération de projets portant sur la RSE, l'attractivité ou la qualité-sécurité (147 projets retenus) et 1 M€ dédiés aux services labellisés en interne selon une grille de critères organisationnels/managériaux/qualité (14 services labellisés)¹³¹. Au CHU de Lille, 53 projets d'intéressement collectif déposés en 2022 étaient en rapport avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (environ 3/4 du total des projets déposés).

[93] La mission estime que l'ensemble de ces leviers doivent être fortement mobilisés par les gouvernances hospitalières afin de favoriser la qualité des soins. La mesure de la qualité de vie au travail constitue un outil de synthèse de l'efficacité des démarches engagées, qui mérite d'être généralisée dans ce but¹³².

Recommandation n°8 Rendre obligatoire la réalisation d'un baromètre sur la qualité de vie respectant un cadre défini au niveau national reprenant les travaux antérieurs ayant porté sur un questionnaire validé par une équipe mandatée par la HAS et la DGOS.

¹³⁰ Institut français de l'expérience patient (2023), octobre 2023, op cit.

¹³¹ S'ajoutent à la prime d'engagement collectif d'autres dispositifs d'intéressement : un AMI « cœur de métier soignant », un intéressement pour la recherche (1,8 M€), un financement de l'innovation (avec une direction dédiée dotée de 2,5M€).

¹³² Ce type de mesure est par exemple généralisé au Royaume-Uni depuis 2003 auprès du personnel de tous les établissements de santé.

2.3.2 La qualité des soins ne peut se mesurer exclusivement à l'échelle de l'hôpital et doit davantage porter sur l'ensemble du parcours des patients

[94] **Si l'ensemble des acteurs s'accordent sur l'importance de la coordination de la prise en charge en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social, la fragmentation du système de santé se traduit par des démarches qualité déployées en silo dans les différents secteurs.** Les modalités de financement à la qualité ont ainsi été construites de manière isolée et propre à chaque secteur (Ifaq et urgences *versus* ROSP et objectifs des contrats avec les communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS). Aucune passerelle n'a encore été construite entre les différents dispositifs. Cette approche sectorielle conduit à juger essentiellement la qualité des actions relevant exclusivement du champ d'action de chaque acteur¹³³, laissant de côté les enjeux d'articulation entre secteurs pourtant au cœur de la qualité de la prise en charge globale des patients : « loin d'être une simple exigence professionnelle ou administrative, la notion de parcours et de globalité d'une prise en charge coordonnée est une exigence pour les patients »¹³⁴. Elle ne permet pas non plus de prendre en compte correctement les enjeux liés au recours hospitalier par défaut de prise en charge en ville ni ceux liés au développement de toutes les formes de prise en charge ambulatoire ou à domicile.

[95] **L'enjeu est de faciliter le dialogue entre la médecine de ville et l'hôpital pour améliorer la prise en charge du patient sur l'ensemble de son parcours.** Les efforts en ce sens, qui nécessitent un investissement de part et d'autre, méritent d'être encouragés. L'accent mis par la HAS sur l'importance de l'organisation de la sortie de l'hôpital participe de cette démarche, à travers notamment la qualité de la lettre de liaison ou le module du questionnaire e-Satis dédié à cette problématique. Des indicateurs « miroirs » pourraient être définis pour les autres secteurs. De manière générale, le recueil de l'expression du patient sur l'ensemble de son parcours de soins pourrait être encouragée. En complément, la maturité de la structuration des relations professionnelles intersectorielles pourrait être mesurée en interrogeant les acteurs, tant les professionnels de ville que les professionnels hospitaliers afin d'avoir un regard croisé. Si une telle idée soulève de nombreuses questions méthodologiques, il pourrait néanmoins y avoir un intérêt à la travailler et à la tester avec quelques territoires volontaires au vu de l'importance des enjeux sous-jacents.

Recommandation n°9 Proposer un cadre d'évaluation « en miroir » à partir d'une sélection d'indicateurs en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social afin d'éclairer les problématiques d'articulation des prises en charge qui seraient suivies de manière coordonnée.

[96] **Les initiatives locales de coordination ville/hôpital autour de parcours de soins sont de plus en plus nombreuses.** Elles sont facilitées notamment par la mise en place des hôpitaux de proximité ou des communautés professionnelles territoriales de santé, qui devraient permettre de mieux gérer la sortie de l'hôpital et, plus généralement, de faciliter le parcours de soins par l'organisation de la coopération et de l'articulation entre les différents acteurs du territoire (voir encadré 12). Afin d'encourager le déploiement d'une culture de sécurité partagée, la nouvelle feuille de route pour la sécurité des patients et des résidents prévoit une incitation à la mise en

¹³³ L'utilisation d'indicateurs dans le dispositif Ifaq est soumise à la règle d'imputabilité qui implique que seuls les indicateurs dont les résultats dépendent directement de la pratique des établissements sont éligibles.

¹³⁴ HAS, Rapport de juin 2022 « Expérience des patients hospitalisés en France : Analyse nationale des commentaires libres du dispositif e-Satis ».

œuvre de revues de morbidité et de mortalité (RMM) associant les professionnels de ville, des établissements de santé et du champ médico-social.

Encadré 12 - Exemples d'initiative territoriale de coordination entre structures de ville et hôpital

Depuis la crise sanitaire, les communautés professionnelles territoriales de santé des 13^e, 14^e et 15^e arrondissements de Paris ont construit, en partenariat avec COVISAN¹³⁵, une passerelle téléphonique pour favoriser, sur des situations complexes, la mise en lien des professionnels de santé cartographiés sur leur territoire. Ouverte du lundi au vendredi et animée par deux assistantes de coordination, la passerelle est utilisée pour faciliter les prises en charge diverses (par exemple, prélèvement à domicile dans un délai court), dont certaines sont directement liées au parcours entre l'hôpital et les structures de ville. La passerelle permet ainsi d'accompagner des sorties complexes des urgences hospitalières en facilitant la transmission d'informations (expérimentation avec les urgences de La Pitié Salpêtrière, de Cochin et de l'hôpital Broca) ; d'accompagner les sorties d'hospitalisation gérées par le dispositif Prado¹³⁶, en s'assurant que les prélèvements et consultations indiqués soient réalisés dans les délais recommandés ; de sécuriser les sorties du service d'accueil des urgences de la Pitié Salpêtrière, avec la mise en place d'une visite rapide de réévaluation par un infirmier pour les personnes à risque élevé de réhospitalisation.

[97] **Au niveau national, un important chantier de structuration de la logique de parcours de soins a été lancé pour les pathologies dont le traitement s'inscrit dans la durée** (maladie chronique, cancer, etc.). Il s'agit de définir un ensemble de bonnes pratiques favorisant une prise en charge coordonnée entre acteurs de différents secteurs, en s'appuyant notamment sur le suivi d'indicateurs dédiés. La HAS a d'ores et déjà publié des indicateurs de qualité pour six parcours de soins, complétés par un travail conjoint avec l'INCa sur les parcours en cancérologie (voir encadré 13).

[98] **Jusqu'alors expérimental, le paiement forfaitaire au parcours entre désormais dans le droit commun avec l'article 22 de la LFSS pour 2024, qui prévoit la mise en place de « parcours coordonnés renforcés » pouvant se déployer entre les structures de ville, l'hôpital et le secteur médico-social**¹³⁷. Il s'agit d'offrir un cadre pérenne aux nombreuses expérimentations déployées dans le cadre de l'article 51 sur la coordination de parcours mobilisant des acteurs issus de différents secteurs, et qui arrivent désormais à leur terme¹³⁸. La loi prévoit que les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé sont exclusivement financées par un forfait dont le montant couvre le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que celui des actions nécessaires à la coordination des interventions.

¹³⁵ Dispositif de lutte contre la covid 19 mis en place par l'AP-HP

¹³⁶ Le service de retour à domicile Prado a été créé par l'Assurance maladie en 2010 pour anticiper les besoins liés au retour à domicile du patient hospitalisé et fluidifier le parcours hôpital-ville.

¹³⁷ Selon l'exposé des motifs de l'article, les premiers parcours coordonnés renforcés pourraient concerner la rééducation cardiaque en centre de ville en alternative à une hospitalisation en soins médicaux de réadaptation (SMR) à l'hôpital, la réhabilitation respiratoire à domicile, la prise en charge de l'obésité en appui à la médecine de ville et celle des troubles du langage et de l'apprentissage chez les enfants dès 2024.

¹³⁸ Les prises en charge de la prothèse de hanche ou de genou et colectomie pour cancer dans le cadre du programme sur les épisodes de soins (EDS), la prescription médicamenteuse avec Iatroprev etc.

[99] Si la loi n'évoque pas spécifiquement d'intéressement à la qualité dans le cadre de ces nouveaux parcours, celui-ci pourrait être introduit au niveau réglementaire pour valoriser certains facteurs clé de la qualité des parcours de soins : ainsi, le dispositif expérimental d'incitation financière à la prise en charge partagée (IPEP), mobilisé aujourd'hui par 30 équipes de soins, repose sur une incitation financière collective calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, d'expériences patients et de maîtrise des dépenses pour une population donnée.

Recommandation n°10 Utiliser le nouveau dispositif des parcours coordonnés renforcés et la montée en puissance des communautés professionnelles territoriales de santé pour inciter financièrement à la mesure des indicateurs de résultats sur les parcours ville/hôpital sur une base territoriale.

Encadré 13 - Construction des indicateurs de qualité de parcours de soins

Le projet « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », co-piloté par la Cnam et la HAS dans le cadre du programme *Ma santé 2022*, vise à favoriser une démarche participative entre acteurs lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent dans la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. L'efficacité de la prise en charge suppose en effet une bonne coordination entre les professionnels exerçant en ville, y compris au domicile, et ceux exerçant en établissement de santé. Pour chaque parcours identifié, il s'agit de doter les professionnels d'outils permettant d'améliorer la qualité du parcours : construction de références professionnelles identifiant les points cruciaux du parcours de soins ; définition d'indicateurs de qualité du parcours sur les points présentant des risques particuliers¹³⁹ ; production de guides méthodologiques (par exemple sur l'utilisation des indicateurs de résultats rapportés par le patient). Six parcours sont aujourd'hui opérationnels¹⁴⁰, avec identification des indicateurs dédiés et publication des résultats au niveau des territoires.

Ces travaux viennent compléter ceux lancés en 2018 sur les parcours en cancérologie, animés par un groupe de travail de l'INCa composé d'experts et de parties intéressées. Pour chaque type de cancer, des indicateurs (calculés automatiquement à partir des bases de données médico-administratives) ont été définis en accord avec les dernières recommandations de bonne pratique de l'INCa. Ces indicateurs de parcours sont une aide pour les professionnels de santé et complètent le dispositif d'autorisation des établissements pour le traitement du cancer relatif à la qualité et la sécurité des soins. Quatre types de cancer (sein, ovaire, pancréas, colorectal) ont fait l'objet de rapports publiés sur le site de l'INCa.

¹³⁹ Les indicateurs de qualité des parcours portent sur les six dimensions suivantes de la prise en charge : précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic ; annonce, information, implication du patient ; prévention secondaire pour stabiliser la maladie ; coordination et multidisciplinarité ; aggravation de la maladie et suivi des exacerbations ; suivi au long cours.

¹⁴⁰ Bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie rénale chronique (MRC), syndrome coronarien chronique, épilepsie, obésité, AVC.

3 Le financement à la qualité : un outil à rénover pour retrouver un caractère incitatif

[100] Créée en 2012, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) vise à inciter les établissements de santé à la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité. Elle est apparue progressivement comme une voie possible de diversification du financement des établissements de santé. Le dispositif est défini dans la loi à l'article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale, et précisé chaque année par arrêté après avis de la HAS (voir encadré 14).

Encadré 14 - Références législatives régissant le dispositif Ifaq

L'Ifaq est définie par l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, qui stipule que les établissements de santé « bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à qualité et la sécurité des soins ». Le même article prévoit une pénalité financière si, pendant trois années consécutives, le seuil minimal de résultats requis pour un même indicateur n'est pas atteint¹⁴¹. Le directeur général de l'ARS peut cependant estimer « qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné ». Cette disposition, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, n'a encore jamais été mise en œuvre¹⁴².

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation Ifaq. Les articles R. 162-36 à R.162-36-4 du code de la sécurité sociale précisent en particulier les catégories d'indicateurs retenus et les principes de calcul de la rémunération. Ces modalités sont détaillées chaque année par arrêté, et sont explicitées par une note technique annuelle à vocation pédagogique publiée en ligne par l'ATIH.

[101] Cette dotation se fonde sur les grands principes suivants (voir annexe 1) :

- un suivi transverse de la qualité, au niveau d'une structure ou d'un champ d'activité, à partir d'un nombre limité d'indicateurs au sein de huit catégories définies par la loi : qualité des prises en charge perçue par les patients, qualité des prises en charge cliniques, qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins, qualité de la coordination des prises en charge, performance de l'organisation des soins, qualité de vie au travail, démarche de certification, mesures de prévention ;
- une rémunération qui valorise les hauts niveaux de qualité tout en soutenant les dynamiques d'évolution, en prenant en compte à la fois la performance de l'établissement et l'évolution de cette performance pour inciter les établissements à progresser quel que soit le niveau de départ ;
- une comparaison des établissements au niveau de l'entité géographique au sein de groupes homogènes au regard de la taille des établissements et de leur spécialisation par activité.

¹⁴¹ Le montant de cette pénalité « est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés ». Elle ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Le produit des pénalités financières est affecté au financement du dispositif Ifaq.

¹⁴² Le recueil biennal de certains indicateurs fait qu'il est désormais impossible pour les indicateurs concernés de satisfaire le critère relatif aux trois années consécutives de non atteinte du seuil minimal, rendant le dispositif inopérant.

3.1 L'objectif d'amélioration de la qualité par des incitations financières n'est pas atteint par le dispositif actuel

3.1.1 Un dispositif trop complexe pour servir d'outil de pilotage et de management de la qualité

[102] **Le dispositif l'faq, tel qu'il est mis en œuvre aujourd'hui, souffre de nombreuses limites le rendant peu propice à un pilotage financier des leviers d'amélioration de la qualité ou à une démarche managériale de promotion de la qualité.** Ces limites tiennent à la fois au manque de prévisibilité des paramètres retenus dans le modèle, en amont du recueil des données, et au manque de lisibilité des modalités de calcul sur la base des données collectées.

[103] Le calendrier de publication de l'arrêté précisant les indicateurs retenus pour le calcul de l'faq et ses modalités de calcul s'avère très tardif. L'arrêté pour le calcul de l'faq au titre de l'année 2022 a été publié le 31 décembre 2022 : les établissements n'ont donc été officiellement informés des indicateurs pris en compte pour le calcul de la dotation l'faq qu'une fois l'année écoulée. Le calendrier de publication de l'arrêté 2023 a été anticipé de quelques mois, avec une publication au 30 août 2023, mais demeure très tardif par rapport à ce que prévoit la loi¹⁴³. En tout état de cause, hormis pour les indicateurs portant sur l'usage du numérique, le recueil des indicateurs porte sur des données de l'année précédente, qu'il s'agisse de l'analyse d'un échantillon de dossiers de patients¹⁴⁴ ou de l'exploitation des données du PMSI. Les établissements ont donc peu de prise sur leurs résultats de l'année en cours.

[104] Afin de rendre au dispositif son caractère incitatif, il apparaît essentiel de redonner de la visibilité aux acteurs les informant des modalités de calcul de la dotation de l'année N au plus tard au début de l'année N-1¹⁴⁵, dans l'idéal avec un calendrier pluriannuel de prise en compte des indicateurs (voir partie 3.2). Le montant de l'enveloppe peut quant à lui être déterminé en année N dans le cadre des lois budgétaires, en veillant à garantir une certaine stabilité pour les acteurs.

[105] Le format de l'arrêté est également source de confusion car il porte à la fois sur les indicateurs mobilisés dans le calcul de l'faq, sur les indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et sur les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.

Recommandation n°11 Publier l'arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements en application de l'article L. 162-23-15 au plus tard au début de l'année N-1, de préférence avec un échéancier pluriannuel, en le recentrant sur les indicateurs mobilisés pour le calcul de l'faq.

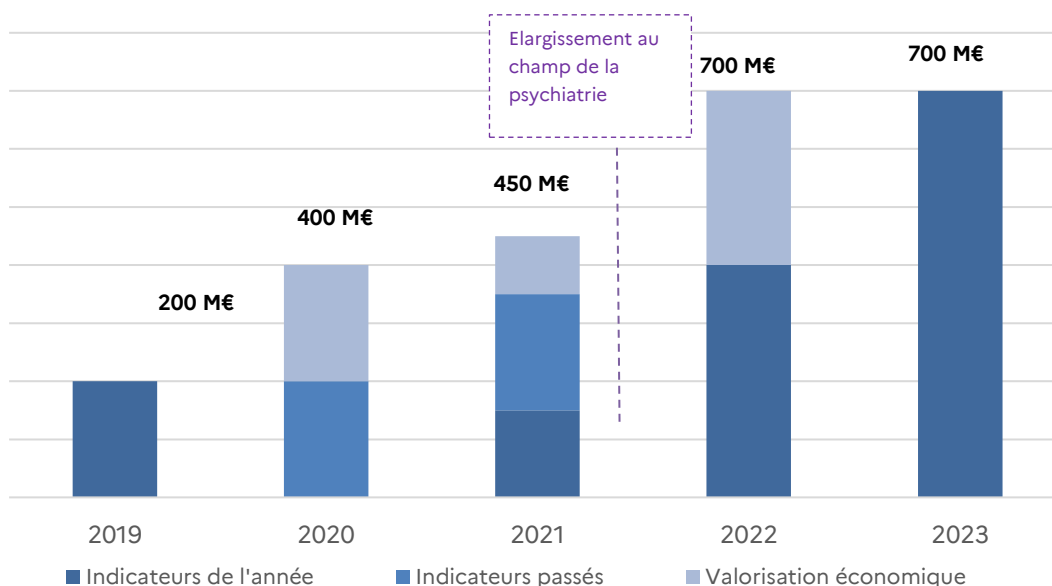
¹⁴³ L'article R. 162-36 du code de la sécurité sociale prévoit une publication avant le début de l'année concernée par l'incitation.

¹⁴⁴ Pour l'année 2023, le recueil des indicateurs issus des dossiers de patients s'est déroulé du 9 mai au 10 juillet 2023 (sur données 2022).

¹⁴⁵ Une alternative suggérée par la commission qualité de la conférence des directeurs généraux de CHU serait d'accélérer le calendrier de mesure des indicateurs pour mettre en place la collecte au cours du second semestre d'une année, réalisée sur des dossiers du premier semestre de l'année, et diffuser les résultats consolidés au début du semestre de l'année N+1. Philippe Michel, Virginie Luce-Garnier, Jean Petit, Anne Costa (2023) - Pour une révision des indicateurs de pilotage de la qualité des soins, de la sécurité des patients et de l'expérience patient. Risques & Qualité • 2023 - Vol n° 3.

[106] **Ce manque de visibilité a été particulièrement accru par l’ajustement des modalités de calcul dans le contexte de la crise sanitaire**, compte tenu de la difficulté de collecte de certains indicateurs. Neutralisé en 2020¹⁴⁶, le dispositif a été réactivé à partir de 2021 mais selon des modalités allégées jusqu’en 2022 : une partie des enveloppes a été répartie non pas en fonction des indicateurs de qualité de l’année mais de la valorisation économique de l’activité des établissements¹⁴⁷ (ou des recettes d’assurance maladie dans le champ de la psychiatrie ; par convention, le terme de valorisation économique sera par la suite utilisé également pour le champ de la psychiatrie). En 2021, seuls 150 M€ des 450 M€ distribués ont été alloués sur la base des résultats de l’année, les 300 M€ restants l’ayant été sur la base de critères relatifs aux années passées. En 2022, 400 M€ sur les 700 M€ distribués ont été alloués sur la base des résultats de l’année 2022 et les 300 M€ restants l’ont été sur la base de la valorisation économique de l’activité réalisée par les établissements en 2019 (Graphique 6). Ce n’est que depuis 2023 que la totalité des 700 M€ est effectivement répartie en fonction des indicateurs de qualité, ce qui ne constitue en moyenne que 1,1 % du total de la valorisation de l’activité économique des établissements de santé. Ces évolutions ont engendré une forte instabilité du modèle.

Graphique 6 : Évolution du montant de la dotation Ifaq entre 2019 et 2023



Lecture : en 2021, sur les 450 M€ de dotation, 150 M€ ont été alloués sur la base des résultats des indicateurs de qualité de l’année 2021, 200 M€ ont été distribués sur la base de la dotation Ifaq 2019 (et donc des indicateurs mesurés en 2019) et 100 M€ sur la base de la valorisation économique de 2019.

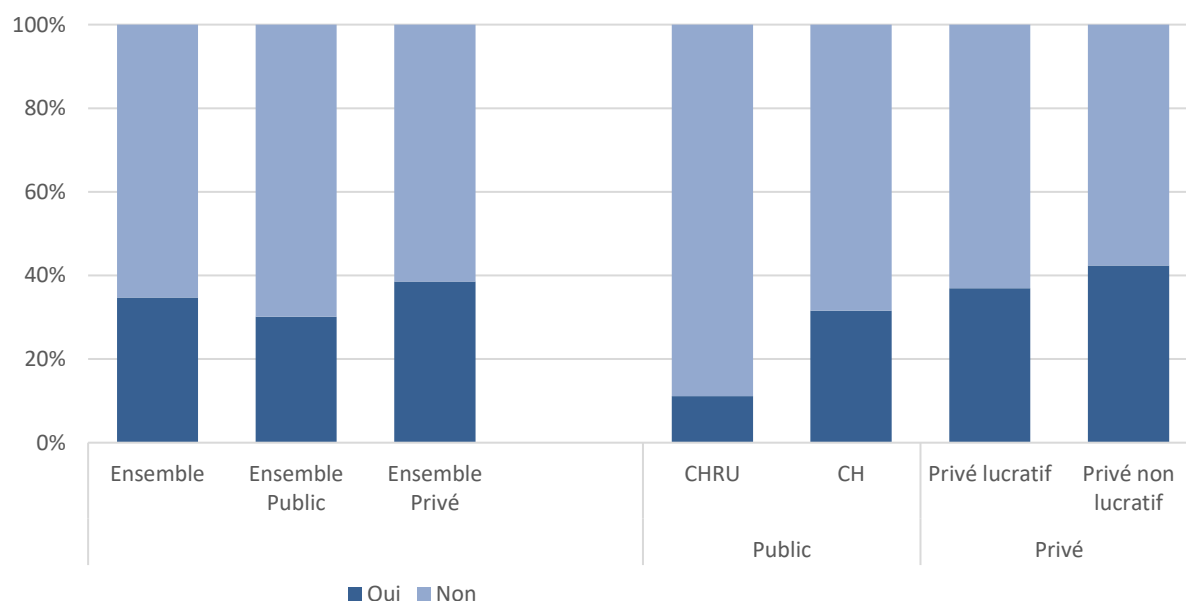
Source : DGOS, calculs de la mission.

¹⁴⁶ La dotation Ifaq 2020 a été répartie pour moitié sur la base de l’Ifaq 2019 et pour moitié au prorata de la valorisation économique observée en 2019. Aucun indicateur mesuré en 2020 n’est intervenu dans le calcul.

¹⁴⁷ La valorisation économique correspond à l’activité produite par les établissements valorisée sur la base des tarifs nationaux mentionnés à l’article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Il s’agit de la variable retenue comme clé de répartition de la dotation Ifaq avant prise en compte des résultats aux indicateurs qualité (qui ne prend donc pas en compte les honoraires des professionnels libéraux, non inclus dans les tarifs). L’activité de psychiatrie (incluse dans l’Ifaq à compter de 2022) n’étant pas soumise à la T2A, la répartition de fonde sur les recettes d’assurance maladie. Voir arrêté annuel fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l’article L. 162-23-15 (et annexe 1 pour plus de détails).

[107] **Au-delà du manque de visibilité pour les établissements sur les indicateurs à l'aune desquels ils sont évalués, les modalités de calcul de la dotation apparaissent particulièrement opaques pour les acteurs.** Deux tiers des établissements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent ainsi que le résultat Ifaq ne reflète pas convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués, avec une forte différence de perception selon le statut (Graphique 7). La raison première est l'incapacité à faire le lien entre la dotation versée et les résultats des indicateurs, malgré un réel effort de pédagogie de l'administration. Les autres principaux motifs évoqués sont le manque de pertinence des indicateurs et le caractère rétrospectif de la collecte (Graphique 8).

Graphique 7 : Part des établissements considérant que le résultat Ifaq reflète convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués



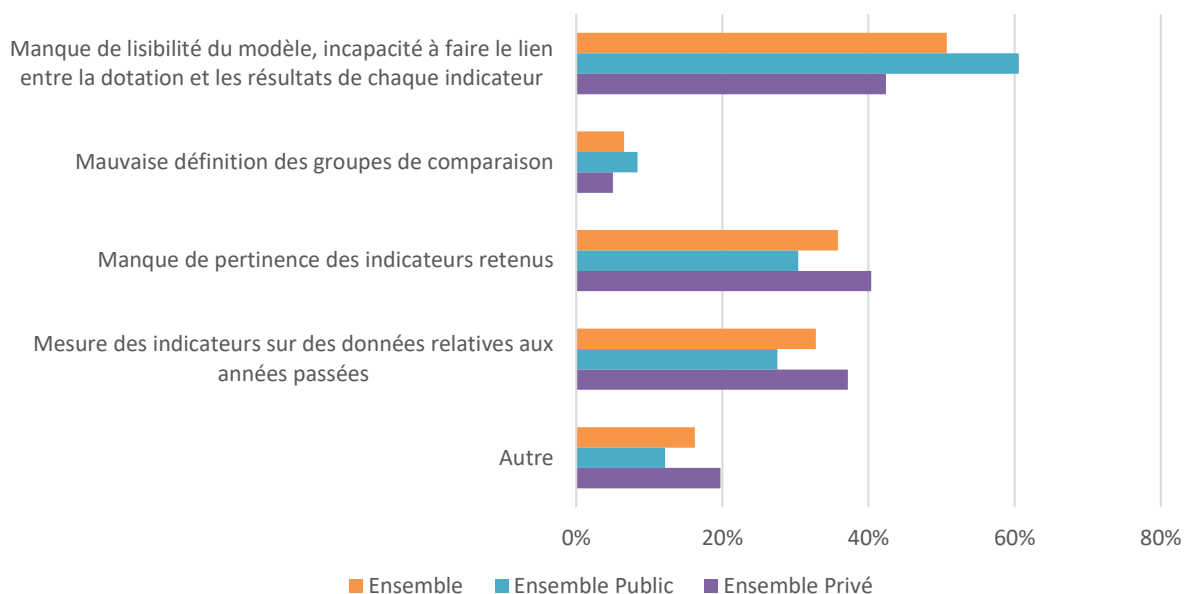
Note : CH : centre hospitalier ; CHRU : centre hospitalier régional/universitaire.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 35 % estiment que le résultat Ifaq reflète convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués dans leur établissement.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO - 470 répondants.

Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Graphique 8 : Raisons invoquées pour justifier l'absence de lien entre le résultat l'faq et la qualité des soins le cas échéant



Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 50 % estiment que le résultat l'faq ne reflète pas convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués dans leur établissement en raison du manque de lisibilité du modèle.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'faq 2022 comme ayant une activité MCO - 470 répondants.

Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

[108] La grande difficulté pour les acteurs à faire le lien entre la dotation versée et les résultats constatés sur les indicateurs tient à plusieurs raisons¹⁴⁸. Le dispositif est en effet construit sur :

- une comparaison des établissements entre eux au regard de leurs résultats à chacun des indicateurs : le seuil de rémunération est défini, pour la plupart des indicateurs, de sorte que seuls les 70 % des établissements les mieux classés sur cet indicateur soient rémunérés ; il n'est donc pas possible pour un établissement de savoir s'il est au-dessus de ce seuil, et donc rémunéré au titre de cet indicateur, sans connaître le résultat des autres établissements¹⁴⁹.
- une comparaison des établissements entre eux au regard d'une note globale égale à la moyenne des notes obtenues par l'établissement pour chacun des indicateurs auxquels il est éligible¹⁵⁰, servant de clé de répartition de l'enveloppe budgétaire : cette modalité de calcul ne permet pas aux établissements de distinguer aisément le poids de chaque indicateur dans le montant de leur dotation ; elle conduit à ce que la dotation d'un établissement puisse baisser d'une année sur l'autre s'il s'est amélioré mais moins vite que la moyenne.

¹⁴⁸ Voir annexe 1 pour le détail des modalités de calcul de la dotation l'faq.

¹⁴⁹ Pour certains indicateurs, la note attribuée est ajustée pour tenir compte de l'évolution des résultats. Ces modalités de calculs conduisent à pouvoir rémunérer des établissements qui n'ont pas atteint le niveau de qualité requis, mais qui ont néanmoins amélioré leurs résultats.

¹⁵⁰ Pour certains indicateurs, le recueil n'est obligatoire qu'au-delà d'un seuil d'activité fixé par arrêté (art. R162-36). Pour d'autres indicateurs, une sous-pondération est prévue dans le calcul de la note global (voir annexe 1).

[109] **Cette complexité a des conséquences directes sur le manque d'appropriation du dispositif par l'ensemble des acteurs** (voir annexe 7, Graphiques 27 à 36). Les établissements ne sont pas en mesure d'anticiper l'impact de leur performance sur la dotation à venir, pas plus que d'expliquer finement à quels résultats peut être reliée la dotation notifiée. Moins de la moitié des gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent que le dispositif Ifaq facilite la mobilisation des équipes autour des questions de qualité et de sécurité des soins. Seules 10 % déclarent avoir communiqué sur la dotation Ifaq auprès de l'ensemble du personnel et 20 % n'avoir fait aucune communication spécifique sur le sujet, y compris dans les instances dédiées à la qualité des soins. La dotation Ifaq est d'ailleurs peu mobilisée pour financer des projets qualité (par environ 35 % des établissements). Une minorité d'établissements estiment que les professionnels hospitaliers connaissent les indicateurs retenus dans le modèle Ifaq (un tiers pour les médecins, 30 % pour les chefs de services ou de pôles, 20 % pour les infirmières).

[110] **Enfin, la complexité du modèle rend l'outil peu pilotable par les pouvoirs publics.** Il est en effet très difficile de maîtriser les interactions croisées entre les indicateurs en fonction du classement des établissements sur chacun d'entre eux. Ainsi, et de manière peu intuitive, augmenter le poids de la certification dans le calcul de la note globale attribuée à chaque établissement peut conduire à pénaliser les établissements les mieux notés. Les marges de progression globale des résultats étant très faibles pour ces derniers, une surpondération de la note de certification dans le modèle les avantagerait moins que des établissements ayant une bonne note à la certification mais des notes inférieures sur les autres indicateurs. La note moyenne obtenue à la certification étant sensiblement supérieure à la note moyenne obtenue sur les autres indicateurs, une surpondération de celle-ci conduit à augmenter la note globale moyenne, et donc à diminuer l'écart entre les meilleurs et le milieu de la distribution.

[111] La mission a pu constater que cette complexité de pilotage engendre par ailleurs un risque d'erreur dans les calculs. Le contrôle interne de l'ATIH doit donc être solide. Il a été heureusement renforcé sur les derniers exercices.

3.1.2 Une dotation dont le montant demeure très faible dans les ressources des établissements et par conséquent peu discriminante

[112] **Avec un montant fixé à 700 M€ depuis 2022, la dotation Ifaq représente 1,1 % du total de la valorisation économique des établissements de santé**, et 0,6 % une fois défalqués les 300 M€ répartis au prorata de la valorisation économique en 2022. La dotation Ifaq restreinte à la rémunération sur indicateurs de qualité est par la suite dénommée « Ifaq sur indicateurs ».

[113] En 2022, le taux de rémunération – défini comme la part de la dotation Ifaq sur indicateurs dans la valorisation économique – apparaît plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public, traduisant des notes globales de qualité au sens de l'Ifaq meilleures pour les premiers que pour les seconds (Tableau 3). Les centres de lutte contre le cancer se distinguent en particulier par un taux de rémunération nettement supérieur à la moyenne.

Tableau 3 : Part de la dotation Ifaq dans les ressources des établissements de santé

	Valorisation économique agrégée (M€)	Dotations sur indicateurs (M€)	Moyenne des taux de rémunération	Taux min de rémunération	Taux max de rémunération
Centres hospitaliers	20 071	115	0,55 %	0 %	1,21 %
Centres hospitaliers régionaux/ universitaires	14 738	88	0,59 %	0 %	1,06 %
Privés à but non lucratif	7 686	49	0,62 %	0 %	1,05 %
Privés à but lucratif	10 813	73	0,66 %	0 %	1,21 %
Centres de lutte contre le cancer	1 189	9	0,78 %	0,60 %	1,21 %
Ensemble	54 497	335	0,61 %	0 %	1,21 %

Note : la valorisation économique est celle de 2019.

Lecture : en 2022, 335 M€ ont été distribués aux établissements en fonction de leurs résultats aux indicateurs de qualité, dont 73 M€ sur le secteur privé à but lucratif.

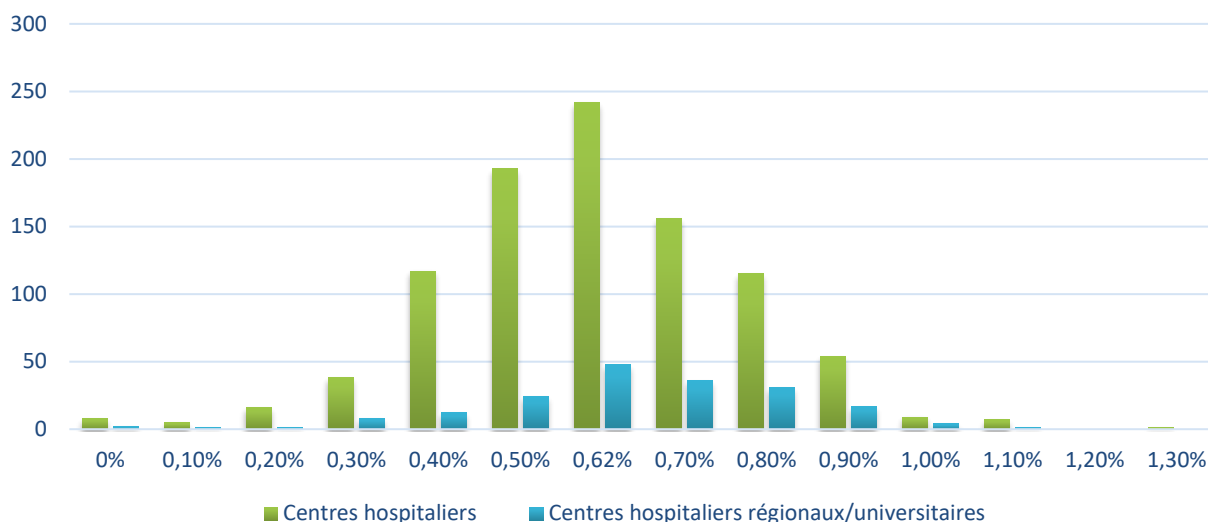
Champ : établissements éligibles à l'Ifaq 2022, hors activité de psychiatrie.

Source : ATIH, calculs de la mission.

[114] La revalorisation de l'enveloppe du dispositif en 2019 ayant été financée par prélèvement sur la dotation consacrée à la tarification à l'activité, le ciblage du dispositif a été modifié avec le souci qu'il puisse bénéficier à l'essentiel des établissements. En 2022, 98,9 % des établissements (hors activité de psychiatrie) ont reçu une dotation Ifaq au titre de leurs résultats aux indicateurs de qualité : la discrimination entre établissements se fait ainsi quasi-exclusivement par la variabilité du montant perçu. Ce choix conduit à rémunérer au titre de la qualité des établissements qui ne satisfont pas toujours un niveau minimal de qualité, voire qui ne sont pas certifiés.

[115] La distribution des taux de rémunération à l'Ifaq s'avère en pratique relativement concentrée, notamment dans le secteur public (Graphiques 9 et 10). Plus de 90 % des établissements présentent un taux de rémunération compris entre 0,3 % et 0,9 %, suggérant que le modèle discrimine peu les établissements entre eux. Comparée à une situation contrefactuelle où la dotation Ifaq aurait été distribuée selon les critères de la tarification à l'activité, cette distribution conduit toutefois à une proportion équivalente de perdants et de gagnants, le taux « neutre » de rémunération se situant à 0,615 % (voir encadré 15).

Graphique 9 : Répartition des établissements publics en fonction de leur taux de rémunération



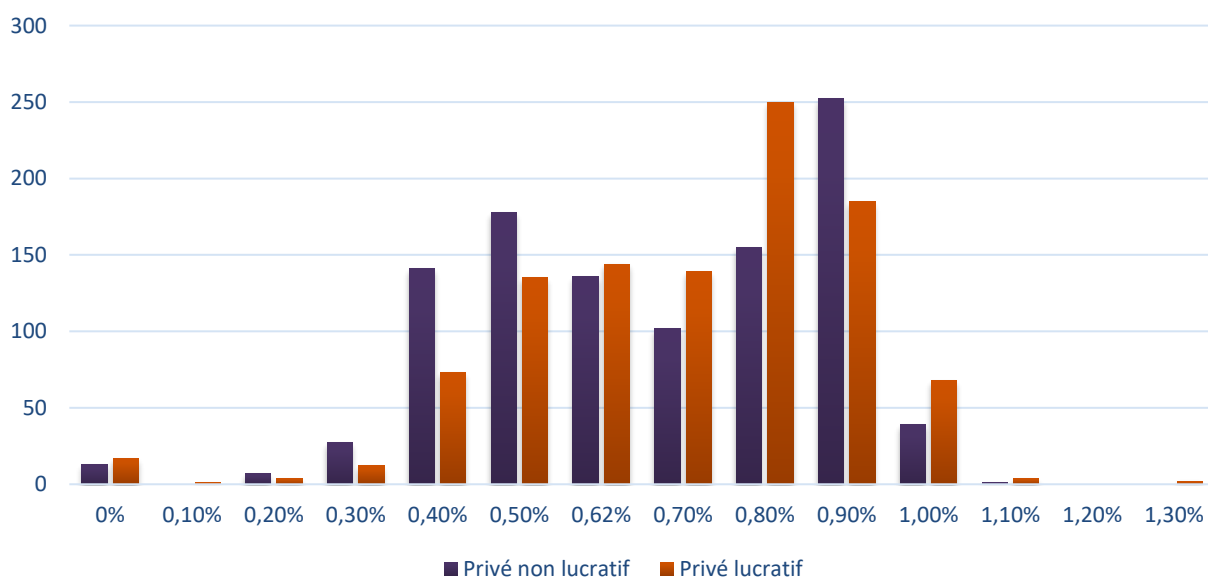
Note : la borne supérieure de l'intervalle 0,5-0,6 a été définie à 0,615 % de manière à inclure l'ensemble des perdants par rapport à une rémunération sur tarifs (voir encadré 15).

Lecture : en 2022, près de 250 entités géographiques de centres hospitaliers publics avaient un taux de rémunération compris entre 0,5 et 0,615 %.

Champ : établissements éligibles à l'Ifaq 2022, hors activité de psychiatrie.

Source : ATIH, calculs de la mission.

Graphique 10 : Répartition des établissements privés, à but lucratif et non lucratif – hors centres de lutte contre le cancer, en fonction de leur taux de rémunération



Note : la borne supérieure de l'intervalle 0,5-0,6 a été définie à 0,615 % de manière à inclure l'ensemble des perdants par rapport à une rémunération sur tarifs (voir encadré 15).

Lecture : en 2022, 250 entités géographiques d'établissements privés à but lucratif avaient un taux de rémunération compris entre 0,7 et 0,8 %.

Champ : établissements éligibles à l'Ifaq 2022, hors activité de psychiatrie.

Source : ATIH, calculs de la mission.

Encadré 15 - Effets redistributifs de la dotation Ifaq par rapport à une rémunération à l'activité

La dotation Ifaq ayant initialement été prélevée sur la rémunération à l'activité (valorisation économique par les tarifs), il est possible d'analyser les effets redistributifs de la réforme par rapport à une situation contrefactuelle où la dotation aurait été versée au prorata de la valorisation économique.

Selon cette approche, la dotation Ifaq conduit, en 2022, à un transfert de ressources du secteur public vers le secteur privé de l'ordre de 11 M€, soit un transfert limité à 5 % du montant prélevé sur la rémunération à l'activité du secteur public pour financer l'Ifaq (3 % pour les CHRU et 6 % pour les centres hospitaliers).

Tableau A – Montant de gain et de perte par rapport à une rémunération par les tarifs

	Valorisation économique (en M€)	Dotation sur indicateurs (en M€)	Dotation au prorata de la valorisation économique (en M€)	Montant du gain ou de la perte (en M€)	Part d'établissements gagnants
Centres hospitaliers	20 071	115	123	8	36 %
CHRU	14 738	88	91	3	48 %
Centres de lutte contre le cancer	1 189	9	7	-2	80 %
Privés à but non lucratif	7 686	49	47	-2	52 %
Privés à but lucratif	10 813	73	67	-6	63 %
Ensemble	54 497	335	335	0	51 %
<i>dont ensemble public</i>	<i>34 809</i>	<i>203</i>	<i>214</i>	<i>11</i>	<i>38%</i>
<i>dont ensemble privé</i>	<i>19 688</i>	<i>132</i>	<i>121</i>	<i>-11</i>	<i>58%</i>

Note : CHRU : centre hospitalier régional / universitaire.

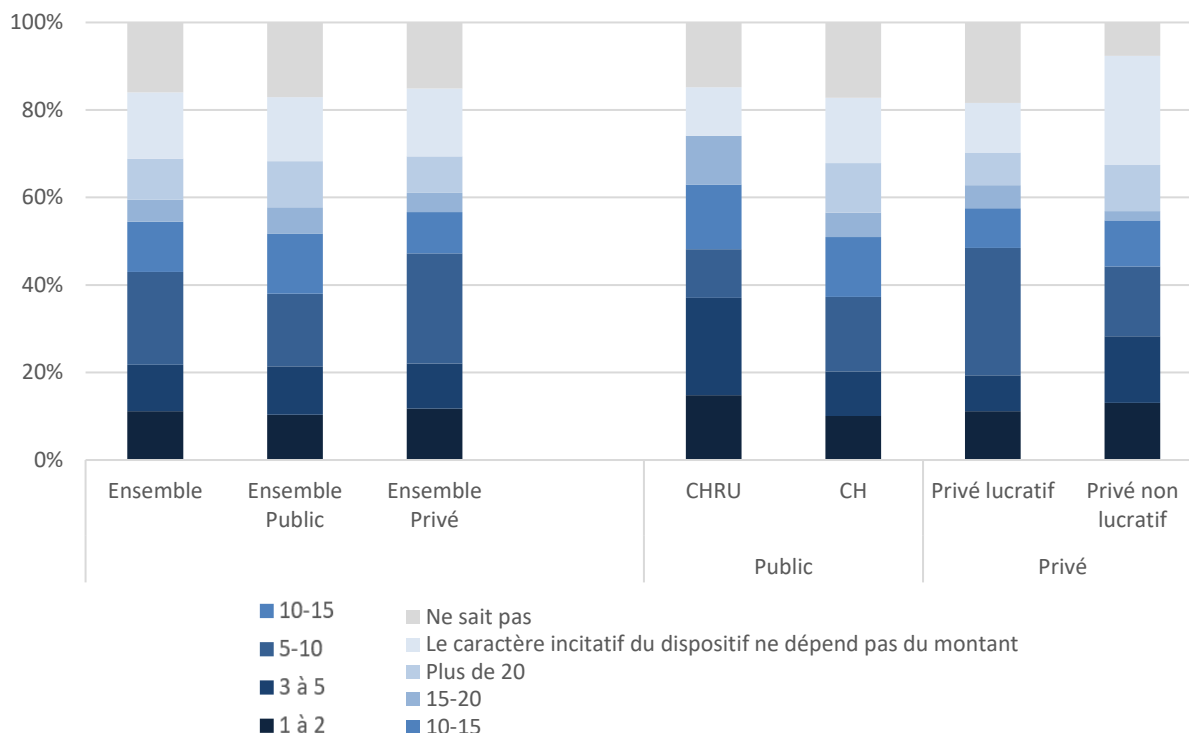
Lecture : le secteur public perçoit 203 M€ au titre de l'enveloppe Ifaq répartie à la qualité et voit sa rémunération à l'activité valorisée sur les tarifs baisser de 214 M€, soit une perte de 11 M€.

Champ : établissements éligibles à l'Ifaq 2022, hors activité de psychiatrie.

Source : ATIH, calculs de la mission.

[116] Si les montants concernés par le dispositif Ifaq sont considérés comme représentant un enjeu financier par huit établissements sur dix ayant répondu au questionnaire de la mission, seuls 10 % déclarent qu'une dotation de 1 % à 2 % des recettes est de nature à pouvoir impulser des modifications de pratiques (Graphique 11). Environ 50 % considèrent qu'il faudrait que la dotation représente au moins 3 % des recettes pour avoir de tels effets. Ils sont par ailleurs 15 % à considérer que le caractère incitatif ne dépend pas du montant de la dotation.

Graphique 11 : À partir de quel montant la dotation Ifaq vous semble-t-elle de nature à pouvoir impulser des modifications de pratiques ? (en % des recettes)



Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 20 % considèrent que le montant de la dotation Ifaq devrait être compris entre 5 et 10 % des recettes pour être de nature à pouvoir impulser des modifications de pratique.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

3.1.3 Un effet limité sur l'amélioration de la qualité

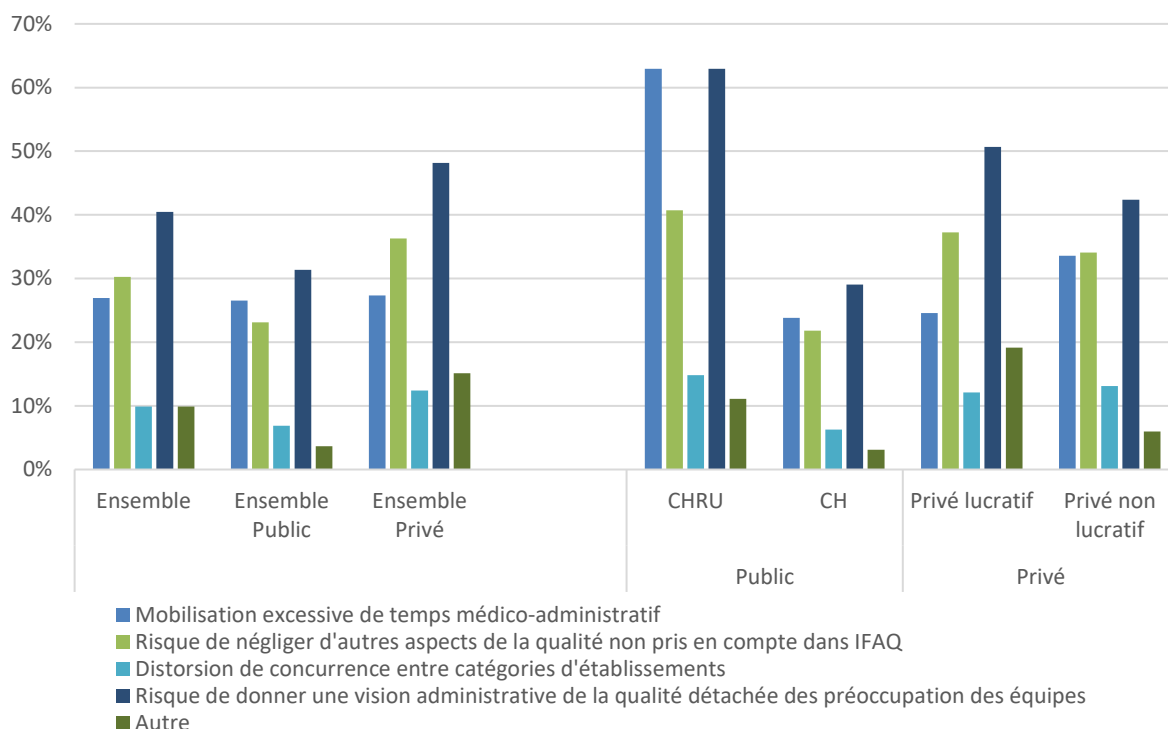
[117] Si près de neuf établissements sur dix déclarent avoir engagé des actions correctrices au vu des résultats Ifaq, seuls quatre sur dix considèrent que la dotation Ifaq a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins¹⁵¹. Cinq sur dix estiment en revanche qu'elle a des effets indésirables, au premier rang desquels le risque de donner une vision administrative de la qualité éloignée des préoccupations des équipes et la mobilisation excessive de temps médico-administratif (Graphique 12).

[118] La dotation est par ailleurs très majoritairement utilisée pour équilibrer les comptes annuels (pour 60 % des établissements répondants). Elle ne sert à financer des actions qualité que dans un tiers des cas¹⁵².

¹⁵¹ Voir annexe 7, graphiques 33 et 34.

¹⁵² Voir annexe 7, graphique 30.

Graphique 12 : Effets indésirables de la mise en place du dispositif Ifaq



Note : CH : centre hospitalier ; CHRU : centre hospitalier régional/universitaire.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, un tiers considère que le dispositif génère une mobilisation excessive de temps médico-administratif.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO - 470 répondants.

Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

3.2 Un dispositif rénové d'incitation financière à l'amélioration de la qualité fondé sur des règles plus lisibles et un enrichissement du panel des indicateurs

[119] La construction d'un dispositif tel que l'Ifaq nécessite d'« arbitrer entre le souhait d'avoir une représentation la plus authentique possible de la qualité délivrée dans les établissements de santé et la nécessité de construire un modèle lisible par les professionnels »¹⁵³. Un signal trop complexe ne permet pas d'identifier les objectifs recherchés et freine l'appropriation du modèle par les professionnels. A l'inverse, si le modèle n'est pas pilotable ou que sa validité clinique n'est pas reconnue, l'adhésion par les professionnels sera impossible et l'impact sera également limité.

[120] A partir de l'analyse des avantages et inconvénients de l'Ifaq et des priorités d'actions sur la qualité rappelées dans la partie 2, la mission propose un dispositif unifié et rénové.

[121] Un dispositif unifié, car si l'Ifaq constitue aujourd'hui le dispositif principal de financement à la qualité, il n'est pas le seul. Un volet de financement à la qualité a été introduit dans la

¹⁵³ Girault et Minvielle (2015), op. cit.

tarification des urgences et dans le financement des hôpitaux de proximité. A ces différentes dotations financières viennent s'ajouter les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques), centrés sur la logique de pertinence : il s'agit d'inciter financièrement les établissements à générer des économies sur les dépenses de ville par une meilleure pertinence de certaines de leurs pratiques, notamment les prescriptions hospitalières exécutées en ville¹⁵⁴ (voir encadré 16).

Encadré 16 - Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques)

Le Caques, défini à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, a été mis en place pour la première fois en 2016. Signé pour une durée maximale de cinq ans, ce contrat lie l'ARS, l'organisme local d'Assurance maladie et les établissements de santé. Il a pour objectif l'amélioration des pratiques des professionnels de santé, la régulation de l'offre de soins et l'efficacité des dépenses de santé. Il est obligatoire pour les établissements dont les pratiques ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan d'actions régional d'amélioration de la pertinence des soins défini par l'ARS¹⁵⁵. Le Caques est théoriquement complété par un dispositif de mise sous surveillance, mais qui n'a encore jamais été mis en œuvre.

Depuis la réforme de 2022, les priorités nationales se traduisent par le suivi de huit indicateurs nationaux¹⁵⁶, complétés par différents indicateurs régionaux. Deux types d'intéressement sont prévus pour les établissements de santé : celui sur les indicateurs nationaux se traduit par un recouvrement par les établissements de 20 % à 30 % des économies générées ; celui sur les indicateurs régionaux est déterminé à partir d'une enveloppe du fonds d'investissement régional (FIR).

D'après l'évaluation de la DSS, 37 M€ d'économies ont été réalisées au premier semestre 2022 sur le volet national, avec un reversement de 8 M€ de ces économies aux établissements ciblés, auxquels s'ajoutent 11 M€ versés aux établissements dans le cadre des intéressements régionaux.

[122] La mission n'a pas procédé à une évaluation des Caques. Néanmoins, si les établissements ayant répondu au questionnaire de la mission indiquent pour les trois quarts que le Caques a été efficace, au moins en partie, pour faire évoluer les pratiques¹⁵⁷, les entretiens réalisés par la mission montrent que le dispositif est assez lourd à gérer administrativement, tant pour les établissements que pour les ARS et l'Assurance maladie. Sa présence aux côtés de l'Ifaq est par ailleurs source de complexité, contribuant au manque de lisibilité du système de financement par la coexistence de deux modèles financiers aux logiques différentes, l'un rémunérant les meilleurs (Ifaq) et l'autre les moins bons (Caques), tout en véhiculant l'idée que la pertinence serait une notion disjointe de celle de qualité. La mission estime donc préférable de ne conserver qu'un seul dispositif de financement à la qualité, intégrant les objectifs de pertinence actuellement portés par le Caques.

¹⁵⁴ Environ 60 % des établissements répondants au questionnaire de la mission indiquent avoir signé un Caques.

¹⁵⁵ Sont soumis à l'obligation de signer un Caques les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

¹⁵⁶ Cinq indicateurs sur le volet produits de santé (prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion vs antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II ; prescription des inhibiteurs de la pompe à protons ; prescription des Ezétimibe et association ; prescription des perfusions à domicile ; prescription de pansements), un indicateur sur le volet organisation des soins (taux de recours aux ambulances par rapport aux transports assis) et deux indicateurs sur le volet pertinence (examens pré-anesthésiques et rehospitalisation après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque).

¹⁵⁷ Voir annexe 7, graphiques 14 et 15.

Recommandation n°12 Supprimer le Caques dans sa forme actuelle et intégrer la logique qu'il porte au sein d'un dispositif unifié de financement à la qualité des établissements de santé.

[123] Ce nouveau dispositif unifié prendrait la forme d'un modèle lfaq simplifié dans ses modalités de calcul et enrichi dans son portefeuille d'indicateurs. Aux indicateurs transversaux constitutifs d'un premier pilier de financement viendraient s'ajouter comme deuxième pilier des indicateurs de suivi des résultats par spécialité ou pathologie (parties 3.2.2 et 3.2.2). Ce nouveau modèle lfaq à deux piliers serait complété par la mise en place d'une rémunération forfaitaire des temps d'équipe pluridisciplinaire, financé par prélèvement sur la dotation à l'activité (partie 3.2.4).

3.2.1 Un modèle lfaq rénové pour être plus lisible pour les acteurs

[124] **L'enjeu de lisibilité du modèle est majeur pour les établissements comme pour les autorités de régulation.** En effet, il paraît indispensable que l'appropriation du modèle soit garantie à tous les niveaux pour favoriser son efficacité et son pilotage. La refonte du modèle doit être conçue dans cet objectif.

[125] La dotation à laquelle un établissement serait éligible dépendrait, comme aujourd'hui, de sa part dans la valorisation économique agrégée des établissements de santé de l'année N-1¹⁵⁸. Afin de renforcer la transparence du dispositif, l'arrêté annuel fixant le montant de l'enveloppe lfaq devrait également mentionner le montant de la valorisation économique agrégée retenue comme clé de répartition de l'enveloppe lfaq.

[126] **Afin de rendre le modèle plus lisible pour les acteurs, la mission préconise de passer à une rémunération par indicateur, avec une enveloppe dédiée à chacun d'eux,** plutôt qu'une rémunération fondée sur l'agrégation des notes obtenues pour les différents indicateurs. Une telle agrégation empêche en effet de pouvoir faire facilement le lien entre les résultats de chaque indicateur et le résultat final. Au niveau agrégé, le poids de chaque indicateur dans la ventilation de l'enveloppe est peu lisible, car fonction de la dispersion et du niveau moyen de l'ensemble des indicateurs. Attribuer une enveloppe à chaque indicateur permettrait en particulier de rendre plus visible le poids donné à la certification. La principale difficulté technique réside dans le fait que les établissements ne sont pas aujourd'hui éligibles sur le même nombre d'indicateurs compte tenu des contraintes de recueil (voir par exemple l'encadré 6 sur e-Satis). Cela milite pour une automatisation du recueil des indicateurs retenus dans le modèle, par ailleurs incontournable pour permettre une mesure représentative au niveau des services (voir recommandation n°2).

[127] **Pour chaque indicateur, l'enveloppe serait distribuée aux établissements en fonction de l'atteinte d'un seuil absolu et non plus en fonction du classement relatif des établissements sur leur résultat à cet indicateur.** Plus précisément, la dotation maximale à laquelle un établissement serait éligible – égale au montant de l'enveloppe proratisé par le poids de l'établissement dans la valorisation économique agrégée des établissements de santé – serait modulée par un taux de rémunération connu à l'avance, variable selon le résultat obtenu à l'indicateur.

¹⁵⁸ Pour mémoire, la valorisation économique correspond à volume d'activité valorisé selon les tarifs des GHS ou aux recettes d'assurance maladie pour l'activité de psychiatrie. D'autres modalités de proratisation ont été envisagées lors de la refonte de 2019. La clé de répartition retenue en 2019, que la mission propose de conserver, conduit à maintenir un lien assez fort avec la tarification à l'activité, ce qui peut se justifier dans l'optique d'une augmentation progressive de la part du financement à la qualité dans les ressources des établissements de santé.

- Le taux de rémunération par indicateur pourrait éventuellement être déterminé en fonction de « classes de niveau » de type A, B, C, plutôt que sur la base d'un taux de performance calculé sur une échelle de 0 à 100. Cela correspondrait aux modalités actuelles de prise en compte de la certification dans l'Ifaq : à chaque niveau de certification correspond un taux de valorisation défini dans l'arrêté annuel¹⁵⁹. Ce choix présente l'inconvénient de créer des effets de seuil (un changement de classe induit par une très légère amélioration de la performance implique une forte augmentation du taux de rémunération)¹⁶⁰. Il rend toutefois le dispositif plus lisible¹⁶¹.
- Le seuil pour prétendre à un taux de rémunération de 100 % sur un indicateur doit, comme aujourd'hui, être commun à l'ensemble des établissements : il s'agit d'une cible de qualité prédéfinie qui n'a pas de raison de varier entre les établissements. Les critères retenus pour déterminer le seuil en-dessous duquel les établissements ne sont pas rémunérés pourraient éventuellement continuer de varier selon les groupes de comparaison (mais de manière exogène aux résultats observés), ou s'appliquer uniformément à l'ensemble des établissements, ce qui conduirait à supprimer les groupes de comparaison¹⁶².

[128] En abandonnant le principe de classement des établissements, ce mécanisme d'allocation conduit à sortir de la logique de répartition d'une enveloppe prédéfinie. Les seuils et taux de rémunération par indicateur doivent donc être calibrés de manière à respecter les objectifs budgétaires (voir encadré 17).

[129] **L'anticipation d'un reliquat dans le calibrage de l'enveloppe offrirait une marge de manœuvre budgétaire permettant de garantir la trajectoire budgétaire. Ce reliquat pourrait également servir à financer les dispositifs d'accompagnement des établissements les moins bien notés, sous réserve que leur niveau de qualité n'atteigne pas un point critique qui justifierait alors leur fermeture.** Le reliquat sera d'autant plus faible que les établissements auront été globalement performants, et d'autant plus élevé que les résultats n'auront pas été bons. Dès lors, une partie

¹⁵⁹ Ce taux est de 100 % pour la catégorie A de la certification de 2014 ou « Haute Qualité des soins » pour la certification de 2020, 80 % pour le niveau « Qualité des soins confirmée » de la certification de 2020, 75 % pour la catégorie B de la certification de 2014 et 0 % pour les autres.

¹⁶⁰ Pour les indicateurs prenant une valeur entre 0 et 100, un mécanisme de lissage a été introduit dans le dispositif actuel pour limiter les effets de seuil : lorsque le résultat est compris entre le seuil minimal et la cible, le taux de valorisation correspond au ratio entre le résultat de l'indicateur et la cible.

¹⁶¹ La HAS communique d'ores et déjà sur des classes pour les indicateurs prenant la forme de score (de 0 à 100). Les classes sont définies différemment selon la nature des indicateurs. Par exemple, pour les indicateurs fondés sur un échantillonnage de dossiers de patient, c'est l'intervalle de confiance qui détermine les classes : borne inférieure de l'intervalle de confiance supérieure à la cible, borne supérieure de l'intervalle de confiance inférieure à la cible et autres cas.

¹⁶² Par exemple, pour l'indicateur de prise en charge de la douleur, la cible de qualité pourrait demeurer fixée à 80 % comme aujourd'hui : seuls les établissements ayant atteint cette cible seraient rémunérés à 100 % pour cet indicateur (notés A). Afin de limiter les effets de seuil, il est possible de prévoir une classe intermédiaire où les établissements seraient partiellement rémunérés. Le seuil de rémunération (faisant passer de la classe C – non rémunéré – à la classe B – partiellement rémunéré) devrait être défini de manière absolue, alors qu'il dépend aujourd'hui de la distribution des résultats de l'ensemble des établissements au sein d'un groupe de comparaison. Ce seuil pourrait continuer à varier entre groupes de comparaison (une solution consistant à « figer » les seuils de la dernière année observée) ou bien être défini de manière unique pour l'ensemble des établissements, à l'instar de la cible de qualité. Une analyse des effets redistributifs permettra de guider le calibrage. Différentes méthodes statistiques permettent de définir les seuils de score pertinents selon l'objectif recherché (voir le récent article de Leleu, Vimont, Crapeau et Borella (2023) *Elaboration d'un score composite pour évaluer la qualité de prise en charge hospitalière*, Journal de gestion et d'Economie de la Santé, vol. 41, n°1).

de ce reliquat pourrait être consacrée à l’accompagnement des établissements non rémunérés, et sa gestion confiée aux ARS. Pour les établissements certifiés avec sursis ou non certifiés, la loi prévoit aujourd’hui la possibilité pour le directeur général de l’ARS de conditionner le versement de la dotation à la production par l’établissement d’un plan d’action assurant son engagement dans une démarche d’amélioration de ses résultats sur cet indicateur¹⁶³. Pour les établissements concernés par ce versement conditionné, l’arrêté annuel précise que la dotation est alors « destinée au financement des actions prioritaires sur lesquelles il s’est engagé auprès de l’agence régionale de santé ». Il s’agirait de renforcer cette logique. En revanche, le dispositif de sanction financière prévu par la loi en cas de mauvaise performance durable (trois années consécutives) pourrait quant à lui être supprimé, la littérature montrant des résultats encore plus mitigés sur l’efficacité des financements à la qualité lorsqu’ils prennent la forme de malus¹⁶⁴.

Recommandation n°13 Transformer le modèle actuel de l’Ifaq en rendant les règles de calcul lisibles pour les acteurs avec une enveloppe budgétaire par indicateur.

Encadré 17 – Enjeu de calibrage des paramètres du modèle

La solution préconisée par la mission requiert de calibrer les paramètres du modèle de sorte que les meilleurs établissements continuent de gagner par rapport à une rémunération sur les tarifs (à tarifs inchangés) et que l’enveloppe budgétaire effectivement versée aux établissements n’augmente pas à court terme. Pour un taux de rémunération de 100 % pour les établissements les meilleurs et une ventilation de l’enveloppe au prorata du poids de chaque établissement dans la valorisation économique, cela conduit à définir une enveloppe de référence théorique supérieure à l’enveloppe actuelle à tarifs inchangés (dans le cas contraire, les établissements les meilleurs seraient rémunérés exactement au même niveau qu’une rémunération sur les tarifs)¹⁶⁵.

Les seuils et éventuels taux de rémunération intermédiaires (entre 0 et 100 %) devront donc être définis de sorte que l’enveloppe effectivement versée soit inférieure à l’enveloppe budgétaire actuelle, laissant un reliquat prévisionnel par rapport à cette référence budgétaire.

3.2.2 Un premier pilier de financement à la qualité centré sur des indicateurs transversaux

[130] **Concernant le choix des indicateurs, dont le nombre doit rester limité, deux logiques pourraient être distinguées selon l’objectif recherché.** Le rapport de l’Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé¹⁶⁶ note l’intérêt d’un financement sur la base de mesures absolues du fait de leur prévisibilité pour les acteurs, mais souligne la nécessité de revoir régulièrement les objectifs poursuivis afin de maintenir une dynamique d’amélioration de la qualité. Aussi, la mission propose de définir deux grands types d’indicateurs :

¹⁶³ Art. R162-36-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁶⁴ Cela se justifie d’autant plus que les établissements les moins performants sont de facto pénalisés dans un système à enveloppe fermée.

¹⁶⁵ Une alternative consisterait à conserver le montant de l’enveloppe actuelle et à définir un taux de rémunération supérieur à 100 % pour les établissements les meilleurs. Une telle solution présente plusieurs inconvénients : (i) l’enveloppe fléchée sur la qualité est facialement moindre que dans l’option privilégiée, (ii) un taux de rémunération supérieur à 100 % est peu lisible pour les acteurs, (iii) l’usage du reliquat est davantage contraint. L’augmentation faciale de l’enveloppe sans modification des tarifs permettrait par ailleurs de redonner au dispositif une logique incitative d’intéressement.

¹⁶⁶ Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.

- des indicateurs « socle », ayant vocation à rester dans le modèle sur le long terme, pour lesquels une cible de qualité est attendue et seul le niveau atteint serait rémunéré et non l'évolution ; ces indicateurs seraient valables pour toutes les catégories d'établissements, quelles que soient leurs éventuelles spécialisations (MCO, HAD, SMR, etc.) ;
- des indicateurs temporaires, intégrés dans le modèle pour une durée limitée (trois ans par exemple), choisis sur des thématiques prioritaires pour lesquelles une marge importante de progression est attendue sur la durée retenue. Seule l'évolution de l'établissement sur ces indicateurs serait rémunérée et non le niveau (néanmoins, comme aujourd'hui, les établissements ayant atteint un seuil de qualité élevée donné seraient rémunérés à 100 %). Une rotation des indicateurs par tiers pourrait être testée afin de lisser les effets sur les dotations et permettre une plus grande visibilité pour les acteurs. L'atteinte des objectifs fixés sur ces indicateurs ferait l'objet d'un accompagnement des établissements par les institutions sanitaires nationales et régionales. Ces indicateurs pourraient être pour partie communs à toutes les catégories d'établissements, et pour partie adaptés aux champs de spécialisation des établissements (MCO, HAD, SMR, etc.), voire être adaptés à certains types d'établissements comme les hôpitaux de proximité¹⁶⁷.

[131] **Les indicateurs socle pourraient s'appuyer en partie sur les indicateurs transversaux déjà présents dans l'Ifaq.** Les réponses des établissements au questionnaire de la mission suggèrent en effet une assez bonne adhésion aux indicateurs actuels, hormis pour les indicateurs sur les usages du numérique dont le recueil a soulevé de nombreuses difficultés en 2022. Le périmètre des indicateurs pourrait se limiter à quelques indicateurs. Les travaux lancés en 2020 pour la construction de nouveaux indicateurs n'ayant pas été concluants (voir annexe 6), ce volet pourrait inclure, outre la certification¹⁶⁸ :

- un indicateur de l'expérience patient à travers le questionnaire e-Satis : la représentativité de l'indicateur actuel devra être améliorée afin d'en assurer la robustesse et d'offrir la possibilité de suivre les résultats au niveau le plus adéquat pour les équipes (voir partie 2.2.1)¹⁶⁹ ;
- un indicateur de prise en charge de la douleur du patient : l'indicateur actuel pourrait évoluer afin de rester suffisamment incitatif et discriminant dans la durée. Une piste qui pourrait être expertisée consiste à développer un module e-Satis dédié à cette problématique (le questionnaire e-Satis comporte déjà une question sur la prise en charge de la douleur¹⁷⁰ dont les réponses iraient, selon la HAS, dans le même sens que l'indicateur de prise en charge de la douleur). Le CHU de Dijon a par ailleurs mené fin 2023 une enquête

¹⁶⁷ En cas d'indicateurs ne couvrant pas tous les établissements, il conviendrait de prévoir un indicateur alternatif pour les seuls établissements non concernés de manière à conserver, au total, un nombre identique d'indicateurs Ifaq pour chaque établissement.

¹⁶⁸ Un indicateur de bonne saisie des indicateurs de qualité et de sécurité de soins (IQSS) non intégrés à l'Ifaq pourrait aussi être envisagé afin de limiter l'« effet lampadaire » sur les seuls indicateurs rémunérés, pouvant conduire à négliger les autres dimensions de la qualité.

¹⁶⁹ Différents questionnaires e-Satis existent aujourd'hui selon les activités. Plutôt que d'introduire un indicateur par questionnaire, il conviendrait de construire un score composite agrégeant les résultats à ces différents questionnaires.

¹⁷⁰ « Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ? Extrêmement intenses / Intenses / Faibles / Pas de douleurs. Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ? Mauvaise / Faible / Moyenne / Bonne / Excellente ».

dédiée à cette thématique auprès de 1100 patients, dont les résultats pourraient alimenter les réflexions sur la construction d'indicateurs.

- un indicateur de qualité de la coordination de la prise en charge sur l'ensemble du parcours intra-hospitalier : il s'agirait ici de définir quelques pathologies sur lesquels mesurer les délais de prise en charge à chaque étape du parcours. La HAS explore actuellement la faisabilité de calculer, à partir des entrepôts de données, des délais de prise en charge des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (accès à l'imagerie, à la reperfusion, etc.)¹⁷¹ ;
- un indicateur relatif à la qualité de vie au travail (voir partie 2.3.1) : cette dimension figure actuellement parmi les huit catégories d'indicateurs prévues par la loi (art. R.162-36-1) ; dans l'attente de trouver un consensus sur l'indicateur adéquat, il pourrait être envisagé dans un premier temps de rémunérer le fait d'avoir produit un baromètre social répondant à un certain nombre de critères définis au niveau national. Près de 60 % des établissements ayant répondu au questionnaire de la mission déclarent avoir mis en place un baromètre social¹⁷².

[132] **Les indicateurs temporaires seraient à définir dans le cadre de la nouvelle gouvernance de la politique qualité.** Une des thématiques pourrait être choisie au niveau régional pour tenir compte des spécificités territoriales, et ce d'autant plus que le Cages et son volet régional disparaîtraient (voir recommandation n°12). A ce stade, la mission se contente de mentionner quelques problématiques emblématiques pour lesquelles une amélioration des résultats pourrait faire l'objet d'une valorisation financière¹⁷³.

- La sécurité et la déclaration des événements indésirables : d'après l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) réalisée en 2019 par la Drees, parmi les événements indésirables devant faire l'objet d'une déclaration auprès de l'ARS¹⁷⁴, seul un sur 60 était effectivement déclaré. Bien que potentiellement minoré par les conditions d'enquête¹⁷⁵, ce taux suggère une forte marge de progression dans la déclaration des événements indésirables graves, dans la lignée des constats de sous-déclaration réalisés à l'international¹⁷⁶. L'inclusion dans l'Ifaq d'un indicateur de suivi du taux de déclaration s'inscrirait pleinement dans la nouvelle feuille de route pour améliorer la sécurité des patients et des résidents, dont le deuxième axe porte sur l'amélioration de la déclaration des événements indésirables graves.

¹⁷¹ Concernant l'hospitalisation à domicile, la FNEHAD a réfléchi, en lien avec l'ANAP, à un indicateur permettant de mesurer la réactivité de la prise en charge autour de trois indicateurs : le délai d'évaluation (entre la prise en compte de la demande par l'HAD et la réalisation de l'évaluation), le délai d'admissibilité (entre la date de prise en compte de la demande et la validation de la demande par l'HAD), le délai de prise en charge (entre la date de prise en compte de la demande par l'HAD et la date d'accueil par l'HAD).

¹⁷² Ainsi, parmi les établissements visités par la mission, le centre hospitalier Sainte-Foy -lès-Lyon vient de mettre en place un dispositif de baromètre social avec l'appui de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

¹⁷³ Certains indicateurs spécifiques à un champ d'activité (HAD, SMR, etc.) pourraient être conservés.

¹⁷⁴ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

¹⁷⁵ Une explication propre à l'étude était que les enquêteurs passaient rapidement après la survenue de l'événement, alors que les signalements en externe prennent parfois un certain temps (en médiane, huit jours en 2020). Par conséquent, ces événements ont pu être signalés ultérieurement.

¹⁷⁶ Shojania KG. (2008), The frustrating case of incident-reporting systems. Qual Saf Health Care. 2008; 17(6):400-2

- Le numérique : compte tenu des contraintes fortes pesant sur la capacité à récupérer les données dans les systèmes d'information, des actions en faveur du développement du dossier patient informatisé peuvent être considérées comme facteur d'amélioration de la qualité pour lesquels il existe une marge de progression. Le versement de la lettre de liaison dans le dossier médical partagé pourrait par exemple être envisagé comme indicateur.
- Le développement de l'activité ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile ou de la dialyse à domicile : les alternatives à l'hospitalisation complète correspondent à une aspiration des patients et réduisent par ailleurs les risques d'infections nosocomiales (voir encadré 2). Les marges de progrès sont encore importantes dans ce domaine.
- Les soins écoresponsables : penser les soins de manière à limiter leur empreinte environnementale à chaque étape du parcours du patient est une dimension clé de la décarbonation du secteur de la santé, en cohérence avec la démarche de pertinence des soins (voir encadré 18). La nouvelle feuille de route santé-environnement de la HAS, publiée en novembre 2023, prévoit ainsi de renforcer les critères liés à la santé-environnement dans la mesure de la qualité des soins, aussi bien dans les référentiels de certification des établissements que d'accréditation des médecins et des équipes médicales. De manière générale, la mission a pu constater que l'enjeu des soins écoresponsables rencontrait un écho fort au sein des équipes soignantes. De très nombreux exemples d'action sont proposés dans le guide des unités durables réalisé par le CHU de Bordeaux : gérer l'anxiété sans psychotrope, réduire les perfusions en péri-opératoire, optimiser la prescription de pansements, améliorer la pertinence des demandes d'examen complémentaires biologiques sanguins, encourager la toilette écoconçue, etc.
- Les indicateurs utilisés aujourd'hui dans le cadre du dispositif des Cages, que la mission propose d'intégrer au dispositif Ifaq, notamment sur le médicament (voir recommandation 12).

[133] **Une variante pourrait être envisagée dans le modèle concernant la prise en compte de la note attribuée par la HAS au titre de la certification. Celle-ci pourrait être intégrée dans le modèle, non pas comme indicateur socle, mais comme condition initiale pour prétendre à une rémunération au titre de l'Ifaq.** Si seuls 15 % des établissements ayant répondu au questionnaire de la mission se déclarent favorables à cette approche (versus 70 % pour conserver la certification comme indicateur), cette part s'élève toutefois à 30 % parmi les centres hospitaliers régionaux-universitaires. Une telle approche, correspondant à celle retenue originellement par le modèle Ifaq, permettrait de répondre à la critique d'un ciblage trop large, conduisant à rémunérer des établissements qui ne répondent pas aux standards HAS de qualité, et contribuant à saupoudrer la dotation. La loi donne aujourd'hui la possibilité au directeur général de l'ARS de conditionner le versement de la dotation Ifaq pour les établissements certifiés avec sursis ou non certifiés ; il peut cependant « estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu de conditionner le versement de la dotation complémentaire, au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné ». En pratique, le versement conditionnel de la dotation n'a été mis en œuvre qu'une seule fois¹⁷⁷, et pourrait donc être davantage utilisé. En 2022, sur les 141 établissements n'ayant pas le niveau A ou B de certification (hors activité de psychiatrie), seuls 16 ne sont pas rémunérés au titre de l'Ifaq sur indicateurs (dont 5 parmi les 22 établissements classés

¹⁷⁷ L'ARS de Bretagne a activé en 2022 la suspension de la dotation Ifaq pour l'un des établissements non certifiés de son territoire.

D ou E). Parmi les établissements rémunérés, dix le sont pour un montant supérieur à celui qu'ils auraient perçu sur la base des tarifs à l'activité.

Encadré 18 - Le développement durable dans le secteur de la santé

La thématique de l'écoresponsabilité des soins de santé se développe fortement. D'après les travaux du Shift Project¹⁷⁸, le secteur de la santé représente 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre. Les produits de santé constituent plus de la moitié du total des émissions. Pour atteindre les objectifs de neutralité carbone à l'horizon 2050, l'étude souligne la nécessité d'allier la décarbonation du système de santé avec la prévention, la promotion de la santé et le juste soin.

Dans la continuité des travaux coordonnés par le secrétariat général à la planification écologique, un comité de pilotage de planification écologique dans les secteurs sanitaire et médico-social a été mis en place en mai 2023. Sa feuille de route est structurée autour de sept thématiques, dont une porte sur la transformation et l'accompagnement des pratiques vers des soins écoresponsables¹⁷⁹ et une autre sur l'accélération de la réduction des déchets et leur valorisation d'ici 2030¹⁸⁰.

Selon une enquête des CHU publiée en décembre 2023, 60 % des CHU avaient intégré la transition écologique dans leur projet d'établissement en 2022, avec des objectifs quantifiés dans un tiers des cas. C'est le cas par exemple du CHU de Bordeaux, avec son projet « unités durables » visant à concilier les approches de la qualité des soins, du bien-être au travail et de la transformation écologique. Le CHU de Lille a quant à lui mis en place un groupe « écoresponsabilité » autour de thématiques telles que le gaspillage alimentaire, la gestion responsable des médicaments et pansements, les déplacements, la gestion des consommables, les économies d'énergie et la gestion des déchets.

Les marges de progrès demeurent toutefois considérables. Ainsi, la part des achats hospitaliers intégrant une clause environnementale reste inférieure à 10 % versus 20 % pour l'ensemble des marchés publics.

[134] **Le choix des indicateurs doit répondre à un certain nombre de critères pour servir de base au financement des établissements** Il conviendra de s'assurer notamment que les résultats des indicateurs soient fiables, robustes, représentatifs, imputables aux établissements et, si cela s'avère justifié, ajustés pour tenir compte de l'environnement des établissements. En outre, le caractère discriminant d'un indicateur et l'information complémentaire apportée par celui-ci au regard des autres indicateurs présents dans le modèle devront être évalués.

Recommandation n°14 Modifier le portefeuille des indicateurs transversaux en distinguant des indicateurs permanents et des indicateurs inclus dans le modèle pour une durée limitée (trois ou quatre ans) avec une possibilité de modulation régionale.

¹⁷⁸ The Shift Project est un think tank fondé en 2010 et présidé par Jean-Marc Jancovici, qui produit des analyses sur les enjeux de la transition écologique. Cette étude, publiée pour la première fois fin 2021 et actualisée en avril 2023, reste la seule disponible en France pour identifier les différents postes d'émission du système de santé.

¹⁷⁹ Il s'agit d'un soin qui « à qualité et sécurité égales, est moins impactant pour l'environnement ». La réduction de l'usage des gaz médicaux à fort effet de serre est prévue dès 2024, ainsi qu'une expérimentation sur la faisabilité du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique (voir la LFSS pour 2024).

¹⁸⁰ Pour cela, le périmètre des DASRI sera notamment redéfini en 2024 et différentes actions sont prévues pour limiter les prescriptions de médicaments et réduire les déchets médicamenteux.

3.2.3 Un deuxième pilier de financement à la qualité fondé sur la production d'indicateurs de résultats par pathologie ou spécialité

[135] **La mission propose de compléter le dispositif Ifaq transversal par un deuxième volet de financement davantage orienté vers des indicateurs de résultats.** Ce deuxième pilier permettrait - en complément du financement pour le développement des indicateurs et des systèmes d'information associés (voir partie 2.1.3) - d'encourager les établissements et praticiens à entrer dans une démarche de mesure de leurs résultats et de comparaison entre pairs. La rémunération prendrait la forme d'une enveloppe complémentaire à celles dédiées aux indicateurs transversaux de l'Ifaq, répartie selon le même principe d'une proratisation par le poids de chaque établissement dans la valorisation économique globale, modulée par le niveau de performance de l'établissement sur la dimension étudiée.

[136] Le niveau pertinent d'analyse (spécialité, pathologie, parcours, etc.) devra faire l'objet d'une concertation avec les acteurs. Les actuels champs d'activité de l'Ifaq (MCO, HAD, SMR, psychiatrie, dialyse), ainsi que les urgences, pourraient constituer un premier niveau d'analyse, subdivisés ensuite selon le niveau de granularité pertinent à chaque champ.

Recommandation n°15 Mettre en place un groupe de travail avec notamment les sociétés savantes afin de définir la maille pertinente d'analyse pour la mesure des indicateurs de résultats des soins (pathologie, spécialité, parcours, etc.).

[137] **L'indicateur retenu porterait sur la participation des équipes d'un établissement à la démarche d'analyse d'indicateurs de résultats et de comparaison entre pairs.** Il s'agit d'encourager la mobilisation d'indicateurs de résultats pour identifier des espaces d'amélioration de la qualité au sein des établissements de santé et déployer des programmes ciblés. De tels programmes d'amélioration de la qualité fondés sur la mesure des résultats pourraient faire l'objet d'un partage de bonnes pratiques entre pairs et de diffusion d'outils de retour d'expérience¹⁸¹. Différentes dimensions pourraient être prises en compte pour l'attribution de la dotation : affichage de tableaux de bord dans les salles de réunion des équipes, tenue de réunions pluridisciplinaires autour de l'analyse des résultats (selon un rythme et un format qui pourraient être définis par la HAS), réalisation par l'établissement d'un rapport annuel présentant les résultats mesurés au niveau des équipes, exhaustivité de la saisie des données complémentaires le cas échéant (si la constitution d'un registre a été décidée par exemple), etc.

[138] Le nouveau modèle de financement des urgences s'inscrit dans cette logique, avec une dotation à la qualité qui valorise, entre autres, la qualité et l'exhaustivité des données renseignées dans les résumés de passage aux urgences (voir encadré 19) : il conviendrait à terme d'aligner ses modalités de calcul sur celles préconisées pour le reste des pathologies ou spécialités.

[139] **En pratique, le montant de la dotation versée aux établissements pourrait reposer sur une déclaration concernant la part des unités de soins entrées dans le dispositif d'autoévaluation sur les résultats des soins.** Cette déclaration, faite après avis de la Commission médicale d'établissement et de la Commission des usagers, serait publiée. Elle pourrait être contrôlée par

¹⁸¹ Voir notamment les propositions du rapport de l'Institut Montaigne (2019) *Système de santé : soyez consultés !*

les ARS, mais ferait surtout l'objet d'une analyse lors de la visite de certification par la HAS afin de s'assurer de la réalité des démarches mises en place.

[140] **La rémunération serait majorée en cas de mise en place de PROMs**, avec des critères de plus en plus exigeants au cours du temps. La production de PROMs paraît en effet indispensable à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, mais sa mise en œuvre se heurte à des obstacles de taille (voir partie 2.2.2). Seul un portage politique fort et une valorisation financière de la démarche des professionnels permettra de mettre le sujet en visibilité. Concrètement, cela se traduirait dans le modèle par la mise en place d'une enveloppe budgétaire complémentaire dédiée à un indicateur relatif au taux de patients inclus dans une démarche de recueil de PROMs.

Encadré 19 – Financement des structures d'urgences

Depuis 2021, le financement de l'activité de soins de médecine d'urgence repose sur trois compartiments (art. L162-22-8-2 du code de la sécurité sociale) : un compartiment de financement à l'activité (48 % des financements), une dotation populationnelle (50 %) et une dotation sur indicateurs de qualité (2 %)¹⁸². La construction de ce dernier compartiment a fait l'objet d'un groupe de travail dans lequel se sont fortement impliqués les professionnels, avec les fédérations, les syndicats, la société savante et plus récemment France Assos Santé. Les répondants au questionnaire de la mission considèrent d'ailleurs en très grande majorité qu'une dotation visant à valoriser la qualité de la prise en charge et de l'organisation des structures d'urgence est utile (80 % des établissements concernés par l'activité des urgences)¹⁸³.

Compte tenu des enjeux centraux de fiabilisation des systèmes d'information, les premiers indicateurs retenus dans le modèle en 2021 se focalisent sur la qualité des informations renseignées dans les résumés de passage aux urgences (RPU), complétés par la suite par d'autres indicateurs¹⁸⁴ (fonctionnement des équipages des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)¹⁸⁵, durée de passage aux urgences des personnes âgées¹⁸⁶).

Un établissement est rémunéré pour un indicateur s'il atteint une cible de haute qualité, ou s'il enregistre une progression par rapport à l'année précédente, le taux de rémunération étant alors fonction de l'intensité de la progression observée¹⁸⁷.

[141] **Qu'il s'agisse d'indicateurs cliniques ou d'évaluation des soins par le patient, la mission préconise, au moins à court/moyen terme, de valoriser l'engagement dans la démarche de mesure des indicateurs de résultats plutôt que le résultat lui-même.** Cette approche, bien que pouvant sembler aller à contresens de la tendance actuelle favorisant le paiement aux résultats, est

¹⁸² Les modalités de calcul de cette dotation complémentaire à la qualité sont définies à l'article R162-33-26 du code de la sécurité sociale.

¹⁸³ Voir annexe 7, graphique 39.

¹⁸⁴ Arrêté à paraître modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation.

¹⁸⁵ Le respect des conditions de fonctionnement du SMUR requiert la présence d'un ambulancier au sein de l'équipe SMUR, vérifiée par la mesure du nombre d'heures postées déclarées dans la statistique annuelle des établissements de santé. Dans le modèle de financement, une enveloppe dédiée est allouée à cet indicateur, de 17 M€ en 2023 (au sein des 79 M€ de la dotation). Seul un établissement privé disposait de SMUR en 2023 et pouvait prétendre à une rémunération au titre de cet indicateur.

¹⁸⁶ Deux indicateurs ont été introduits en 2023 : la durée de passage dans la structure des urgences des patients hospitalisés d'au moins 75 ans, ainsi que la part de patients d'au moins 75 ans hospitalisés depuis la structure des urgences et qui transitent par une unité d'hospitalisation de courte durée mentionnée au 4° de l'article D.6124-22 du code de la santé publique.

¹⁸⁷ Pour les indicateurs sur les personnes âgées et pour celui de la continuité calendaire du recueil des RPU, la rémunération dépend également de l'écart à la moyenne.

cohérente avec celle retenue dans de nombreux pays. Elle est par ailleurs souvent privilégiée par les acteurs rencontrés par la mission, ainsi que par une partie des chercheurs académiques¹⁸⁸.

- **La rémunération sur les résultats est en effet beaucoup plus délicate à mettre en œuvre :** elle suppose que le résultat soit bien imputable aux établissements¹⁸⁹ et qu'il soit ajusté pour tenir compte de l'environnement de l'établissement¹⁹⁰ ; elle est par ailleurs porteuse de plus grands risques d'effets non maîtrisés sur les comportements¹⁹¹. Ainsi, la mesure des réadmissions à 30 jours comme base de financement à la qualité, adoptée par plusieurs pays il y a une dizaine d'années, est aujourd'hui débattue dans la littérature¹⁹². Une méta-analyse récente portant sur l'efficacité du programme américain de réduction des réadmissions – *Hospital Readmissions Reduction Program* (HRRP) – montre que l'effet positif sur la baisse des réadmissions découlerait en grande partie de changement de codifications sans effet sur les patients et, dans le cas contraire, porterait en priorité sur les populations les plus vulnérables ; les auteurs en concluent qu'il faut continuer à mesurer le taux de réadmission mais ne pas y associer de pénalité financière¹⁹³.
- **La simple mesure des résultats permet de faire évoluer les pratiques,** comme le montre par exemple l'expérience menée sur la cataracte (voir encadré 8).

[142] Il s'agit donc d'« inciter financièrement les efforts engagés ou « processus », et plus particulièrement ceux qui couvrent les pratiques organisationnelles entreprises tout au long du parcours du patient »¹⁹⁴. Contrairement aux enveloppes dédiées aux indicateurs transversaux de l'Ifaq, la dotation pourrait être en partie reversée aux services (et le cas échéant aux praticiens libéraux dans les cliniques), afin de tenir compte de la charge de travail supplémentaire engendrée par la démarche proposée.

Recommandation n°16 Mettre en place une rémunération destinée aux unités de soins qui s'engagent dans une démarche d'autoévaluation de leurs résultats avec une part dépendant de l'utilisation de PROMs dans le processus de soins.

¹⁸⁸ Minvielle et Kimberly (2020), op. cit.

¹⁸⁹ Cette condition est limitée par l'absence de déterminisme entre les efforts déployés et le résultat obtenu – voir partie 2.1.1.

¹⁹⁰ Minvielle et Kimberly (2020) soulignent que « ces techniques d'ajustement ne réfutent que partiellement le risque de mauvaise interprétation : la variance dite résiduelle reste souvent non négligeable (ce qui sous-entend que des facteurs explicatifs ne sont pas identifiés) ; selon la combinaison des variables d'ajustement retenues le résultat s'exprime différemment sans que l'on puisse en tirer de conclusions sur une méthode à privilégier ».

¹⁹¹ Le risque de susciter des comportements contre-productifs face à la forte motivation intrinsèque des professionnels à spontanément exercer ces pratiques apparaît empiriquement limité (« crowding effect »)

¹⁹² Peter Cram, Robert.Wachter, Bruce E. Landon (2022) Readmission Reduction as a Hospital Quality Measure. Time to Move on to More Pressing Concerns? American Medical Association October 25, 2022 Volume 328, Number 16

¹⁹³ « Readmissions should continue to be measured and tracked, but the financial penalties associated with HRRP could be withdrawn [...] In 2010, reducing hospital readmissions appeared to be a fruitful target for quality improvement. In 2022, after more than a decade of concerted effort, it is time to focus limited hospital resources on more tractable and evidence-based targets that are more directly under the control of hospitals.»

¹⁹⁴ Minvielle et Kimberly (2020), op. cit.

3.2.4 Un tarif valorisant les temps collectifs pluridisciplinaires en complément de l'Ifaq rénové

[143] **Compte tenu du caractère central du travail en équipe pluriprofessionnelle, reconnu par tous comme un facteur majeur d'amélioration de la qualité, la mission estime légitime d'utiliser le levier financier pour en assurer le développement**, d'autant plus en période de tension sur les ressources humaines. Il s'agirait de mettre en place un forfait rémunérant les principaux temps de travail en équipe pluridisciplinaire (dans la limite d'un plafond), en prélevant sur les tarifs la fraction qui rémunère aujourd'hui ces temps collectifs¹⁹⁵. Cette proposition de rémunération « à l'acte de collégialité professionnelle » présente l'avantage d'inciter les établissements à ne pas sacrifier les temps d'échanges pluridisciplinaires, tout en donnant un signal lisible à la communauté hospitalière sur le fait que l'Assurance maladie ne rémunère pas uniquement l'activité de soins elle-même. Différents experts plaident ainsi pour favoriser le renforcement de la motivation intrinsèque des professionnels de santé à travers l'encouragement des médecins à l'évaluation collective de leurs pratiques¹⁹⁶.

[144] Dans un premier temps et afin de garantir que la rémunération est bien conditionnée à de réels exercices pluridisciplinaires, la mission propose de concentrer le dispositif sur les temps collectifs normalisés et tracés, et dont l'effet sur la qualité des prises en charge est établi¹⁹⁷. Il s'agirait notamment de valoriser les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) ou les réunions de concertation pluridisciplinaire¹⁹⁸ (RCP) sous réserve, pour ces dernières, d'une revue des actuels dispositifs de financement¹⁹⁹. D'autres types de réunions pourraient toutefois être envisagés, telles les revues de morbi-mortalité (RMM), les comités de retour d'expérience (CREX) ou les

¹⁹⁵ Les articles 1 et 5 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoient une démarche de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. L'accompagnement de la mise en place de ce référentiel de management de la qualité dans les établissements a nécessité un premier renforcement des équipes pharmaceutiques avec un accompagnement financier à hauteur de 11,60 M€ qui ont été intégrés au sein de l'objectif des dépenses de MCO. La rémunération des temps collectifs a ensuite fait l'objet de mesures nouvelles en LFSS pour 2010 et 2011 qui ont été déléguées aux tarifs pour la mise en œuvre du référentiel (11,6 millions d'euros) ainsi que le déploiement des comités de retours d'expériences (0,9 million d'euros) et des réunions de concertations pluridisciplinaires hors cancérologie (1,8 million d'euros).

Voir annexe IV de la Circulaire DGOS/PF2 n°2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.

¹⁹⁶ Berenson RA, Rice T (2015), Beyond Measurement and Reward: Methods of Motivating Quality Improvement and Accountability. *Health services research* - Judson TJ, Volpp KG, Detsky AS. (2015), Harnessing the Right Combination of Extrinsic and Intrinsic Motivation to Change Physician Behavior. *JAMA* 2015.

¹⁹⁷ A l'exclusion par exemple des temps dédiés à la transmission de l'information entre équipes.

¹⁹⁸ Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

¹⁹⁹ Certaines missions d'intérêt général (MIG) rémunèrent les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) qui concourent de façon plus globale à une activité spécifique. La DGOS identifie notamment les MIG suivantes : les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ; les centres de référence pour infections ostéoarticulaires ; les centres de coordination en cancérologie (qui financent l'organisation des RCP) ; l'ex MIG actions de qualité transversales des pratiques en cancérologie, qui est dans le FIR et qui finance la participation des médecins en RCP ; les équipes de cancérologie pédiatrique ; les centres labellisés maladies rares ; les centres d'implantation cochléaires et du tronc cérébral ; les services experts de lutte contre les hépatites virales ; la lutte contre les maladies vectorielles à tiques, dont la maladie de Lyme ; les centres experts Parkinson dans le cadre de leur activité clinique sur les cas complexes et leur activité d'expertise.

revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMEDI)²⁰⁰. Enfin, pourraient également être éligibles au dispositif des temps collectifs se rattachant à la formation des soignants, au développement professionnel continu ou à l'accréditation d'équipe.

[145] Un travail organisé dans le cadre de l'instance de gouvernance proposée par la mission devrait permettre de définir le périmètre précis des dispositifs éligibles à la mesure et de lancer les travaux nécessaires à une évaluation quantitative de ces pratiques pour lesquelles on ne dispose aujourd'hui que d'éléments partiels. La mise en œuvre de cette mesure pourrait faire l'objet d'un pilote dans un certain nombre d'établissements volontaires afin de préfigurer et paramétrer la mesure de manière optimale. Pour les médecins libéraux, les temps collectifs resteraient financés par les honoraires sur les soins (sauf à engager une négociation conventionnelle pour organiser le même transfert d'un financement global par les honoraires sur les actes de soins vers un financement à la réunion).

Recommandation n°17 Mettre en place une rémunération forfaitaire des temps collectifs pluridisciplinaires qui sont d'ores et déjà normalisés et tracés (évaluations de pratiques professionnelles, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.), financée par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité.

3.2.5 Une enveloppe budgétaire proche de l'existant, qui pourra être amenée à augmenter dans un second temps

[146] **Le financement de la réforme serait assuré en grande partie par réaffectation des dotations existantes.** Les actuelles dotations dédiées au financement à la qualité pourraient en effet venir abonder l'enveloppe budgétaire du nouveau modèle lfaq, pour un total d'environ 800 M€ (Tableau 4).

Tableau 4 : Coût des dispositifs de financement à la qualité

Dispositif	Coût en millions d'euros
lfaq	700
Urgences	80
Hôpitaux de proximité	6,5
Caqes	40

Note : la dotation qualité pour les hôpitaux de proximité entrera en vigueur en 2025. Le montant du Caqes correspond à une extrapolation en année pleine des économies réalisées sur le second semestre 2022 après l'entrée en vigueur de la réforme (soit 19 M€ d'économies, dont 11 M€ sur le volet régional).

Source : DGOS et DSS.

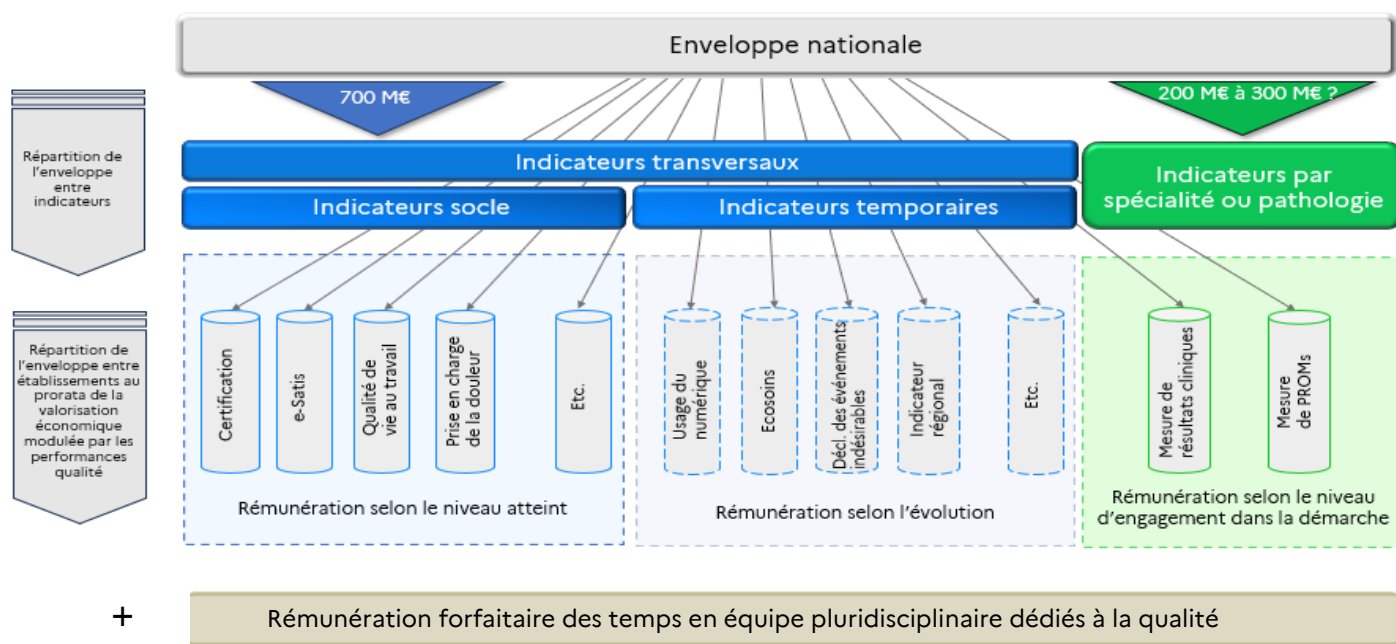
²⁰⁰ La HAS définit la revue de morbi-mortalité (RMM) comme une analyse collective, rétrospective et systémique de cas cliniques pour lesquels est survenu un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ou toute complication inattendue qui a causé ou non (si arrêté à temps) un dommage aux patients. Cette analyse vise à permettre une réflexion générique sur les circonstances de survenue et sur d'éventuelles actions à mettre en œuvre pour éviter la récurrence d'un tel événement. Le comité de retour d'expérience (CREX) s'appuie sur des réunions périodiques d'un comité pluridisciplinaire au cours desquelles les équipes passent en revue les signalements d'événements indésirables associés aux soins survenus dans le service. Les événements sont investigués à l'aide d'une méthode systémique d'analyse des causes profondes. D'abord mis en place dans le secteur de la radiothérapie en 2005, les CREX ont ensuite été implantés dans différents types de services et d'activités. Voir Kamalanavin, François, Boussat (2019), Revue Risques & Qualité, 2019 - vol XVI - n° 3.

[147] S’agissant du premier pilier du modèle une analyse des effets redistributifs est indispensable pour calibrer les enveloppes et les seuils de rémunération des indicateurs retenus. Un renforcement du caractère discriminant du modèle conduira à des effets revenus nettement plus conséquents pour les établissements ayant de moins bons résultats. Le partage de l’enveloppe entre les différents indicateurs devra être discuté dans le cadre des instances en charge du financement des établissements de santé. En tout état de cause, la mission estime que ce premier pilier du système de financement à la qualité, fondé sur un lfaq rénové, devrait se voir attribuer l’enveloppe actuelle consacrée à l’lfaq, sans majoration dans un premier temps.

[148] Le deuxième pilier du modèle lfaq pourrait faire l’objet d’un financement en mesure nouvelle pour limiter les effets redistributifs. Le calibrage de cette enveloppe budgétaire devra être discuté dans le cadre des travaux de préfiguration de la réforme (voir partie 4), en complément de l’effort budgétaire proposé sur les systèmes d’information²⁰¹. A titre illustratif, une enveloppe de 200 M€ à 300 M€ permettrait un retour vers les établissements et les équipes d’environ 15 000 euros par unité de soins de 30 lits ou places²⁰². La montée en charge de cette dépense budgétaire serait toutefois progressive, au fur et à mesure de la définition des indicateurs et de la montée en puissance de l’utilisation des PROMs, ce qui permettrait de ne pas modifier l’évolution tendancielle des tarifs valorisant l’activité, à l’instar du dispositif mis en place lors de la création de l’lfaq.

[149] Quand bien même les retours au questionnaire de la mission pourraient suggérer d’allouer un budget plus conséquent au financement à la qualité (voir partie 3.1.2), la mission recommande de ne pas dépasser la cible d’un milliard d’euros définie en 2019 tant que le dispositif n’aura pas été stabilisé et que les effets redistributifs n’auront pas été pleinement appréhendés.

Graphique 13 : Présentation schématique du nouveau modèle de financement des établissements de santé à la qualité



Source : mission

²⁰¹ Voir recommandation n°3.

²⁰² Selon les données de la Drees, il existe environ 470 000 lits et places hospitalières en France aujourd’hui.

4 Propositions pour la mise en œuvre opérationnelle de ce nouveau modèle de financement

4.1 Mise en place d'une équipe projet pilotée par la DGOS

[150] La mise en œuvre des diverses recommandations de la mission nécessite une forte mobilisation de l'administration pour respecter les contraintes de calendrier de la réforme du financement des établissements de santé. La mission propose donc que soit mise en place une équipe projet qui serait pilotée par un membre de la DGOS missionné par le ministre en charge de la santé. Cette équipe associerait la DGOS, la Cnam et la HAS, ainsi que l'ATIH et la DNS. Elle pourrait préfigurer l'équipe technique pluridisciplinaire que la mission préconise en appui de l'instance de gouvernance de la qualité (voir recommandation 1).

[151] L'équipe projet aurait pour double mission de définir le cadre de gouvernance de la qualité et de lancer les chantiers techniques liés à la mise en œuvre des différentes recommandations de la mission sur la transformation du modèle de financement (voir *infra*).

[152] Elle pourrait venir en appui de la DGOS pour la rédaction des textes juridiques, ainsi que pour la définition d'un cadre d'évaluation *in itinere* du modèle de financement. Ce cadre devra permettre notamment d'évaluer dans quelle mesure les évolutions apportées sont bien porteuses de sens pour les équipes soignantes, et pourra s'appuyer dans un premier temps sur la réalisation d'opérations « pilotes ».

Recommandation n°18 Mobiliser dès le printemps 2024 une équipe projet sous l'égide de la DGOS pour lancer les travaux techniques et prévoir le cadre d'évaluation *in itinere* de la réforme du modèle de financement.

Graphique 14 : Calendrier de mise en œuvre de la réforme



Source : mission

4.2 Chantiers techniques à mener dès 2024 pour une refonte du modèle de financement en 2025

[153] Un premier chantier concerne l'évaluation des effets redistributifs de l'évolution du modèle de financement de l'Ifaq (sortie de la logique de classement des établissements, suppression des groupes de comparaison, rémunération par indicateur, etc.). Ces effets devront être mis au regard de ceux générés par les différents volets de la réforme globale du financement des établissements de santé afin de bénéficier d'une vision d'ensemble de la réforme. Ce chantier, qui pourrait être confié à l'ATIH, se déroulerait au premier semestre 2024.

[154] Sur la base de ces travaux de simulation, il s'agira notamment de définir les modalités de prise en compte de la certification (en tant qu'indicateur dans le modèle ou comme critère d'éligibilité), l'enveloppe financière allouée à chaque indicateur et la définition des seuils et taux de rémunération pour chaque indicateur. Dans un premier temps, la plupart des indicateurs pris en compte dans l'Ifaq pourraient être conservés, avant d'être progressivement remplacés par les indicateurs suggérés par la mission (voir parties 3.2 et 4.3). La mission estime toutefois essentiel de prévoir d'emblée des enveloppes pour les deux indicateurs de suivi des résultats cliniques et de suivi des PROMs constituant le deuxième pilier du modèle (qui pourraient par exemple inclure le suivi d'indicateurs de résultats similaires à ceux retenus en chirurgie orthopédique) : compte tenu de la forte hétérogénéité des pratiques entre spécialités, l'intéressement versé aux établissements serait globalement faible à court terme et très variable selon les spécialisations, d'où l'intérêt de prévoir un financement en mesure nouvelle pour limiter de trop forts effets redistributifs. La mise en œuvre de la refonte des règles de calcul de l'Ifaq pourrait intervenir dès 2025.

[155] En parallèle de ces travaux, un groupe de travail pourrait être constitué afin de définir le calibrage d'une tarification des réunions pluriprofessionnelles proposée par la mission. Il s'agirait dans un premier temps de réaliser une évaluation des pratiques actuelles en la matière, puis de définir les contours d'un pilote à conduire en 2025. La mise en place d'un pilote permettrait de calibrer le montant de la rémunération, de tester le périmètre des exercices pluriprofessionnels concernés et d'évaluer l'impact de la mesure sur la pratique. La généralisation de ce pilote pourrait intervenir dès 2026.

4.3 Chantiers techniques pour l'évolution du portefeuille d'indicateurs pris en compte dans le nouveau modèle de financement

4.3.1 Définition des indicateurs transversaux relatifs au premier pilier du modèle de financement à la qualité

[156] Un premier chantier, qui pourrait s'étendre jusqu'à la fin 2024, concerne l'identification des indicateurs qui interviendraient dans le premier pilier du nouveau modèle de financement à la qualité : si la mission a émis quelques propositions en partie 3, d'autres idées pourraient émerger et le périmètre possible des indicateurs mobilisables par les ARS pour la partie territoriale reste à définir (les indicateurs utilisés aujourd'hui dans le cadre du Caqes pourraient en faire partie). Il s'agira par ailleurs de définir les modalités de remplacement rapide des audits sur dossiers par des

recueils automatiques, quitte à perdre en finesse sur certains indicateurs, afin de redonner au dispositif son caractère incitatif.

[157] La concertation avec les acteurs pourrait être lancée rapidement dans le cadre des actuels groupes de travail pilotés par la DGOS sur les indicateurs de qualité.

[158] Le chantier aurait également la charge du suivi du groupe de travail sur les évolutions de l'indicateur e-Satis proposé par la mission.

4.3.2 Définition des indicateurs de résultats relatifs au deuxième pilier du modèle de financement à la qualité

[159] Un deuxième chantier concerne l'identification des indicateurs par spécialité et pathologie dont le suivi permettrait de bénéficier d'un intéressement financier dans le cadre du deuxième pilier du système de financement à la qualité.

[160] La mission estime que la conduite de ce chantier nécessitera la mise en place par les autorités d'une équipe pluriprofessionnelle temporaire comprenant des spécialistes administratifs et médicaux ainsi que des spécialistes en systèmes d'information. Cette équipe devra travailler en lien étroit avec les sociétés savantes et être capable de traiter des différentes options de système d'information dans l'ensemble de leurs dimensions.

[161] Ce chantier pourrait débuter au deuxième semestre 2024.

- Dans un premier temps, il conviendra de définir la grille d'analyse la plus adaptée à l'objectif poursuivi et limitant les risques d'approches trop cloisonnées (spécialités, pathologies, parcours, etc.). La classification serait arrêtée dans une première version non définitive et ajustable en fonction des discussions engagées dans les phases suivantes. La mission propose d'inclure dans ce schéma le récent volet de rémunération à la qualité des urgences.
- Dans un second temps, les discussions avec les représentants des professionnels et France Assos Santé devront permettre de (i) rédiger un cahier des charges définissant les critères auxquels doivent répondre les indicateurs de résultats cliniques ou perçus par le patient, y compris les éventuelles modalités d'ajustement statistique ; (ii) définir les modalités de validation des indicateurs proposés ; (iii) définir un calendrier pour la construction d'un nombre minimal d'indicateurs de résultats par spécialité ou pathologie. Cette phase pourrait s'appuyer sur quelques regroupements de spécialités considérées comme plus matures dans le domaine. Les activités de greffe et la cancérologie pourraient permettre de tester rapidement le dispositif par des discussions entre professionnels placées sous l'égide de l'Institut national du cancer et de l'Agence de la biomédecine.

[162] Ce chantier sur les indicateurs de résultats soulève d'importants enjeux relatifs aux systèmes d'information. Il s'agit, d'une part, de préciser l'architecture des données mobilisées : place du SNDS (éventuellement enrichi) et des registres ; évaluation de l'apport des entrepôts de données de santé ; fixation des règles d'interopérabilité des différents systèmes devant permettre d'éviter les doubles saisies tout en respectant les règles de cybersécurité ; détermination des règles de propriété des registres et de partage des données les cas échéant, afin de limiter le risque de construction de dispositifs étanches à l'accès réservé. Il s'agit, d'autre part, de définir les modalités de déploiement des PROMs dans le cadre de la stratégie du numérique en santé :

centralisé ou non, ce système devra faciliter le recueil pour les professionnels et permettre l'accessibilité pour tous les patients (grâce aux interfaces nécessaires avec le dossier patient informatisé, les systèmes d'information médicalisés et Mon espace santé).

[163] Le chantier donnera lieu à négociation sur les moyens financiers nécessaires au développement des systèmes d'information. Une forme de contractualisation pourrait être imaginée sur chaque regroupement de spécialités ou pathologies afin de programmer les évolutions envisageables dans le temps et acter les règles relatives au partage des données et à leur utilisation. Le chantier s'inscrira nécessairement dans la durée, l'ensemble des regroupements de spécialités ou pathologies ne pouvant être traité dans le même temps.

4.3.3 Lancement d'opérations pilotes à partir de 2025

[164] Les travaux sur les indicateurs conduits en 2024 devraient pouvoir permettre de lancer des « opérations pilotes » à partir de l'année 2025, afin de tester avec des établissements volontaires la faisabilité des indicateurs proposés et leur robustesse. Le pilote sur le deuxième pilier du modèle permettrait en outre de tester la mesure de l'investissement des équipes dans la démarche de suivi des résultats pour le patient ; il porterait sur des regroupements de pathologies ou spécialités pour lesquels le système d'information est d'ores et déjà opérationnel.

[165] Les pilotes devront également permettre d'évaluer le degré d'adhésion des équipes soignantes à ces évolutions de la démarche qualité.

Isabelle BENOITEAU

Véronique GUILLERMO

Pierre RICORDEAU

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Présentation du modèle Ifaq

Annexe 2 : Retour sur les derniers rapports évoquant les questions de financement et de qualité

Annexe 3 : Exemples français de démarche de comparaison entre établissements

Annexe 4 : Synthèse des indicateurs existant en Europe et à l'international – Institut Montaigne

Annexe 5 : Synthèse de rapports sur la mesure de la qualité de vie

Annexe 6 : Etat d'avancement de la construction de nouveaux indicateurs pour l'Ifaq

Annexe 7 : Questionnaire auprès des établissements de santé

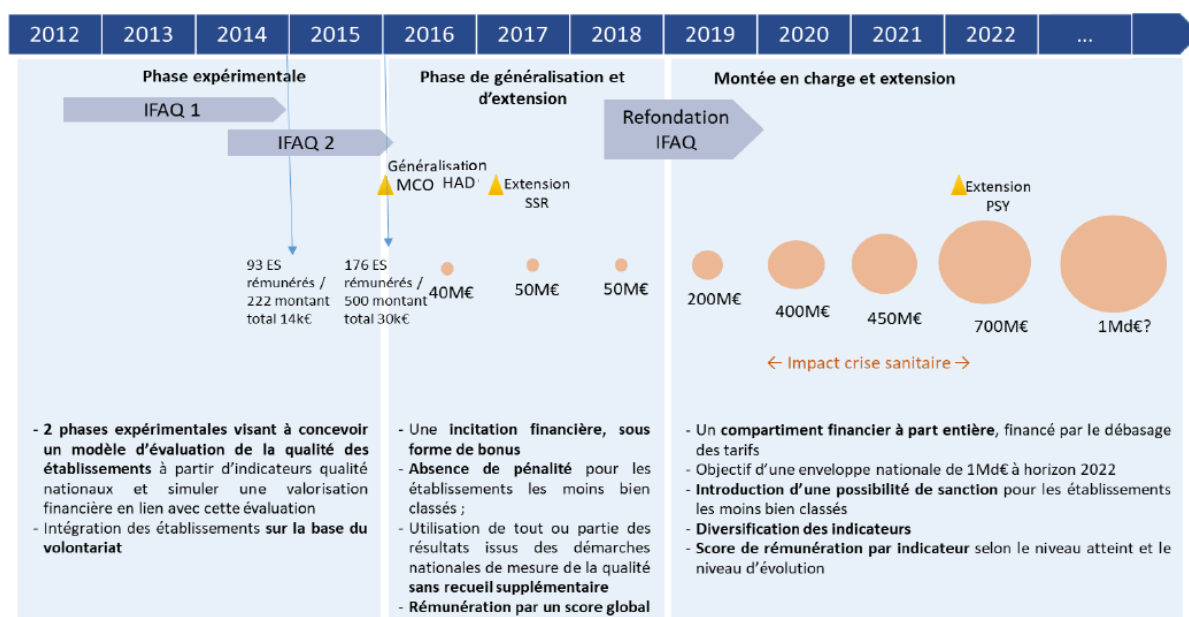
ANNEXE 1 : Présentation du modèle Ifaq

[1] Créée en 2012, l'incitation financière à la qualité (Ifaq) vise à encourager les établissements de santé à la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité. Ce dispositif a d'abord fait l'objet d'une phase d'expérimentation de quatre ans, avant d'être généralisé et étendu aux champs MCO et HAD en 2016, puis SMR en 2017 et psychiatrie en 2022. Il est défini dans la loi à l'article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale, et précisé chaque année par arrêté.

1 Un dispositif profondément modifié et amplifié en 2019, perturbé par la crise sanitaire dans sa montée en charge

[2] Le dispositif Ifaq, très réduit à l'origine, a pris progressivement de l'ampleur même s'il demeure relativement marginal dans le budget des établissements de santé. De 50 M€ en 2018, l'enveloppe budgétaire a progressivement été portée à 200 M€ en 2019, 450 M€ en 2021 et 700 M€ à compter de 2022 (Graphique 1). Le montant total de la dotation Ifaq a ainsi été multiplié par 3,5 entre 2019 et 2022, une partie de l'augmentation étant tirée par l'élargissement de l'éligibilité à l'activité de psychiatrie en 2022 (l'augmentation de la dotation versée au champ MCO a été multipliée par 2,8 sur la même période, passant de 160 M€ en 2019 à 450 M€ en 2022). Dans le cadre des travaux menés en 2018 par la *task force* sur la réforme du financement et lors des échanges préparatoires au protocole pluriannuel entre l'Etat et les fédérations hospitalières, une enveloppe cible d'un milliard d'euros était envisagée, à laquelle se serait potentiellement ajoutée une seconde enveloppe d'un milliard d'euros sur des compartiments qualité spécifiques (urgences, pathologies chroniques, etc.).

Graphique 1 : Evolution du dispositif Ifaq depuis sa création



Source : DGOS

[3] **La montée en charge du dispositif a cependant été profondément perturbée par la crise sanitaire**, qui a empêché le recueil de certains indicateurs. Neutralisé en 2020, le dispositif a été réactivé à partir de 2021 mais selon des modalités allégées jusqu'en 2022. Seule une partie des enveloppes a en effet été répartie en fonction des indicateurs de qualité de l'année :

- en 2021, 150 M€ des 450 M€ distribués (33 %) ont été alloués sur la base des résultats de l'année, les 300 M€ restants l'ayant été sur des critères relatifs aux années passées (200 M€ selon les résultats obtenus pour l'Ifaq 2019 et 100 M€ selon l'activité réalisée par les établissements en 2019 valorisée par les tarifs en vigueur cette année-là) ;
- en 2022, 400 M€ des 700 M€ distribués (57 %) ont été alloués sur la base des résultats de l'année 2022, les 300 M€ restants l'ayant été sur la base de l'activité réalisée en 2019 valorisée par les tarifs en vigueur cette année-là (ou recettes d'assurance maladie pour le champ de la psychiatrie).

[4] Ce n'est que depuis 2023 que la totalité de l'enveloppe est effectivement répartie en fonction des indicateurs de qualité.

2 Un modèle financier particulièrement complexe

2.1 Une dotation proportionnelle à la valorisation économique, héritage du prélèvement sur les tarifs valorisant l'activité

[5] La dotation est définie au niveau de l'entité géographique : les indicateurs inclus dans le modèle sont tous recueillis à ce niveau à l'exception du niveau de certification et des indicateurs relatifs à l'usage du numérique, dupliqués sur l'ensemble des entités géographiques concernées. Seul le champ de la psychiatrie déroge à cette logique : la dotation est définie au niveau du Finess de transmission RIM-P (entité juridique pour les établissements publics et entité géographique pour les établissements privés)²⁰³.

[6] Pour l'année 2022, dernière année disponible au moment de la rédaction de ce rapport, 3256 établissements exerçant une activité MCO (y compris HAD et dialyse) ou SMR étaient éligibles à la dotation Ifaq (Tableau 1), auxquels s'ajoutaient 552 établissements exerçant l'activité de psychiatrie pour lesquels un mécanisme de sécurisation des recettes a été mis en œuvre au titre de la première année d'application de la réforme de financement.

²⁰³ Une notice de l'ATIH disponible sur leur site internet détaille les modalités de calcul de la dotation par champ d'activité.

Tableau 1 : Répartition des établissements concernés par le dispositif Ifaq – hors PSY

	Nombre d'entités géographiques	Répartition des entités géographiques	Valorisation économique de l'activité (M€)	Répartition de la valorisation économique
Centres hospitaliers	961	29,5 %	20 071	36,8 %
Centres hospitaliers régionaux/universitaires	185	5,7 %	14 738	27,0 %
Privés non lucratifs	1 051	32,3 %	7 686	14,1 %
Privés lucratifs	1 034	31,8 %	10 813	19,8 %
Centres de lutte contre le cancer	25	0,8 %	1 189	2,2 %
Total	3 256	100 %	54 497	100 %

Source : ATIH, calculs de la mission.

Champ : établissements de santé éligibles à la dotation Ifaq en 2022, hors activité de psychiatrie.

Note : chaque structure juridique peut comporter plusieurs entités géographiques.

[7] **La dotation perçue par les établissements au titre de l'Ifaq est proportionnelle à la valorisation de leur activité** (ou recettes d'assurance maladie pour le champ de la psychiatrie) : chaque établissement reçoit une part de l'enveloppe disponible selon la part de sa valorisation économique dans le total de la valorisation économique agrégée sur l'ensemble des établissements de santé, modulée ensuite par ses performances au regard des objectifs de qualité. Hormis pour le champ de la psychiatrie, la valorisation économique des activités de l'établissement correspond au volume d'activité de l'année passée valorisé par les tarifs nationaux de chaque activité (entre 2020 et 2022, compte tenu de la crise sanitaire, l'activité prise en compte est celle de l'année 2019 valorisée sur la base des tarifs nationaux fixés pour l'année 2019).

2.2 Une ventilation de l'enveloppe fondée sur un classement des établissements au sein de groupes de comparaison

[8] **Le modèle financier repose sur le principe de comparaison entre des établissements de santé ayant des caractéristiques relativement similaires.** A cette fin, les établissements sont classés dans des groupes dits « de comparaison », constitués au niveau des entités géographiques sur la base de critères d'activité. La création de ces groupes résulte d'un compromis entre l'impératif d'un référentiel de qualité commun à l'ensemble des établissements de santé et le souci de tenir compte de certaines spécificités sectorielles pouvant affecter les comparaisons entre établissements. L'enveloppe budgétaire est répartie entre ces groupes de comparaison au prorata de la valorisation économique de l'activité produite par les établissements du groupe (ou des recettes d'assurance maladie pour l'activité de psychiatrie).

[9] Les groupes de comparaison sont construits de manière à être suffisamment larges pour permettre une certaine robustesse des comparaisons (minimum de 100 établissements par groupe), sur la base de critères relativement simples. Un premier découpage est réalisé selon le champ d'activité (MCO, HAD, SMR, dialyse, psychiatrie) et un second selon la taille et le degré de spécialisation par activité. A titre illustratif, cinq groupes de comparaison ont été retenus pour l'activité MCO (hors HAD), fondés sur le nombre de séjours réalisés par les établissements et le nombre de groupes d'activité totalisant 80 % de leur activité. Au total, sur l'ensemble des champs d'activité, 17 groupes de comparaison sont retenus depuis l'élargissement du dispositif à l'activité de psychiatrie (Tableau 2). Un établissement positionné sur plusieurs champs d'activité est classé dans plusieurs groupes, et ainsi éligible à une rémunération pour les indicateurs de chacun des groupes auxquels il est rattaché (au prorata de la valorisation de l'activité produite sur chaque champ).

Tableau 2 : Groupes de comparaison

Champ d'activité	Intitulé du groupe de comparaison	Critères d'activité
MCO	MCO-1	Etablissements réalisant au moins 500 séjours hors séances et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 15 groupes d'activité (*)
	MCO-2	Etablissements réalisant au moins 500 séjours hors séances et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 15 groupes d'activité et moins de 35 groupes d'activité (*)
	MCO-3	Etablissements qui réalisent entre au moins 500 séjours hors séances et moins de 20 000 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (*)
	MCO-4	Etablissements qui réalisent au moins 20 000 séjours hors séances par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité (*)
	MCO-5	Etablissements qui réalisent moins de 500 séjours hors séances par an
SMR	SMR-1	Etablissements réalisant moins de 730 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (**)
	SMR-2	Etablissements réalisant au moins 730 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques (**)
	SMR-3	Etablissements réalisant moins de 730 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (**)
	SMR-4	Etablissements réalisant au moins 730 de séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques (**)
Dialyse	Dialyse 1	Etablissements exerçant une activité de dialyse et réalisant moins de 7 970 séances
	Dialyse 2	Etablissements exerçant une activité de dialyse et réalisant au moins 7 970 séances
HAD	HAD	Etablissements exerçant une activité sous forme d'hospitalisation à domicile
PSY	PSY-1	Etablissements dont la file active (***) est supérieure ou égale à 10 000 patients.
	PSY-2	Etablissements dont la file active (***) est comprise entre 4 000 et 9 999 patients
	PSY-3	Etablissements sectorisés dont la file active (***) est strictement inférieure à 4 000 patients
	PSY-4	Etablissements non-sectorisés dont la file active (***) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant au moins 1000 journées de présence à temps complet
	PSY-5	Etablissements non-sectorisés dont la file active (***) est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant moins de 1000 journées de présence à temps complet

(*) Les groupes d'activité sont des regroupements des racines de groupes homogènes de malades (GHM). Les racines de GHM sont définies par le « Manuel des groupes homogènes de malades » publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé.

(**) Les groupes nosologiques sont définis par le « Manuel des groupes médico-économiques en soins de suite et de réadaptation » publié au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé.

(***) La file active correspond au nombre total de patients pris en charge en psychiatrie par l'établissement, quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Pour une année donnée, un patient est compté une fois quels que soient le nombre et la diversité des prises en charge réalisés par les structures de psychiatrie à temps complet, à temps partiel ou ambulatoires.

Source : arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation Ifaq.

Tableau 3 : Répartition par groupe de comparaison des établissements exerçant une activité MCO, selon leur statut

	Centres hospitaliers	Centres hospitaliers régionaux/ universitaires	Centres de lutte contre le cancer	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Total
MCO-1	6 %	18 %	4 %	21 %	25 %	15 %
MCO-2	28 %	28 %	72 %	39 %	41 %	34 %
MCO-3	24 %	4 %	0 %	12 %	14 %	17 %
MCO-4	17 %	43 %	4 %	9 %	15 %	18 %
MCO-5	26 %	9 %	20 %	19 %	5 %	17 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	Centres hospitaliers	Centres hospitaliers régionaux/ universitaires	Centres de lutte contre le cancer	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Total
MCO-1	17 %	13 %	0 %	16 %	54 %	100 %
MCO-2	37 %	9 %	4 %	13 %	38 %	100 %
MCO-3	63 %	2 %	0 %	8 %	26 %	100 %
MCO-4	43 %	25 %	0 %	6 %	26 %	100 %
MCO-5	70 %	6 %	2 %	13 %	10 %	100 %
Total	45 %	11 %	2 %	11 %	32 %	100 %

Lecture : pour l'Ifaq 2022, 18 % des entités géographiques de centres hospitaliers régionaux/universitaires étaient classées dans le groupe MCO-1 et 43 % dans le groupe MCO-4. Au sein du groupe MCO-1, 13 % des entités géographiques appartenaient à des centres hospitaliers régionaux/universitaires.

Source : ATIH, calculs de la mission.

[10] Les critères de volume et degré de spécialisation retenus pour définir les groupes de comparaison sont indépendants des indicateurs pris en compte dans le modèle : des établissements d'un même groupe peuvent être éligibles à différents indicateurs compte tenu des contraintes de recueil et des spécialisations d'activité.

2.3 Une rémunération fonction du résultat atteint sur chaque indicateur et de l'évolution de ce résultat

[11] Au sein de chaque groupe de comparaison, les établissements sont classés en fonction de leurs performances sur les différents indicateurs de qualité, à la fois quant au niveau atteint et quant à l'évolution de ce niveau.

[12] **Pour chaque indicateur, les établissements se voient attribuer une note (de 0 à 100) reflétant leur résultat sur cet indicateur.**

- Pour les indicateurs sous forme de score numérique, la note est de 100 % lorsque le niveau de l'indicateur est au-delà de la cible de qualité définie dans les textes, et nulle lorsque le niveau est en-deçà d'un seuil de rémunération, ce seuil étant défini de sorte que les 30 % d'établissements ayant les moins bons résultats ne soient pas rémunérés pour cet

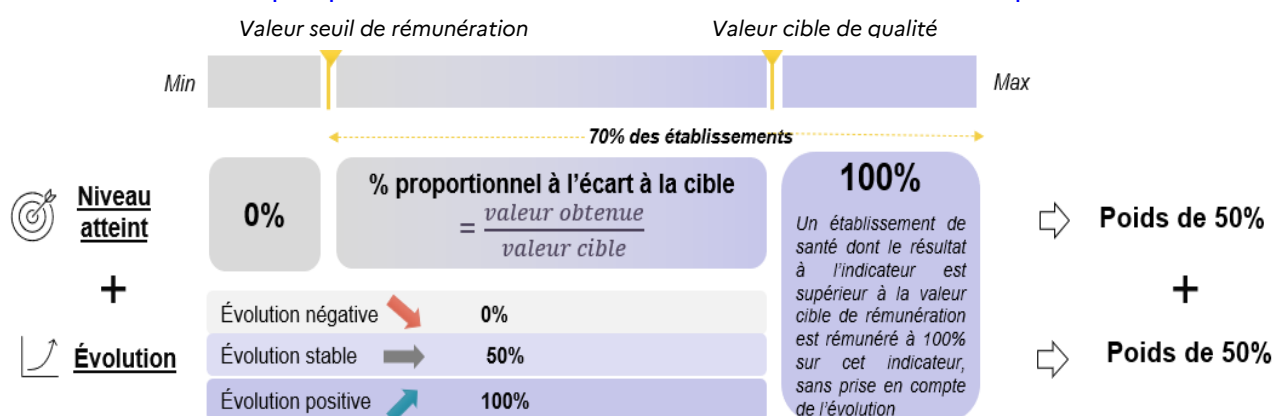
indicateur²⁰⁴. Lorsque le niveau de l'indicateur est supérieur au seuil de rémunération mais inférieur à la cible, la note correspond au ratio entre le niveau atteint et la cible. Pour les indicateurs issus de dossiers de patients, fondés sur un échantillon de dossiers dont le nombre varie selon les indicateurs, c'est la borne basse de l'intervalle de confiance entourant la valeur prise par l'indicateur qui est retenue pour l'attribution de la note.

- Pour les indicateurs en classes, la note attribuée à l'établissement dépend directement de la classe à laquelle il est affecté pour cet indicateur. Il peut s'agir d'indicateurs binaires (niveau atteint ou non²⁰⁵) ou d'indicateurs en plusieurs classes (telle la certification²⁰⁶).

[13] Pour certains indicateurs, définis par arrêté, la note attribuée pour l'indicateur est ajustée de manière à tenir compte de l'évolution des résultats²⁰⁷.

- Si le niveau atteint est supérieur ou égal à la cible définie, la progression n'est pas prise en compte : la note attribuée pour cet indicateur reste de 100 %.
- Si le niveau atteint est inférieur à la cible définie pour l'indicateur, le niveau atteint compte pour 50 % de la note attribuée pour l'indicateur, les 50 % restants étant calculés en fonction de l'évolution. La note attribuée pour l'évolution est de 100 % lorsque cette évolution est positive, de 50 % lorsqu'elle est stable et de 0 lorsqu'elle est négative²⁰⁸.

Graphique 2 : Modalités de calcul des notes attribuées par indicateur



Source : DGOS

²⁰⁴ Le seuil de début de rémunération est défini pour chaque groupe de comparaison en classant dans l'ordre croissant les valeurs obtenues à l'indicateur par les établissements du groupe, puis en fixant ce seuil tel que 70 % des établissements soient rémunérés sur l'indicateur. Dans le cas où plusieurs établissements ont une valeur identique, ce seuil peut dépasser les 70 % car les ex-aequo sont pris en compte. Lorsque le taux de non-réponse sur un indicateur est très élevé, ce seuil peut être inférieur à 70 % ; dans ce cas, un établissement dont le résultat atteint est nul ne sera pas rémunéré quand bien même le seuil de rémunération serait nul.

²⁰⁵ Par exemple, pour la mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres, seuls les établissements dont le nombre d'hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres est jugé « au résultat attendu » sont rémunérés. Leur note est alors systématiquement de 100 %.

²⁰⁶ 100 % pour la catégorie A de la certification de 2014 ou « Haute Qualité des soins » de la certification de 2020, 80 % pour le niveau « Qualité des soins confirmée » de la certification de 2020, 75 % pour la catégorie B de la certification de 2014 et 0 % pour les autres.

²⁰⁷ L'arrêté précise les modalités de détermination de la nature de l'évolution des indicateurs.

²⁰⁸ Un établissement n'ayant pas atteint la cible mais étant en évolution positive pour un indicateur se verra attribuer une note pour cet indicateur d'au moins 50 % (100 % au titre de l'évolution pondérée par un coefficient de 0,5 + x% au titre du niveau atteint pondéré par 0,5).

[14] **Chaque établissement se voit ensuite attribuer une note globale correspondant à la moyenne des notes obtenues pour les indicateurs pour lesquels il présente une obligation de recueil.** Pour calculer cette moyenne, les indicateurs sont pondérés, certains avec un coefficient compris entre 0,25 et 0,75, mais la plupart avec un coefficient de 1 (voir *infra*).

[15] **Cette note globale est utilisée pour répartir l'enveloppe Ifaq entre les établissements :** la rémunération de référence (correspondant à une fraction de l'enveloppe au prorata de la valorisation économique de son activité ou de ses recettes d'assurance maladie pour la psychiatrie) est multipliée par le ratio entre la note globale de l'établissement et la note moyenne du groupe de comparaison auquel il appartient²⁰⁹.

3 Des indicateurs peu nombreux, essentiellement de processus et transversaux

3.1 Les indicateurs sont définis chaque année par arrêté

[16] Les indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins utilisés pour le calcul de la dotation Ifaq sont définis par décret, et précisés chaque année par arrêté (article R. 162-36-1 du code de la sécurité sociale). Les familles d'indicateurs de la campagne Ifaq 2022 sont les suivantes :

- indicateurs mesurés à partir des dossiers de patients ;
- indicateurs de satisfaction et expérience des patients (e-Satis) ;
- indicateurs MCO mesurant les événements indésirables après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture), et après pose de prothèse totale de genou ;
- indicateur PSY mesurant les hospitalisations longues à temps plein en soins libres ;
- indicateurs d'usage du numérique (alimentation du dossier médical partagé et usage de la messagerie sécurisée) ;
- certification

[17] Une fiche descriptive de chacun des indicateurs est disponible sur le site internet de la HAS et de l'ATIH, ou sur le site du ministère de la Santé pour les indicateurs sur l'usage du numérique. Chacune de ces fiches précise la construction et les modalités de calcul de l'indicateur en fonction du secteur d'activité concerné (MCO, SMR, etc.). Certains indicateurs prennent la forme de score composite pour lesquelles de nombreuses dimensions doivent être regardées.

[18] **La source de données mobilisée pour le calcul des indicateurs varie selon les indicateurs mais il s'agit le plus souvent d'un audit manuel de dossiers de patients** (Tableau 3).

²⁰⁹ Cette note moyenne du groupe de comparaison est une moyenne pondérée par la valorisation économique de chaque établissement du groupe de comparaison (ou recettes d'assurance maladie pour la psychiatrie).

Tableau 4 : Indicateurs de l'Ifaq pour la campagne 2022

Indicateurs			Niveau Atteint	Cible de qualité	Évolution
MCO	e-Satis	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures	X	77,3 %	X
MCO chirurgie ambulatoire	e-Satis	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire	X	79,7 %	X
SSR	e-Satis	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR	X	76,6 %	NA
MCO	PMSI	Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture	Règle spécifique		
MCO	PMSI	Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de genou	Règle spécifique		
HAD	DP	Tenue du dossier patient	X	80 %	NA
HAD	DP	Évaluation du risque d'escarres	X	80 %	X
SSR	DP	Projet de soin projet de vie	X	80 %	X
MCO et SSR	DP	Évaluation et prise en charge de la douleur	X	80 %	X
HAD	DP	Évaluation et prise en charge de la douleur	X	80 %	NA
MCO, SSR, HAD et DIA	HOP'EN	Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	X	20 %	NA
MCO, SSR, HAD et dialyse	HOP'EN	Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie sécurisée de santé	X	50 %	NA
MCO	DP	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80 %	X
SSR	DP	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80 %	X
MCO chirurgie ambulatoire	DP	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	80 %	X
HAD	DP	Coordination de la prise en charge en HAD	X	80 %	X
MCO	PMSI	Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche-hors fracture	Règle spécifique		
MCO	PMSI	Mesure des infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou	Règle spécifique		
MCO	DP	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	X	80 %	NA
PSY	PMSI	Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres	X	Règle spécifique	NA
PSY	DP	Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions	X	(*)	NA
PSY	DP	Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	X	(*)	NA
PSY	DP	Qualité de la lettre de liaison	X	80 %	NA
PSY	DP	Évaluation et prise en charge de la douleur	X	80 %	NA
Certification			X	Règle spécifique	NA

(*) L'indicateur étant recueilli pour la première année, aucune cible n'est définie pour cet indicateur cette année. La cible sera déterminée à partir des résultats de la campagne 2022.

DP : dossier du patient. DMP : dossier médical partagé.

Source : Arrêté Ifaq

[19] Pour un établissement donné, seuls les résultats des indicateurs pour lesquels il est soumis à l'obligation de recueil sont pris en compte dans le calcul du montant de sa dotation l'faq. L'obligation de recueil pour un indicateur dépend du champ d'activité (MCO, SMR, etc.) et des spécialités (pour les indicateurs relatifs à l'orthopédie par exemple), ainsi que d'autres facteurs influant sur la robustesse statistique selon le mode de recueil : nombre de séjours, âge de la patientèle, etc. Le seuil d'obligation de recueil pour chaque indicateur est précisé dans l'arrêté annuel.

[20] Un établissement n'ayant pas procédé au recueil d'un indicateur obligatoire est considéré comme non répondant et se voit affecter une note de zéro pour cet indicateur, conduisant à baisser sa note globale et donc sa dotation l'faq.

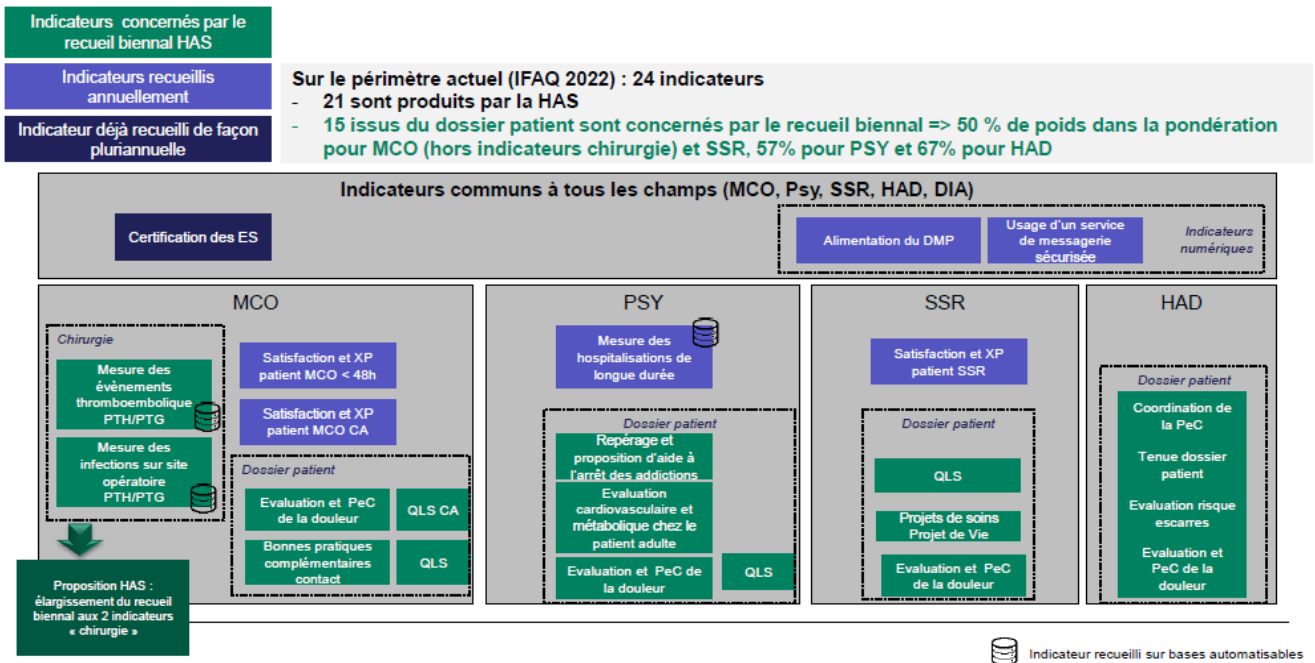
[21] Les indicateurs peuvent se voir attribuer une pondération plus ou moins importante dans le calcul de la note globale de l'établissement. Ainsi, dans le champ d'activité MCO, chacun des quatre indicateurs mesurant les événements indésirables après pose de prothèse de hanche ou de genou (événements thrombo-emboliques et infections du site opératoire à trois mois) est sous-pondéré via un coefficient de 0,25. Dans les champs d'activité MCO, HAD, SMR et dialyse, l'indicateur sur l'alimentation du dossier médicalisé partagé est sous-pondéré à 0,25 et l'indicateur sur l'usage d'une messagerie sécurisée est sous-pondéré à 0,75.

[22] **A partir de 2023, le recueil des indicateurs issus des dossiers de patients est devenu biennal, ainsi que celui des indicateurs relatifs à la chirurgie orthopédique²¹⁰** (Graphique 3). Cette évolution du recueil découle d'une volonté de la HAS d'alléger la charge de travail pour les établissements de santé (et pour les institutions en charge), une fréquence annuelle n'étant par ailleurs pas jugée adaptée à la mise en place de plans d'amélioration des pratiques. Les implications pour le modèle l'faq sont fortes puisque ne sont désormais valorisés dans le calcul de la dotation d'une année donnée que les indicateurs biennaux mesurés cette année-là. Ainsi, pour l'année 2023, les indicateurs relatifs aux bonnes pratiques de précautions complémentaires contact, à la qualité de la lettre de liaison en chirurgie ambulatoire ou aux risques en chirurgie orthopédique ne sont pas valorisés dans le calcul de la dotation l'faq sur le champ MCO.

[23] Afin de limiter la variabilité de la dotation pour les établissements, la DGOS étudie la possibilité, à partir de 2024, de valoriser deux années de suite les indicateurs biennaux. Une telle évolution nécessite une évolution législative en LFSS et des modalités de mise en œuvre qui devront trouver leur traduction dans l'arrêté annuel (Graphique 4).

²¹⁰ Avis n 2022.0055 du 13 octobre 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au projet d'arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale. Le recueil biennal permettrait ainsi de faciliter la logique d'amélioration. En effet si l'indicateur est recueilli l'année n pour être pris en compte dans l'faq de l'année n, il porte en réalité sur les dossiers de l'année n-1. Les résultats du recueil de l'année n sur les données n-1 n'est connu qu'en fin d'année n. Les plans d'action de correction ne peuvent donc avoir d'effets que sur les dossiers n+1. Or ces dossiers n+1 ne seront évalués que lors du recueil de l'année n+2. Maintenir un recueil en n+1 aurait conduit à évaluer les dossiers de l'année n qui n'auraient pas pu bénéficier de l'effet des plans d'action de correction.

Graphique 3 : Périmètre du recueil biennal des indicateurs



Note : CA : chirurgie ambulatoire ; DMP : dossier médical partagé ; PEC : prise en charge ; PTG : prothèse de genou / PTH : prothèse de hanche ; QLS : qualité de la lettre de liaison à la sortie de l'hospitalisation ; XP : expérience patient.

Source : DGOS

Graphique 4 : Pistes d'évolution de prise en compte des indicateurs biennaux

		2023					2024					2025				
		MCO	SSR	PSY	HAD	DIA	MCO	SSR	PSY	HAD	DIA	MCO	SSR	PSY	HAD	DIA
Indicateurs annuels + certification	Certification															
	Alimentation du DMP / MSS															
	e-Satis MCO +48h															
	e-Satis MCO CA															
	e-Satis SSR															
	Hospit. Longue durée															
Indicateurs biennaux	ETE/ISO/ORTHO															
	Eval. & PEC douleur															
	QLS															
	QLS CA															
	PCC															
	Aide arrêt addictions															
	Eval. Cardio.															
	PSPV															
	Coordination de la PeC															
	Tenue dossier patient															
	Evaluation risque escarres															

Note : DIA : dialyse ; CA : chirurgie ambulatoire ; DMP : dossier médical partagé ; MSS : messagerie sécurisée de santé ; PEC : prise en charge ; ETE : événement thrombo-embolique ; ISO : infection du site opératoire ; ORTHO : orthopédie ; QLS : qualité de la lettre de liaison à la sortie de l'hospitalisation ; PCC : précautions complémentaires contact.

Source : DGOS

3.2 L'utilisation des indicateurs à des fins de financement conduit à de nombreuses contraintes dans le choix de ces derniers

[24] Compte tenu de l'utilisation des indicateurs de qualité à des fins de financement, une vigilance particulière est accordée à leur pertinence : validité, robustesse²¹¹, ajustement au risque (pour tenir compte des caractéristiques de la patientèle), imputabilité sont autant de conditions non exhaustives que doivent satisfaire les indicateurs retenus au sein d'un mécanisme d'intéressement. Chaque année, avant la publication de l'arrêté annuel définissant les modalités de calcul de l'Ifaq, la HAS émet un avis sur les indicateurs proposés par le ministère (art. R 162-36 du code de la sécurité sociale). Elle a ainsi été amenée à émettre un avis défavorable au projet d'arrêté en 2021, renouvelé en 2022 et 2023, jugeant nécessaire « *l'amélioration de la robustesse des indicateurs qui composent le modèle et la démonstration de l'imputabilité des résultats aux établissements de santé* »²¹². La HAS questionne notamment la validité de l'indicateur en psychiatrie relatif à la mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres compte tenu de l'absence de preuve du lien qui existerait entre une hospitalisation longue et un défaut de la qualité de coordination imputable à l'établissement.

[25] Le choix des indicateurs repose également sur leur contenu informatif. Compte tenu du caractère multidimensionnel de la qualité, il est souhaitable de privilégier des indicateurs portant sur des dimensions complémentaires. L'introduction d'un indicateur dont les résultats seraient très fortement corrélés à ceux d'un autre indicateur déjà présent et portant sur la même dimension de la qualité aurait pour seule conséquence d'augmenter le poids donné à ce dernier, sans capter davantage d'information sur la variabilité des déterminants de la qualité. A titre illustratif, les indicateurs retenus en 2022 pour l'Ifaq sur le champ MCO présentent un fort degré de corrélation lorsqu'ils sont dupliqués sur différents champs (cas d'e-Satis et de la qualité de la lettre de liaison pour la chirurgie ambulatoire) ou lorsqu'ils se rapportent à un même déterminant très précis telle la maturité des systèmes d'information (Graphique 5). En revanche, certaines dimensions de la qualité ne sont mesurées par aucun indicateur, comme la qualité de vie au travail des soignants.

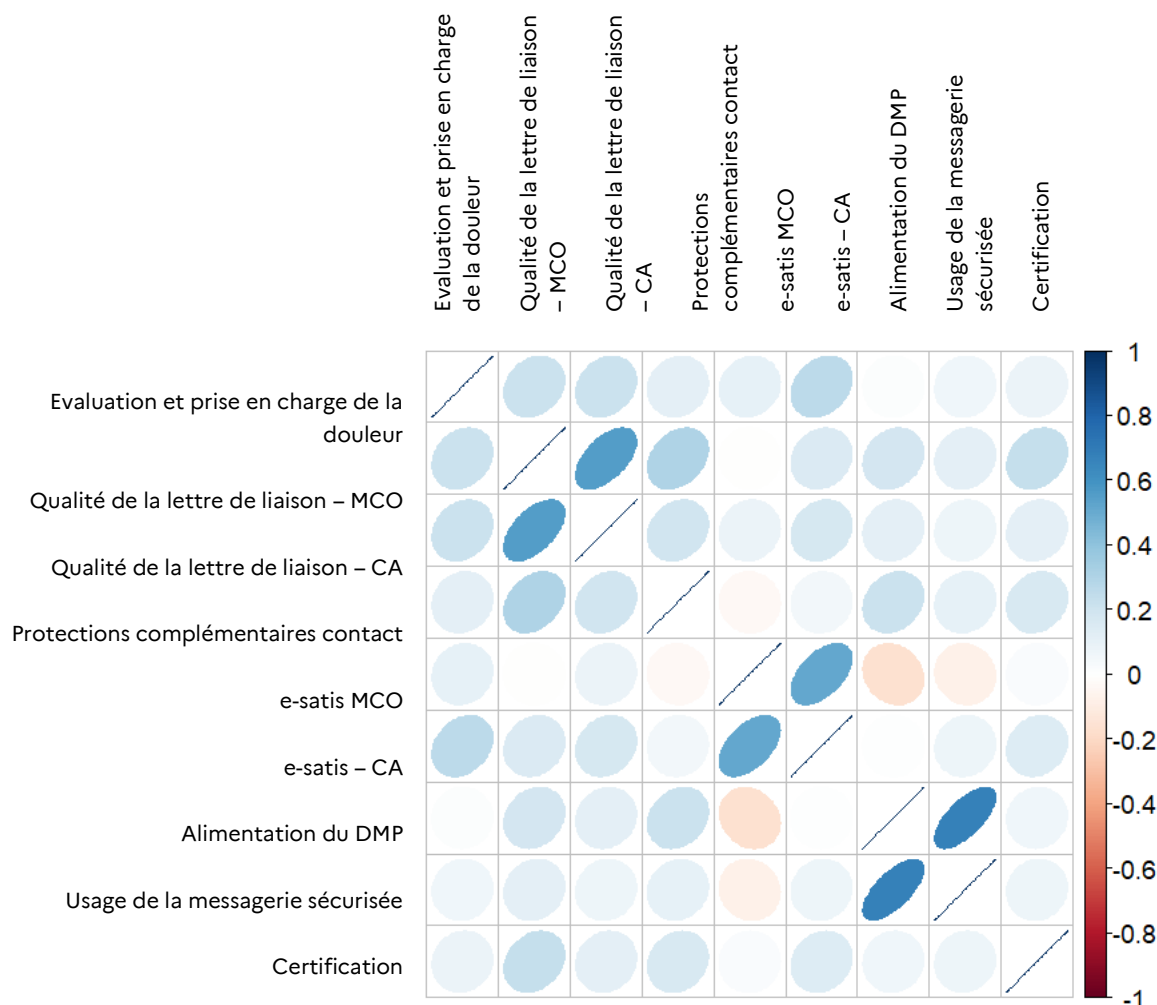
[26] La capacité d'un indicateur à discriminer les établissements entre eux est également essentielle. Un modèle où tous les établissements afficheraient une note maximale sur chaque indicateur n'aurait que peu d'intérêt. Le taux d'établissements ayant atteint la cible de qualité et la dispersion des résultats en-dessous de cette cible sont des critères importants de choix des indicateurs. Ainsi, en 2022, près de la totalité des établissements concernés par les indicateurs d'infection du site opératoire après prothèse de hanche ou de genou sont au résultat attendu et donc rémunérés à 100 % sur cet indicateur ; à l'inverse, seule une infime minorité d'établissements atteint la cible de qualité sur l'indicateur de bonnes pratiques de protections complémentaires contact (Graphiques 6).

²¹¹ La robustesse statistique de l'indicateur e-Satis est notamment questionnable.

²¹² Voir par exemple l'avis n 2022.0055 du 13 octobre 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au projet d'arrêté fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale.

[27] Au-delà de la pertinence scientifique et économique des indicateurs, l'efficacité du modèle tient également à l'adhésion des professionnels de santé, ce qui implique que les indicateurs soient porteurs de sens pour eux.

Graphique 5 : Corrélations entre les indicateurs retenus sur le champ MCO (2022)



Note : coefficients de corrélation linéaire par paire calculés selon la méthode de Pearson. Pour la certification, c'est la note obtenue dans le modèle Ifaq qui est retenue pour calculer les corrélations. CA : chirurgie ambulatoire.

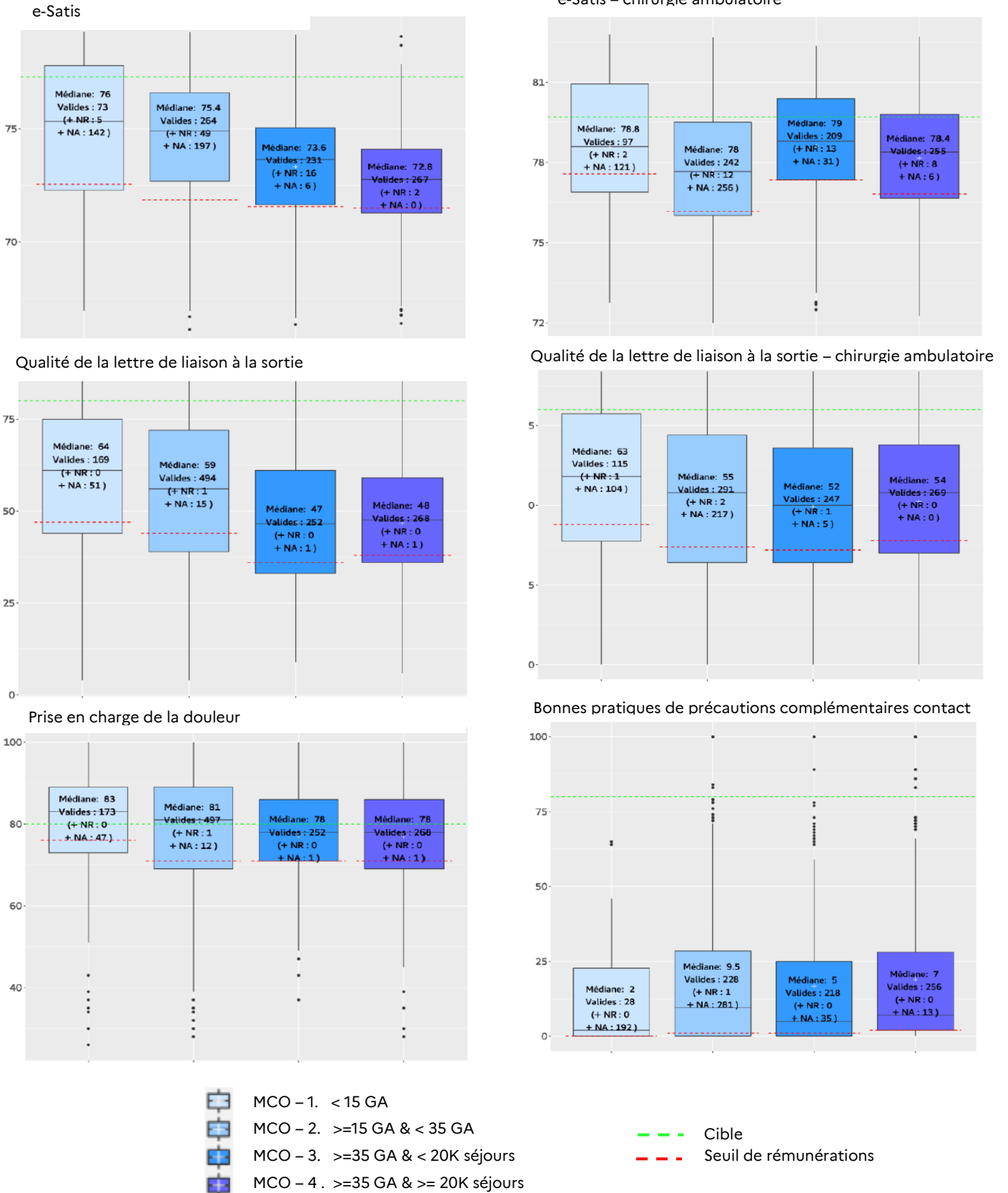
Lecture : le degré de corrélation entre les variables est représenté par la forme des ovoïdes (d'autant plus allongés que les variables sont corrélées de façon linéaire) et par un dégradé de couleur, du rouge (corrélation négative) au bleu (corrélation positive).

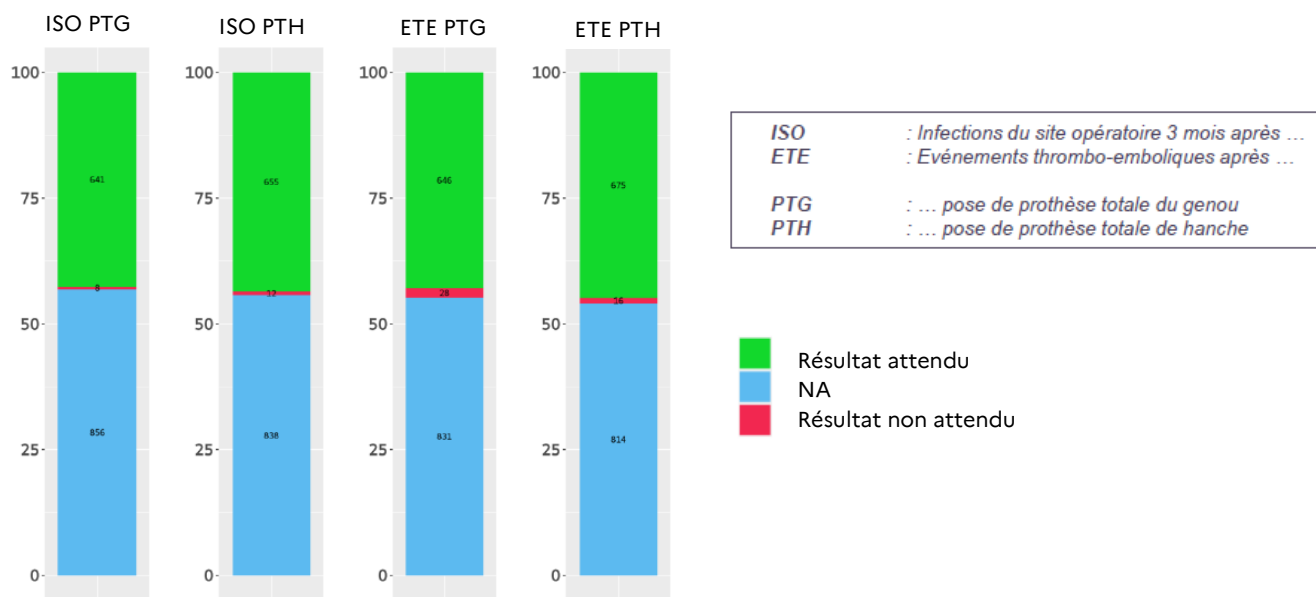
Champ : établissements ayant une valeur renseignée pour l'ensemble des indicateurs MCO hors indicateurs relatifs à la prothèse de hanche ou de genou - 487 établissements.

Source : ATIH, calculs du pôle data de l'Igas.

Graphique 6 : Dispersion des résultats aux indicateurs de l'Ifaq 2022

Activités MCO



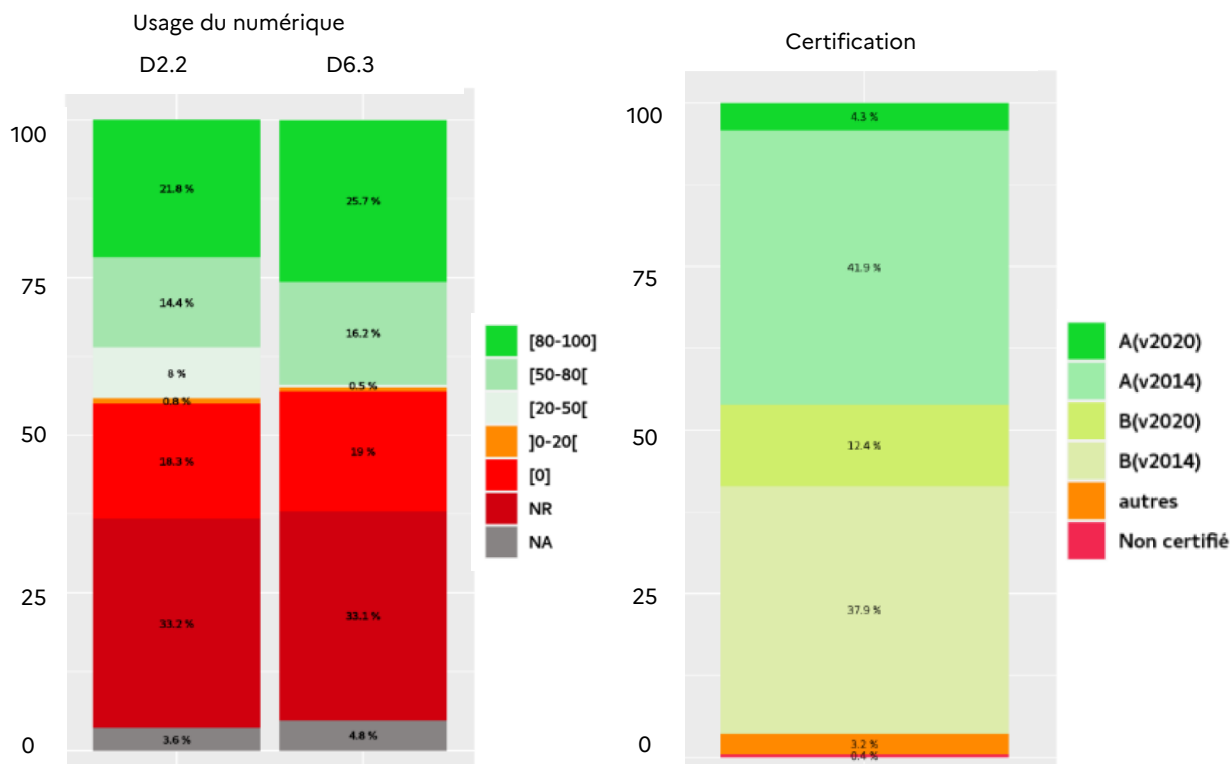


Note : pour les indicateurs recueillis à partir des dossiers de patients, c'est la borne inférieure de l'intervalle de confiance qui est prise en compte dans le calcul de l'Ifaq et représentée sur les graphiques ; seuls les répondants sont pris en compte, or les non-répondants ont une rémunération nulle dans l'Ifaq. GA = groupe d'activités.

Champ : établissements de santé ayant plus de 500 séjours en MCO en 2022 (Finess géographique)

Source : ATIH.

Indicateurs transversaux à toutes les activités

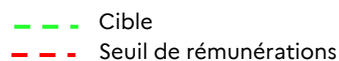
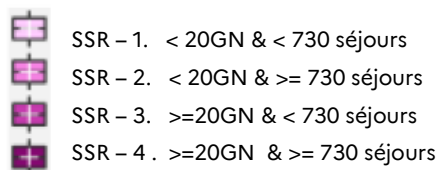
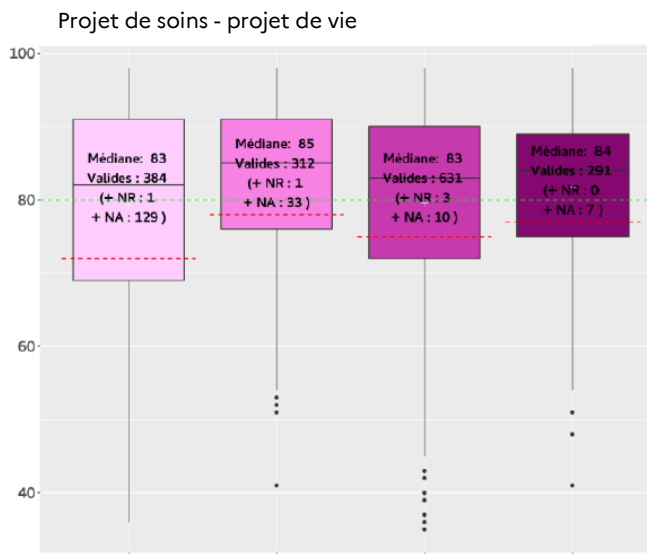
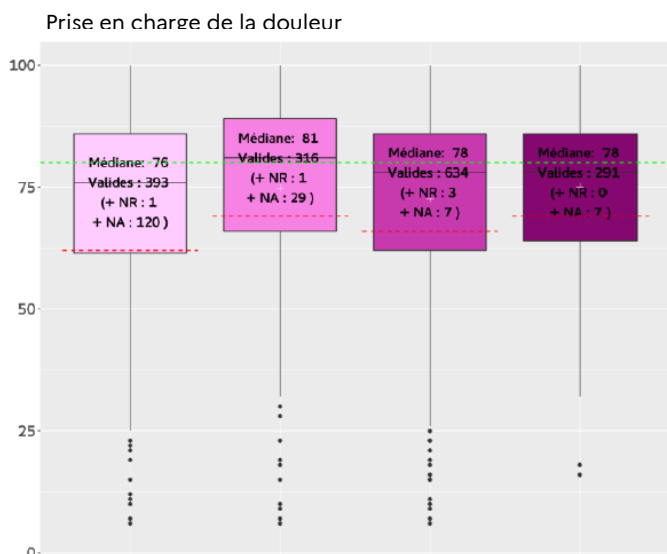
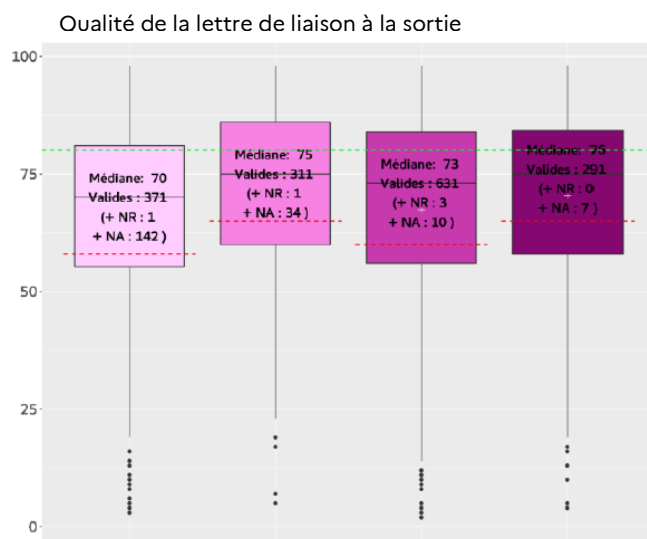
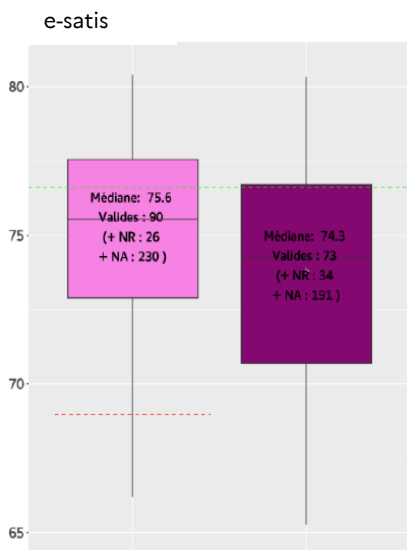


Note : D2.2 : alimentation du dossier médical partagé / D6.3 : usage d'un service de messagerie sécurisée

Champ : établissements de santé ayant une activité MCO, SMR, HAD en 2022 (Finess géographique)

Source : ATIH.

Soins médicaux et de réadaptation



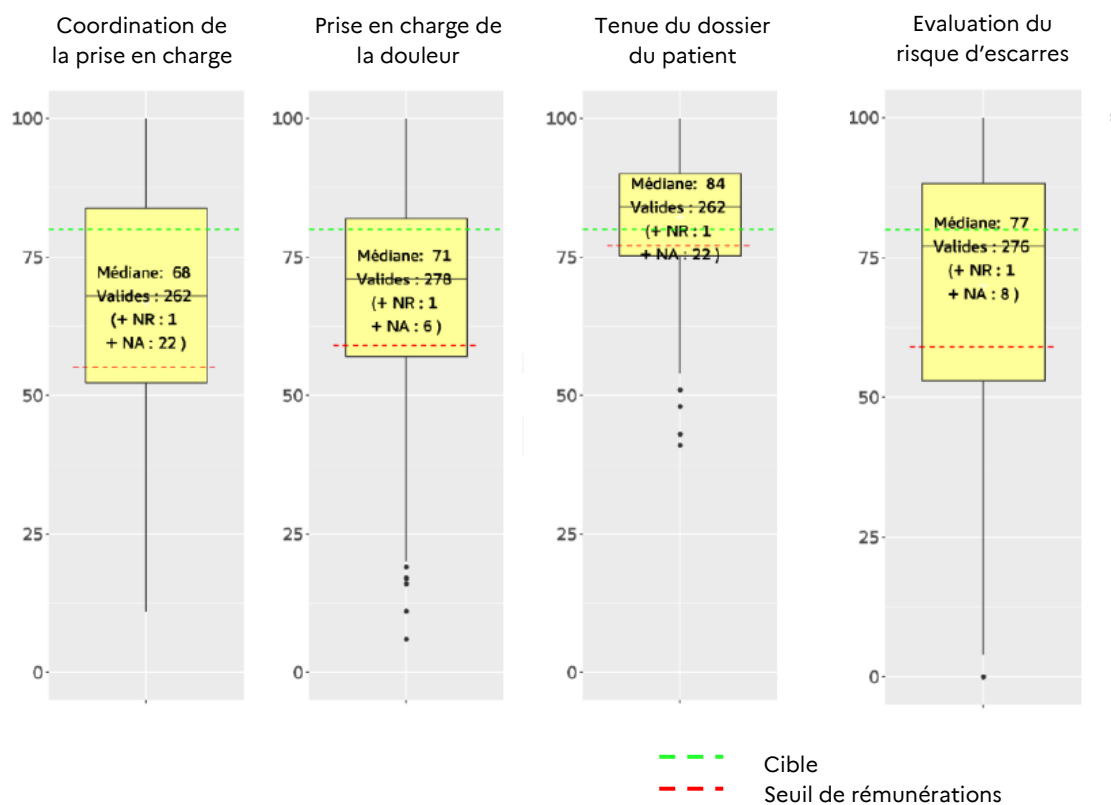
Note : c'est la borne inférieure de l'intervalle de confiance qui est prise en compte dans le calcul de l'Ifaq et représentée sur les graphiques ; seuls les répondants sont pris en compte, or les non-répondants ont une rémunération nulle dans l'Ifaq.

GN : Groupe nosologique.

Champ : établissements de santé ayant exercé une activité SMR en 2022 (Finess géographique)

Source : ATIH.

Hospitalisation à domicile



Note : c'est la borne inférieure de l'intervalle de confiance qui est prise en compte dans le calcul de l'Ifaq et représentée sur les graphiques ; seuls les répondants sont pris en compte, or les non-répondants ont une rémunération nulle dans l'Ifaq.

Champ : établissements de santé ayant exercé une activité SMR en 2022 (Finess géographique)

Source : ATIH.

ANNEXE 2 : Retour sur les derniers rapports évoquant les questions de financement et de qualité

[1] Dans son rapport de 2016 sur *L'évolution des modes de financement des établissements de santé*, Olivier Véran propose prioritairement de développer la mesure de la qualité, reportant le débat sur la mise en place d'un financement en fonction des résultats de la qualité. Il propose en particulier de développer, sous l'égide de la HAS, de nouvelles mesures de la qualité autour de l'expérience des patients, de l'expérience des soignants et des résultats cliniques, considérant que les indicateurs sont trop centrés sur les processus en France. Il recommande d'augmenter les moyens consacrés à la mesure de la qualité à hauteur de ceux consacrés à la maintenance des outils de tarification.

[2] Dans leur rapport *Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des Pratiques*, publié en octobre 2018 dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), Le Guludec, Ceretti, Lyon-Caen (resp. présidente HAS, président France Assos Santé et Cnam) proposent de développer des indicateurs de parcours pour dix pathologies chroniques. Ils proposent par ailleurs de construire et diffuser des indicateurs de résultats par pathologie, structurés selon un triptyque d'indicateurs de sécurité, de PROMs et d'indicateurs de résultats cliniques. Ils indiquent que la collecte, le contrôle et l'exploitation des indicateurs de résultats nécessiteront la mise en place de registres de qualité nationaux par pathologie, qui compileront des données socio-démographiques du patient (âge, sexe, activités, hygiène de vie, etc.), le stade initial de sa maladie et ses comorbidités, l'évaluation par le patient de ses scores fonctionnels et/ou de sa qualité de vie, avant, pendant et après le traitement, et les données cliniques documentées par l'équipe médicale dans le dossier patient. La combinaison de ces données permettra de segmenter les profils de patients dans des groupes homogènes statistiquement comparables, ajustés selon la complexité et la sévérité des cas. Le chaînage des données du registre avec les autres bases du système national des données de santé (SNDS) permettra d'utiliser les indicateurs dans le cadre d'un suivi longitudinal des patients, mais aussi dans la perspective d'une modulation du financement à l'épisode de soins ou au parcours en fonction de la qualité.

[3] En janvier 2019, dans son rapport sur la *réforme du financement et des modes de régulation - vers un modèle de paiement combiné*, la *task force* pilotée par Jean-Marc Aubert indique « qu'aux côtés des indicateurs de processus ou de moyens, nécessaires pour s'assurer que l'organisation n'entrave pas mais favorise la qualité des prises en charge, des indicateurs de résultat doivent être progressivement développés et intégrés au système de santé. Ces résultats sont tant des résultats cliniques que des résultats rapportés par les patients [...], qui se développent à l'étranger et méritent une place centrale dans le système de santé français [...] Enfin, la perception par les professionnels eux-mêmes de la qualité de vie au travail est à prendre en compte puisqu'une corrélation entre ces éléments et la qualité des prises en charge est de plus en plus démontrée [...] Il est proposé que la qualité des prises en charge ainsi définie dans ses multiples composantes puisse être prise en compte sous plusieurs formes dans les modèles de financement ».

[4] Dans son rapport d'avril 2019 *Système de santé : soyez consultés*, l'Institut Montaigne constate qu'« en France, la qualité des soins est plus une affaire de processus et de moyens que de résultats réels ». Il plaide pour « rendre accessible aux patients l'information sur la qualité et la sécurité des soins » et propose dix mesures pour accélérer la définition et la mise en œuvre d'indicateurs de résultats en France. Une *task force* pluridisciplinaire associant le ministère, l'Assurance maladie, la HAS, France Assos Santé et la fédération des spécialités médicales aurait pour mission de définir un set d'indicateurs par pathologie (selon neuf groupes de prise en charge), en se fondant sur les indicateurs développés au niveau international. L'Institut propose un certain nombre d'orientations sur le recueil des indicateurs, les systèmes d'information et la publication des résultats. Il propose également d'augmenter la part de la rémunération à la qualité des offreurs de soins en allant jusqu'à 5 % du financement pour les établissements de santé.

[5] Dans l'édition 2022 de son rapport annuel sur l'évolution des charges et produits *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, la Cnam indique que « le bilan des dispositifs de financement à la qualité est plutôt incertain, même si ces dispositifs sont en général rarement rigoureusement évalués ». Après avoir noté que « les indicateurs rapportés par les patients et l'incitatif à la transparence, expérimentés dans le cadre de l'article 51 sont des pistes intéressantes », la Cnam recommande plusieurs actions s'inspirant des recommandations de l'observatoire européen des systèmes et politiques de santé : « à court terme, renforcer l'articulation des dispositifs d'incitation à la qualité, individuels, collectifs et entre la ville et l'hôpital ; expérimenter pour diversifier les modalités d'incitation à la qualité ; diversifier les outils de mesure de la qualité en mettant en place les conditions de mesures d'indicateurs cliniques et d'indicateurs rapportés par les patients. »

[6] Dans son rapport de mars 2022 sur *La situation de l'hôpital et le système de santé en France*, le Sénat note que « le recul du temps de soin au profit d'un « temps informatique » ou d'un « temps administratif » est l'une des causes majeures du profond décalage ressenti entre la vocation professionnelle et les conditions effectives du métier, d'où cette « perte de sens » qui est aujourd'hui au cœur du malaise hospitalier ». Il préconise de doter les établissements d'outils numériques performants pour alléger les charges de saisie. Il recommande également de mieux prendre en compte la qualité et la pertinence des soins et des parcours des patients dans les modes de financement des activités de soins, et recommande ainsi de faire un bilan des indicateurs existants, de leur adéquation aux différentes catégories d'établissements.

[7] Dans son rapport *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité* publié en octobre 2023, la Cour des Comptes insiste sur la mise en cohérence des outils de qualité (certification et indicateurs de qualité) avec le processus de gestion des autorisations par les ARS. Elle critique par ailleurs les règles trop complexes du mécanisme d'incitation financière à la qualité, qui le rendent illisible et en atténuent l'effet incitatif, pour les professionnels de santé comme pour les établissements.

ANNEXE 3 : Exemples français de démarche de comparaison entre établissements

[1] Bien qu'encore peu développées en comparaison de certains pays européens, certaines démarches françaises de comparaison des résultats entre établissements ou équipes méritent d'être mentionnées.

[2] **C'est le cas des activités pilotées par l'Agence de la biomédecine (ABM).** Les équipes professionnelles en charge de greffes d'organes évaluent leurs résultats depuis de nombreuses années. Depuis 2006, l'Agence de la biomédecine procède à des analyses rétrospectives des résultats post-greffe par équipe (notamment sur le taux d'échec à un an ajusté), en s'appuyant notamment sur des *funnel plots* (ou graphiques en entonnoir). Pour compléter ce processus d'évaluation, l'Agence a choisi depuis 2019 d'évaluer l'évolution de la performance des équipes à court terme, quasiment en temps réel, en suivant le taux d'échecs cumulés à trois mois (méthode dite des sommes cumulées - CUSUM). Ce suivi s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité en donnant aux équipes les moyens de s'autoévaluer en continu et de se situer par rapport à un standard adapté à leur activité. Le seuil d'alerte de cet indicateur est fixé en concertation avec des professionnels de la greffe, de façon à signaler une détérioration significative des résultats post-greffe des équipes. L'Agence développe désormais ce type d'indicateurs sur l'ensemble des activités dont elle a la charge (dont l'aide médicale à la procréation).

[3] **Les réseaux de surveillance pilotés par Santé Publique France s'appuient également sur un suivi très régulier des résultats sur leurs champs de compétences.** Ces réseaux concernent l'antibiorésistance, les infections en chirurgie et en médecine interventionnelle, les infections associées aux dispositifs médicaux invasifs, les infections en réanimation et mobilisent des établissements de santé volontaires. Le réseau de surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé (SPARES) gère ainsi une base unique de données retraçant les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes. Les données sont collectées auprès des établissements par un système d'importation évitant les saisies manuelles. En contrepartie, le réseau fournit à chaque établissement une visualisation de ses données à différents niveaux d'agrégation (établissement, unités fonctionnelles, services, pôles, disciplines et types d'activités), mais également une comparaison anonyme entre établissements de même structure, de même activité ou de même taille permettant à chacun de se situer et de s'améliorer.

[4] **La comparaison des résultats est également mobilisée par Unicancer, qui regroupe les centres de lutte contre le cancer.** Une comparaison entre les centres est réalisée annuellement, permettant d'identifier les bonnes pratiques et de les diffuser à l'ensemble des centres de lutte contre le cancer. Cette comparaison se fonde à la fois sur les indicateurs nationaux, notamment les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) pilotés par la HAS, et sur des indicateurs coconstruits avec les professionnels des centres, par exemple sur le diagnostic, les plans de traitement, les délais, les conditions de la chirurgie ou de la radiothérapie, le suivi, l'expérience patient, etc.

[5] La mise en place d'une **nouvelle technique, comme par exemple la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**, peut aussi être l'occasion d'évaluation par comparaison. Selon la HAS, plusieurs acteurs (sociétés savantes, organismes, groupes d'établissements) s'engagent activement au niveau international ou national au déploiement de la récupération améliorée : le groupe GRACE (Groupe francophone de récupération améliorée après chirurgie), l'Eras® Society (Enhanced Recovery After Surgery Society), le groupe CAPIO, etc. Chacun de ces acteurs a développé une démarche qualité, qui inclut généralement des dispositifs d'évaluation ou d'auto-évaluation permettant aux établissements adhérents de se comparer entre eux pour évaluer leur pratique et l'améliorer.

[6] **L'Assurance maladie met également à disposition des acteurs (établissements, équipes de soins, autorités de santé) des outils fondés sur le principe de comparaison des performances.** L'outil de datavisualisation « Visuchir », construit à partir des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), contient des informations sur 24 millions de séjours chirurgicaux et 36 millions d'actes chirurgicaux²¹³. L'objectif est de doter les établissements et professionnels de santé d'un tableau de bord de pilotage et de comparaison de leurs pratiques de chirurgie, notamment ambulatoires. Selon la Cnam, Visuchir « constitue un support de dialogue entre tous les acteurs, à la fois internes (directeurs, médecins, soignants) et externes (agences régionales de santé, Assurance maladie et établissements de santé). Il permet de partager des constats entre les acteurs et de contribuer à l'élaboration de projets médicaux d'établissements ou de territoire, en vue notamment du développement de la chirurgie ambulatoire. »

[7] **Les comparaisons se développent également dans un cadre régional, par exemple avec les réseaux régionaux de santé en périnatalité**²¹⁴. Tous les réseaux de périnatalité s'appuient sur un certain nombre d'indicateurs calculés par établissement. Ces données issues de ScanSanté sont partagées avec les établissements lors de réunions annuelles qui permettent d'identifier les pistes de travail prioritaires. Certains réseaux choisissent d'élargir le spectre des indicateurs utilisés pour la comparaison et partagent les résultats sous forme de rapports. Ainsi la « coordination périnatale Grand Est » a-t-elle publié en 2022 son troisième rapport qui donne un grand nombre d'éléments de comparaison entre territoires²¹⁵ (le Grand Est comparé aux autres régions ou les départements au sein de la région Grand Est) et entre établissements du territoire. Ainsi que l'indique la conclusion du rapport, l'analyse des indicateurs en périnatalité et de leurs déterminants sur le Grand Est apporte « une richesse indéniable et est nécessaire pour guider la mise en œuvre d'actions spécifiques d'amélioration de la santé périnatale sur l'ensemble du territoire ».

[8] **Les agences régionales de santé réalisent parfois des exercices de comparaison pour faire évoluer les pratiques sur leur territoire.** L'ARS Bourgogne-Franche Comté a par exemple réalisé en 2023 une étude comparative sur les blocs opératoires et les unités de chirurgie ambulatoire à partir d'une analyse détaillée des pratiques de prise en charge pendant une période de quatre semaines et de questionnaires d'auto-évaluation de la maturité organisationnelle. L'ARS Nouvelle

²¹³ Cela correspond à quatre années de données (2019-2021) collectées pour environ 1 000 établissements chirurgicaux.

²¹⁴ La mission a pu constater lors de ses déplacements l'importance que pouvait prendre l'inscription des maternités dans le réseau de périnatalité de la région, que ce soit en Auvergne-Rhône-Alpes pour le centre hospitalier Sainte-Foy-lès-Lyon ou en Ile-de-France pour la maternité de Poissy. Les centres hospitaliers sont mobilisés pour la production d'indicateurs qui font l'objet d'une restitution par le réseau une fois par an, ce qui permet de se comparer aux autres maternités de la région.

²¹⁵ Sur la thématique surpoids et obésité cette année-là.

Aquitaine a mené un exercice similaire sur la gestion du bloc opératoire, l'accueil des urgences, les consultations externes, l'imagerie ou la chirurgie ambulatoire.

ANNEXE 4 : Synthèse des indicateurs existant en Europe et à l'international – Institut Montaigne

	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis	Canada
Date d'initiation	Depuis 2009	Depuis les années 1990	Depuis les années 1970	Depuis les années 1990	Depuis les années 2000
Structure en charge de récolter les données	Organisme à but non lucratif financé par des bailleurs de fonds (DICA : institut néerlandais d'audit clinique ou <i>Dutch Institute for Clinical Audit</i>) en charge de réaliser des audits nationaux pour 21 pathologies permettant la récolte de différents indicateurs de qualité	- Le système national de santé : NHS ou <i>National Health Service</i> - Autres entités publiques (la <i>Care Quality Commission</i> et le <i>National Joint Registry</i>)	Registres Nationaux de Qualité (NQR ou <i>National Quality Registries</i>) financés par le Ministère de la santé et les comtés/ régions	Très nombreuses entités publiques ou privées (payeur, institutions, agences gouvernementales, etc.) déployées à l'échelle locale ou nationale	Entités régionales publiques (<i>Statistics Canada, Health Quality Council of Alberta, Edmonton Hearth and Lung Transplant Clinic Project, etc.</i>)
Types d'indicateurs de qualité récoltés					
CROMs ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PROMs ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PREMs ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède	États-Unis	Canada
Date d'initiation	Depuis 2009	Depuis les années 1990	Depuis les années 1970	Depuis les années 1990	Depuis les années 2000
Pathologies couvertes	21 pathologies (cancers, maladie de Parkinson, maladies cardiovasculaires, etc.)	Différentes pathologies cibles selon les entités en charge de récolter les données (chirurgies du genou, de la hanche, de l'épaule, du coude, de la cheville, des varices et hernie)	> 100 registres couvrant différentes pathologies et motifs d'hospitalisations (chirurgies, maladies chroniques, maladies psychiatriques, cancers, etc.)	Différentes pathologies couvertes selon les entités en charge de récolter les données	Différentes pathologies couvertes selon les entités en charge de récolter les données (cancers, chirurgie orthopédique, transplantations, neurologie, etc.)
Caractère obligatoire et intégration dans un mécanisme de remboursement	Non	Oui : obligatoire pour les quatre pathologies cibles (chirurgies du genou, de la hanche, des varices et hernie)	Non	Non : mais modulation du remboursement des professionnels de santé dans certains cas en fonction de la performance	Non
Publication et accès aux résultats pour les patients	Oui : publication annuelle d'un fichier Excel reprenant l'ensemble des données récoltées et disponible sur le site internet : www.zorginzicht.nl	Oui : publication des résultats sur les bases de données du <i>National Health Service</i> (NHS) ou sur les sites internet des autres entités en charge de récolter les données	Oui : publication d'un rapport annuel par registre de données récoltées et accessible sur internet	Oui : publication des résultats des sondages ou scores des questionnaires de qualité de vie disponibles sur les sites internet de certaines entités en charge de récolter les données	Oui : pour certaines initiatives (accès via une plateforme internet sécurisée par exemple)

Source : Institut Montaigne (2019), *Système de santé : soyez consultés !*

ANNEXE 5 : Synthèse de rapports sur la mesure de la qualité de vie

1 Rapport de la HAS de juin 2021 sur la qualité des soins perçue par le patient

[1] Dans un rapport publié en juin 2021, la HAS trace un panorama détaillé de l'utilisation des PREMs et des PROMs en France et dans les pays développés. Cette annexe reprend les principaux éléments fournis sur les PROMs. Selon la HAS :

- Le *Patient-Reported Outcome* (PRO) recouvre « une ou plusieurs caractéristiques de l'état de santé du patient exprimées directement par lui-même », autrement dit sans l'interprétation de la réponse du patient par un médecin ou autre tiers. Il existe différents types de résultat perçu par le patient : les symptômes ressentis (ex. : la douleur, la fatigue, l'anxiété), les capacités fonctionnelles (ex. : la toilette, l'habillement, la marche) et la qualité de vie. Ces résultats perçus par le patient reflètent sa vision de la maladie et des traitements.
- Les instruments permettant de mesurer le résultat perçu par le patient (PRO) sont désignés en anglais par les termes *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs). Les PROMs sont des questionnaires adressés aux patients. Ils sont souvent accompagnés d'une documentation précisant des informations telles que les méthodes d'administration, de notation, d'analyse et d'interprétation. Les PROMs permettent d'obtenir des informations importantes qui ne sont pas recueillies avec les mesures cliniques classiques.

[2] Les PROMs peuvent être administrés de différentes façons : soit par des questionnaires auto-administrés par le patient, soit lors d'entretiens. Les PROMs peuvent être recueillis à des temps différents, ce qui permet de détecter les changements au niveau de l'état de santé du patient.

[3] On distingue les PROMs génériques, qui mesurent des dimensions du résultat des soins applicables à toutes les situations cliniques, et les PROMs spécifiques, qui mesurent des résultats importants pour des populations ciblées ou des dimensions particulières du résultat propres à une pathologie. Ces instruments portent soit sur une maladie (ex. : dépression, asthme, etc.), soit à un groupe de patients (ex. : enfants, patients atteints d'un cancer, etc.), soit sur une dimension du résultat (ex. : douleur, mobilité, etc.).

[4] Plusieurs initiatives de construction de questionnaires PROMs existent. Parmi les plus connues, on peut citer celle lancée par le *National Institute of Health* (NIH) britannique avec la banque de questionnaires PROMIS (PROM system) ou encore celle conduite par l'*International Consortium for Health Outcome Measurement* (ICHOM), organisation non gouvernementale mise en place dans le sillage des travaux conduit à la Harvard Business School par les professeurs Michael E. Porter et Elizabeth O. Teisberg.

[5] Dans son rapport, la HAS examine la situation dans 13 pays occidentaux et constate que la majorité des pays²¹⁶ présentent des initiatives nationales structurées (9 pays sur 13) parfois complétées par des initiatives régionales ou locales. Un pays dispose d'initiatives structurées au niveau régional²¹⁷. Seuls la France, l'Allemagne et le Danemark ne disposent que d'initiatives au niveau local.

[6] S'agissant de la France, la HAS identifie les initiatives suivantes :

- la plateforme de recherche publique ComPaRe de l'AP-HP permet à des patients atteints de maladies chroniques de participer de façon volontaire à des questions de recherche en répondant à des questionnaires en ligne PROMs ;
- des associations de patients comme Renaloo et sa plateforme « Moi Patient » proposent des questionnaires de type PROMs ;
- dans le cadre des forfaits alloués pour la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique, le questionnaire PROMIS 29 sera administré ;
- dans le cadre des expérimentations de l'article 51 pour le paiement à l'épisode de soins chirurgical pour trois chirurgies (prothèse de hanche, de genou, colectomie pour cancer du côlon), les professionnels de santé peuvent mettre en œuvre une démarche d'administration et d'utilisation des questionnaires PROMs, en utilisant des outils déjà existants ;
- dans le cadre du projet ICHOM, des établissements de santé français participent à des initiatives d'analyse comparative pour plusieurs maladies (cancer colorectal : IHU de Strasbourg ; cancer du sein et du poumon : Institut de cancérologie de l'Ouest (Nantes), Centre Léon Bérard (Lyon), Hôpital européen George Pompidou (AP-HP) ; cataracte : Polyclinique Atlantique (Nantes), clinique François Chénieux (Limoges), CHU de Nantes).

[7] S'agissant de l'utilisation des PROMs, la HAS indique que dix pays rapportent utiliser des PROMs pour comparer les établissements de santé. En revanche, aucune initiative utilisant des PROMs pour comparer des professionnels de santé entre eux n'a été identifiée. Aucun des pays considérés ne rapporte l'utilisation de PROMs dans les dispositifs d'accréditation des établissements de santé ou de structures de soins primaires. Quatre pays sur treize diffusent publiquement les résultats des PROMs pour chaque établissement de santé : la Suède (rapports disponibles sur le site de chaque registre national qualité par pathologie/acte), les Pays-Bas (classements d'établissements réalisés par les assurances privées et les associations de patients, à partir des données brutes du *Dutch Institute for Clinical Reporting*), l'Angleterre (sites du *NHS Digital* et du NHS) et les États-Unis (*Hospital Compare*). Enfin, plus d'un tiers des pays analysés utilisent les résultats des PROMs dans des modèles de paiement à la performance.

[8] Le rapport de la HAS confirme l'intérêt de l'utilisation des PROMs mais note également les difficultés techniques et d'appropriation qui freinent son développement. Il y est indiqué que « les pays ayant réussi à introduire et à utiliser largement les PROMs et les PREMs disposent soit de registres médicaux dans lesquels ces mesures peuvent être recueillies, soit de fortes incitations, notamment financières, voire d'une obligation au recueil. Pourtant, ces dispositions seules

²¹⁶ Suède, Pays-Bas, Norvège, Angleterre, Pays de Galles, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique et États-Unis

²¹⁷ Le Canada

n'assurent pas toujours la bonne mise en œuvre de l'utilisation des PROMs et des PREMs pour permettre une amélioration de la qualité des soins telle qu'elle peut être espérée. Au niveau de la pratique clinique courante, l'utilisation des PROMs et des PREMs par les professionnels pourrait devenir une pratique ancrée dans le temps à condition que les professionnels perçoivent l'intérêt de ces instruments dans la prise en charge des patients et que les professionnels soient aidés en disposant des outils facilitant cette utilisation. Au niveau de la régulation par la qualité des soins, des dispositifs comme la diffusion publique ou l'analyse comparative des résultats peuvent être des leviers de l'amélioration, à condition d'utiliser des instruments communs pour permettre la comparaison des résultats. Pour concilier ces deux niveaux d'utilisation, il est nécessaire d'impliquer les professionnels et les patients dans le choix et la définition des méthodes d'utilisation de ces instruments, pour qu'ils soient pertinents et adaptés à leurs besoins. Une fois obtenu l'accord sur les instruments, il s'agit ensuite de mettre en œuvre un déploiement large qui permet de démultiplier les impacts bénéfiques de la mesure de la qualité perçue par les patients. »

2 Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France » - janvier 2022

[9] Mesurer la qualité de vie en routine est un élément essentiel à l'amélioration des conditions de vie tant du patient, de l'utilisateur du système de santé, que du citoyen. Prendre en compte la qualité de vie peut entraîner une plus grande implication des patients dans les projets et parcours de soins, et assurer une meilleure adéquation entre les besoins exprimés et les réponses à apporter. Sa mesure est ainsi un outil de dialogue et de démocratie.

[10] Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) s'est saisi de cette question pour dresser un état des lieux de l'utilisation des mesures de santé perçue, de qualité de vie et de bien-être en France, aux différents échelons de pilotage des politiques publiques, des pratiques de soins et de l'évaluation au niveau populationnel. Il a comparé cette utilisation avec celle en cours dans les principaux systèmes de santé étrangers, et propose des recommandations opérationnelles concernant leur bon usage en France en pratique de soins et de santé publique.

[11] Il est constaté que ces mesures sont largement à développer. L'usage d'instruments fiables et valides a permis, ces dernières décennies, de préciser l'impact différencié sur la qualité de vie des patients de nombreuses maladies chroniques et de souligner l'importance de prises en charge adaptées, biomédicales mais aussi psychologiques et sociales, de celles-ci. Une évaluation régulière ou « surveillance » de la qualité de vie en population a été mise en œuvre dans plusieurs pays, dont les États-Unis. Ces expériences, sur lesquelles il est possible de capitaliser, ont été mises en œuvre sur plusieurs années. Elles se caractérisent toutes par un portage politique et partenarial fort, avec une implication de toutes les parties prenantes. Elles ont fourni un appui aux projets de politiques publiques.

[12] En conséquence, il a été notamment recommandé :

- une mesure régulière de la qualité de vie multidimensionnelle prenant en compte la vie des individus, dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et environnementale ;
- des résultats immédiats de la mesure, lisibles, interprétables et accessibles par tous ;
- une concertation et dans certains cas une co-construction des indicateurs de santé perçue, qualité de vie et bien être par la population concernée ;
- l'encouragement de la mise en œuvre des mesures en routine dans le système de soins ; mesures qui doivent être accompagnées et capitalisées grâce à une coordination et un dispositif permettant de les identifier ;
- une meilleure coordination dans la conduite d'enquêtes, le partage des mesures, l'exploitation des résultats et la prise de décision qui en découle.

[13] Au-delà des mesures de mortalité et de morbidité classiques, les politiques publiques aux différents échelons territoriaux doivent également fixer des objectifs en matière de santé perçue, de qualité de vie et de bien-être et disposer des moyens de leur mesure.

ANNEXE 6 : Etat d'avancement de la construction de nouveaux indicateurs pour l'Ifaq

[1] Dans le cadre des travaux de la *task force* pilotée par Jean-Marc Aubert et après définition du panier d'indicateurs utilisés pour le calcul de l'Ifaq, plusieurs travaux ont été lancés pour construire de nouveaux indicateurs mobilisables dans le cadre de ce dispositif, davantage orientés vers les résultats et automatisables à partir des systèmes d'information.

[2] Ce travail a été notamment conduit par le biais de deux appels à manifestation d'intérêt lancés par l'ATIH en 2019 et en 2020, avec l'appui de son conseil scientifique. Ces travaux menés par des équipes de recherche ont porté sur le développement d'indicateurs (i) de qualité et de sécurité des soins dans les services d'urgences, (ii) de qualité de vie au travail dans les établissements de santé, (iii) de réhospitalisations potentiellement évitables et graves, (iv) de qualité de parcours des patients victimes d'accident vasculaire cérébral et de syndrome coronarien chronique, (v) de qualité et de sécurité des soins en périnatalité.

[3] A la demande de la DGOS, l'ATIH a également travaillé sur des « indicateurs d'amélioration des prises en charge » (IAP), qui ne sont pas considérés comme des indicateurs de qualité à proprement parler. Ces travaux concernaient notamment des indicateurs sur le ratio normalisé ambulatoire (MCO), les taux de séjours longs (PSY), le taux de suivi à 15 jours après une hospitalisation (PSY), la chute grave au cours de la prise en charge en SMR, le taux de mutation/transfert en MCO depuis le SMR, le taux de séjours HAD pour soins palliatifs avec mutation/transfert en MCO et le décès du patient entre un et trois jours suivants l'entrée en MCO.

[4] D'autres institutions ont également travaillé sur des indicateurs mobilisables pour l'Ifaq, comme la DGS sur des objectifs de santé publique (prévention tabac, consommation antibiotiques) ou la Cnam sur un indicateur composite « parcours insuffisance cardiaque ».

[5] Mis à part l'indicateur d'amélioration des prises en charge (IAP) sur le taux de suivi à 15 jours après une hospitalisation en psychiatrie – utilisé dans le volet PSY de l'Ifaq mais avec avis défavorable de la HAS – la plupart des autres travaux ont été retardés, stoppés ou suspendus, soit qu'ils ne permettent pas une intégration au dispositif Ifaq²¹⁸, soit qu'ils soient contestés par certains acteurs voire par la HAS, soit enfin qu'ils soient encore en cours de travaux avec des perspectives incertaines d'aboutissement.

[6] La HAS a également travaillé sur quelques indicateurs. Seuls les indicateurs de réhospitalisation entre un et trois jours en chirurgie ambulatoire ont finalement été validés pour permettre une éventuelle intégration dans l'Ifaq.

²¹⁸ C'est le cas de l'indicateur de réhospitalisation potentiellement évitable et grave dont les travaux sont en cours de finalisation et pour lesquels il est probable que l'étude montre des résultats insuffisants pour un indicateur à visée de financement. C'est le cas également de l'indicateur insuffisance cardiaque qui ne permettrait pas une imputabilité suffisante des résultats aux établissements.

ANNEXE 7 : Questionnaire auprès des établissements de santé

1 Méthodologie

[1] **Afin de recueillir le point de vue des membres des gouvernances d'établissements de santé sur les enjeux de financement à la qualité, la mission a diffusé par mail un questionnaire à un échantillon représentatif d'établissements.** Il était demandé que la réponse au questionnaire soit la plus collégiale possible au sein de la gouvernance (associant le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement, la direction qualité, la direction des soins, etc.). Le questionnaire couvrait plusieurs dimensions, depuis la perception des leviers de la qualité jusqu'aux évolutions envisagées pour encourager l'amélioration des pratiques, en passant par la vision des dispositifs actuels de financement à la qualité (Ifaq, Caqes, urgences). Il a été partagé avec les administrations et fédérations en amont de sa diffusion.

[2] Compte tenu des délais et des moyens contraints de la mission, le choix a été fait de restreindre le périmètre de diffusion du questionnaire **aux seuls établissements ayant exercé une activité MCO en 2022**. Les établissements ont été sélectionnés aléatoirement sur la base de leur numéro Finess utilisé pour le PMSI (correspondant au Finess juridique pour les établissements publics et au Finess géographique pour les autres). Afin de garantir un degré suffisant d'observations pour une analyse par statut, l'ensemble des CHU (en distinguant les six groupes hospitaliers universitaires de l'AP-HP) et l'ensemble des centres de lutte contre le cancer ont été retenus dans l'échantillon. Pour les autres établissements, une sélection a été réalisée de manière aléatoire au sein de strates définies en fonction du nombre de séjours et, pour les établissements privés, de la spécialisation par activités²¹⁹. Les coordonnées des établissements sélectionnés ont été obtenues auprès de l'ATIH²²⁰.

[3] **Au total, sur les 695 établissements sélectionnés, 470 ont fourni une réponse complète au questionnaire, soit un taux de réponse de 68 % (Tableau A).** Certains établissements n'ont renseigné que partiellement le questionnaire : leurs réponses n'ont pas été retenues dans l'exploitation des résultats présentés dans ce rapport.

²¹⁹ Pour les établissements privés, les strates ont été définies sur la base des groupes de comparaison de l'Ifaq (en fusionnant les groupes MCO2 et MCO3), avec un tirage de 60 établissements par strate (ou de l'ensemble des établissements de la strate lorsque celle-ci comptait moins de 60 établissements). Pour les établissements publics, quatre strates ont été définies en fonction du nombre de séjours (moins de 500, de 500 à 5000, de 5000 à 20 000 et plus de 20 000), avec un tirage de 80 établissements par strate. Le nombre d'établissements sélectionné par strate a été choisi de façon à garantir un minimum de 30 répondants, compte tenu du taux de réponse anticipé (légèrement plus faible pour le public).

²²⁰ Plusieurs adresses électroniques étaient disponibles, ce qui a conduit la présence de quelques doublons dans les réponses, qui ont dû être nettoyés dans le cadre des retraitements effectués par la mission.

Tableau 1 – Répartition des établissements par statut

	Nombre d'établissements en 2022 (Finess PMSI)	Nombre d'établissements sélectionnés	Nombre d'établissements ayant répondu à l'ensemble du questionnaire
Centres hospitaliers	564	320	206
Centres hospitaliers régionaux / universitaires	38	38	27
Etablissements privés à but lucratif	475	205	138
Etablissements privés à but non lucratif	168	107	81
Centres de lutte contre le cancer	25	25	18
Total	1270	695	470

Source : ATIH et mission.

Champ : ensemble des établissements ayant exercé une activité MCO telle que renseignée pour le calcul de l'Ifaq 2022.

Lecture : parmi les 1270 établissements (au sens du Finess PMSI) ayant exercé une activité MCO en 2022, 695 ont été sélectionnés aléatoirement pour recevoir le questionnaire de la mission. Sur ces 695 établissements, 470 ont effectivement répondu à l'ensemble des questions posées.

[4] Si les résultats présentés dans le rapport ont été pondérés pour tenir compte du plan de sondage des établissements (par statut juridique et par taille/activité)²²¹, aucun traitement de la non-réponse n'a en revanche été réalisé. Or il est vraisemblable que les gouvernances ayant répondu au questionnaire soient plus motivées par le sujet que la moyenne. Par ailleurs, les ressources de la mission n'ont pas permis de réaliser l'ensemble des contrôles de cohérence nécessaires à la fiabilité des résultats. **La représentativité et la robustesse statistiques des résultats n'est donc pas assurée.**

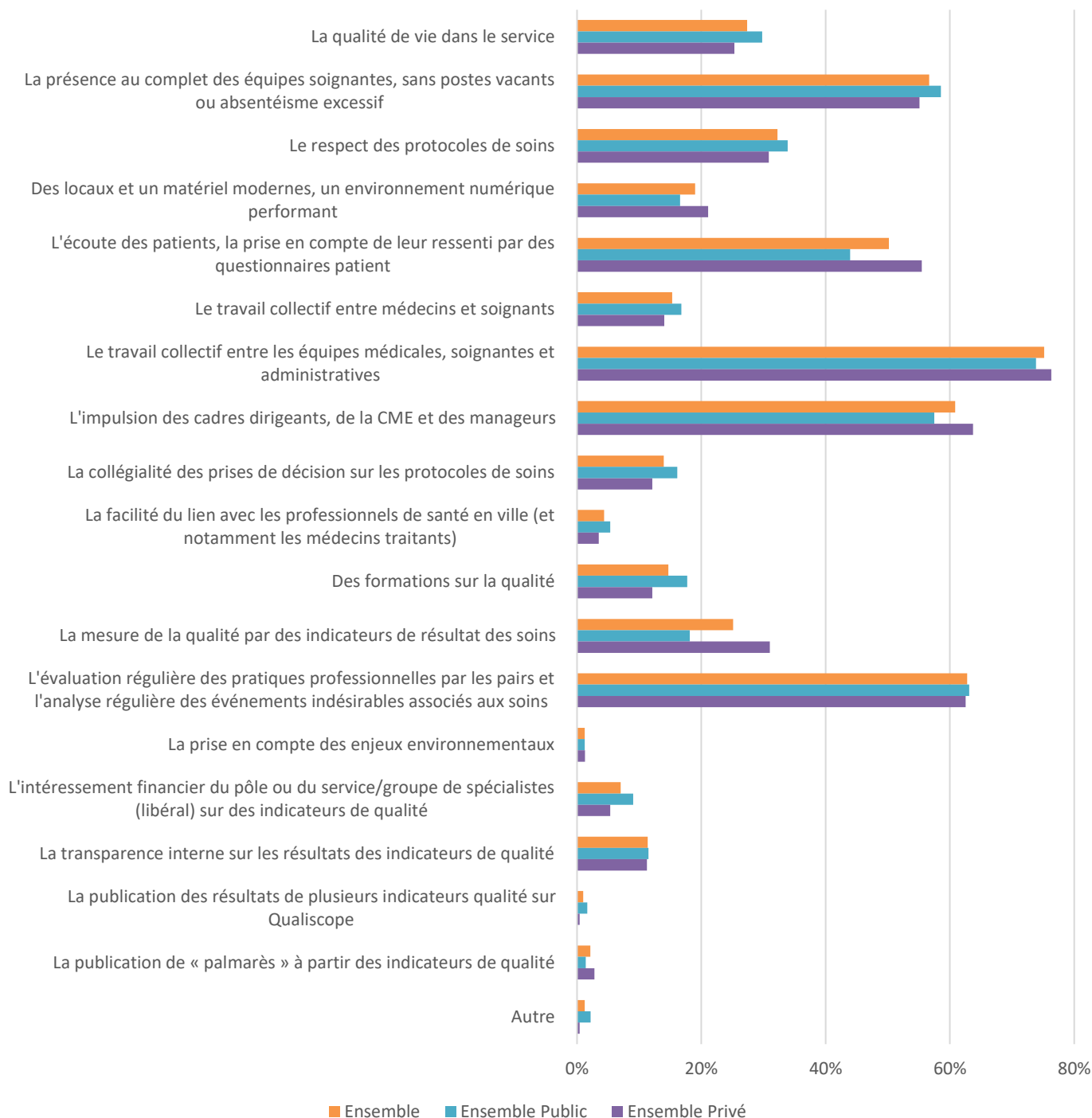
[5] Lorsque le nombre d'observations n'est pas suffisant pour les réponses données à certaines questions, les réponses ne sont pas détaillées par statut. De manière générale, l'ensemble des résultats fournis sur le champ des seuls CHRU doivent être interprétés avec beaucoup de prudence et ne sont donnés qu'à titre illustratif au regard du faible nombre d'établissements répondants. Les centres de lutte contre le cancer sont pour leur part intégrés dans le champ des établissements privés à but non lucratif ; une note de lecture indique lorsque leurs résultats s'avèrent très différents de la moyenne de ce groupe.

[6] Malgré l'absence d'exhaustivité et de garantie de représentativité, l'ensemble des informations collectées permet de dresser un certain nombre de constats utiles à la réflexion.

²²¹ Les résultats ne sont pas pondérés par la taille des établissements : l'unité d'analyse est l'établissement et non le séjour.

2 Résultats

1/ Quelles sont les actions les plus importantes pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins dans votre établissement ? Plusieurs réponses possibles.

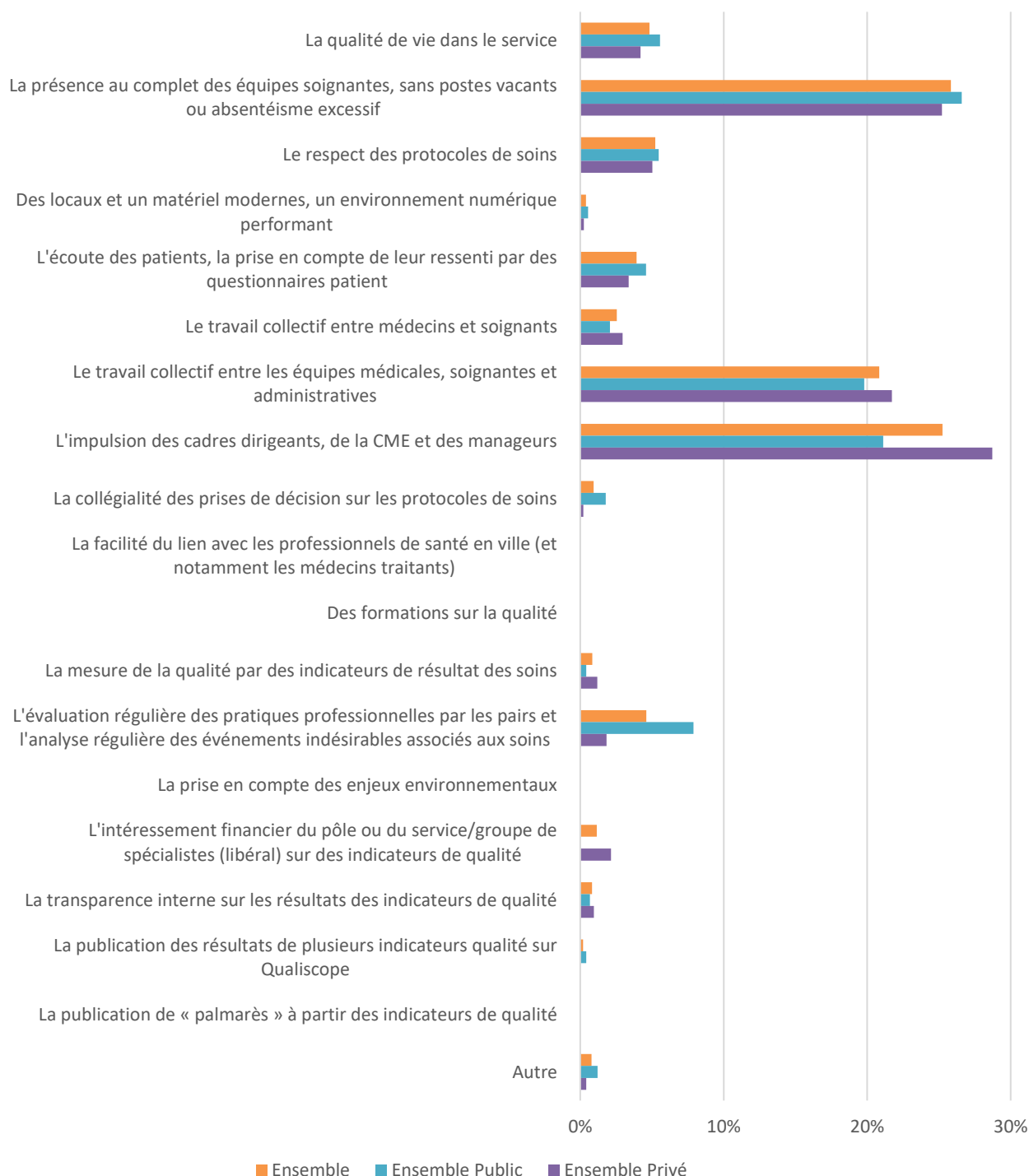


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements de santé identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissement ayant répondu au questionnaire de la mission, 27 % déclarent que la qualité de vie dans le service est une des cinq actions les plus importantes pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins au sein de leur établissement.

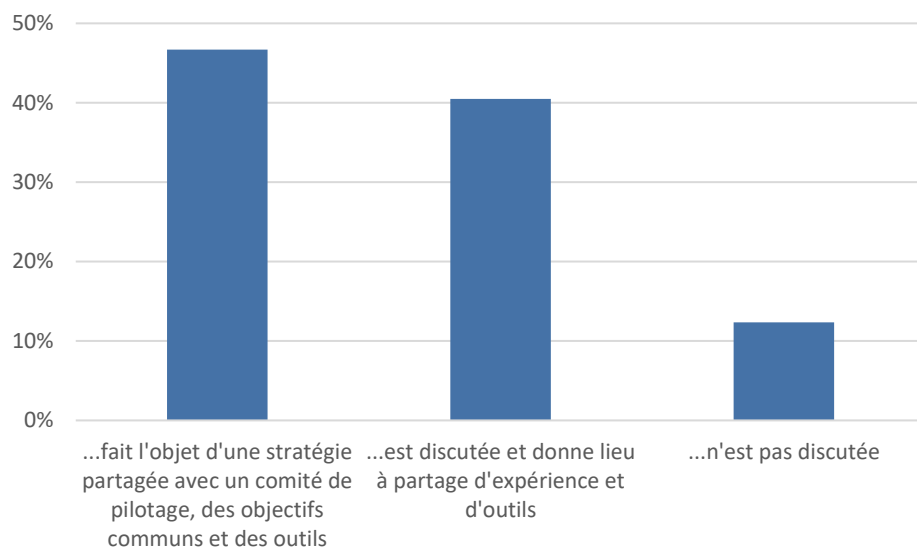
2/ Parmi ces actions, laquelle est la plus importante pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins dans votre établissement ?



Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements de santé identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants
 Lecture : parmi les gouvernances d'établissement ayant répondu au questionnaire de la mission, 5 % déclarent que la qualité de vie dans le service est l'action la plus importante pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins au sein de leur établissement.

3/ Part des établissements publics déclarant que la politique de qualité et sécurité des soins au sein du groupement hospitalier de territoire....

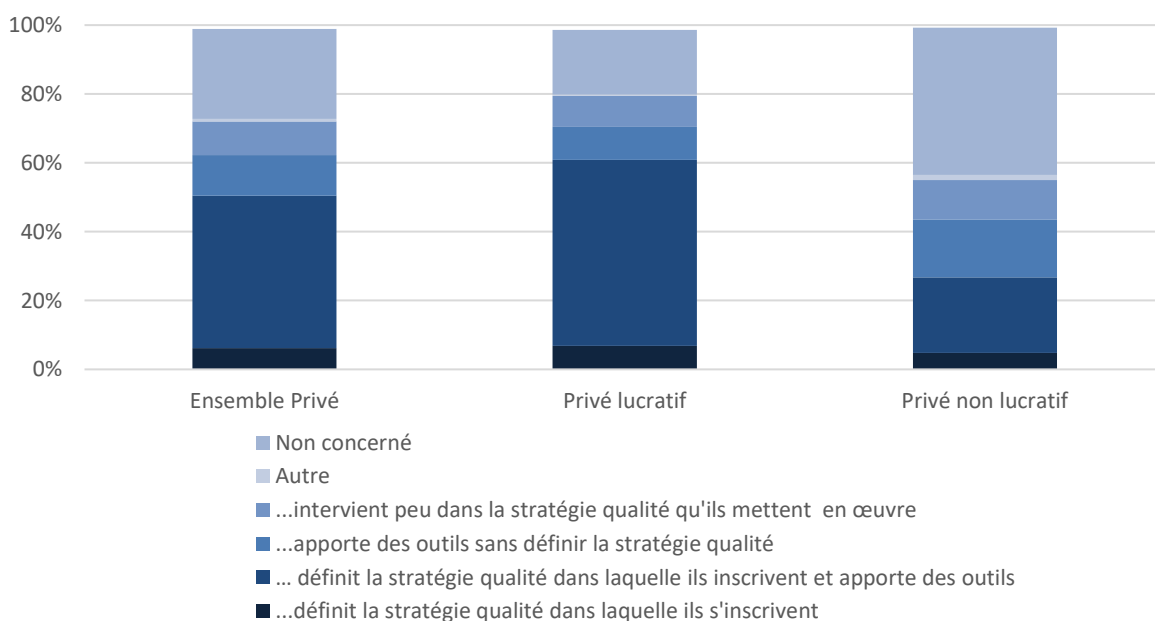


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements publics identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 233 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements publics ayant répondu au questionnaire de la mission, 12 % déclarent que la politique qualité et sécurité des soins n'est pas discutée au sein du groupement hospitalier de territoire.

4/ Part des établissements privés déclarant que le groupe ou l'organisme gestionnaire auquel ils appartiennent...

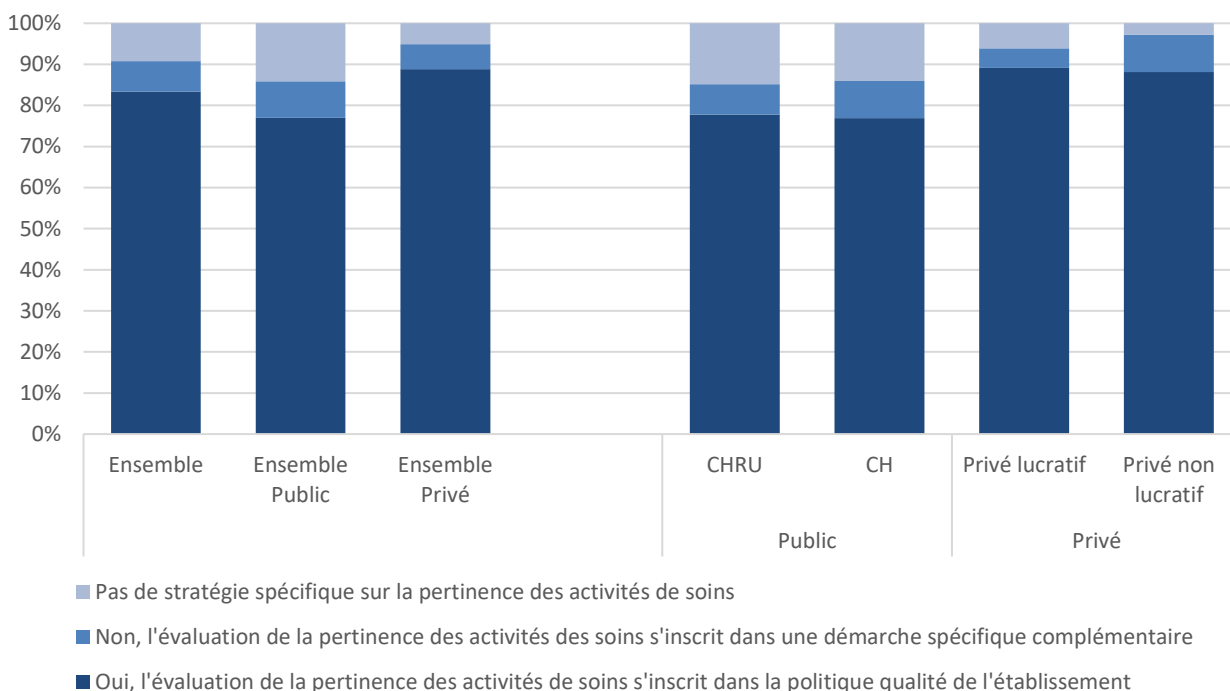


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements privés identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 237 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements privés ayant répondu au questionnaire de la mission, 44 % déclarent que leur groupe (ou organisme gestionnaire) définit la stratégie qualité dans laquelle s'inscrit leur établissement et leur apporte également des outils ; un tiers ne sont pas concernés car n'appartiennent pas à un groupe.

5/ La politique qualité et sécurité des soins de votre établissement intègre-t-elle un volet sur la pertinence des activités de soins (diagnostic, thérapeutique, suivi), à travers notamment un suivi et une évaluation des pratiques professionnelles ?

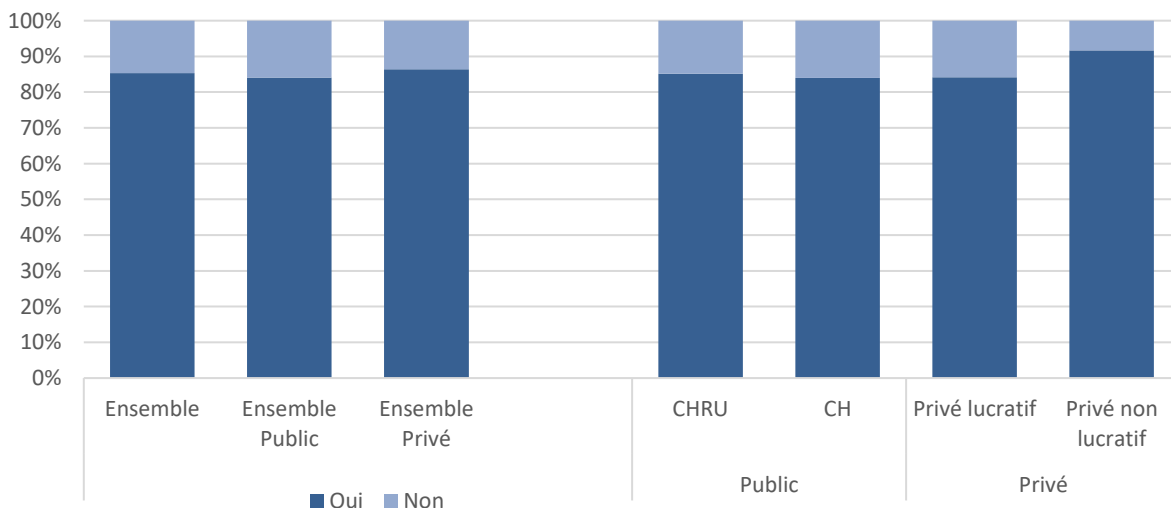


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 80 % déclarent que la politique qualité et sécurité des soins de l'établissement intègre un volet pertinence des activités de soins.

6/ Les représentants des usagers contribuent-ils activement à la politique qualité et sécurité des soins ?

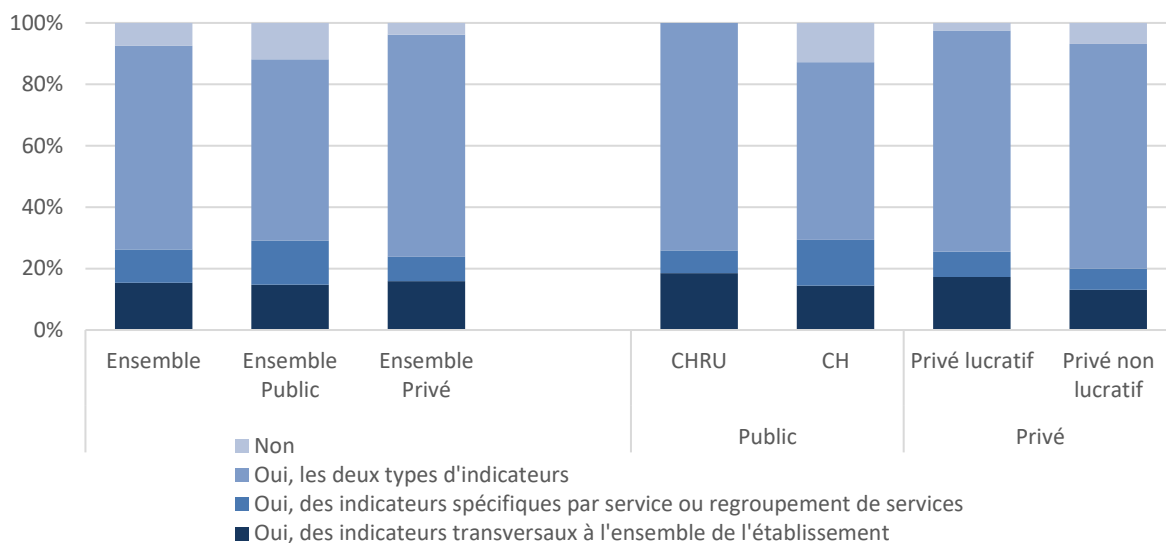


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 85 % déclarent que les représentants des usagers contribuent activement à la politique qualité et sécurité des soins.

7/ Dans le cadre de votre politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avez-vous mis en place des indicateurs complémentaires à ceux pour lesquels il existe une obligation réglementaire de recueil ?

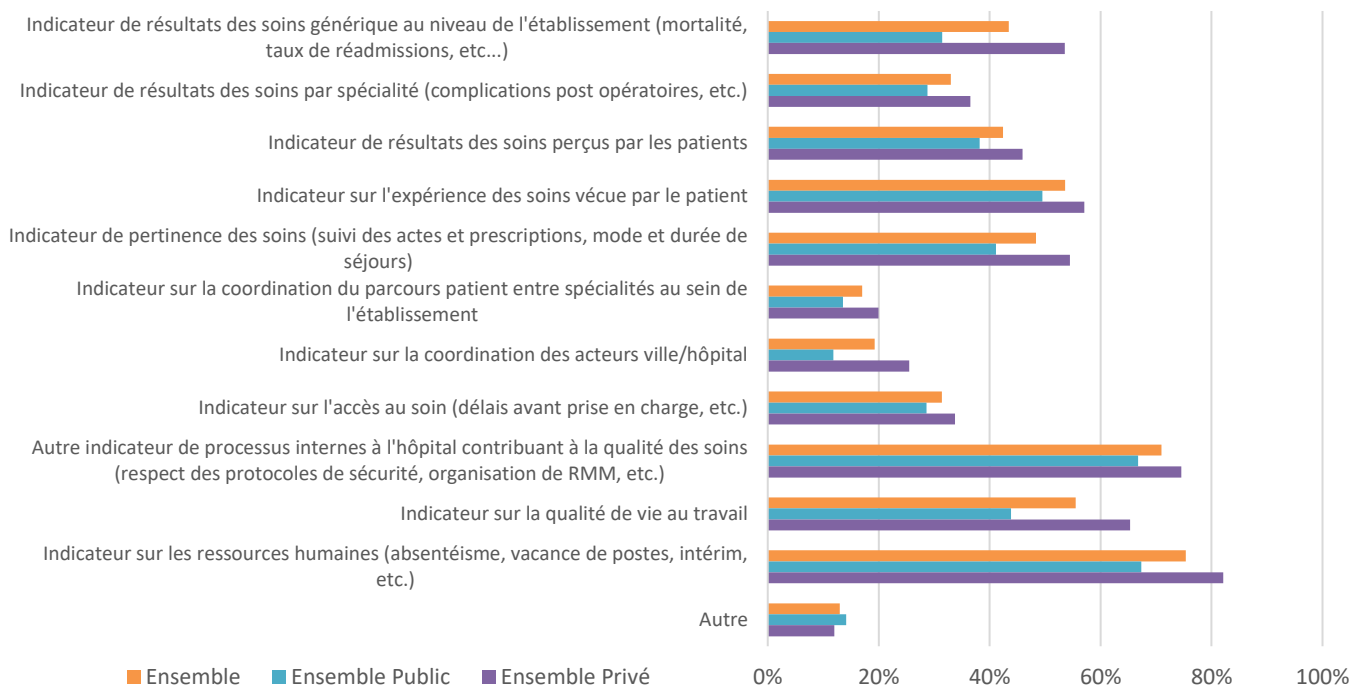


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, les deux tiers déclarent avoir mis en place des indicateurs complémentaires à ceux pour lesquels il existe une obligation de recueil.

8/ De quels indicateurs complémentaires s'agit-il le cas échéant ?

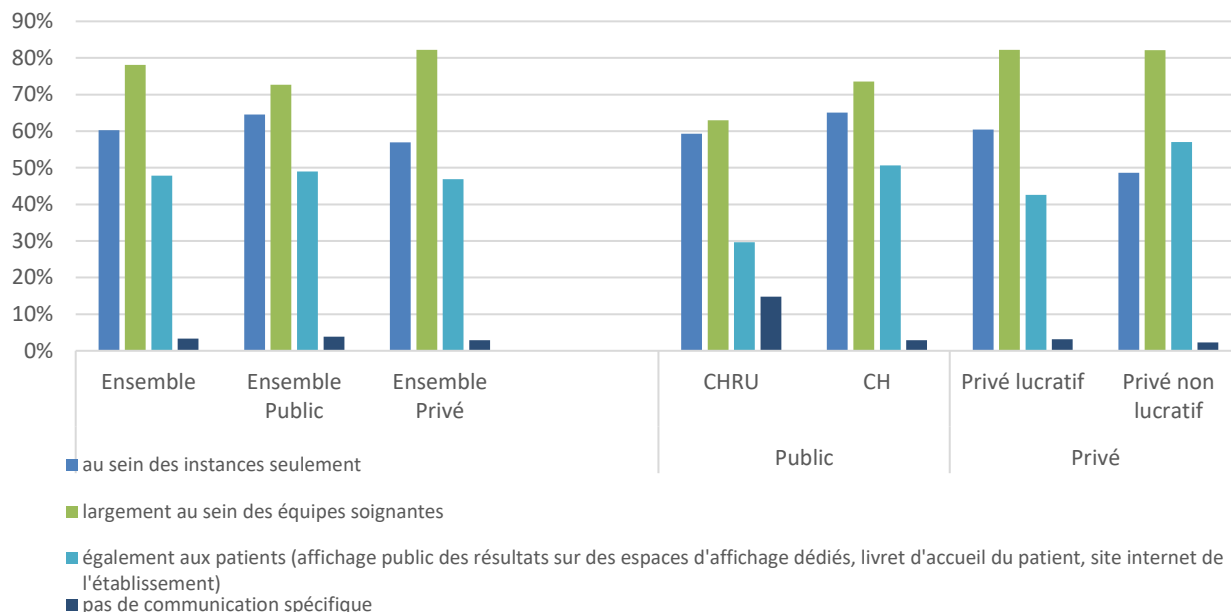


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, trois quarts déclarent avoir mis en place des indicateurs complémentaires sur les ressources humaines.

9/ Avez-vous une politique de communication des résultats des indicateurs complémentaires que vous suivez dans votre établissement ?

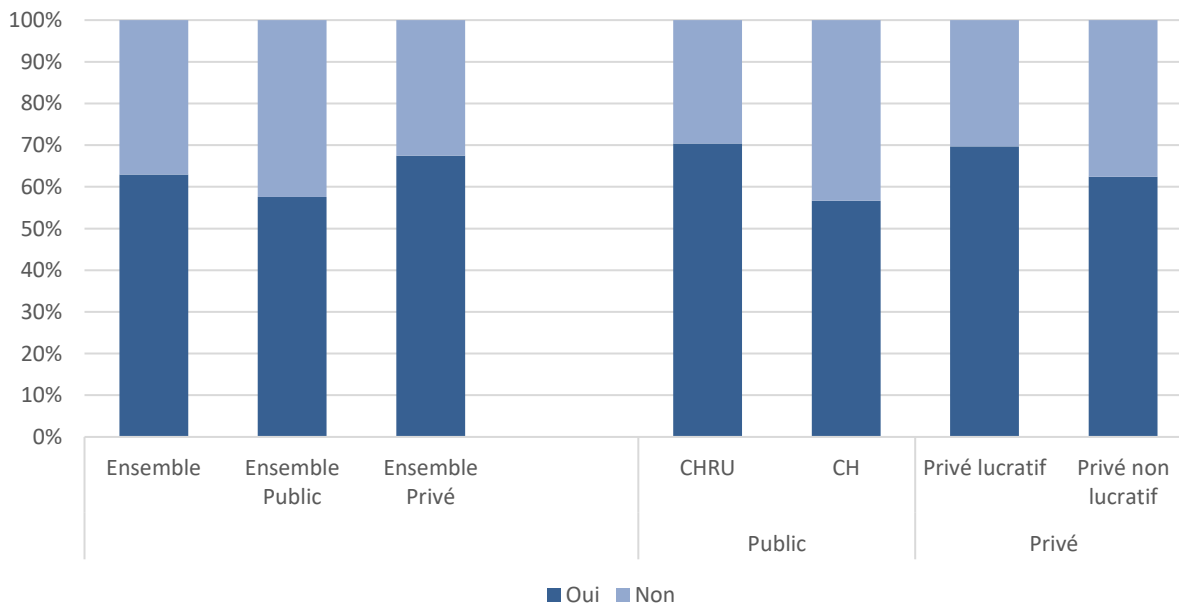


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l’Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 433 répondants.

Lecture : 78 % des gouvernances d’établissements ayant répondu avoir mis en place des indicateurs complémentaires déclarent que ces indicateurs font l’objet d’une politique de communication au sein des équipes soignantes.

10/ Avez-vous mis en place un baromètre social pour mesurer la qualité de vie au travail dans l’établissement ?

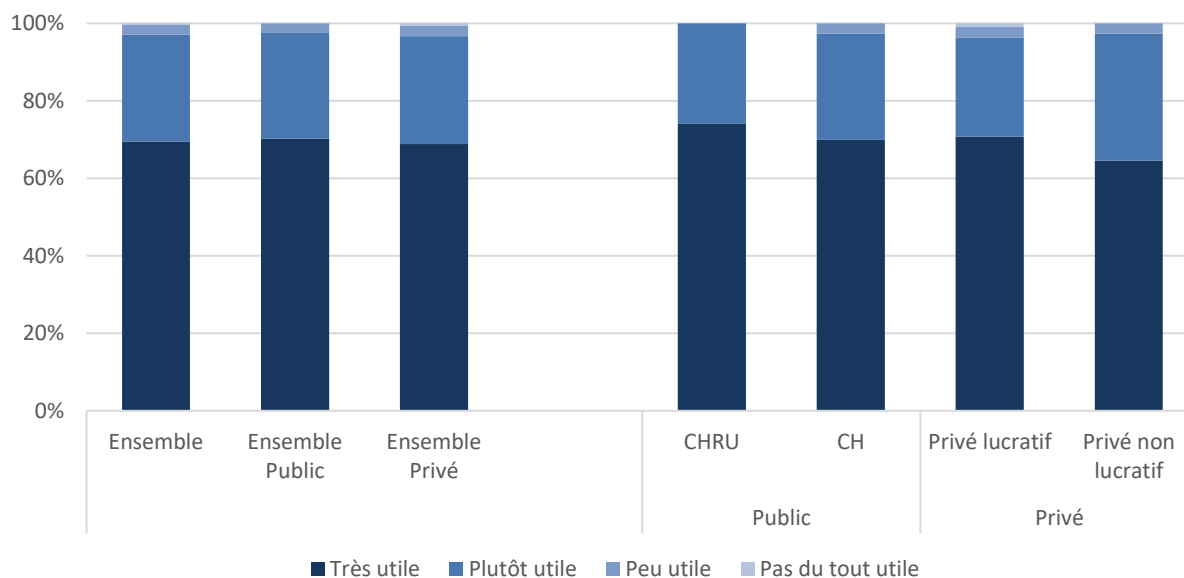


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l’Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d’établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 60 % déclarent avoir mis en place un baromètre social pour mesurer la qualité de vie au travail dans l’établissement.

11/ Considérez-vous que la visite de certification HAS et sa préparation ont été utiles pour promouvoir la démarche qualité et sécurité des soins dans votre établissement ?



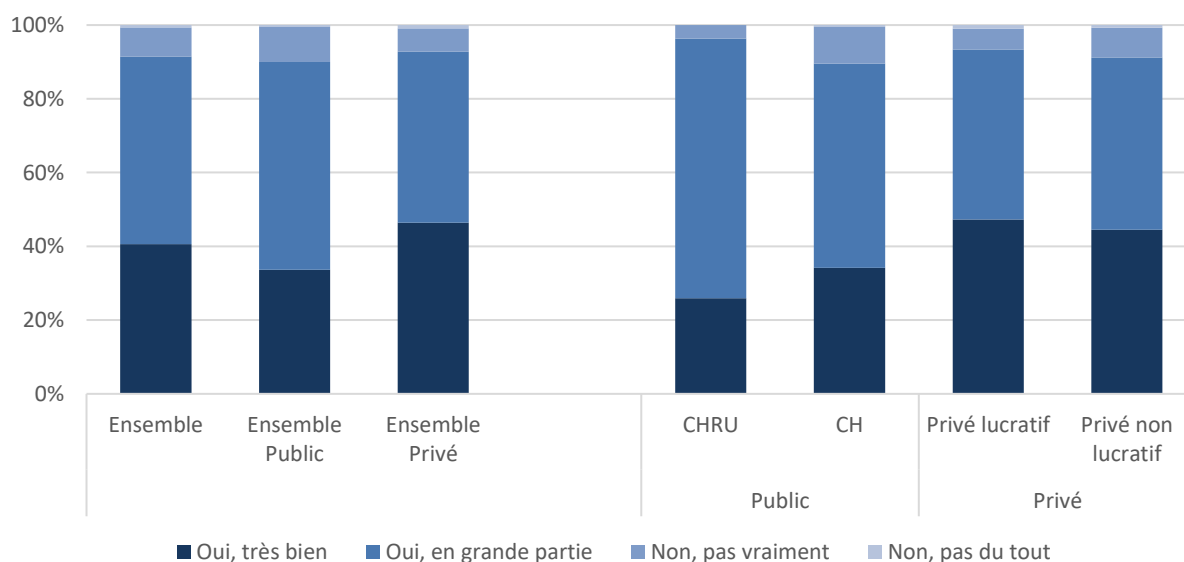
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Note : par rapport au reste des établissements privés à but non lucratif, les centres de lutte contre le cancer semblent se distinguer par une proportion plus faible d'établissements considérant que la visite de certification est très utile.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 70 % considèrent que la visite de certification et sa préparation ont été très utiles pour promouvoir la démarche qualité au sein de leur établissement.

12/ Considérez-vous que le dernier avis de la HAS sur votre établissement au titre de la certification reflète globalement la qualité et la sécurité des soins dans votre établissement ?



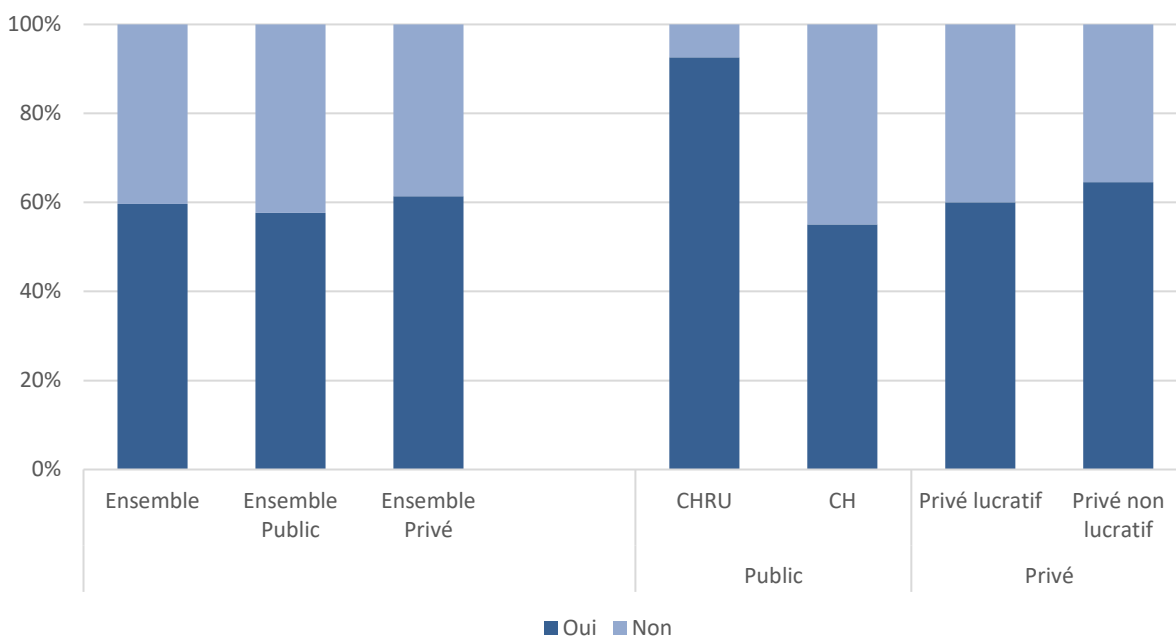
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Note : par rapport à la moyenne des établissements privés à but non lucratif, les centres de lutte contre le cancer semblent considérer plus souvent que la certification reflète très bien la qualité et la sécurité des soins dans leur établissement.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 40 % considèrent que l'avis de la HAS au titre de la certification reflète globalement très bien la qualité et la sécurité des soins dans leur établissement.

13/ Avez-vous signé un Caqes disposant d'un volet pertinence ?

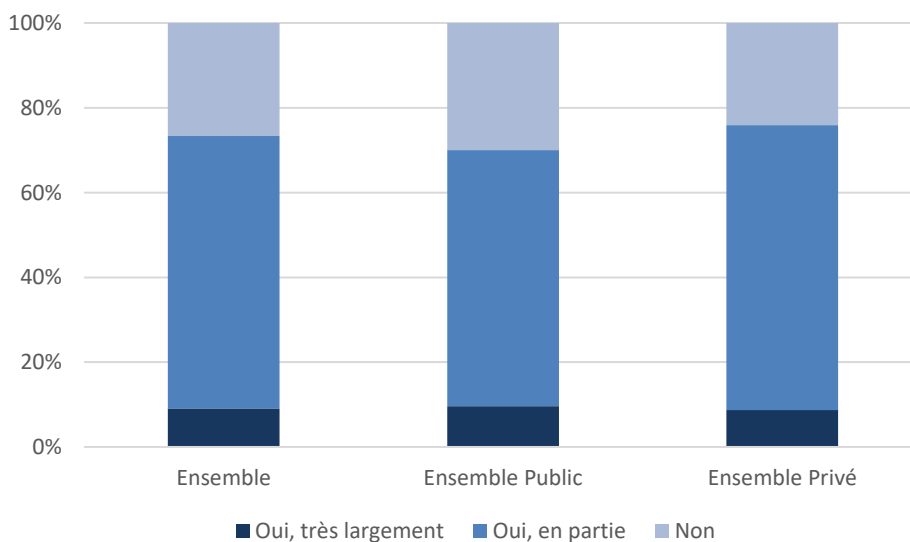


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 60 % déclarent avoir signé un Caqes comportant un volet sur la pertinence.

14 / Considérez-vous qu'il ait été efficace pour faire évoluer les pratiques ?

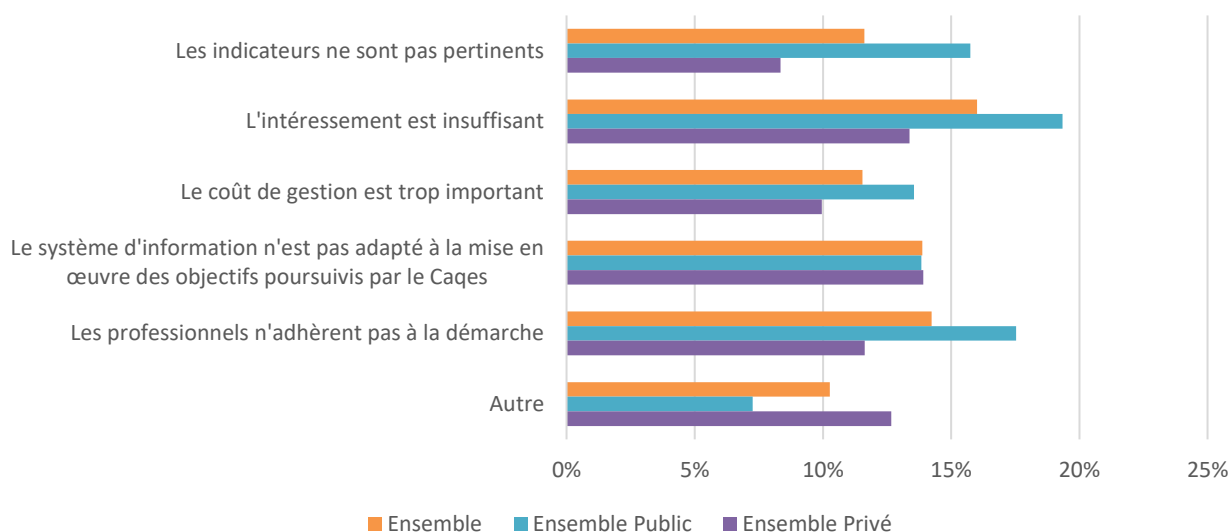


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO, et ayant déclaré avoir signé un Caqes avec un volet pertinence – 284 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission et déclarant avoir signé un Caqes comportant un volet pertinence, 10 % considèrent qu'il a été très largement efficace pour faire évoluer les pratiques.

15/ Pour quels motifs considérez-vous qu'il n'ait pas été efficace le cas échéant ?

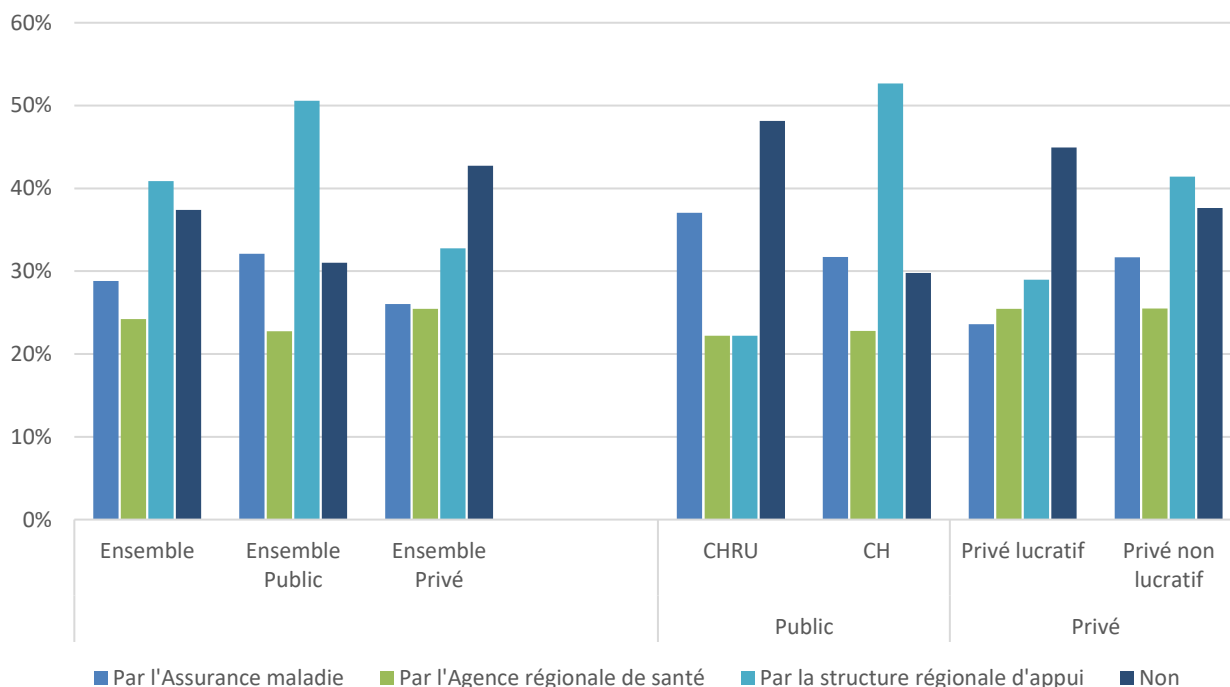


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO, et ayant déclaré avoir signé un Caqes avec un volet pertinence – 284 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission et déclarant avoir signé un Caqes comportant un volet pertinence, 16 % considèrent qu'il n'est pas efficace car l'intéressement financier est insuffisant.

16/ Au cours des deux dernières années, en dehors de toute procédure de contrôle, avez-vous été accompagnés sur les sujets qualité, sécurité et pertinence des soins ?

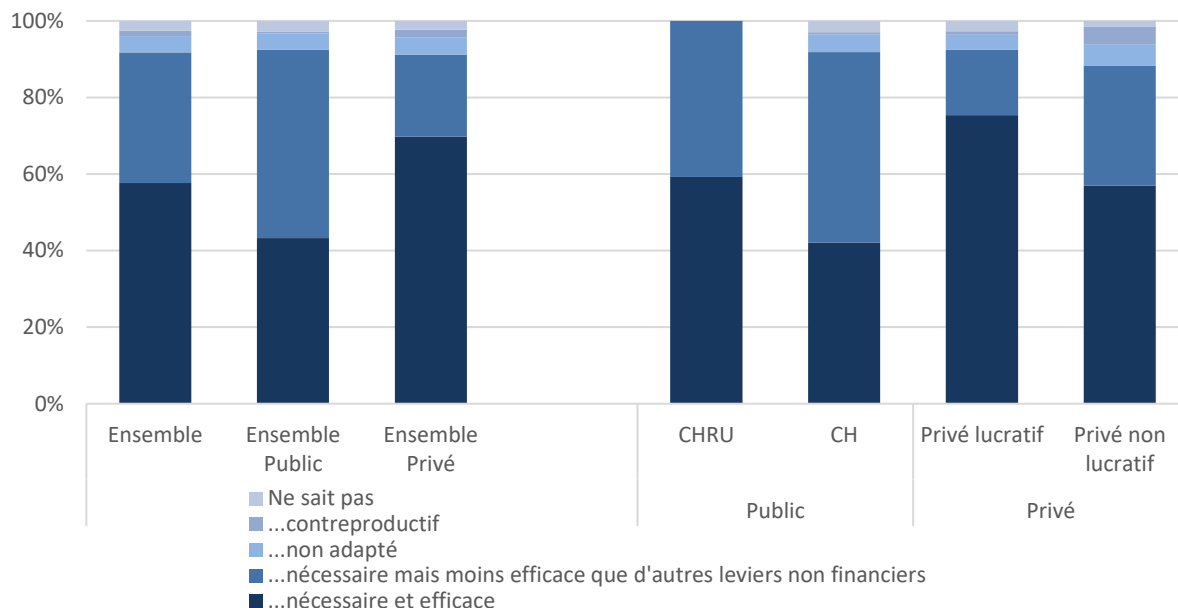


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, près de 30 % déclarent avoir été accompagnés par l'Assurance maladie et un peu plus de 40 % par la structure régionale d'appui.

17/ Pour inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de votre établissement, pensez-vous que le levier financier soit...

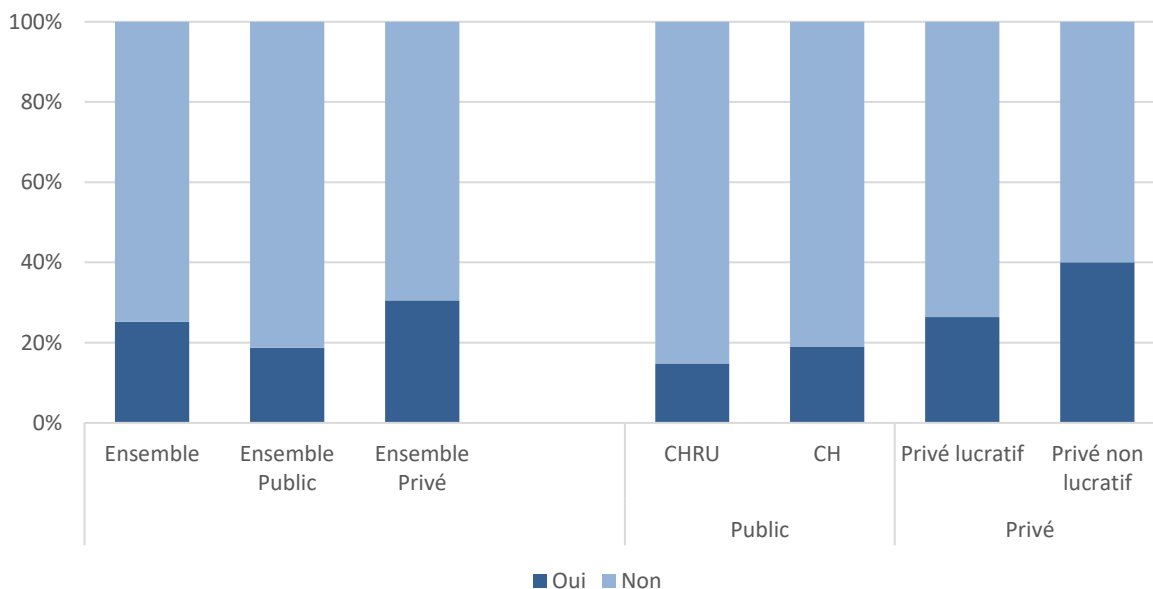


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissement ayant répondu au questionnaire, 58 % pensent que le levier financier est nécessaire et efficace pour inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de leur établissement.

18 / Considérez-vous que le dispositif e-Satis permet d'avoir une image fidèle du ressenti des patients ?

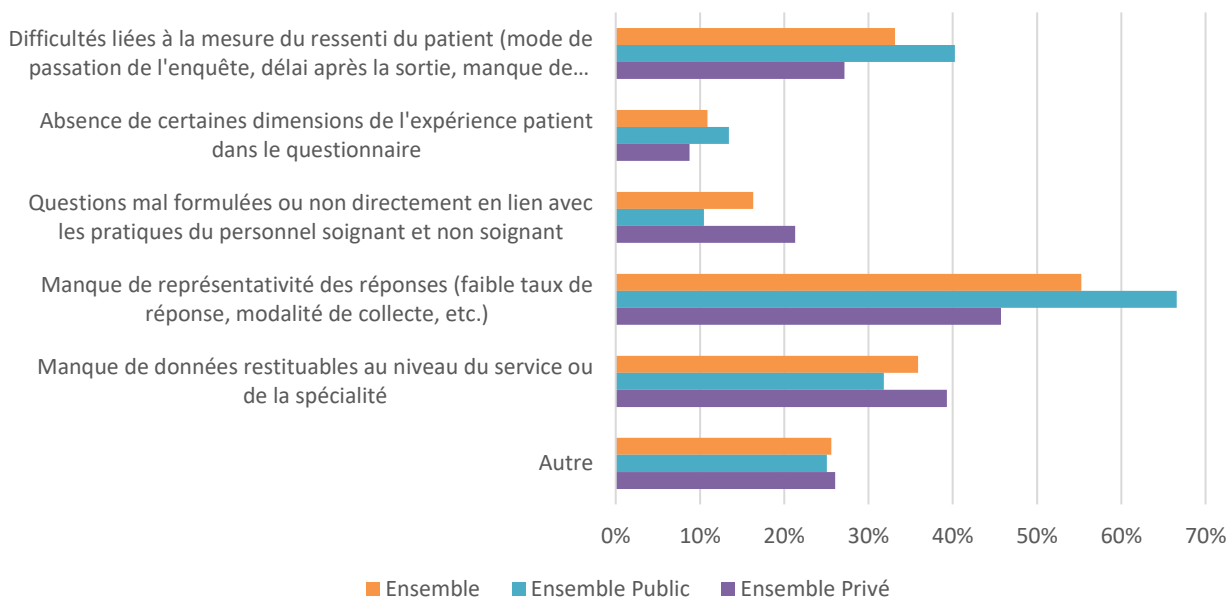


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 25 % considèrent que le dispositif e-Satis permet d'avoir une image fidèle du ressenti des patients.

19 / Si non, pourquoi ?

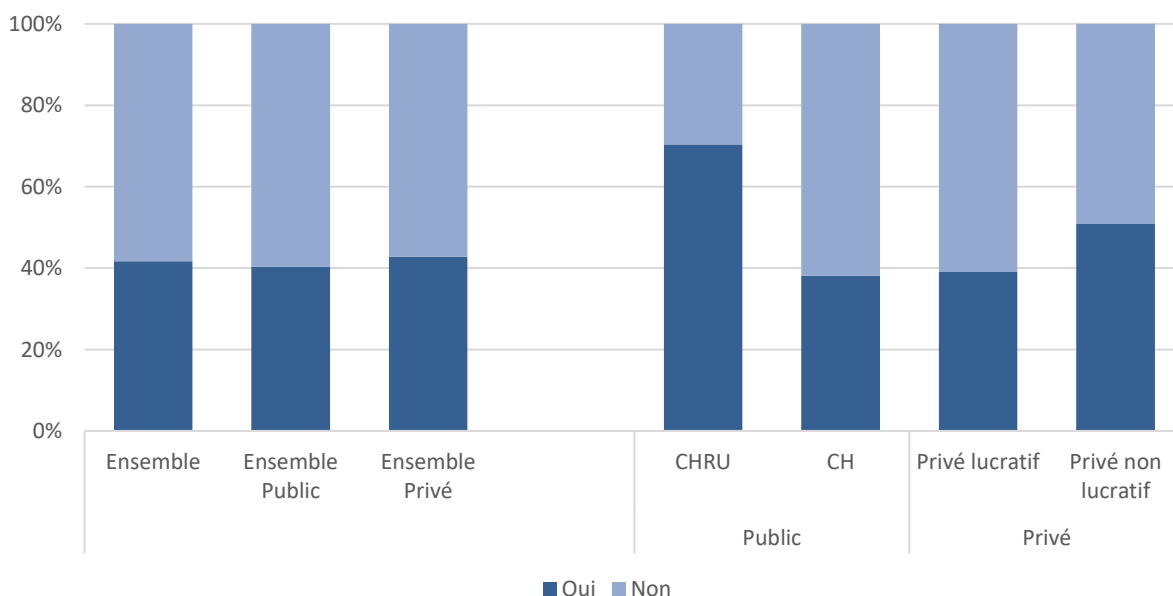


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 55 % estiment qu'e-satis ne donne pas une image fidèle du ressenti des patients en raison du manque de représentativité des réponses collectées.

20/ Une présentation des résultats e-Satis calculés au niveau des unités médicales (pôle, services, spécialités, etc.), plutôt qu'agrégés au niveau de l'établissement, a-t-elle été faite ?

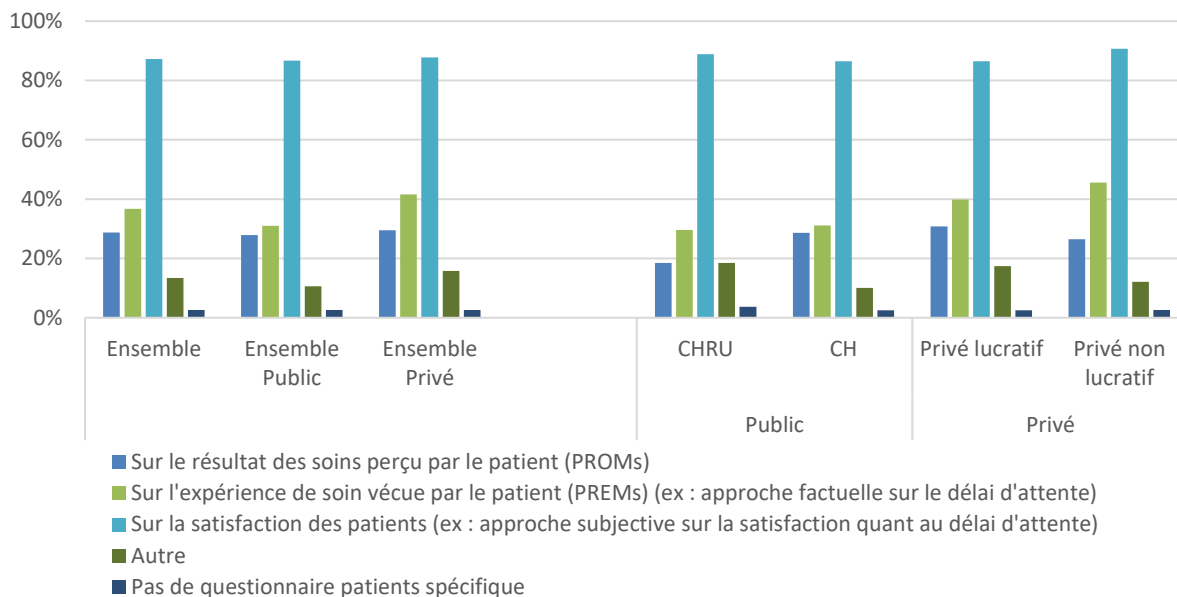


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 40 % déclarent qu'une présentation des résultats e-Satis calculés au niveau des unités médicales (pôle, services, spécialités, etc.), plutôt qu'agrégés au niveau de l'établissement, a été faite au sein de leur établissement.

21/ En complément d'e-Satis, recueillez-vous l'avis des patients à la sortie de l'hôpital par des questionnaires propres à votre établissement ?

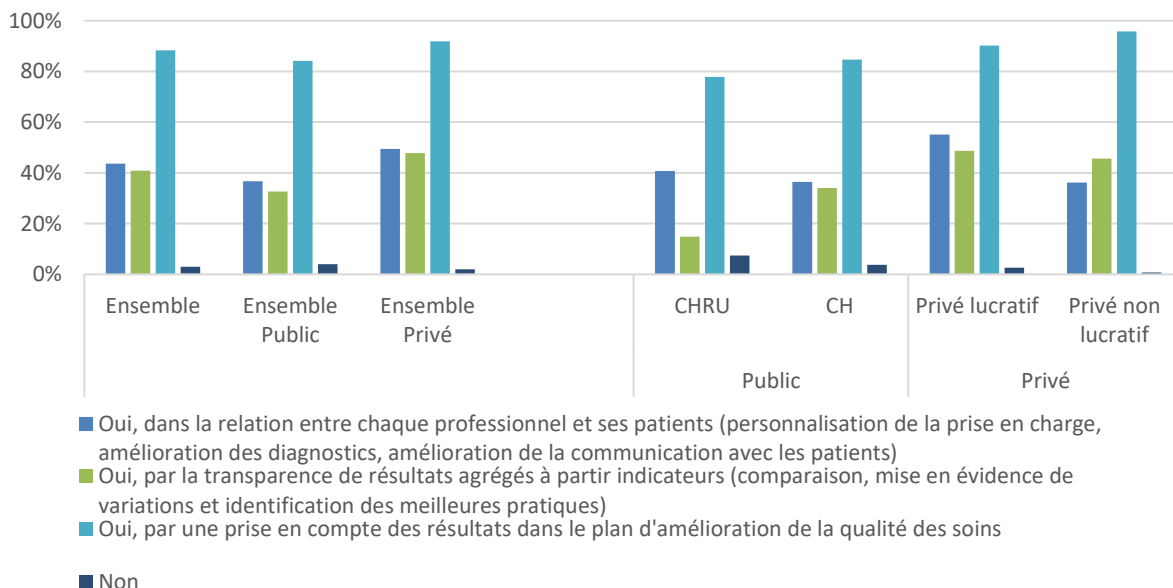


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 85 % déclarent recueillir l'avis des patients par un questionnaire de satisfaction propre à leur établissement.

22/ Ces questionnaires sont-ils utiles à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de votre établissement ?

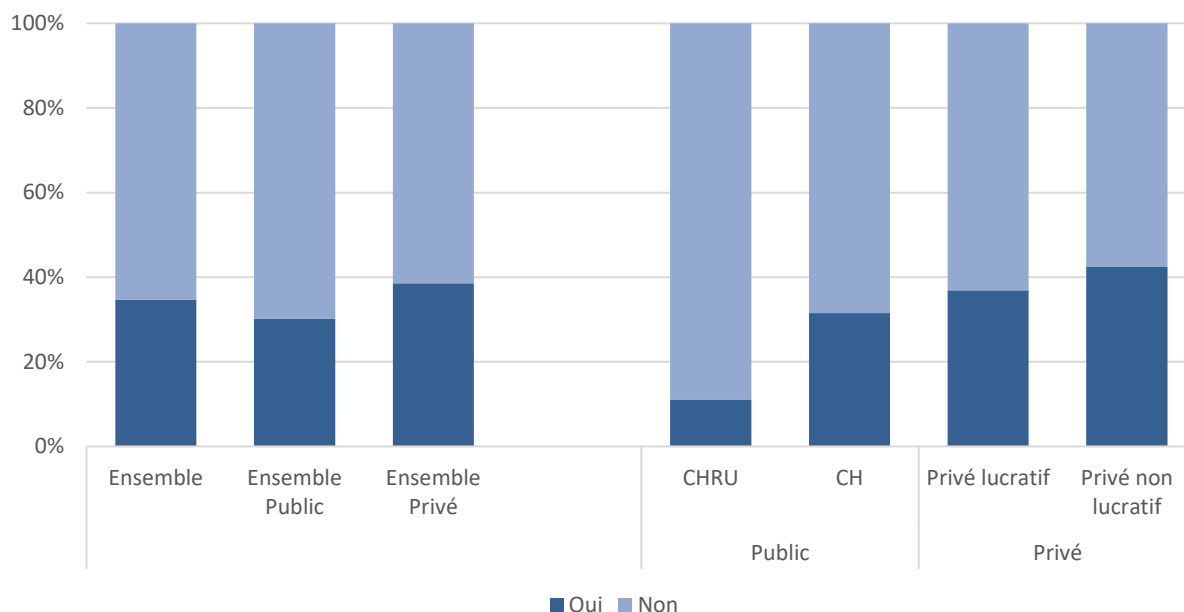


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, près de 90 % considèrent que les questionnaires auprès des patients sont utiles par une prise en compte des résultats dans le plan d'amélioration de la qualité des soins.

23/ Pensez-vous que votre résultat Ifaq reflète convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués dans votre établissement ?

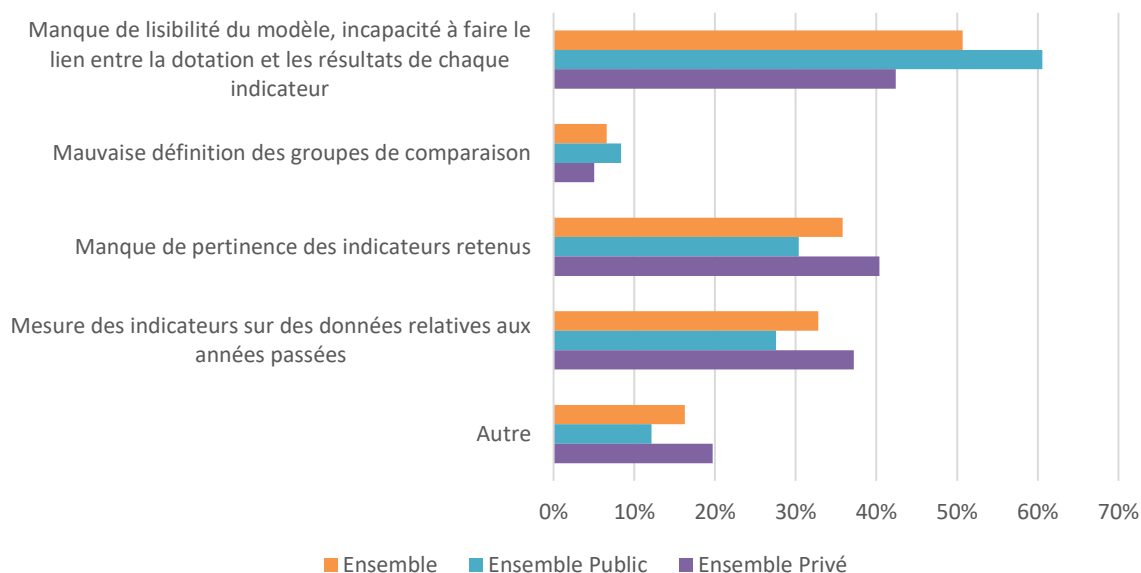


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 35 % pensent que le résultat Ifaq reflète convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués dans leur établissement.

24/ Si non, pourquoi ?

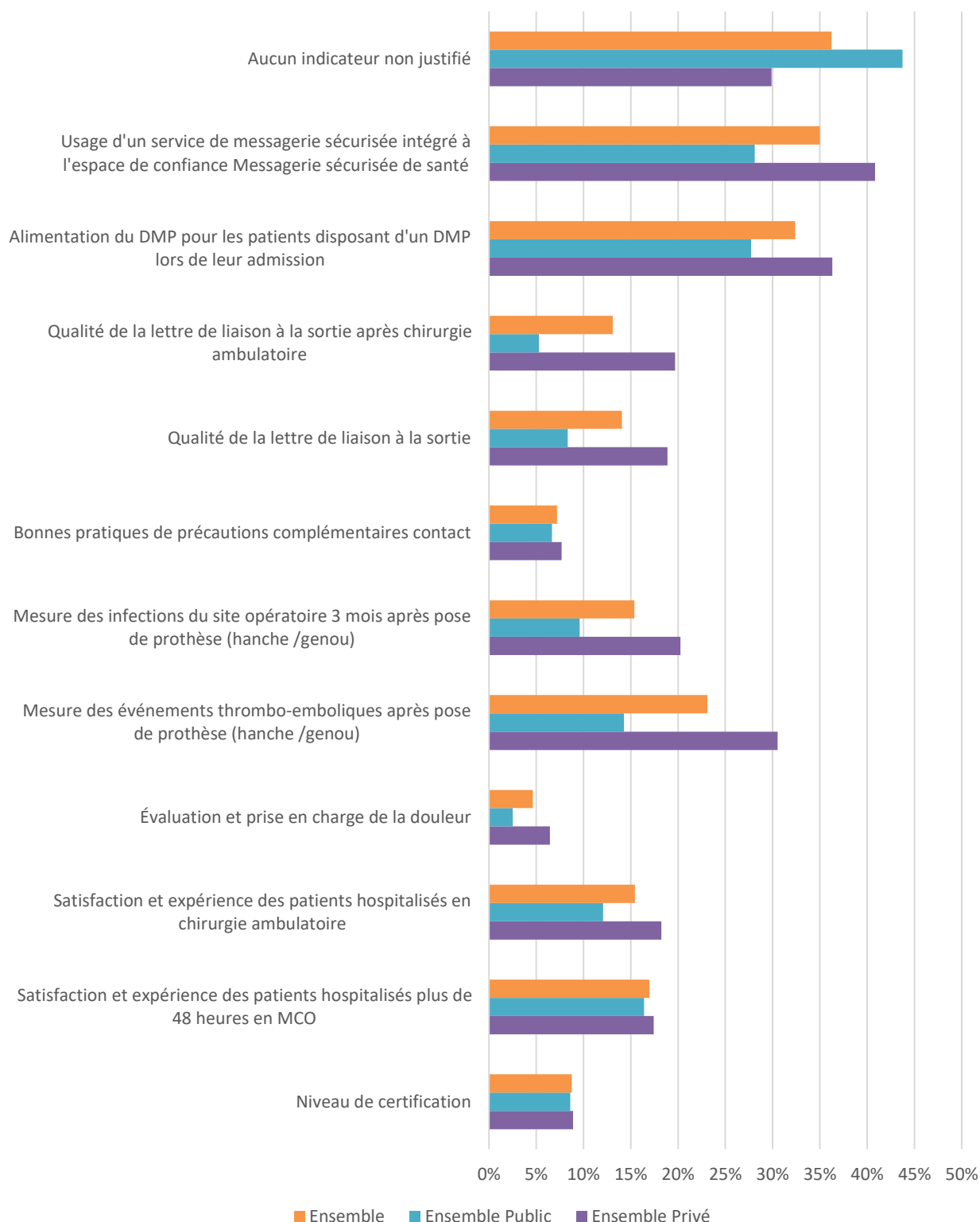


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 50 % estiment que le résultat Ifaq ne reflète pas convenablement la qualité et la sécurité des soins prodigués dans leur établissement en raison du manque de lisibilité du modèle.

25/ Parmi ceux qui vous concernent, quels indicateurs vous semblent éventuellement non justifiés dans le calcul de la dotation Ifaq pour l'activité MCO ?

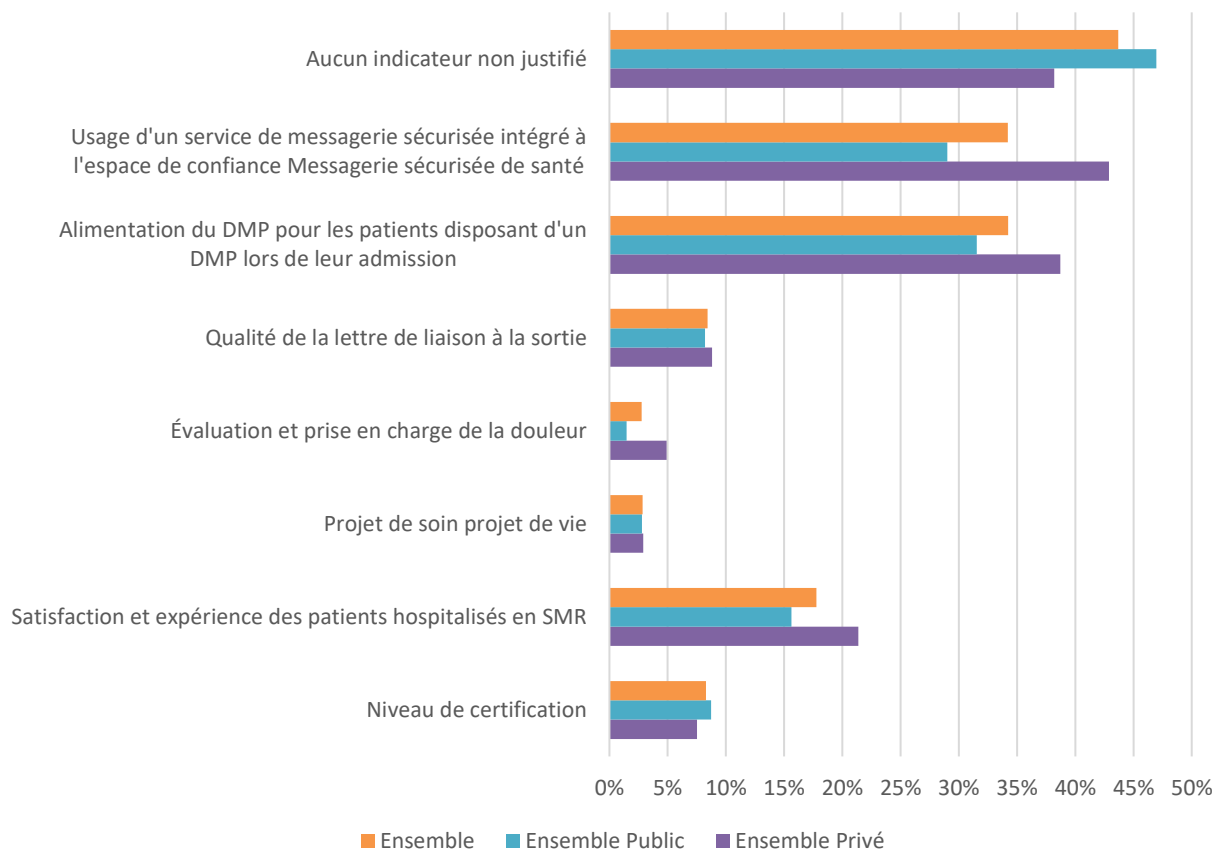


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 35 % estiment qu'aucun indicateur n'est pas justifié dans le calcul de la dotation Ifaq pour le champ MCO.

26/ Quels indicateurs vous semblent éventuellement non justifiés dans le calcul de la dotation Ifaq pour l'activité SMR ?

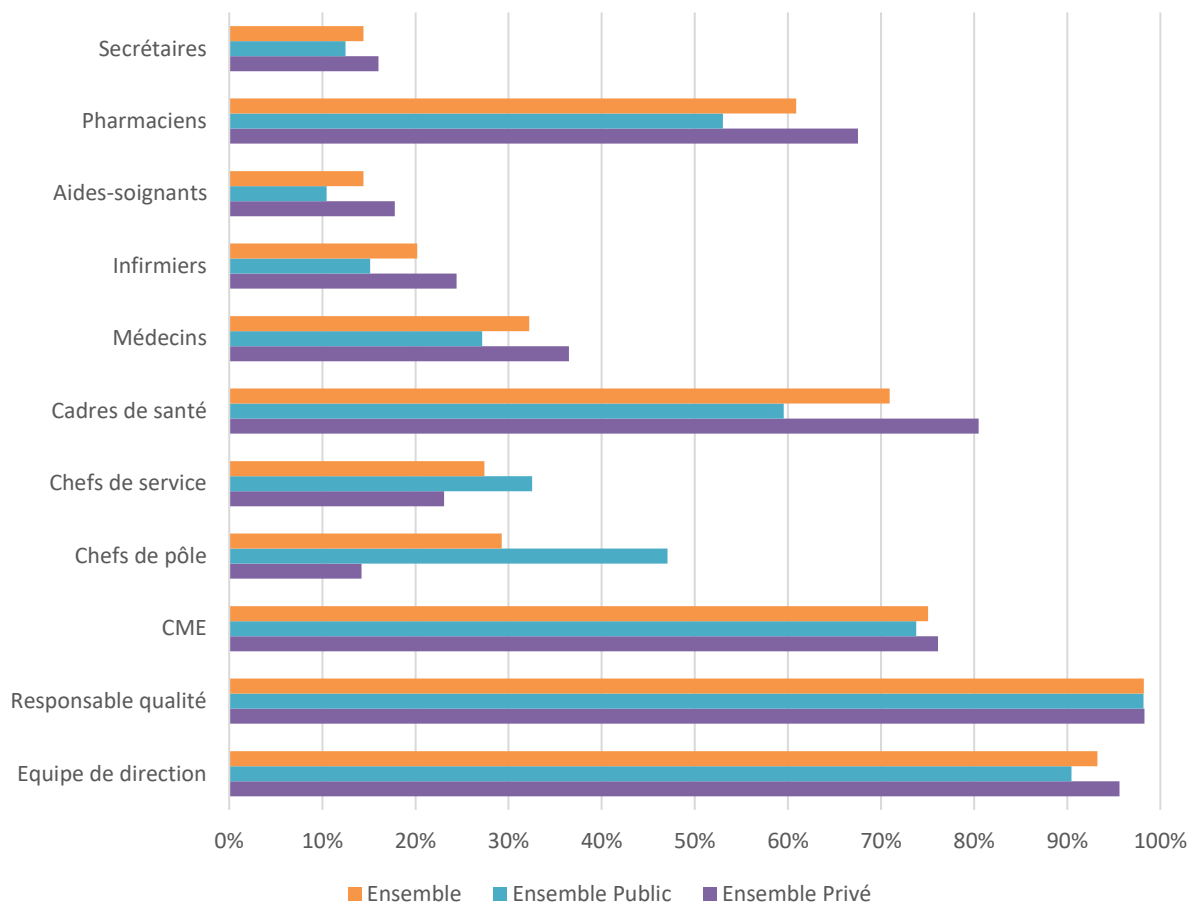


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO et se déclarant concernés par l'activité SMR – 328 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission et se déclarant concernées par l'activité SMR, 45 % estiment qu'aucun indicateur n'est pas justifié dans le calcul de la dotation Ifaq pour l'activité SMR.

27/ Selon vous, quels professionnels connaissent les indicateurs de l'Ifaq ?

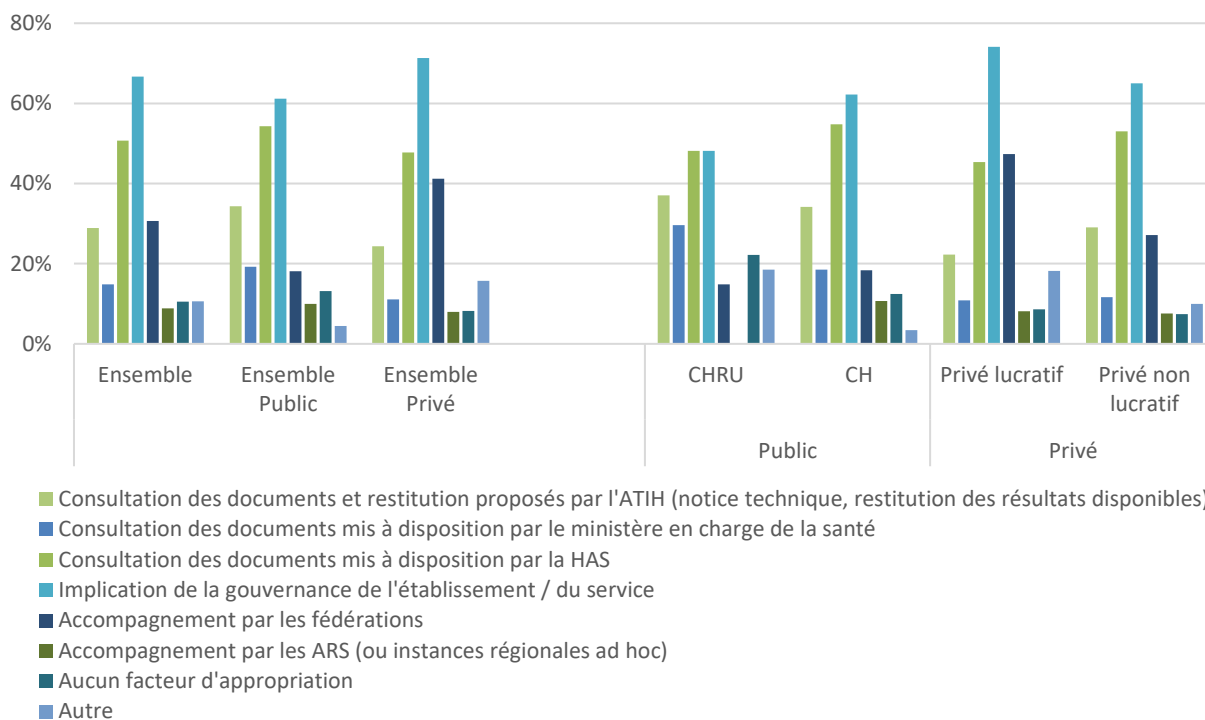


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 93 % estiment que l'équipe de direction connaît les indicateurs de l'Ifaq.

28/ Les facteurs suivants ont-ils été source de facilitation de l'appropriation du dispositif ?

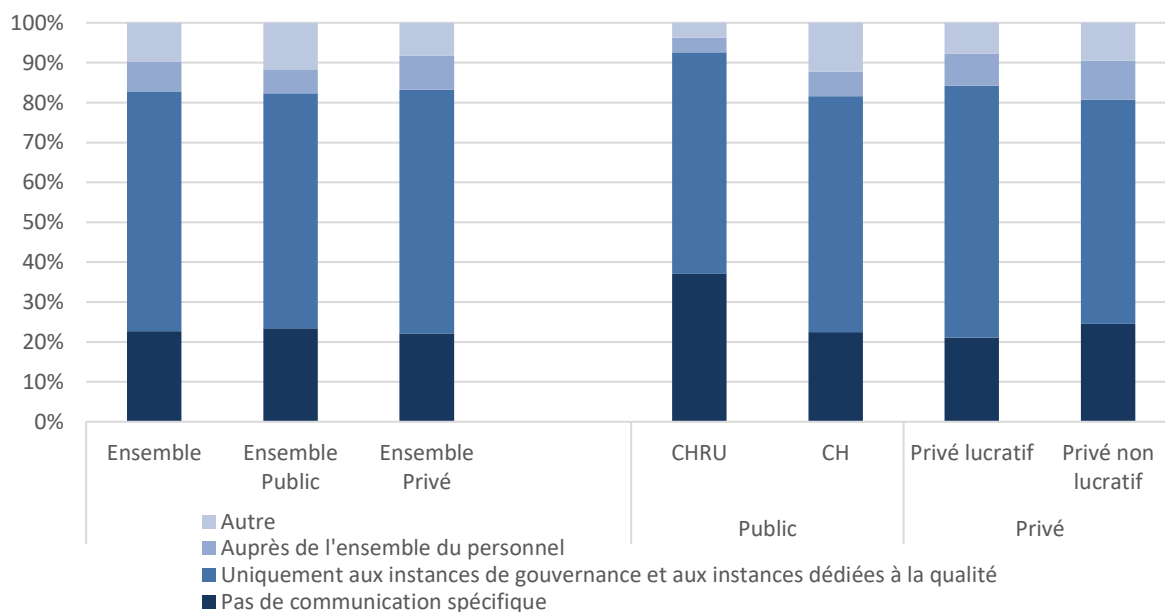


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 50 % considèrent que la consultation des documents mis à disposition par la HAS a été source de facilitation de l'appropriation du dispositif.

29/ Avez-vous communiqué en interne sur la dotation Ifaq perçue en 2022 par votre établissement ?

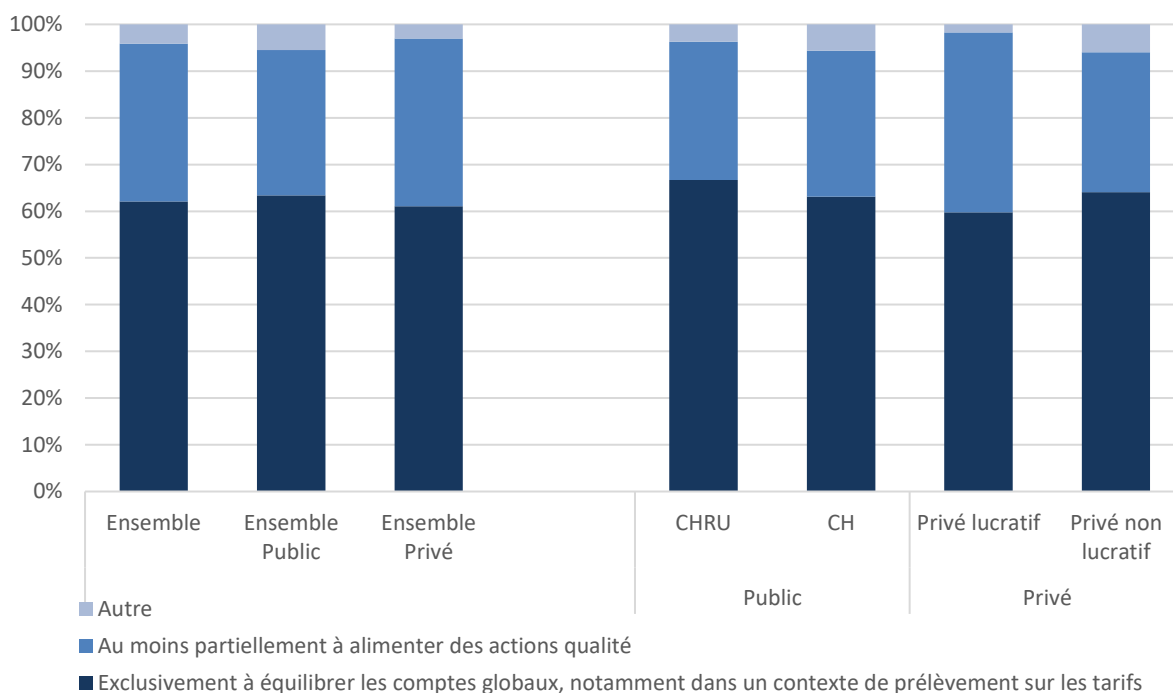


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 22 % déclarent ne pas avoir fait de communication spécifique sur la dotation Ifaq perçue en 2022 par leur établissement.

30/ La dotation Ifaq a-t-elle servi...

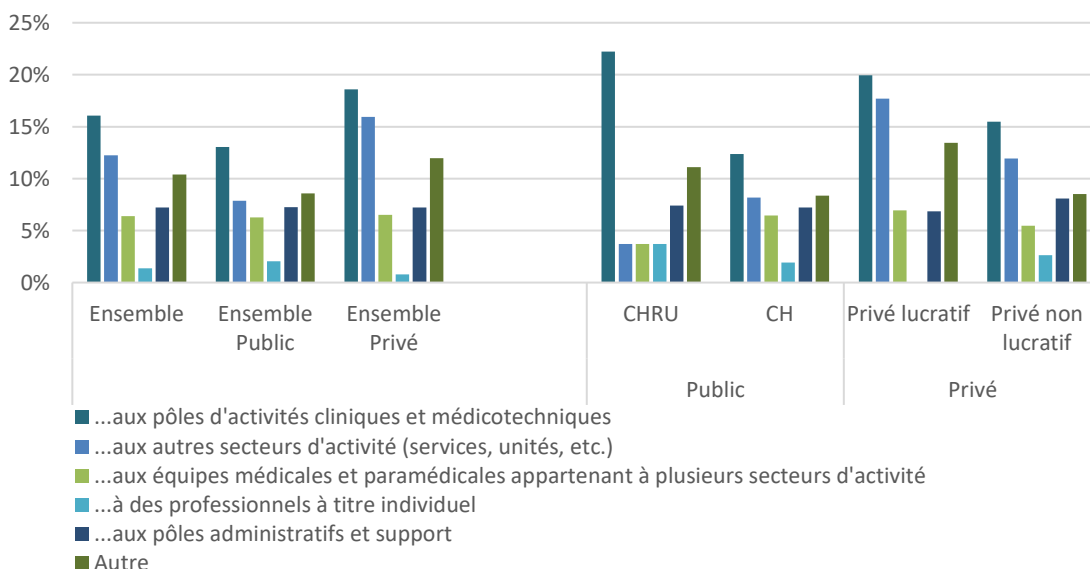


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 60 % déclarent que la dotation Ifaq a exclusivement servi à équilibrer les comptes globaux.

31/ En cas de financement d'actions qualité grâce à la dotation Ifaq, des enveloppes budgétaires sont-elles attribuées...

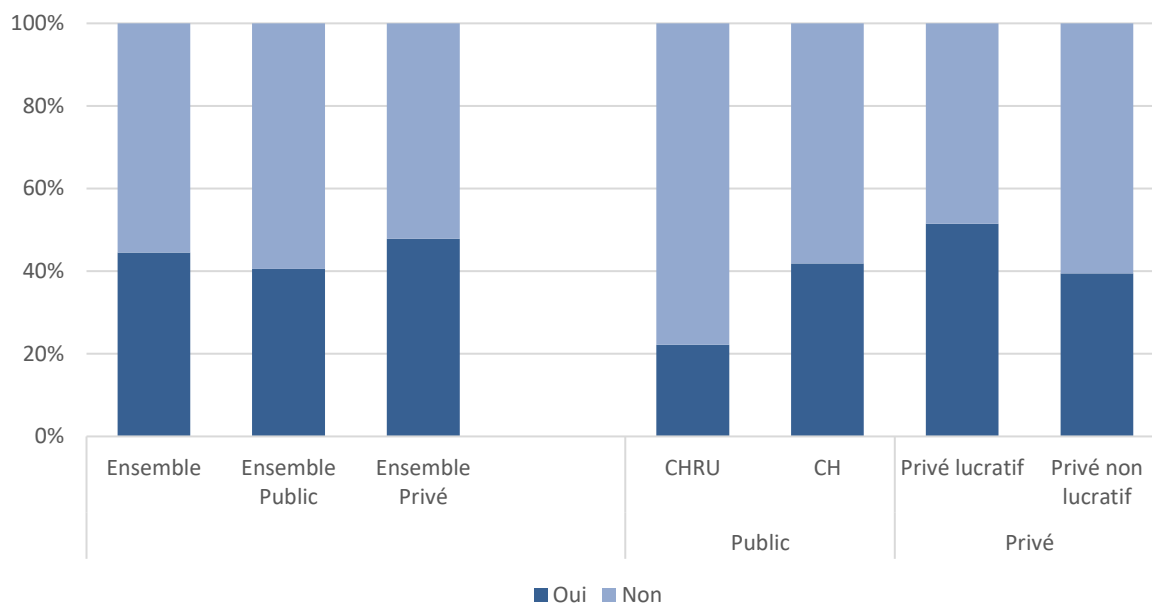


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 15 % déclarent que le financement d'actions qualité grâce à la dotation Ifaq s'est traduit par l'attribution d'enveloppes budgétaires aux pôles d'activités cliniques et médicotechniques. NB : les deux tiers de non-répondants ne sont pas figurés sur le graphique.

32/ Avec l'Ifaq, vous semble-t-il plus facile de mobiliser les équipes autour des questions de qualité et de sécurité des soins ?

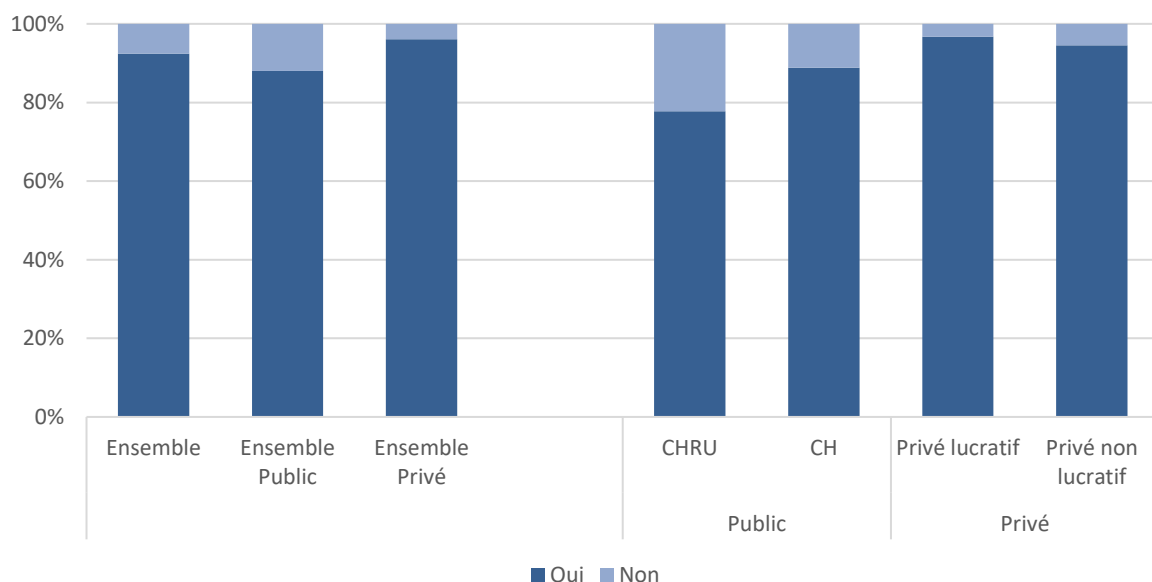


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 45 % déclarent qu'il est plus facile de mobiliser les équipes autour des questions de qualité et de sécurité des soins avec l'Ifaq.

33/ Avez-vous engagé des actions correctrices au vu des résultats l'faq ?

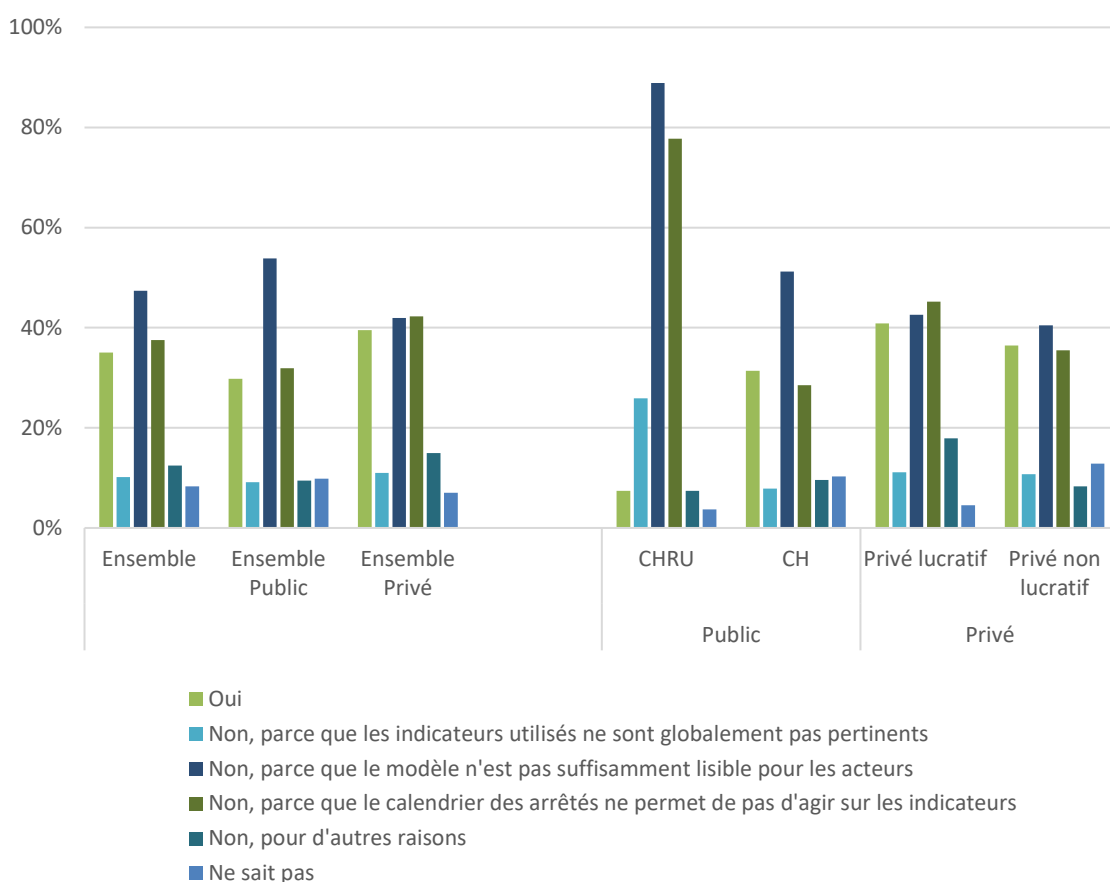


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 92 % déclarent avoir engagé des actions correctrices au vu des résultats l'faq.

34/ Pensez-vous que la dotation Ifaq a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins ?



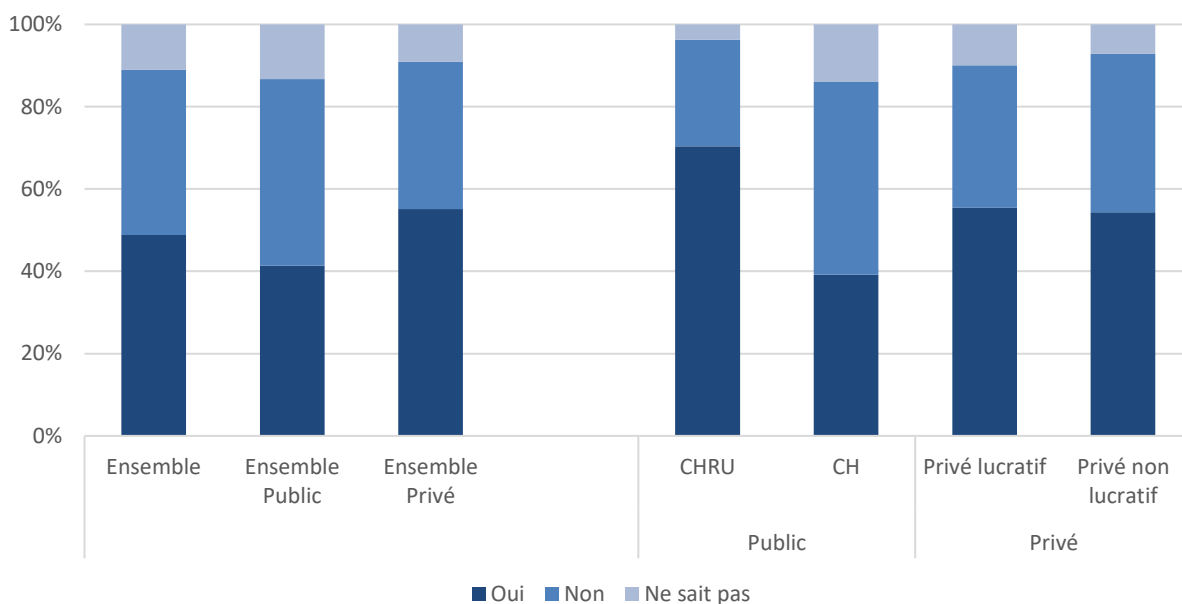
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Note : les centres de lutte contre le cancer semblent plus nombreux que la moyenne des établissements privés à but non lucratif à déclarer que la dotation Ifaq a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 35 % considèrent que la dotation Ifaq a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins.

35/ Percevez-vous des effets indésirables de la mise en place de l'Ifaq ?

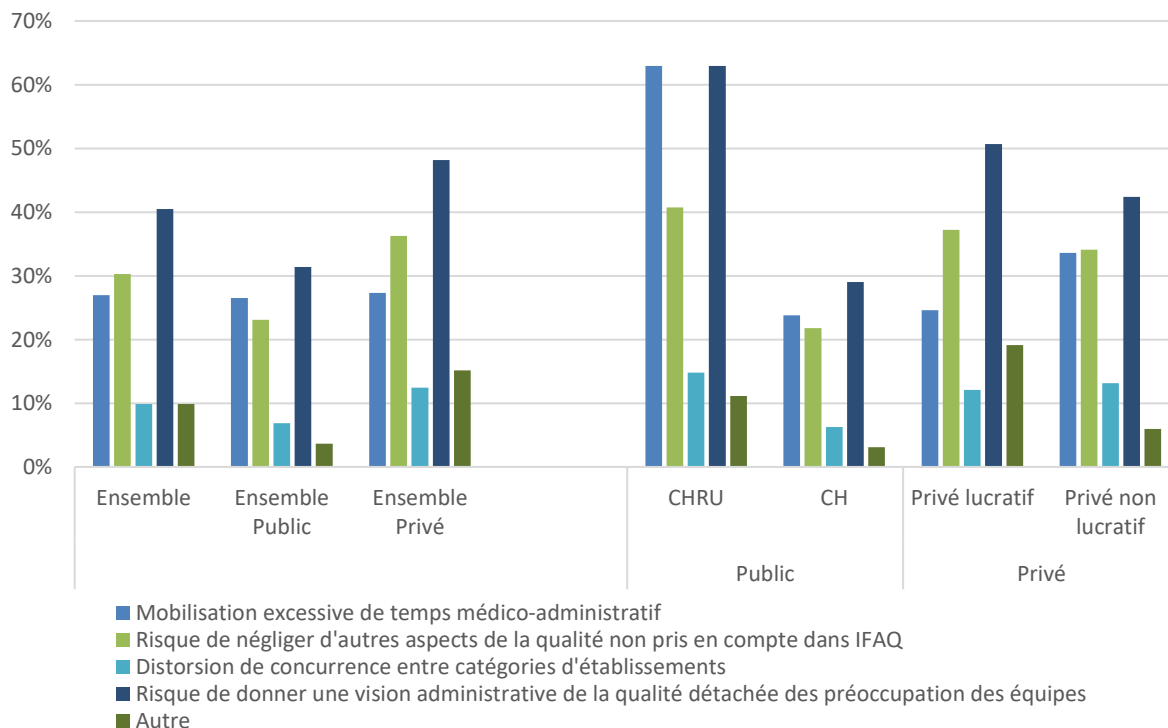


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 50 % perçoivent des effets indésirables à la mise en place de l'Ifaq.

36/ Si oui, lesquels ?

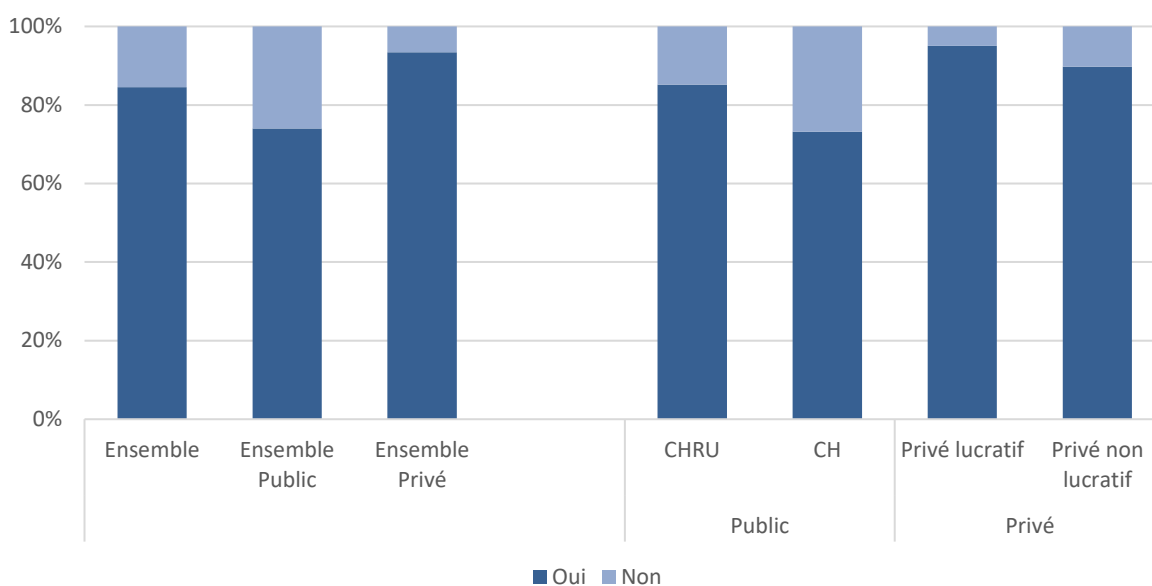


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 25 % considèrent que le dispositif requiert une mobilisation excessive de temps médico-administratif.

37/ Les sommes en jeu représentent-elles un enjeu financier pour votre établissement ?

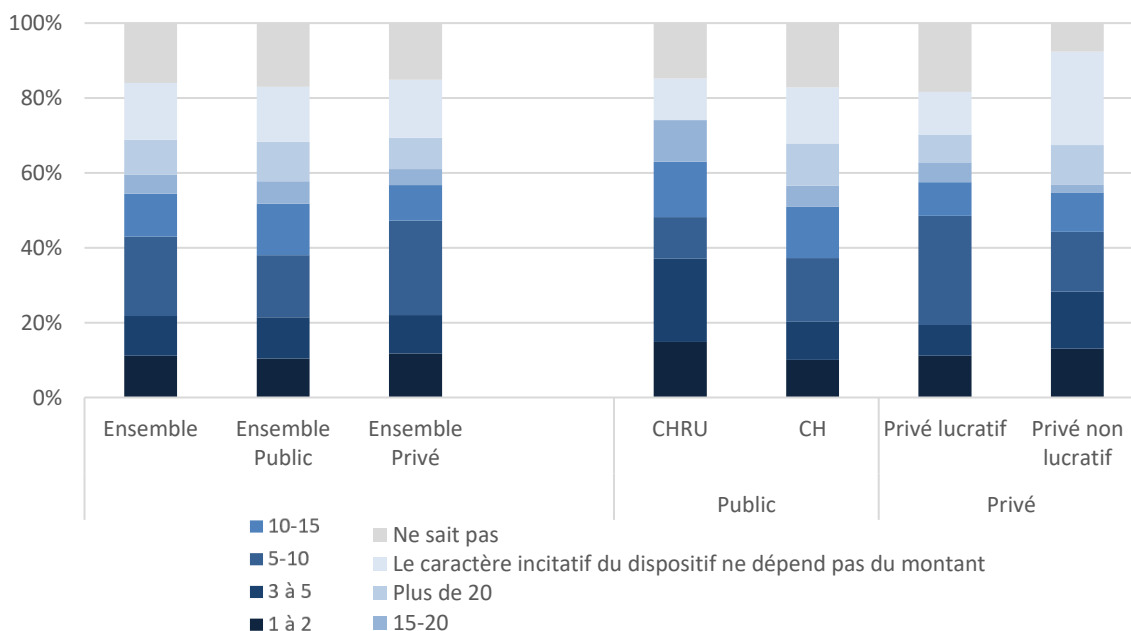


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, 85 % considèrent que les sommes en jeu représentent un enjeu financier pour leur établissement.

38/ À partir de quel montant la dotation Ifaq vous semble-t-elle de nature à pouvoir impulser des modifications de pratiques ? (en % des recettes)

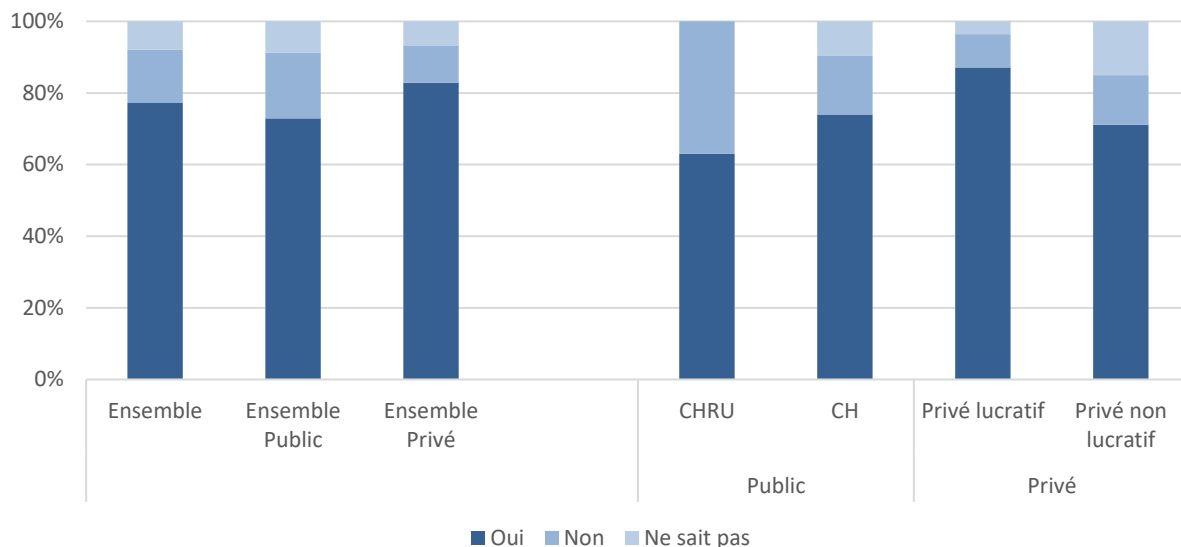


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 20 % considèrent que le montant de la dotation Ifaq devrait être compris entre 5 et 10 % des recettes pour être de nature à pouvoir impulser des modifications de pratiques.

39/ Pensez-vous utile l'introduction d'une dotation spécifique visant à valoriser la qualité de la prise en charge et de l'organisation des structures d'urgence ?

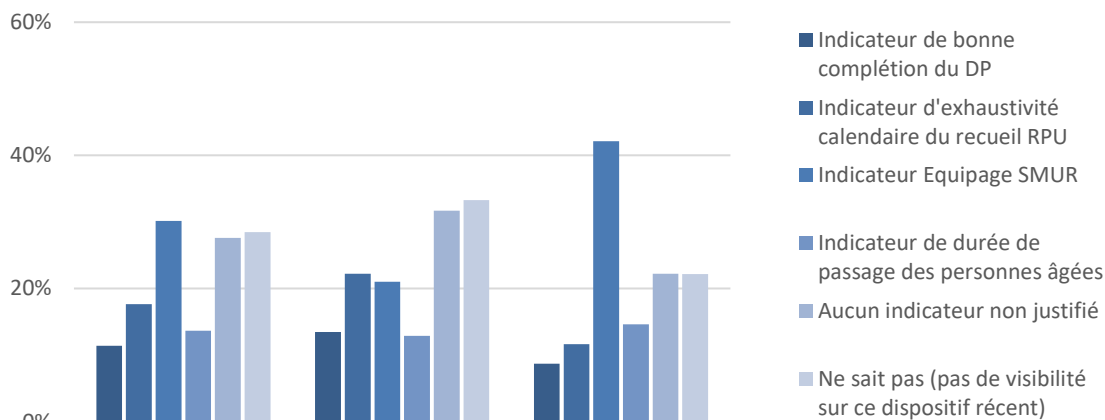


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO et concernés par l'activité des urgences – 264 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements concernés par l'activité des urgences ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 75 % considèrent utile l'introduction d'une dotation visant à valoriser la qualité de la prise en charge et de l'organisation des structures d'urgence.

40/ Quels indicateurs vous semblent éventuellement non justifiés dans le calcul de la nouvelle dotation qualité de l'activité des urgences ?



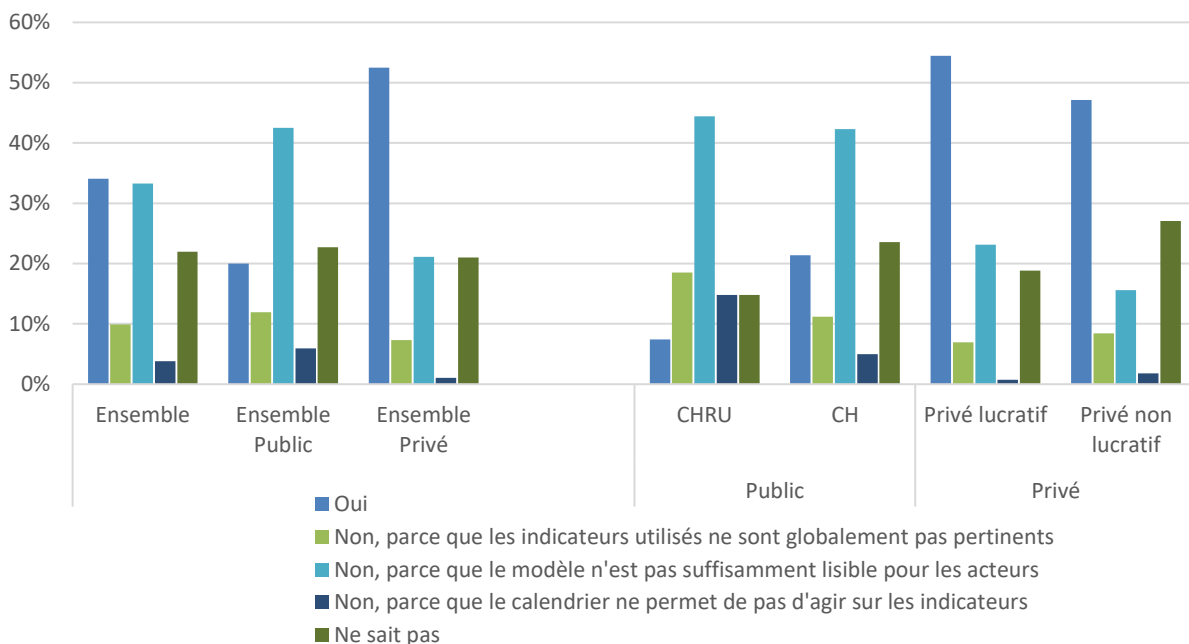
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO et concernés par l'activité des urgences – 264 répondants.

Note : seul un établissement privé dispose de SMUR en 2023 et peut donc prétendre à une rémunération sur l'indicateur relatif à la présence d'un ambulancier au sein de l'équipe SMUR.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements concernés par l'activité des urgences ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 10 % considèrent que l'indicateur de bonne tenue du dossier patient n'est pas justifié dans le calcul de la dotation qualité de l'activité des urgences.

41/ Pensez-vous que cette dotation a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins dispensés au sein des structures d'urgences ?

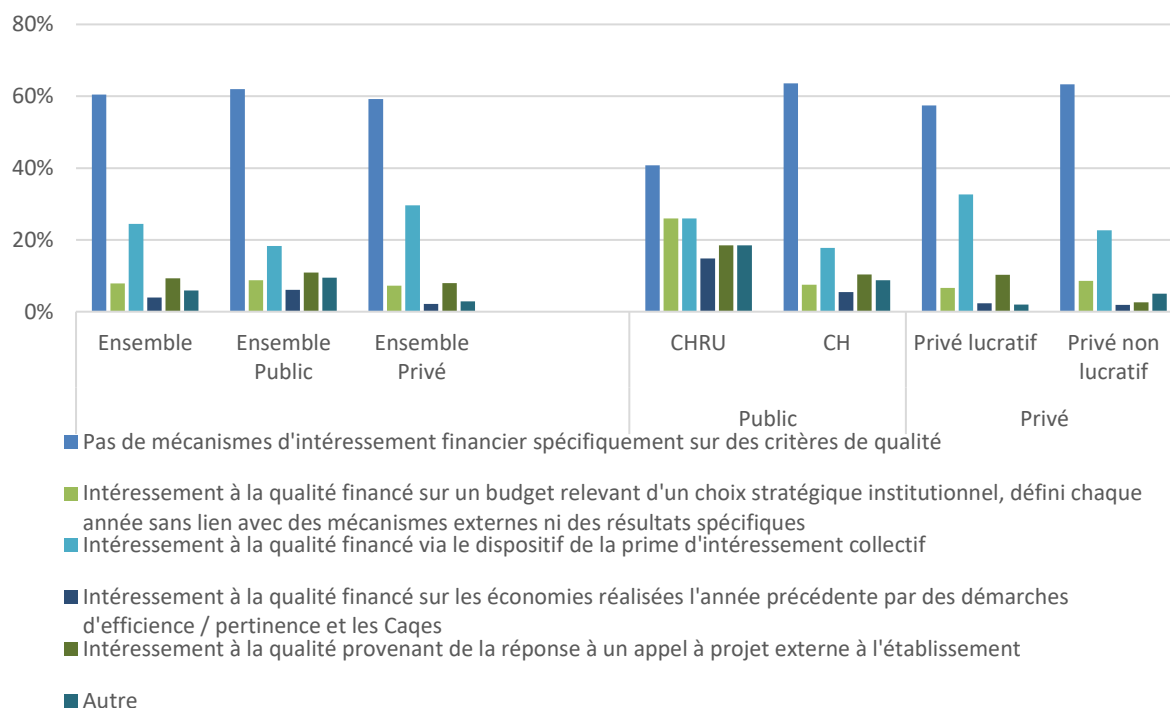


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO et concernés par l'activité des urgences – 264 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements concernés par l'activité des urgences ayant répondu au questionnaire de la mission, environ 35 % estiment que la dotation à la qualité de l'activité des urgences a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins au sein des structures d'urgences.

42/ En dehors des dotations nationales, une partie du budget de l'établissement est-elle consacrée à des intéressements financiers pour des actions d'amélioration de la qualité, sécurité et pertinence des soins ?

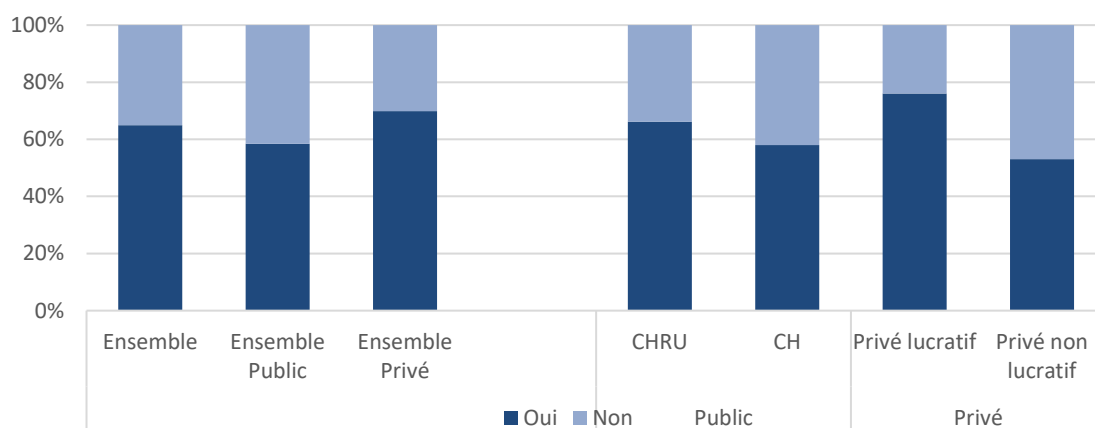


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 60 % déclarent ne pas avoir mis en place d'intéressements financiers pour des actions d'amélioration de la qualité des soins.

43/ Ces démarches d'incitation par intéressement font-elles l'objet d'une contractualisation interne ?



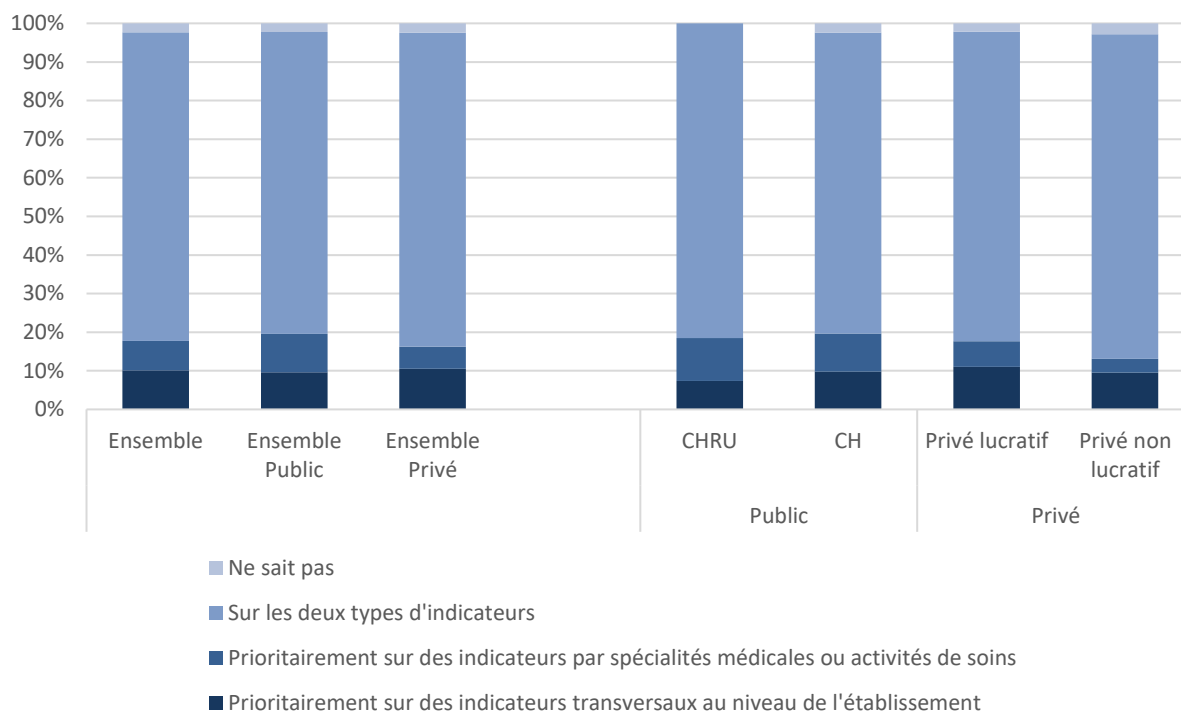
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 193 répondants.

Note : les centres de lutte contre le cancer semblent plus nombreux que la moyenne des établissements privés à but non lucratif à déclarer une contractualisation des dispositifs d'intéressement à la qualité.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire et déclarant avoir mis en place des dispositifs d'incitations financières par intéressement, 65 % déclarent que ces derniers ont fait l'objet d'une contractualisation interne.

44/ Selon vous, sur quels types d'indicateurs les dotations financières fléchées sur la qualité et la sécurité des soins doivent-elles se fonder ?

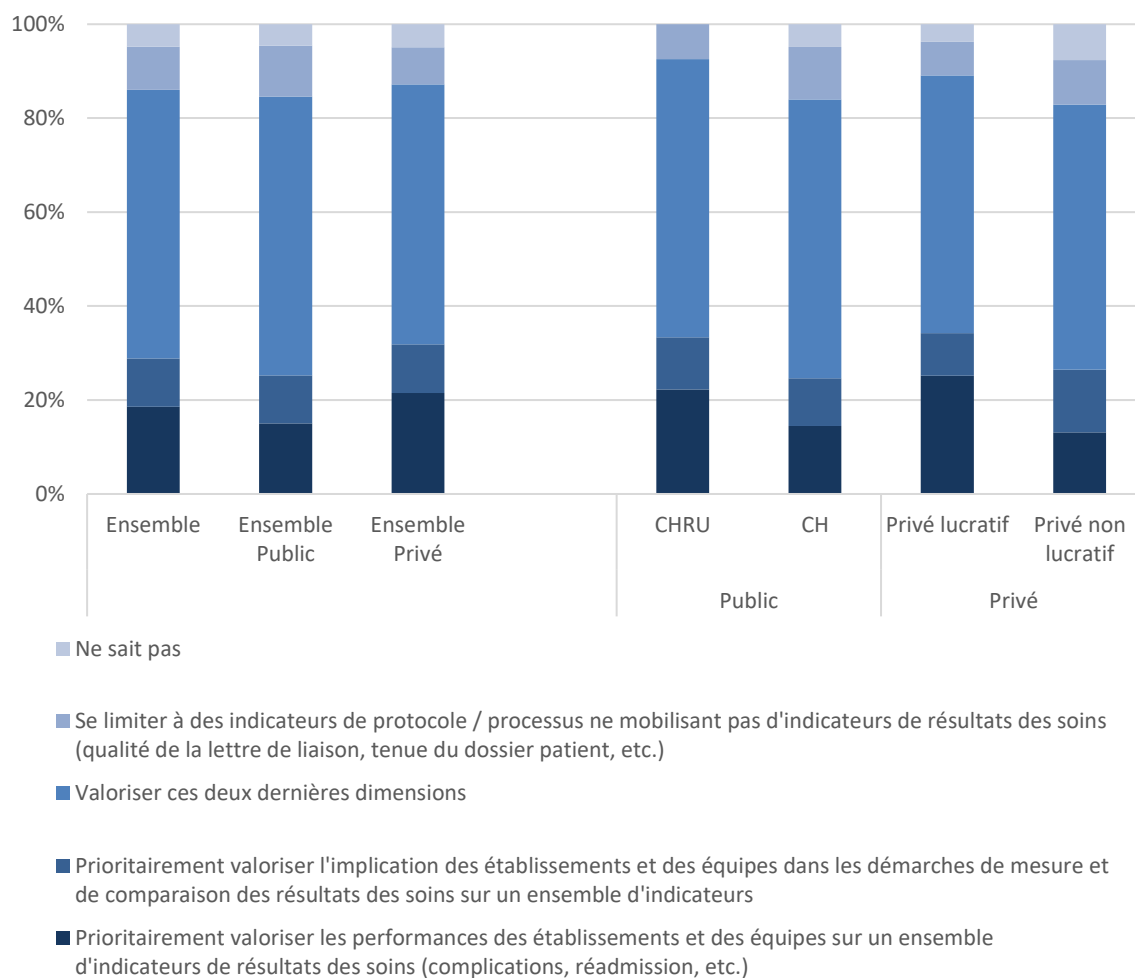


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 80 % considèrent que les dotations financières fléchées sur la qualité et la sécurité des soins devraient se fonder à la fois sur des indicateurs transversaux au niveau de l'établissement et sur des indicateurs par spécialités médicales ou activités de soins.

45/ Selon vous, quelles dimensions ces dotations financières doivent-elles valoriser ?

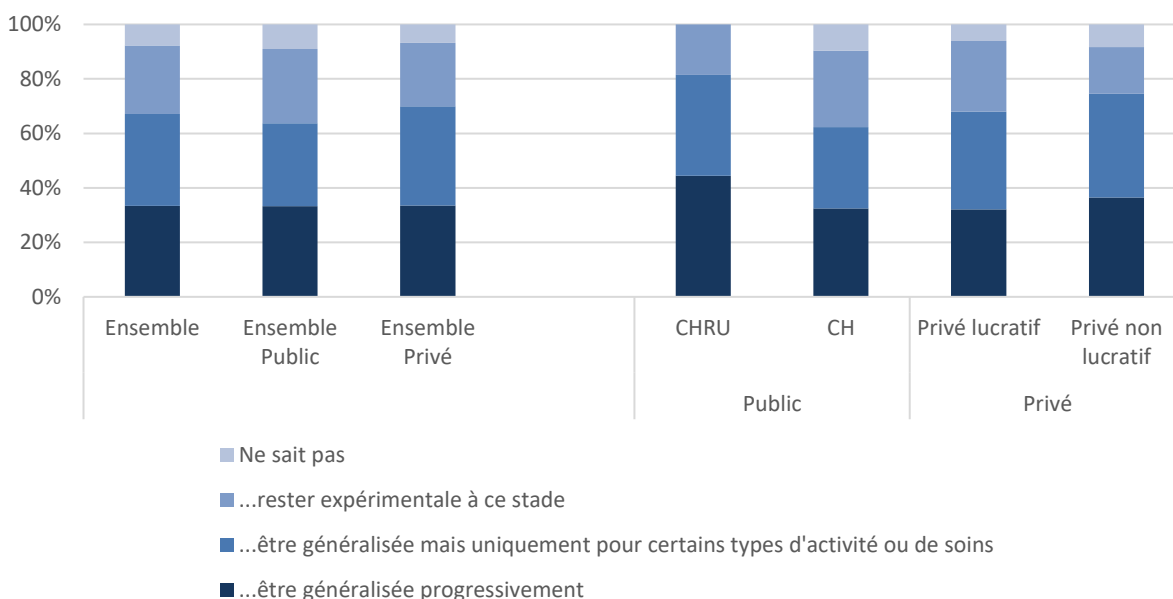


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 10 % considèrent que les dotations financières fléchées sur la qualité et la sécurité des soins devraient valoriser uniquement des indicateurs de processus ne mobilisant pas de résultats des soins.

46/ La pratique de recueil du résultat de soins perçus par le patient (PROMs) devrait-elle....

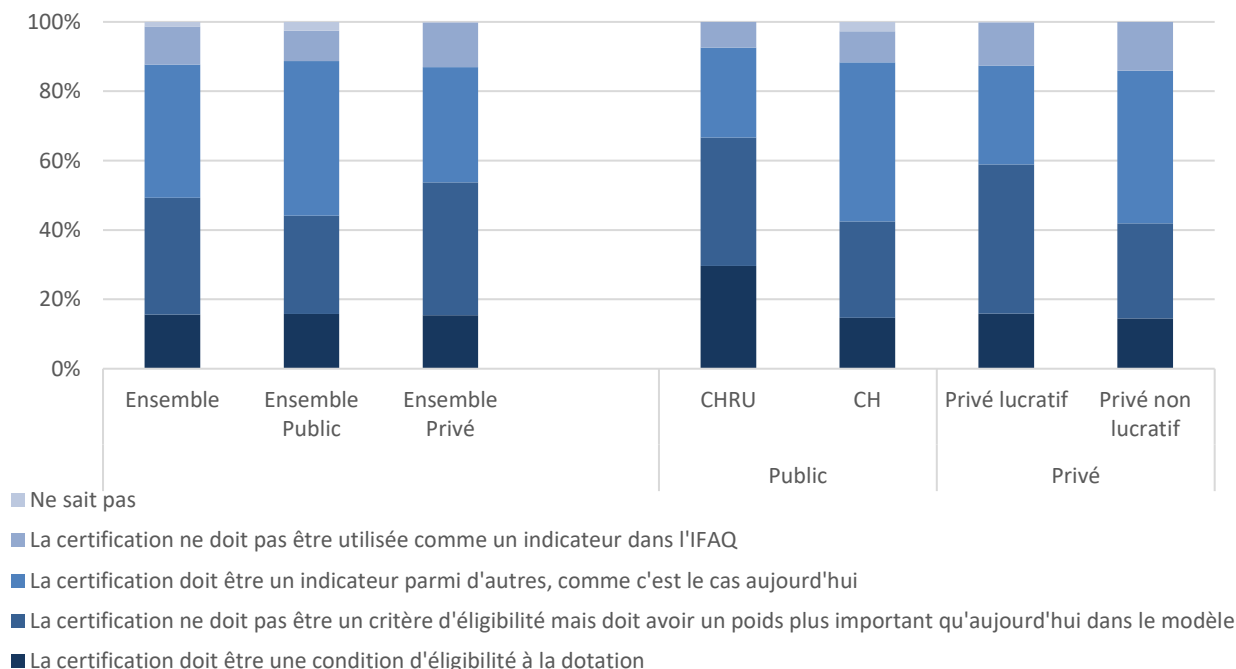


Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, un tiers estiment que la pratique de recueil du résultat de soins perçus par le patient (PROMs) devrait être généralisée progressivement.

47/ Quelle place devrait prendre la certification HAS dans un modèle de financement à la qualité ?



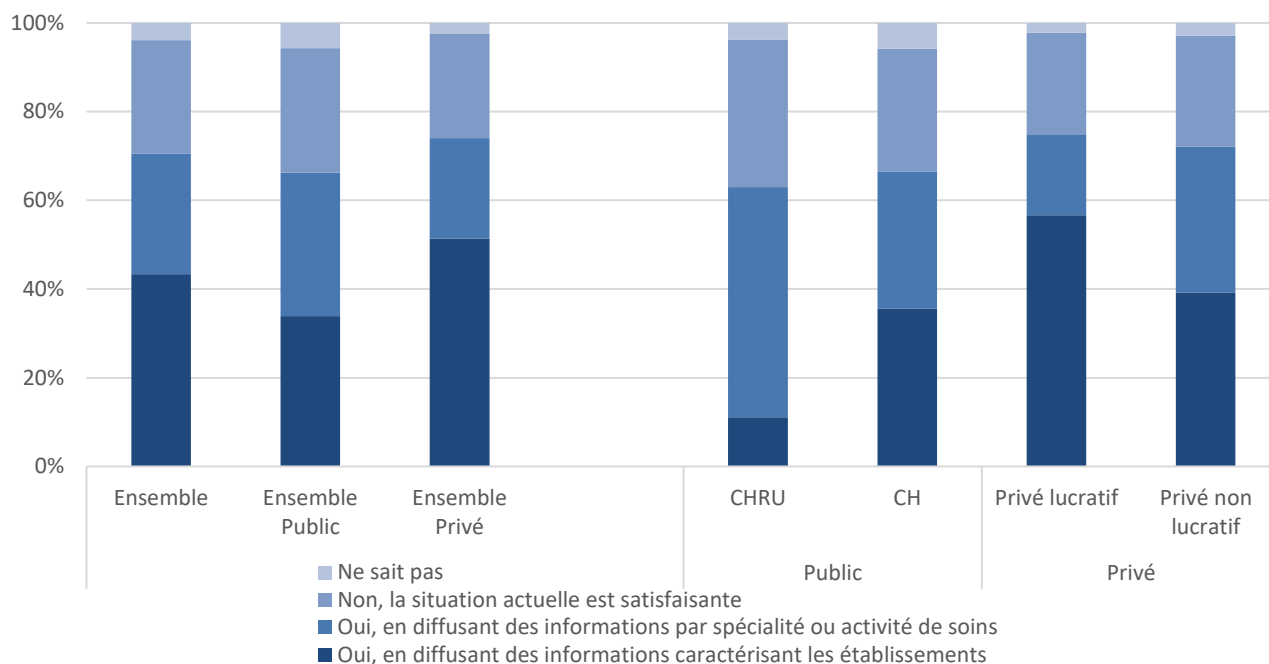
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Note : les centres de lutte contre le cancer semblent plus nombreux que la moyenne des établissements privés à but non lucratif à considérer que la certification devrait être un critère d'éligibilité à la dotation Ifaq.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, environ 15 % considèrent que la certification devrait être une condition d'éligibilité à la dotation Ifaq.

48/ Existe-t-il un besoin d'amélioration de l'information du grand public sur la qualité des soins dispensés par les différents établissements ?



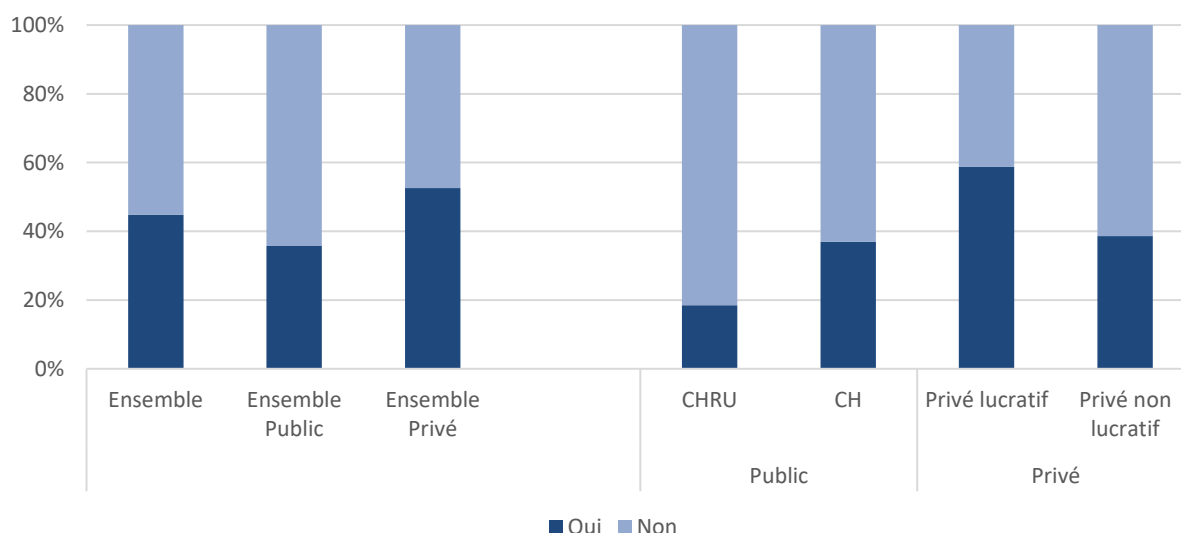
Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants.

Note : les centres de lutte contre le cancer semblent plus nombreux que la moyenne des établissements privés à but non lucratif à déclarer l'existence d'un besoin d'information par spécialité ou activité de soins.

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 43 % considèrent qu'il existe un besoin d'amélioration de l'information du grand public sur la qualité des soins dispensés par les différents établissements.

49/ Les équipes de votre établissement informent-elles leurs patients de l'existence de QualiScope ?



Source : questionnaire adressé aux établissements de santé – calculs mission.

Champ : établissements identifiés dans le calcul de l'Ifaq 2022 comme ayant une activité MCO – 470 répondants

Lecture : parmi les gouvernances d'établissements ayant répondu au questionnaire, 45 % déclarent que les équipes de leur établissement informent les patients de l'existence de QualiScope.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

- **IGAS**

Nadiège BAILLE, Anne-Carole BENSADON, Pierre-Louis BRAS, Pierre-Yves DEMOULIN, Dominique DE WILDE, Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Claude GADY-CHERRIER, Laurent GRATIEUX, Paule KUJAS, Yannick LE GUEN, Thomas LE LUDEC, Stéphane MULLIEZ, Marc PENAUD, Philippe SUDREAU, Thomas WANECQ

- **ADMINISTRATIONS CENTRALES**

Cabinets

Cabinet du Président de la République

Katia JULIENNE, conseillère santé, personnes âgées et handicapées

Cabinet du ministre de la Santé et la Prévention :

Raymond LE MOIGN, directeur de cabinet

Lucie LIGIER, conseillère « établissements de santé »

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Direction générale

Marie DAUDE, directrice générale

Olivier LYON-CAEN, conseiller médical auprès de la directrice générale - qualité des parcours de soins et recertification

Julien CARRICABURU, conseiller médical auprès de la directrice générale – soins primaires et professionnels libéraux

Julie POUGHEON, conseillère spéciale auprès de la directrice générale

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Anne HEGOBURU, sous-directrice

Claire-Lise BELLANGER-MAUFFRET, adjointe à la sous-directrice

Jocelyn COURTOIS, chef de projet réforme du financement

Edith RIOU, cheffe du bureau R5

Fanny CHEVALLIER, adjointe à la cheffe de bureau R5

Mathilde DHUICQ, bureau R5

Christopher POISSON-CALAIS, adjoint à la cheffe du bureau R3

Christine GEFFRIER D'ACREMONT, bureau R3

Julie MUNOZ-BONGRAND, bureau R3

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Marion FAGES, adjointe à la sous directrice
Anne VITOUX, cheffe de la mission qualité et pertinence
Caroline BIZET, mission qualité et pertinence
Judicaël THEVENARD, chef du bureau PF5
Patrick DESMET, chargé de mission au bureau PF5

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Franck VON LENNEP, directeur
Timothée MANTZ, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins
Antoine IMBERTI, adjoint au sous-directeur des études et des prévisions financières

Direction générale de la santé (DGS)

Grégory EMERY, directeur général

Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Fabrice LENGART, directeur
Elisabeth FERY-LEMONNIER, conseillère médicale
Benoît OURLIAC, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
Fabien TOUTLEMONDE, chef du bureau des établissements de santé

Délégation au numérique en santé (DNS)

Hela GHARIANI, co-responsable
Clara MORLIERE, directrice de projets hôpital
Catherine SCHELLES, chargée de vie d'équipe

Conseil stratégique de l'innovation en santé

Natacha LEMAIRE, rapporteure générale

Direction du budget

Marie CHANCHOLE, sous-directrice des budgets des secteurs de la santé, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la solidarité et de l'insertion
Olivier DUFREIX, adjoint à la sous-directrice
Louis NOUAILLE-DEGORCE, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

● **HAS, Cnam, agences nationales**

Haute Autorité de santé (HAS)

Lionel COLLET, président du collège
Catherine GEINDRE, membre du collège, présidente de la commission certification des établissements de santé
Fabienne BARTOLI, directrice générale

Alexandre FONTY, directeur de cabinet

Amélie LANSIAUX, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Emmanuelle BARA, directrice de la communication, de l'information et des relations avec les usagers

Anne CHEVRIER, responsable de la certification des établissements de santé

Pierre-Alain JACHET, responsable de la mission data

Laetitia MAY-MICHELANGELI, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

Sandrine MORIN, adjointe de la cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)

Marguerite CAZENEUVE, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Catherine GRENIER, directrice des assurés

Laurence DAUFFY, directrice de la gestion du risque

Emmanuel FRERE-LECOUTRE, directeur de l'offre de soins

Aurélie OLIVIER, directrice adjointe de l'offre de soins

Odile RAMES, responsable du département de l'hospitalisation puis référente médicale de la direction de la gestion du risque

Marie GOURAIN, responsable du département de l'hospitalisation

Tiphaine MOGUEROU, responsable adjointe du département de l'hospitalisation

Eric HAUSHALTER, responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins

Damien VERGE, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)

Agence

Housseyni HOLLA, directeur

Dr Max BENSADON, directeur adjoint, chef du service architecture et production informatiques

Véronique CHOUVY-SAUVADET, cheffe de service financement et analyse économique

Joëlle DUBOIS, cheffe de service classifications, informations médicales et modèles de financement

Clément RALLET, chef de service adjoint financement et analyse économique

Bernard KREITMANN, chef de projet senior - EVALsanté

Thierry PROST, chargé de mission partenariats

Maxence UBERTALLI, ingénieur statisticien

Conseil d'administration de l'ATIH

Pr Lise ROCHAIX, présidente

Conseil scientifique de l'ATIH :

Pr Régis BEUSCART, responsable de l'enseignement de biostatistique et d'informatique médicale à la Faculté de médecine de Lille 2, président

Carine MILCENT, directrice de recherche CNRS, vice-présidente

Agence nationale d'appui à la performance (Anap)

Anne-Marie ARMENTERAS-DE SAXCE, présidente, par ailleurs présidente du *think tank* « Health and tech » et ancienne directrice générale de l'offre de soins et membre du collège de la HAS

Santé publique France (SPF)

Dr Bruno COIGNARD, directeur des maladies infectieuses
Laetitia GAMBOTTI, responsable de l'unité infections associées aux soins et résistance aux antibiotiques

Agence de la biomédecine (ABM)

Marine JEANTET, directrice générale
Pr Michel TSIMARATOS, directeur général adjoint chargé de la politique médicale et scientifique
Dr Hélène LOGEROT, cheffe du pôle organisation et financement des activités de soins
Dr Sophie LUCAS-SAMUEL, cheffe du pôle sécurité-qualité
Séverine GRELIER, cheffe de projet maîtrise des risques et démarche qualité

Institut national du cancer (INCa)

Philippe Jean BOUSQUET, directeur des sciences des données et de l'évaluation
Anne DUVIARD, responsable du département organisation et parcours de soins
Jingyuan LIN, cheffe de projet sur les dossiers autorisation et référentiels

● **AGENCES REGIONALES DE SANTE, CAISSES PRIMAIRES, OPERATEURS REGIONAUX**

ARS Ile-de-France

Arnaud CORVAISIER, directeur de l'offre de soins
Fabien PERUS, directeur du pôle efficience
Laure-Anne SCHERRER, responsable du département pilotage médico-économique des établissements de santé
Anne de SAUNIERES, cheffe du département de la politique du médicament et de la démarche qualité pertinence

ARS Auvergne Rhône-Alpes

Nadège GRATALOUP, directrice de l'offre de soins
Isabelle DANIELOU, conseillère technique régionale

ARS Bourgogne-France-Comté

Jean-Jacques COIPLLET, directeur général
Dr Mohamed SI ABDALLAH, directeur général adjoint
Anne-Laure MOSER MOULAA, directrice de l'offre de soins et de l'autonomie

Bertrand HURELLE, directeur adjoint de l'offre de soins et de l'autonomie - responsable du département pilotage et régulation de l'offre de soins
Daisy BOURLON, cheffe de projet pertinence, efficacité, coopération à la direction de l'offre de soins et de l'autonomie
Cédric DUBOUDIN, directeur de la stratégie et du pilotage
Alain MORIN, directeur de la santé publique
Nathalie HERMAN, directrice adjointe de la santé publique
Aline GUIBELIN, directrice de la délégation territoriale de la Côte d'Or
Pr Alain BERNARD - Président de l'Instance régionale d'appui à la pertinence des soins (IRAPS) à l'agence régionale de Bourgogne France Comté

CPAM de Côte d'Or

Lilian VACHON, directeur général

ARS Hauts-de-France

Jean-Christophe CANLER, directeur général adjoint
Maxime MOULIN, directeur de Cabinet
Cécile CANESSE, cheffe de cabinet
Pierre BOUSSEMART, directeur de l'offre de soins
Aude SOURY-LAVERGNE, conseillère technique à la direction de l'offre de soins

ARS Nouvelle-Aquitaine

Samuel PRATMARTY, directeur de l'offre de soins
Aude DEIT, responsable du pôle pertinence efficacité des parcours de soins et développement durable à la direction de l'offre de soins
Valérie LAVIGNASSE, responsable du pôle financement des établissements de santé à la direction de l'offre de soins
Sophie BONNO-MARTAGEIX, adjointe au responsable du pôle performance de la direction de la protection de la santé et de l'autonomie
Nathalie VIDAL, responsable cellule qualité et innovation organisationnelle de la direction de la protection de la santé et de l'autonomie

ARS Occitanie

Emmanuelle MICHAUD, directrice adjointe de l'offre de soins et de l'autonomie, responsable du pôle soins hospitaliers
Brice GARROS responsable de l'unité efficacité de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie
Marielle GUERIT, coordinatrice des relations ARS/Assurance maladie

Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé (FORAP) - structures régionales d'appui

Emmanuel SEHIER, conseiller partenariats au réseau qualité Bourgogne Franche-Comté (REQUA), président

Noémie TERRIEN, coordinatrice responsable du réseau QUALIrel, structure régionale d'appui Pays de Loire vice-présidente puis présidente

Olivier NOUVELOT, directeur du réseau qualité Bourgogne Franche-Comté (REQUA)

Anne Sophie URBAIN, directeur de la structure régionale d'appui Grand Est, pôle communication

Marie-France ANGELINI-TIBER, directrice opérationnelle de la structure régionale d'appui de l'Océan Indien (Orizon)

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)

Margaux CREUTZ-LEROY, médecin de santé publique, réseau périnatal Lorrain, présidente de la fédération

● **EXPERTS**

Haut Conseil de la santé publique

Pr Didier LEPELLETIER, président

Sylvia BENZAKEN, médecin biologiste, spécialisée en immunologie, exerçant au CHU de Nice, membre du collège

Pr Joël COSTE, ancien membre du HCSP, en charge de l'auto-saisine du HCSP sur la santé perçue

François EISINGER, président de la commission spécialisée « déterminants de santé et maladies non transmissibles »

Matthieu SIBE, maître de conférences - université de Bordeaux – membre de la commission spécialisée « système de santé et sécurité des patients »

Anne Paule DUARTE, enseignante-chercheuse à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, membre de la commission spécialisée « système de santé et sécurité des patients »

Isabelle MILLOT, médecin spécialiste en santé publique, directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Bourgogne-Franche-Comté, membre de la commission spécialisée « déterminants de santé et maladies non-transmissibles »

Dr Ann PARIENTE-KHAYAT, médecin de santé publique, secrétaire générale

Marie-France DACREMONT, chargée de mission

Ancienne « task force » réforme du financement de la santé

Jean-Marc AUBERT, président IQVIA France, ancien directeur de la Drees et pilote de la *task force*

Didier GUIDONI, directeur du CH de l'Ouest Guyanais, membre de la *task force*

Clémence MARTY-CHASTAN, bourse Commonwealth Fund et Université de Californie à San Francisco, ancienne directrice du pilotage de la transformation à l'AP-HP et membre de la *task force*

Elisabeth FERY-LEMONNIER, conseillère médicale du directeur de la Drees, membre de la *task force*

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (Irdes)

Denis RAYNAUD, directeur
Julien MOUSQUES, directeur de recherche
Zeynep OR, directrice de recherche
Damien BRICARD, maître de recherche

Economistes

Pr Etienne MINVIELLE, directeur du centre de recherche en gestion de l'Ecole polytechnique, médecin de santé publique, Institut Gustave Roussy, ancien copilote du groupe COMPAQ de l'EHESP
Pr Lise ROCHAIX, professeur affiliée à l'école d'économie de Paris
Pr Nicolas SIRVEN, professeur en sciences économiques à l'EHESP
Anne-Laure BEAUSSIER, chargée de recherche au CNRS
Dominique POLTON, conseillère scientifique du HCAAM et vice-présidente du conseil scientifique EHESP
Thomas PELLOQUIN – doctorant, école d'économie de Paris

Experts du système de santé

Guillaume COUILLARD, directeur du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, ancien conseiller santé au cabinet du Premier Ministre et ancien directeur général adjoint aux Hospices civils de Lyon
Angèle MALATRE-LANSAC, déléguée générale de l'alliance pour la santé mentale, ancienne membre du cabinet du ministre de la Santé et ancienne directrice déléguée à la santé de l'Institut Montaigne
Félix FAUCON, président EIT Health, inspecteur général des affaires sociales honoraire, ancien chef de service à la direction générale de l'offre de soins

Professionnels de santé

Pr Bertrand MILLAT, chirurgien, professeur émérite à l'université de Montpellier, auteur du rapport sur la généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques
Pr Antoine DUCLOS, PU-PH aux HCL et à l'Université Lyon 1, directeur RESHAPE, affilié à Harvard Medical School / Brigham and Women's Hospital, Center for Surgery and Public Health, Boston
Pr VALLANCIEN, professeur honoraire des universités, membre de l'académie de médecine, président de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM)
Pr Patrick PESSEAUX, chef de service de chirurgie viscérale et digestive du CHU de Strasbourg
Pr Catherine QUANTIN, cheffe de pôle adjointe - biostatistiques et informatique médicale CHU Dijon
Pr Alain BERNARD, chirurgien thoracique, ancien chef de pôle CHU Dijon, ancien directeur l'organisme DPC pour la chirurgie thoracique et cardio vasculaire

● **PATIENTS ET USAGERS**

France Assos Santé

Claude RAMBAUD, première vice-présidente
Marc MOREL, directeur général
Jean-Pierre THIERRY, conseiller médical

Renaloo

Nathalie MESNY, présidente
Yvanie CAILLE, fondatrice
Bruno LAMOTHE, responsable du plaidoyer
Roland CASH, économiste de la santé

Institut français de l'expérience patient (IFEP)

Pr Philippe MICHEL, président

● **CONSEILS NATIONAUX PROFESSIONNELS**

Fédération des spécialités médicales (FSM)

Pr Olivier GOËAU-BRISSONNIERE, président
Valérie Le BORGNE, déléguée générale

Conseils nationaux professionnels (CNP) et sociétés savantes

Conseil national professionnel de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Pr Marcel Dahan, CHU Toulouse, responsable base de données EpiThor
Pr Pascal Alexandre Thomas - APHM

Conseil national professionnel de chirurgie vasculaire et endovasculaire

Pr Jacques CHEVALIER, président

Société française de chirurgie orthopédie et traumatologique – SOFCOT

Pr Stéphane BOISGARD, président, chef de service CHU Clermont-Ferrand, ancien président du CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique
Dr Roger BADET, chirurgien orthopédiste, trésorier, vice-président du CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique
Pr Moussa HAMADOUCHE, chirurgien orthopédiste à l'AP-HP, secrétaire général
Eléonore BRACKENBURY, coordinatrice administrative et scientifique - CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique

● **FEDERATIONS ET CONFERENCES HOSPITALIERES**

Fédération hospitalière de France (FHF)

Cécile CHEVANCE, responsable du pôle offre de soins, finances, FHF data, recherche, e-santé
Aurélien SOURDILLE, responsable adjoint du pôle offre de soins

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)

Charles GUEPRATTE, directeur général
Arnaud JOAN-GRANGE, directeur de l'offre de soins
Sarah BEKHADA, directrice adjointe de l'offre de soins
Clara LEPOUTRE, conseillère Santé

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Christine SCHIBLER, déléguée générale
Thierry BECHU, délégué général FHP MCO
Bertrand SOMMIER, secrétaire général, en charge du numérique en santé
Marie-Claude VIEZ, directrice de la stratégie

UNICANCER

Sophie BEAUPERE, déléguée générale
Sandrine BOUCHER, directrice stratégie médicale et performance
Aurore VINOLAS, chef de projet qualité et gestion des risques
Jeanne BERTRAND, directrice de cabinet

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Dr Elisabeth HUBERT, présidente
Mathurin LAURIN, délégué national
Anastasia STRIZYK, conseillère juridique et stratégique des établissements de santé adhérents, référente sur les sujets qualité des établissements de santé

Conférences nationales des établissements publics

Conférence des présidents de CME des CHRU

Pr Rémi SALOMON, PCME de l'AP-HP, président
Dr Marie-Christine TURNIN, vice PCME CHU Toulouse, vice-présidente de la commission « gouvernance, financement des hôpitaux, investissements »
Dr Karine GUIGNERY-KADRI, vice PCME CHU Rouen, référente qualité

Conférence nationale des présidents de CME et de CMG des CH

Dr Thierry GODEAU, PCME CH La Rochelle, président
Dr David PINEY, vice PCME GHT Hôpitaux Sud Lorraine, vice-président
Dr Jean-Marc FAUCHEUX, PCME CH Agen-Nérac, directeur qualité du GHT, membre du bureau
Dr Cynthia GARIGNON, PCME Centre Hospitalier St Briec Paimpol Tréguier, membre du bureau

Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents des CME de CH

Dr Marie-Noëlle PETIT, PCME CH Montfavet (Avignon), présidente

Conférence nationale des présidents et vice-présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés

Dr Christophe SCHMITT, PCME du CH de Jury-les-Metz, président

Conférence nationale des directeurs généraux des CHRU

Anne COSTA, directrice générale du CHU Poitiers, présidente de la commission qualité de la conférence
Jean-Christophe ROUSSEAU, directeur général adjoint CHU Limoges, commission qualité de la conférence

Jean PETIT, conseiller médical du CHU Poitiers, commission qualité de la conférence
Olivier BOSSARD, directeur général du CHU Saint-Etienne, président de la commission des finances de la conférence

Nicolas MEYNIEL, directeur des finances et du contrôle de gestion CHU Saint-Etienne, commission des finances de la conférence

Aurélie DOSSIER, directrice des finances et du contrôle de gestion CHU de Rouen, commission des finances de la conférence

Céline WASMER, secrétaire générale de la conférence

Conférence nationale des directeurs généraux des CH

Cécilia WAHEO, directrice du CH Loire Vendée Océan, secrétaire générale

Danielle FREGOSI, directrice du CH de Pays d'Apt, référente des questions portant sur la qualité des soins, l'efficacité, les procédures de certification et d'autorisation, les médicaments et produits de santé.

Laurence BERNARD, directrice générale du GHT Nord Dauphiné, référente des questions financières, des questions relatives aux GHT, aux hôpitaux de proximité, à la gouvernance et plus généralement à la conduite de changement.

- **Etablissements de santé et autres offreurs de soins**

ILE-DE-FRANCE

Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Direction générale

Stéphanie DECOOPMAN, directrice générale adjointe

Pr Catherine PAUGAM, directrice générale adjointe, anesthésiste-réanimateur, PUPH

Camille DUMAS, direction des finances

Christine GUERI, directrice qualité partenariat patients / VBHC

Dr Sandra FOURNIER, direction qualité partenariat patient

Catherine MONTEIL, direction qualité partenariat patient

Ayden TAJAHMADY, direction de la stratégie

Projet Value-Based Health Care

Dr Virginie LUCE-GARNIER, anesthésiste, directrice de projet

GHU Sorbonne

Aude GOLDSZTEJN, directrice qualité, gestion des risques et expérience patients GHU Sorbonne

Jérôme HUBIN, directeur des finances

Pr Bertrand GUIDET, représentant médical hôpital Saint Antoine

Pr Vincent DEGOS, réanimateur - chef de service - Pitié Salpêtrière

GHT Yvelines Nord

Direction commune

Diane PETTER, directrice générale

Damien HUGOT, directeur de la qualité, gestion des risques, et relations avec les usagers

Marc CHAMPION, directeur des affaires financières

Hadjila LEROUGE, coordinatrice générale des soins
Alexandra HAUDIDIER, adjointe à la coordinatrice générale des soins
Dr LAWRENCE, responsable hygiène pour la direction commune et de la qualité
Florence MICHON élève directrice des soins

CHI Meulan-Les Mureaux

Sébastien KRAUTH, directeur
Dr Serge LOKO, président de la CME
Anne-Marie COLLET, responsable qualité, coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins
Dr Jean-Frédéric COBLENCE, chef de service de chirurgie
Aurélie DIMBAS-HANNEQUART, cadre de pôle
Valérie ELPHENOR, cadre de santé
Dr Khaoula FARAH, médecin - service de médecine polyvalente
Rabia AIT OUFKIR, cadre de santé

CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye

Laure LEFRANC, directrice déléguée
Dr Valérie SERAZIN-LEROY, présidente de la CME
Sofia COLADO, directrice des soins
Dr Xavier GALLIMARD, chef du pôle gériatrie, chef du service de gériatrie aigue
Dr Emmanuelle ORRU, structure interne gestion des risques qualité
Suzanne GIRARDEAU-LEROY, cadre de pôle
Dr Béatrice PELLEGRINO, pédiatre
Pr Paul BERVEILLER, chef du service suites de couche de la maternité
Héléna SEGAIN, cadre de pôle
Karine LAFFERRERE, cadre de service

Mantes-la-Jolie, Centre hospitalier François Quesnay

Dr Béatrice PELLEGRINO, pédiatre, vice-présidente de la CME

Groupe Elsan

Siège

Dr Myriam COMBES, directrice de la stratégie et des relations médicales
Florian QUILHAC, adjoint direction de la qualité
Carole PUIG-CHEVRIER, directrice des affaires publiques

Clinique de l'Estrée à Stains (Seine Saint-Denis)

Gorka NOIR, directeur de territoire Elsan
Madjid TALBI, directeur opérationnel
Catherine LEVACHER, attachée de direction
Amine BENHABIB, pharmacien-gérant
Joanita RAMSAMY, responsable amélioration de la qualité
Sébastien CARRE, directeur des soins infirmiers

Groupe UGECAM

Sandrine BILLET, directrice générale adjointe - DGA
Isabelle RENCK, directrice financière

Marie PREVOT, directrice de mission - responsable du département métier
Jean-Luc FERRE, directeur de mission, responsable qualité

CPTS des 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Paris

Dr Jeanne GISPERT, médecin généraliste, coprésidente CPTS 13
François SIMON, infirmier, président CPTS 14
Dr Marie-Laure ALBY, médecin généraliste, trésorière CPTS 14
Dr Hector FALCOFF, médecin généraliste CPTS 13
Dr Sylvain EMY, médecin généraliste CPTS 14
Dominique CERF, coordinatrice CPTS 14

NOUVELLE AQUITAINE

CHU de Bordeaux

Direction générale

Yann Bubien, directeur général
Pr Nicolas GRENIER, président de la CME
Elodie COUAILLER, directrice des finances et du contrôle interne
Dr Florence SAILLOUR service d'information médicale - pôle sante publique - projets du CHU et outils sur la pertinence des soins
Dr Vianney JOUHET, service d'information médicale - entrepôt données de santé
Dr Gaëlle MARGUE projet Uroconnect : parcours, qualité et sécurité des soins
Nicolas TACHON, directeur du parcours patient
Pr Gwendal LE MASSON projets et enjeux parcours du CHU
Dr Isabelle MAACHI cheffe du pôle produits de santé - action de la PUI en matière de qualité, sécurité et pertinence des soins
Valérie ALTUZARRA, directrice du pôle « qualité, gestion des risques, prévention parcours » - e-Satis, expérience patient

Service des grossesses pathologiques

Pr Loïc SENTHILES, chef du service
Gwenaëlle DELUCHE, sage-femme cadre supérieure de pôle

Maison de santé protestante de Bordeaux Bagatelle – HAD

Nathalie RENVERSADE, directrice de la HAD
Corinne HENRY-FRANK, directrice Clientèle - qualité gestion des risques et communication
Dr Vincent HERNANDEZ médecin coordonnateur
Natacha CRESSON, infirmière de coordination hospitalière

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

CHU de Dijon

Freddy SERVEAUX, directeur général
Pr Alain BONNIN, président de CME
Florence MARTEL, directrice de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers
Pascal TAFFUT, directeur des Finances

Christine TROJAN, directrice des soins
Romain FISCHER, directeur des ressources humaines
Florent PEEREN, directeur du contrôle de gestion et de la facturation
Sandrine BOCCARD, infirmière anesthésiste et référente douleur
Adeline BUCHET, cadre supérieure du pôle gynécologie obstétrique biologie de la reproduction
Corinne CALARD, coordonnatrice des soins
Pr Hervé DEVILLIERS, chef de service médecine interne
Dr Mélanie DIPANDA, chef de service du SSR gériatrique
Dr Didier HONNART, urgentiste et expert visiteur à la HAS
Dr Yann JULIEN, chirurgien orthopédiste
Dr Anne-Sophie MARIET, praticien au département d'information médicale
Dr Christophe MICHIELS, vice-président de CME
Pr Catherine QUANTIN, cheffe du service du département d'information médicale
Pr Alain BERNARD, responsable du programme pertinence
Pr Frédéric RICOLFI, chef de service de neuroradiologie et radiologie des urgences
Dr Denis SEMAMA, chef de service pédiatrie néonatale et réanimations
Dr Thibault SIXT, infectiologue
Dr Agnès TESTENIERE, coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins
Dr Aurélien THOMAS, anesthésiste et expert visiteur à la HAS
Clémence CAVIN, adjointe au cadre supérieur du pôle pathologies médicales
Florence CORSIN de JESUS, cadre supérieure du pôle pédiatrie
Agnès GEANTOT, cadre supérieure du pôle ARCUMEL

Groupe Ramsay

Siège

Pascal ROCHE, directeur général de Ramsay Santé
Françoise DEMESMAY, directeur médical du groupe
Fabien LESOURD, directeur de la qualité
Damien MICHON, directeur des opérations et du développement

Clinique des Rosiers - Dijon

Elyane PARRIAUD, directrice de la clinique des Rosiers
Morgane GROSSET, cadre de rééducation, responsable rééducation
Lucie DUMONT, responsable organisation des soins
Hélène HENOCQ, responsable assurance qualité
Dr Marjolaine MARRAS, médecin gestionnaire des risques clin, référent informatique
Sophie DANTON, pharmacienne gérante
Nadège BET, responsable administrative

HAUTS-DE-FRANCE

CHU de Lille

Direction générale

Frédéric BOIRON, directeur général
Pr Dominique CHEVALIER, président de la CME, pilote CACQSS
Anne GIRARD, secrétaire générale
Nathalie BORGNE, directrice de la qualité, des risques et de l'expérience patient
Emmanuel DUDOGNON, directeur des affaires financières

Dr Didier THEIS, praticien hospitalier de santé publique, responsable de l'information médicale
Dr Claire LAUERIERE, département de l'information médicale
Pr Bertrand DECAUDIN, pharmacie clinique
Pr Thomas MADELRIEUX, pharmacie clinique

Pole de médecine intensive et réanimation

Pr Saad NSEIR, chef du pôle
Angélique DEMAN, cadre supérieur de santé du pôle réanimation
Dr Thibault DUBURCQ, référent qualité
Dr Geoffrey LEDOUX, référent qualité
Stéphanie POTTIER, ingénieure qualité

Centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret de Lille

Eric LARTIGAU, directeur général
Philippe PEUGNY, directeur général adjoint
Gauthier DECANter, président de la CME
Stéphanie BECOURT, vice-présidente de la CME
Sandrine GISCARD-NEU, directrice qualité
Bertrand DUTHEIL, directeur des soins
Laetitia DALLE, directrice des affaires financières
Didier CAUCHOIS directeur des systèmes d'information
Delphine HUDRY, chirurgien
Franck CRAYNEST, gestionnaire bases de données
Eric DANSIN, oncologue thoracique
Valérie DEVISE, contrôleur de gestion
Ali HAMMOUDI, coordonnateur bureau des usages numériques

Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille (GHICL) – Hôpital Saint Philibert

Laurent DELABY, directeur général
Pr Jacques CHEVALIER, chirurgien vasculaire, président de CME, vice-doyen de la faculté catholique
Anne-Adélaïde CRACCO, directrice qualité gestion des risques
Sabine POIRETTES, directrice des soins infirmiers
Isabelle HERVEIN, responsable qualité des sites lillois du GHICL
Véronique CALMES, responsable gestion des risques
Alison DELENEUVILLE, IDE coordinatrice consultations Saint Philibert
Caroline LEMOINE, cadre de santé service de médecine aiguë gériatrique de Saint Philibert
Dr Quentin D'HULSTER, praticien hospitalier
Tifanie CARLIER, cadre de santé service d'unité ambulatoire adulte de Saint Vincent de Paul

AUVERGNE-RHONE-ALPES

Hospices civils de Lyon (HCL)

Virginie VALENTIN, directrice générale par intérim
Pr Vincent PIRIOU, président de CME
Loïc DELASTRE, directeur général adjoint
Pr Philippe MICHEL, chef de service, directeur qualité usagers santé populationnelle,

Isabelle DADON, directrice adjointe de la qualité
Audrey MARTIN, directrice adjointe de la qualité
Aurélie DOSSIER, directrice des affaires financières
Carole GENDRY, coordinatrice générale des soins
Jean-Christophe BERNADAC, directeur des services numériques
Pr Delphine MAUCORT-BOULCH, vice-présidente CME
Dr Aurélie FONTANA, vice-présidente CME
Dr Céline PIEGAY, chef de service DIM
Dr Anne MIALON, sous-commission finances de la CME
Pr Jean-Christophe RICHARD, sous-commission finances de la CME
Pr Philippe VANHEMS, chef de service hygiène, épidémiologie, infectiovigilance et prévention
Dr Cédric DANANCHE, MCU-PH santé publique
Abdelmalek HABI, data scientist
Emmanuel GENNARO, cadre supérieur de santé
Pr Fitsum GUEBRE, service de néphrologie – dialyse, sous-commission QUASPERFE de la CME
Dr Laurence AUGÉY, praticien-hospitalier hémovigilance
Romain HERNU, chargé de mission pertinence des soins à la CME
Dr Lionel BAPTESTE, praticien-hospitalier - service d'anesthésie-réanimation du pôle EST
Anne-Lise BIENVENU, pharmacie clinique
Dr Gérard LINA, responsable médical adjoint du laboratoire de biologie médicale et d'anatomie pathologique
Sophie NICOD FRANC, cadre supérieure de santé
Dr Hodane YONIS, praticien-hospitalier, service de médecine intensive et de réanimation
Dr Byeul-A KIM, chef de service adjoint - service de médecine du vieillissement - soins de rééducation et réadaptation
Dr Anabelle RICANET, praticien-hospitalier - service de médecine du vieillissement - soins de rééducation et réadaptation
Justine SEPREZ, infirmière de pratique avancée cellule urgence parcours personnes âgées (CUPPA)

Centre hospitalier Sainte-Foy-lès-Lyon

Barbara GROS, directrice
Dr Irina HERGHEA, présidente de la CME
Dr Claudie CHOISNE, médecin responsable de service (médecine)
Dr Christine GILLES-BASEILHAC, médecin responsable de service (SMR)
Dr Aurélie FOUQUET, médecin responsable de service (pharmacie)
Isabelle GIDROL, directrice adjointe
Raphaëlle THIRAUULT, directrice adjointe
Christine LETRILLIART, coordinatrice sage-femme
Fabienne RUFFO, cadre supérieure de santé
Corinne de GROOT, chargée des finances
Jeanne BONNET, responsable du service qualité et expérience patient

● **EXPERIMENTATIONS « ARTICLE 51 »**

Episode de soins (EDS)

Clinique Claude Bernard (Groupe Ramsay) à Domont (Val d'Oise)

Véronique DI BETTA, pilote projet

Hôpital Lariboisière (AP-HP) à Paris

Pierre-Etienne CARITE, directeur adjoint
Sandra BAZIN, infirmière de coordination

Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon (Paris)

Anne FABREGUE, direction générale
Guillaume CHESNEL, direction générale adjointe
Dr Laurence MARSAL, direction de la qualité et de la gestion des risques
Elise PROULT, direction de l'accueil, des RDV et des consultations

Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)

Edit RIOU, cheffe du bureau R5 de la DGOS
Pierre BERGMAN, responsable du département des innovations Article 51 à la Cnam

PromCat - Valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte

Pr Gregory KATZ, professeur à la faculté de médecine de l'Université Paris Cité, président fondateur de Promtime qui porte l'expérimentation avec le CNP d'ophtalmologie

● **START-UP INNOVATION EN SANTE**

Entends-moi

Guillaume BEZIE, directeur général
Catherine CERISEY, directrice expérience patient
Guillaume ROUSSON, directeur scientifique, chercheur sur l'expérience patient

● **ASSUREURS**

Relyens

Dr Mélanie AUTRAN, directrice du marché des professionnels de santé
Dr Georges ROMERO, directeur « Risk Management », BU Santé Sociale France - référent risque médical

● **INTERNATIONAL**

OCDE

Francesca COLOMBO, cheffe de la division santé
Guillaume DEDET, médecin et économiste de la santé à la division santé
Ricarda MILSTEIN, chargée de mission santé à la division santé

Union européenne

Commission européenne

Artur FURTADO, chef de l'unité "disease prevention and health promotion", DG Health and Food Safety

Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne (HOPE)

Pascal GAREL, directeur général

Allemagne

Francis BOUYER, conseiller aux affaires sociales en Allemagne

Suède

Henrik BREHMER, Group Chief Strategy and Public affairs Officer Groupe Ramsay

Pays de Galles

Dr Sally LEWIS, director of the Welsh value in health center, National Clinical Lead for Value-Based and Prudent Healthcare

SIGLES UTILISÉS

ABM : Agence de la biomédecine

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANS : Agence du numérique en santé

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : Accident vasculaire cérébral

CA : Chirurgie ambulatoire

CAQES : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CH : Centre hospitalier

CHI : Centre hospitalier intercommunal

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHR : Centre hospitalier régional

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

CME : Commission médicale d'établissement

CMG : Commission médicale de groupement

CNAM : Caisse nationale assurance maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNP : Conseil national professionnel

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CREX : Comité de retour d'expérience

CROM : Clinician-Reported Outcomes Measures

CSS : Code de la sécurité sociale

CUSUM : Cumulated Sum – sommes cumulées

DG : Directeur général

DGA : Directeur général adjoint

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DMP : Dossier médical partagé.

DNS : Délégation au numérique en santé

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRH : Directeur des ressources humaines

DSS : Direction de la sécurité sociale

EDS : Episode de soins

ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de Santé

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

ETE : Evénement thrombo-embolique

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FFRSP : Fédération française des réseaux de santé en périnatalité

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIR : Fonds d'intervention régional

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

FORAP : Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé

FSM : Fédération des spécialités médicales

GA : Groupe d'activités

GHS : Groupe homogène de séjours

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GHU : Groupe hospitalier universitaire

GN : Groupe nosologique

GRACE : Groupe francophone de récupération améliorée après chirurgie

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité en santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCL : Hospices civils de Lyon
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HOPE : Fédération européenne des hôpitaux
IAP : Indicateur d'amélioration des prises en charge
ICHOM : International Consortium for Health Outcomes Measurement
IFAQ : Incitation financière à l'amélioration de la qualité
INCA : Institut national du cancer
IFEP : Institut français de l'expérience patient
IPEP : Incitation à une prise en charge partagée
IQSS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IRAPS : Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
ISO : Infection du site opératoire
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MIG : Mission d'intérêt général
MRC : Maladie rénale chronique
MSAP : Mise sous accord préalable
NA : Non applicable
NHS : National Health Service – Système de la santé publique du Royaume-Uni
NR : Non répondant
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ORL : Otorhinolaryngologie
PACTE : Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAPRAPS : Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PAQSS : programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PREM : Patient-reported experience measures

PROM : Patient-reported outcome measures

PSY : Psychiatrie

PTG : Prothèse de genou

PTH : Prothèse de hanche

QVT : Qualité de vie au travail

RAAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

REMED : Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés

RMM : Revue de morbi-mortalité

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

SAMU : Service d'aide médical d'urgences

SMR : Soins médicaux de réadaptation

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SNDS : Système national des données de santé

SPARES : Surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé

SPF : Santé publique France

SPICMI : Surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle

SRA : Structures régionales d'appui

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le **21 AOUT 2023**

CAB/DGOS-R/CLB/sh/D-23-016573

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales,

Le Président de la République a lancé le 6 janvier dernier une réforme du financement des établissements de santé qui prévoit un financement selon trois compartiments dont un compartiment « objectifs de santé publique » qui doit constituer un élément novateur de cette réforme, au côté en particulier des financements liés aux missions des établissements et d'une rémunération à l'activité qui doit légitimement demeurer.

Ce compartiment a vocation à regrouper notamment des objectifs en matière de prévention et les sujets de qualité et de pertinence des prises en charge.

S'agissant de la qualité, les travaux de la mission IGAS-IGF d'appui à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la réforme du financement conduisent à des propositions d'évolution du dispositif IFAQ (incitation financière à l'amélioration de la qualité) avec, dès 2024, des mesures de simplification et des modifications donnant lieu à une traduction, pour ce qui le nécessite, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

Ces travaux ont également mis en évidence la nécessité de faire évoluer les modalités de prise en compte de la qualité dans le financement des établissements en agissant dans plusieurs directions complémentaires, en améliorant la lisibilité et le caractère incitatif du dispositif pour les équipes hospitalières et en prenant davantage en compte les résultats des soins dispensés, l'analyse de la littérature ayant montré l'intérêt d'une mobilisation de systèmes mixtes.

Compte tenu de l'importance des enjeux décrits, je souhaite qu'une mission IGAS soit lancée sur la composition du volet qualité et pertinence des soins du compartiment « objectifs de santé publique » du financement des établissements de santé et qu'elle propose à ce titre des modalités opérationnelles d'une évolution des modalités de prise en compte de la qualité des soins et d'une introduction de critères de pertinence dans le financement des établissements de santé.

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 quai André-Citroën
75015 PARIS

Les indicateurs de qualité des soins perçus par le patient de type PREMs (*patient reported experience measures*) et PROMs (*patient reported outcome measures*) qui viennent compléter les questionnaires de satisfaction des patients, pour la réponse à leurs attentes, constituent également une cible à plus long terme d'évolution d'un financement à la qualité. La mission prendra en compte les travaux menés dans ce domaine par les différentes institutions impliquées dans le développement de ce projet ainsi que les expériences réalisées en France et à l'étranger pour proposer une trajectoire de développement de ces outils. Des sites pilotes pourront également être retenus. En outre, la mission étudiera le potentiel du concept des soins de santé basés sur la valeur (*value based healthcare*) comme outil complémentaire de prise en compte de la qualité dans le financement, en vue d'améliorer globalement la qualité du système par le développement d'interventions efficaces, au détriment de démarches de surdiagnostic par exemple. Elle s'appuiera notamment sur les expériences développées dans d'autres pays dans le cadre de l'*International consortium for health outcomes measurement*. La diffusion publique des résultats constitue également un enjeu majeur de réussite de ces démarches.

La mission devra enfin étudier les moyens de mieux prendre en compte et d'améliorer la pertinence des soins dispensés, composante essentielle de la qualité, soit par le biais de critères ad hoc dans le dispositif d'incitation financière, soit par le recours à d'autres dispositifs tels que la mise sous accord préalable dont l'application nécessite la collaboration du service médical de l'assurance maladie. A cette fin, la mission pourra notamment examiner certains actes chirurgicaux dont les variations de fréquence interrégionales ne sont pas justifiées par des variations épidémiologiques. Là encore la mission s'appuiera sur les dispositifs utilisés dans d'autres pays.

Pour l'ensemble de ces éléments, la mission travaillera en étroite collaboration avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui pilote la réforme du financement de établissements de santé, afin notamment de s'assurer de la cohérence d'ensemble des dispositifs envisagés. Elle échangera également de façon rapprochée avec le Secrétariat général, les ARS ainsi qu'avec les autres directions du ministère pour les sujets qui les concernent. Elle échangera également avec la CNAM. Elle prendra l'attache de la Haute autorité de santé (HAS) qui joue un rôle essentiel dans ce domaine, ainsi que de toute autre institution avec qui il lui paraîtrait nécessaire d'échanger, et notamment de l'ATIH impliquée dans les modalités d'implémentation et de diffusion d'indicateurs.

L'articulation des différents acteurs, patients et professionnels de santé et institutionnels constitue un enjeu majeur et la mission veillera à les associer aux travaux menés.

Elle étudiera les financements à mobiliser (sources, modes de calcul, montants) et les modalités de rémunération envisagées pour une première phase de déploiement du dispositif proposé, qui pourrait concerner des sites pilotes sélectionnés sur la base d'un appel à projets.

Je souhaite que la mission puisse formuler ses propositions et élaborer un cahier des charges sur la base duquel les ARS pourraient lancer ces appels à projets, d'ici cinq mois, afin que le déploiement dans les sites pilotes puisse être engagé en 2024. Afin d'élaborer ses propositions, la mission veillera à consulter les fédérations représentants des établissements de santé, les conférences médicales ainsi que les représentants des patients.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de l'inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



Aurélien ROUSSEAU