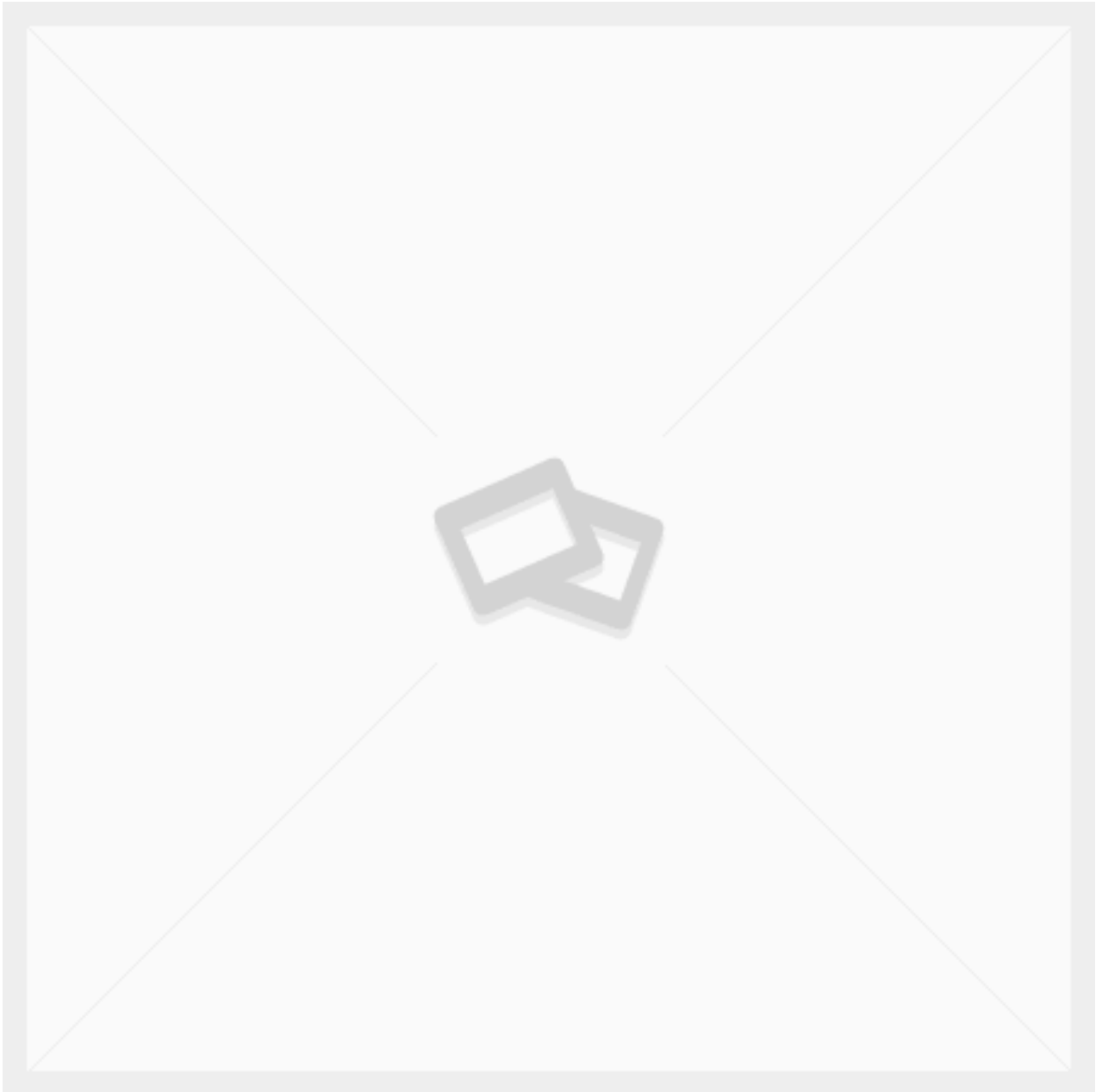




Lettre ouverte du Collège de la HAS à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements

Publié le 8 juin 2022 par Collège de la HAS





Lettre ouverte du Collège de la HAS

Les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, à l'occasion des travaux qu'ils mènent avec la Haute Autorité de santé (HAS), l'alertent régulièrement sur les difficultés qu'ils rencontrent. Difficultés des professionnels à délivrer aux patients et aux personnes accueillies une qualité des soins et des accompagnements à la hauteur de ce qu'ils souhaiteraient. Sentiment des usagers que le système de santé apporte de moins en moins de réponses adaptées à leur quotidien et leurs besoins. Exacerbées par la crise sanitaire, ces difficultés sont en réalité systémiques. Dans ce contexte, le Collège de la HAS adresse une lettre ouverte à tous ceux qui ont à cœur de se mobiliser





pour une meilleure qualité des soins et des accompagnements. Il y pointe les enjeux prioritaires à ses yeux et formule en regard des propositions de nature à nourrir le débat.

La Haute Autorité de santé, organisme indépendant à caractère scientifique, s'est vu confier par le législateur 19 missions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. Aujourd'hui, les acteurs que nous côtoyons dans l'exercice de ces missions nous font part des difficultés qu'ils rencontrent. Les professionnels, notamment de l'hôpital public et des établissements sociaux et médico-sociaux, nous alertent sur leur incapacité à délivrer des soins ou des accompagnements de qualité. Les représentants d'usagers et de personnes accompagnées, de leur côté, expriment le sentiment que le système de santé s'éloigne de leur vie et de leur quotidien, à la fois en distance et en temps, et que les professionnels sont de moins en moins disponibles. La mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles, que ce soit dans le champ sanitaire, social ou médico-social, se heurte régulièrement à la question de leur applicabilité.

En réaction à ces alertes, le Collège de la HAS a souhaité non seulement exprimer son inquiétude quant à la capacité du système à dispenser des soins et à assurer des accompagnements de qualité sur l'ensemble du territoire, mais aussi attirer l'attention sur quelques éléments qu'il juge essentiels au maintien et à l'amélioration de la qualité de ces soins et accompagnements.

Le système de santé et le secteur médico-social français font face à des enjeux cruciaux. La plupart sont bien identifiés et reçoivent l'attention des pouvoirs publics, les solutions doivent être à la hauteur des besoins et des attentes.

Le premier enjeu concerne les ressources humaines

Du côté des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les pénuries de personnel s'accroissent. Les acteurs du secteur estiment qu'environ 5 à 10 % des postes d'infirmiers sont vacants dans les établissements de santé et qu'au moins 13 % des postes d'aides-soignants sont vacants dans les Ehpad [\[1\]](#). Plus d'un tiers des postes de praticiens hospitaliers ne sont pas pourvus à l'hôpital public et un tiers des Ehpad n'ont



pas de médecin coordinateur [2] ; le secteur de la protection de l'enfance a également du mal à recruter. Dans les établissements, ces pénuries compromettent inévitablement la qualité des soins et des accompagnements. Le lien entre encadrement médical et paramédical et qualité des soins est en effet bien établi, tout comme l'importance d'équipes stables partageant une culture commune de qualité et sécurité des soins. Une enquête régionale révèle que seulement un tiers des soignants considèrent que les effectifs sont suffisants pour assurer des soins de qualité optimale [3]. Ces pénuries de personnel contribuent également à la dégradation des conditions de travail des professionnels restant en poste, accentuant ainsi la pénibilité des métiers. Enfin, dans tous les secteurs, le manque de personnel conduit parfois à fermer lits, places et services, voire à suspendre certaines activités.

En ville, la répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire compromet l'accès aux soins. Bien qu'il soit objectivement difficile de quantifier un « bon niveau » d'accès aux soins, près d'un cinquième de la population vit dans des territoires insuffisamment dotés en professionnels de premier recours et 1,7 million de personnes (3 %) sont très défavorisées pour l'accès aux trois professions de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes) [4]. Sept généralistes sur dix estiment que l'offre de médecins dans leur zone d'exercice est insuffisante, huit sur dix éprouvent des difficultés à répondre aux attentes et trois sur dix déclarent rencontrer des obstacles pour adresser leurs patients à des spécialistes – notamment dermatologues, ophtalmologues et psychiatres – du fait des délais d'attente [5]. Le temps d'accès aux soins urgents est parfois trop long, conduisant à des pertes de chances pour les patients. En 2016, seulement 58 % des patients pris en charge pour AVC étaient arrivés dans un délai compatible avec une thrombolyse et 56 % de ces patients avaient bénéficié d'une imagerie dans l'heure suivant leur admission [6]. Pour les personnes en situation de handicap, les difficultés d'accès aux soins sont démultipliées et plusieurs professionnels nécessaires à leur prise en charge sont en sous-effectif sur l'ensemble du territoire (par exemple les orthophonistes) [7].

Les tendances démographiques actuelles, pour les professionnels de santé comme pour la population générale, ne feront qu'accroître la pression dans les années à venir.

Le second enjeu est celui de l'organisation et des



modes de financement

Le fonctionnement du système de santé ne garantit pas toujours la pertinence et la qualité des soins. Certains patients ne reçoivent pas tous les soins nécessaires. À titre d'exemple, seulement une minorité des parcours de soins des patients atteints de BPCO sont conformes aux recommandations pour la prise en charge de cette pathologie [8]. De même, les problèmes somatiques des personnes souffrant de pathologies psychiatriques graves sont trop souvent ignorés [9]. À l'opposé, les diagnostics et traitements non pertinents ne sont pas rares. Par exemple, deux tiers des thyroïdectomies sont réalisés sans cytoponction préalable et ont conduit à une supplémentation en hormones thyroïdiennes chez plus de la moitié des patients opérés pour un nodule bénin [10]. Près de la moitié des résidents des Ehpad prennent des anxiolytiques ou des antidépresseurs alors que ces médicaments sont à éviter autant que possible chez les personnes âgées [11]. Les événements indésirables graves liés aux soins dans les établissements de santé sont encore trop nombreux et la moitié d'entre eux – soit 150 à 350 par jour – sont considérés comme évitables [12].

Les personnes les plus précaires ou en situation de handicap rencontrent des problèmes spécifiques d'accès aux soins, même lorsqu'elles sont accompagnées par des services sociaux. Les enfants protégés tardent à accéder au soutien psychique dont ils ont pourtant grand besoin.

Tous ces dysfonctionnements ont de multiples causes, notamment le manque de coopération et de coordination entre secteurs ambulatoire et hospitalier, et entre secteurs sanitaire et médico-social ; mais aussi les modes de financement qui rémunèrent l'activité plutôt que la qualité ou la pertinence des soins.

Ces enjeux cruciaux appellent des réponses urgentes

Rendre les métiers du social et du médico-social attractifs. La ressource humaine est une composante essentielle des soins et des accompagnements et le restera, même si les technologies sont amenées à jouer un rôle croissant dans le système de santé. Les rémunérations et plans de carrière doivent permettre d'attirer et de retenir un personnel qualifié et motivé, essentiellement dans le public, mais aussi parfois dans le privé. Les efforts engagés lors du Ségur de la santé doivent être poursuivis et



notamment cibler les infirmiers et les aides-soignants. Pour ces personnels, dont les obligations de service sont particulièrement contraignantes, il faut prioriser des conditions de vie acceptables (temps de trajet domicile-travail, garde d'enfants, aide aux transports, etc.), avec un effort accru pour les villes où la pression sur le parc locatif est élevée. En parallèle, les métiers du médico-social et du social appellent un investissement financier majeur, principalement en ce qui concerne les éducateurs spécialisés et accompagnants éducatifs et sociaux. Ces professions doivent être revalorisées, en termes financiers bien entendu, mais aussi en termes d'image et de représentations.

Assurer une bonne utilisation de ces ressources humaines, en faisant intervenir chaque professionnel là où sa plus-value est optimale. Cela suppose un élargissement des compétences paramédicales et une reconnaissance des nouveaux rôles : notamment, les infirmiers de pratique avancée (IPA) devraient pouvoir intervenir dans de nouveaux domaines (gériatrie, urgences, etc.) et être rémunérés en adéquation avec la formation complémentaire demandée. Le déploiement des assistants médicaux, en priorité dans les régions sous-dotées en médecins, devrait être poursuivi. De même, les professionnels socio-éducatifs pourraient voir leur mission évoluer, pour contribuer à l'avènement d'une société plus inclusive.

Donner aux professionnels les moyens de dispenser des soins de qualité. Au-delà des moyens matériels et humains nécessaires pour prodiguer des soins de qualité, les professionnels de santé doivent pouvoir bénéficier du renforcement des formations actuelles, initiale et continue, ainsi que de la possibilité d'évaluer leurs pratiques de façon simple et efficiente. Ceci suppose la mise au point d'indicateurs de pertinence et de qualité des soins et des parcours, le suivi de ces indicateurs à partir des bases de données et le retour aux professionnels, aux établissements et aux décideurs. La mise en évidence d'écarts par rapport à la moyenne ou par rapport à une norme de bonne pratique permettrait aux professionnels et aux pouvoirs publics d'en analyser les causes et de tout mettre en œuvre pour remédier aux écarts injustifiés.

Améliorer l'accès aux soins sur les territoires par un éventail de mesures.

- Donner plus de moyens financiers et de leviers opérationnels aux ARS pour répondre aux besoins spécifiques de leurs territoires, en particulier lorsque ceux-





ci sont sous-dotés. Parallèlement, les ARS pourraient s'appuyer plus fortement sur leurs délégations départementales pour être plus proches du terrain et des acteurs, notamment pour améliorer l'articulation entre les secteurs public et privé.

- Développer les téléconsultations accompagnées par un professionnel de santé pour faciliter l'accès aux soins lorsque cela est possible et pertinent. Des espaces dédiés pourraient être créés au sein des structures de soins (pharmacies, Ehpad, etc.).
- Augmenter de façon substantielle le nombre de Smur [13] (390 aujourd'hui) [14], selon une répartition isochrone, pour assurer un accès équitable à un transport urgent. Ces antennes Smur feraient partie intégrante d'une équipe hospitalière, mais ne seraient pas forcément adossées à des établissements hospitaliers et pourraient se trouver localisées en tout lieu permettant de couvrir la population concernée. Le nombre de médecins urgentistes étant limité, la formation spécifique d'IPA permettrait une mise en œuvre accélérée de ce fonctionnement des urgences.
- Les services d'urgence accueillent près de 22 millions de passages par an et la pression ne diminue pas. Au-delà de la nécessaire consolidation de la permanence des soins sur les territoires, il serait intéressant de restructurer les urgences afin de libérer du temps pour les médecins urgentistes. Au sein des services d'urgence hospitaliers, une consultation de médecine générale pourrait prendre en charge les 10 à 20 % de personnes venant aux urgences et qui n'ont finalement pas besoin d'examens d'imagerie ou de biologie. Le déploiement de gestionnaires de lits pourrait aussi être envisagé.

Repenser l'organisation globale au sein des établissements. Les médecins chefs de service et de pôle devraient être plus impliqués dans l'organisation de leurs unités et bénéficier d'une plus grande autonomie dans la gestion des ressources humaines, de la recherche clinique et d'un budget dédié. Prendre des décisions à un niveau plus proche des services pourrait les rendre plus adaptées, plus compréhensibles et donc plus efficaces.

Reposer la question des normes d'encadrement pour assurer un niveau de qualité minimum [15]. Dans les établissements hospitaliers, des recommandations d'encadrement pourraient être formulées pour bon nombre de services dépourvus de normes, ainsi que des indicateurs de stabilité des équipes soignantes, pour inciter à ne recourir qu'exceptionnellement à la polyvalence ou aux intérimaires. Pour les établissements médico-sociaux, notamment les Ehpad, la marge de progression est telle qu'il nous semble indispensable d'imposer une norme règlementaire pour le nombre minimum de professionnels par résident (hormis les personnels administratifs).



Dans l'ensemble du système, *les modes de financement des professionnels et établissements nécessitent une attention particulière et des ajustements réguliers* pour corriger au plus vite les incitations ayant un effet délétère sur la pertinence et la qualité des soins. De nombreuses expérimentations sont en cours [16] pour évaluer de nouveaux modes de rémunération. Les plus prometteurs devront pouvoir être rapidement adoptés et généralisés.

La santé publique et la prévention méritent une attention accrue. Celle-ci pourrait se concrétiser sous la forme de plans pluriannuels, assortis d'une programmation dont le suivi régulier et la mesure d'impact seraient visibles pour le grand public comme pour les évaluateurs ou les corps de contrôle. À court terme, un focus national sur la prévention dans l'enfance – périnatalité, dépistage néonatal, médecine scolaire, PMI, aide sociale à l'enfance – serait souhaitable, tant les conditions de vie dans l'enfance sont déterminantes pour la santé.

Il est également primordial d'aider les professionnels de santé à intégrer les mesures de prévention dans leur exercice quotidien. Un professionnel désireux d'inscrire dans sa pratique les démarches de prévention recommandées se heurte à plusieurs écueils : l'absence de documents synthétiques regroupant toutes ces sollicitations, la pression du temps et le manque de moyens pour cibler les patients auxquels porter attention, un mode de rémunération qui ne valorise pas ces démarches. Enfin, la santé publique ne se limite pas à la prévention des comportements à risque (alimentation, addictions, etc.), même si celle-ci reste essentielle. Les déterminants sociaux de la santé sont très importants. Il faut donc lutter contre la tentation de substituer à une action collective traitant des causes sociales une approche culpabilisante faisant peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés et envisager des politiques plus globales. Il nous semblerait utile de confier à un délégué interministériel à la prévention en santé la mission de favoriser, coordonner, suivre et communiquer sur ces politiques de réduction des risques sanitaires évitables.

Multiplier les opportunités de prendre en compte les préférences des patients, des personnes accompagnées et des usagers, et de profiter de leur expérience. Dans un système qui se revendique centré sur la personne, il serait intéressant d'envisager des partenariats entre usagers, professionnels et établissements, par exemple au niveau régional, ainsi que l'intégration de patients partenaires [17] aux équipes soignantes dans l'ensemble des établissements de santé et le développement de la pair-aidance et des travailleurs pairs dans les ESSMS. Dans ces derniers, le changement de paradigme dans l'accompagnement des personnes nécessite une formation à l'autodétermination. Dans la santé comme dans le social, l'intégration des usagers dans la formation initiale et continue des professionnels pourrait être d'une grande richesse.



Ce texte a été adopté par consensus.

Isabelle Adenot, Élisabeth Bouvet, Pierre Cochat, Catherine Geindre, Cédric Grouchka, Dominique Le Guludec, Valérie Paris, Christian Saout.

Notes de bas de page :

[1] Document de proposition de la FHF de 2022, Audition de la FHP au Sénat en 2022, Résultats d'une enquête de la FHF menée en 2019.

[2] Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (2021), Rapport de la Cour des comptes sur les Ehpad (2022).

[3] Région Bourgogne-Franche-Comté, source : Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 134.

[4] DREES (2021), Études et résultats n° 1206.

[5] DREES (2020), Études et résultats n° 1140.

[6] Schnitzler et al. (2017), Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé ; Conférence Nationale de l'AVC, 12 propositions pour une meilleure prise en charge de l'AVC.

[7] IGAS (2018), Mission relative au fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psycho-pédagogiques et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile.

[8] Haute Autorité de santé (à paraître), Parcours du patient à risque ou atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), Indicateurs de qualité issus du SNDS, Résultats nationaux et régionaux 2017

[9] Coldefy et Gandré (2020), Atlas de la santé mentale en France, Irdes, p. 91-95.

[10] HAS (2021) Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction échoguidée, p. 30.

[11] Rapport de la Cour des comptes sur les Ehpad de 2022, page 63.

[12] D'après l'enquête sur les événements indésirables graves liés aux soins, menée en 2019, de 160 000 à 375 000 EIGS surviennent chaque année au cours d'un séjour hospitalier dans un service de médecine ou de chirurgie, dont 55 000 à 130 000 sont évitables.

[13] Structure médicale d'urgence et de réanimation.

[14] DREES (2021), Les établissements de santé



[15] Il n'existe aucun texte légal ou réglementaire imposant un nombre minimal d'infirmiers dans un service, à l'exception de certains domaines strictement réglementés par le Code de la santé publique (réanimation, obstétrique, chirurgie cardiaque et soins intensifs de cardiologie, hémodialyse).

[16] Dans le cadre des expérimentations de l'article 51.

[17] Développé depuis 2010 à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, c'est un nouveau modèle relationnel, basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé, qui s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie, en complément des savoirs scientifiques des professionnels de la santé.

