

IMPLEMENT. Facteurs locaux déterminant l'appropriation des indicateurs de qualité des soins par les professionnels de santé dans les hôpitaux : exemple de deux hôpitaux universitaires suisses

Mathias Waelli^{1,2,3}, Jérôme Debons⁴, Stéphane Cullati^{5,6,7}, Ingrid Gilles¹, Aimad Ourahmoune^{6,7}, Marie-Annick Le Pogam¹

1 Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Département Épidémiologie et Systèmes de Santé (DESS); Université de Lausanne

2 Institut de Santé Globale, Université de Genève

3 Institut du Management, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), Paris (FR)

4 Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN)

5 Laboratoire de santé des populations, Département de santé communautaire, Université de Fribourg

6 Département de réadaptation et de gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève

7 Unité de la qualité des soins, Direction médicale et qualité, Hôpitaux universitaires de Genève

Octobre 2021

Introduction

Dans un contexte d'amélioration de la performance des soins, les systèmes de santé ont développé des dispositifs de management centrés sur des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patient·e·s (IQS). Ces IQS constituent des outils de monitoring de la qualité des soins, d'évaluation des actions d'amélioration mises en œuvre, et d'information des prestataires et des bénéficiaires des soins. Ils contribuent aussi au pilotage et à la régulation du système et des prestataires de soins. Le management basé sur ces IQS postule que la diffusion publique des indicateurs accroît la transparence et encourage l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. En Suisse, les IQS ont été mis en œuvre dans les hôpitaux et les cliniques à partir de 2008. Leurs résultats, publiés annuellement par l'ANQ^a et l'OFSP^b, visent à « faire des comparaisons transparentes au niveau national. A partir de ces comparaisons, les hôpitaux et les cliniques peuvent développer des mesures ciblées pour améliorer leur qualité »^c. Ces indicateurs, dits « institutionnels », sont relayés au niveau local (départements, services, unités) par de nombreux indicateurs dits « cliniques » ou « locaux » destinés à l'évaluation interne et à soutenir des mesures d'amélioration des pratiques professionnelles.

Ce passage de la politique publique à la pratique clinique ne va pas de soi. En témoigne le déplacement progressif de l'objet de la recherche sur la qualité des soins vers des problématiques d'organisation du travail. En effet, si les premiers travaux de recherche se sont concentrés sur la conception métrologique des indicateurs et l'interprétation de leurs résultats, les études récentes se sont intéressées à l'implémentation des indicateurs dans les établissements de santé. Elles ont ainsi montré l'importance des facteurs organisationnels transversaux tels que la diffusion de la culture, la mise à disposition de ressources techniques ou le leadership. Ces facteurs constituent une étape essentielle pour appréhender la dimension organisationnelle de l'implémentation des politiques qualité à l'hôpital. Cependant, en tant que tels, ils ne sont pas opérationnels. Ces facteurs doivent être précisés¹ par l'analyse des conditions socio-matérielles dans lesquelles les outils s'inscrivent localement.

Ainsi, 10 ans après la mise en œuvre des IQS dans les hôpitaux suisses et à l'heure de la future révision de la LAMal^d, le projet IMPLEMENT conduit par Unisanté, qui a été mandaté par deux hôpitaux universitaires suisses, a eu pour objectif de comprendre les usages des IQS, tant au niveau méso (directions) qu'au niveau micro-systémique (professionnel·le·s de santé au contact des patient·e·s).

^a ANQ : Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques [site internet : www.anq.ch consulté le 08/06/2021]

^b OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique [site internet : www.bag.admin.ch consulté le 08/06/2021]

^c Source : site internet de l'ANQ [page internet : <https://www.anq.ch/fr/video/> consultée le 10/08/2020]

^d Source : Modification de la LAMal et de l'OAMal : Renforcement de la qualité et de l'économicité [page internet : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html> consultée le 08/06/2021]

Méthode

IMPLEMENT repose sur une étude comparative de cas en deux phases, conduites en parallèle de janvier 2019 à juin 2020 dans deux hôpitaux universitaires suisses (H1 et H2).

Au sein de chaque établissement, nous avons sélectionné deux services hospitaliers selon des critères d'implication dans les démarches qualité, de volume et de nature d'activité : les services de médecine interne et de chirurgie viscérale. La collecte des données a été effectuée en deux phases.

Phase 1. La première phase de l'étude concerne l'appropriation de la qualité au niveau institutionnel. Entre janvier et juin 2019, nous avons procédé à des recherches documentaires et des entretiens avec des personnes-clés de la conception et de la mise en œuvre de la qualité au niveau institutionnel dans les deux hôpitaux. Les personnes interrogées comprenaient notamment des membres de la Direction générale, des Directions médicale et des soins, et des Directions et services qualité. Dans l'hôpital H1, la Direction des soins n'a pas souhaité participer à l'étude ni nous permettre d'interroger les soignant·e·s.

Phase 2. Entre août 2019 et janvier 2020, nous avons réalisé des investigations systémiques sur un même service (service de chirurgie viscérale, SCV) de H1 et H2 et le service de médecine interne (SMI) de H1. En raison de la crise sanitaire due à la COVID-19, nous avons dû renoncer à investiguer dans le service SMI de H2. Ces investigations se sont déroulées par observations de réunions en lien avec la qualité et la sécurité des soins dans les services (réunions de staff, de réorganisation d'activité, et de morbi-mortalité) puis par entretiens semi-directifs auprès des acteurs impliqués dans les démarches qualité de ces services.

Nous avons finalement procédé par analyses thématiques comparées des informations collectées (recherche documentaire, entretiens et observations) en nous focalisant sur les barrières et les facilitateurs de l'implémentation des démarches qualité.

Résultats

Phase 1

Un signal fort, deux organisations

Depuis la fin des années 2000, les Directions générales et médicales des deux hôpitaux ont accéléré l'effort d'institutionnalisation des démarches qualité/sécurité des soins. L'introduction en 2017 dans leurs organigrammes d'instances centralisées dédiées constitue un signal fort quant aux priorités des deux institutions. Néanmoins, le développement des activités et la définition des missions de ces instances diffèrent significativement entre les deux hôpitaux. Dans l'hôpital H1, la stratégie s'inscrit dans un processus de reprise en main par la Direction générale du dialogue de gestion noué autour de la qualité des soins, et ceci à tous les niveaux de l'institution. Jusque-là, cette

mission était assurée en priorité par la Direction médicale et la Directions de soins. Depuis 2017, le directeur adjoint préside un Comité qualité sécurité des soins doté d'un pouvoir de contrôle important, contraignant les acteurs de terrain (chefs de service et de département) à rendre des comptes réguliers sur les résultats des IQS et sur les démarches d'amélioration mises en œuvre. Par ailleurs, ces acteurs sont incités à gérer la qualité interne, notamment au moyen des indicateurs, par le biais d'attribution de ressources supplémentaires. Dans l'hôpital H2, le processus de formalisation institutionnelle de la qualité s'est déroulé de façon plus pragmatique. Il a ainsi favorisé une lecture professionnelle, clinique, d'appui à la qualité avec un service dédié. La Commission qualité sécurité des soins dirigée par la Direction médicale et la Direction des soins, est chargée de la gestion « des affaires quotidiennes » de la qualité principalement clinique. En parallèle, la Direction générale est impliquée dans le déploiement d'un plan stratégique porteur d'une vision plus orientée sur l'expérience patient·e.

6 facteurs-clés d'implémentation

Les deux établissements ont implémenté des relais qualité à différents niveaux de l'organisation. Dans H1, ce déploiement repose explicitement sur le modèle fractal de Johns Hopkins Medicine². Dans H2, le modèle fractal n'a pas été mentionné par les acteurs interrogés mais ses composantes ont été identifiées lors de l'analyse des données de l'étude. Le modèle fractal comprend les cinq facteurs-clés d'implémentation suivants :

1. A la base de la structure, un groupe d'experts multidisciplinaires (personnel compétent en statistiques, sociologie, psychologie, informatique, facteurs humains et ingénierie industrielle ou des systèmes) fournissant une ressource centralisée pour les acteurs en charge de l'implémentation de la qualité à tous les niveaux de l'organisation ;
2. Des formations (culture de sécurité et travail d'équipe, gestion des risques, pratiques fondées sur des preuves, Lean management, etc.) et des ressources financières pour les professionnel·le·s dédié·e·s à l'amélioration de la qualité/sécurité à chaque niveau de l'organisation ;
3. Des processus clairs en termes de définition des objectifs, de mesures fondées sur les preuves, de reporting et de responsabilités ;
4. Des structures horizontales d'apprentissage par les pairs, communes aux entités d'un même niveau ;
5. Une participation significative des représentant·e·s des patient·e·s au travail d'amélioration de la qualité.

Un 6^e facteur-clé, absent du modèle fractal, a émergé lors de l'analyse des données de la phase 1 dans les deux établissements, à savoir la valorisation des initiatives locales concernant l'amélioration de la qualité/sécurité des soins (par exemple, attribution d'un prix qualité lors de la journée annuelle dédiée).

Des priorités qui reflètent les différences d'organisation

Les six facteurs-clés d'implémentation ci-dessus font consensus dans les deux hôpitaux mais n'ont pas tous été priorisés de la même façon selon l'organisation locale.

Hôpital H1 : l'accent a été mis sur les facteurs-clés 1 et 3 en priorité, avec l'alignement des pratiques sur des standards (création de filières, programme international ERAS^e, unité d'hygiène et de prévention des infections, etc.), l'obligation de rendre des comptes (déclarations et gestion des événements critiques et indésirables, évaluation par des indicateurs cliniques, présentation régulière des résultats et des démarches d'amélioration au comité qualité sécurité) et la mise à disposition d'expert·e·s ressources. Concernant les facteurs-clés 2 et 6, la formation des acteurs a semblé moins prioritaire et la valorisation des initiatives de terrain a été plus tardive que dans l'hôpital H2. Ainsi, l'hôpital H1 participe depuis 2007 seulement à une formation sur la qualité et la sécurité des soins initiée par l'hôpital H2 plusieurs années auparavant. De même, l'hôpital H1 a mis en place une « journée Qualité » en 2018, soit 20 ans après l'hôpital H2. Les patient·e·s (facteur-clé 5) sont représenté·e·s au sein de l'organisation grâce à un espace consacré au recueil des doléances des patient·e·s, des proches et des professionnel·le·s, développé en 2012 par le service communication. La Direction de ce service siège au Comité qualité sécurité mais les patient·e·s ne participent pas directement aux démarches qualité. Enfin, l'application du modèle fractal suppose une attention particulière à l'approche interprofessionnelle que nous n'avons pas été en mesure d'évaluer pleinement dans l'hôpital H1. Cependant, l'interdiction pour l'équipe de s'entretenir avec les cadres et les personnels soignants dans le cadre de l'étude IMPLEMENT a mis en exergue une marge d'amélioration potentielle de la collaboration interprofessionnelle.

Hôpital H2. La dynamique s'est concentrée très tôt sur les facteurs-clés 2 et 6 à travers la mise en place de formations universitaires et de journées qualité. Les acteurs ont aussi collaboré en interprofessionnalité pour offrir de l'expertise (facteur-clé 1) et des outils aux acteurs de terrain qui souhaitaient s'investir dans des démarches qualité (mise à disposition de tableaux de bord). Enfin, depuis quelques années, un dispositif de partenariat entre professionnel·le·s de santé et patient·e·s (facteur-clé 5) est inscrit dans le projet stratégique porté par la Direction générale. Il implique des patient·e·s dans toutes les démarches projets de l'établissement. En comparaison avec l'hôpital H1, on notera que dans l'hôpital H2, la diffusion des standards de qualité et l'usage des indicateurs ont été limités par l'absence d'implication de la Direction générale dans la « gestion quotidienne » de la qualité/sécurité des soins. Cela se traduit, pour les actrices et acteurs de terrain, par une moindre obligation de rendre des comptes sur la qualité et surtout une absence de pression institutionnelle sur celles et ceux qui

n'atteindraient pas les objectifs (lacune au niveau facteur-clé 3).

Phase 2

Dans les services, les professionnel·le·s interrogé·e·s rapportent un sentiment de décalage entre la pratique et les IQS. Ce sont les chef·fe·s de service et éventuellement leurs adjoint·e·s qui consultent et analysent les indicateurs. Elles et ils expriment des réticences face à ce qu'elles et ils considèrent souvent comme des « normes imposées par le haut (i.e. le management) » (sic), centrées sur l'efficacité ou la performance, et en décalage avec leurs préoccupations professionnelles. Elles et ils leur préfèrent des indicateurs évaluant les pratiques cliniques locales. Cela ne signifie pourtant pas qu'elles et ils ne leur confèrent aucune utilité sur le terrain. En effet, les IQS conduisent souvent à des adaptations de l'activité des services. Des résultats comparatifs « négatifs » pour certains IQS (durée moyenne de séjour, réadmissions potentiellement évitables, satisfaction des patient·e·s) ont suscité des prises de conscience ou déclenché des démarches qualité. Cependant, celles-ci visent d'abord à améliorer les pratiques locales et, secondairement seulement, les résultats des IQS. Lors de la comparaison des deux hôpitaux, trois enjeux essentiels de l'implémentation de la qualité au niveau des services ont émergé : l'existence d'un espace préservé pour la discussion de la qualité, le rôle essentiel des incitatifs institutionnels et le rôle clé des chef·fe·s de service.

Un respect de l'espace professionnel « sécurisé »

Le développement de la qualité dans les services s'effectue dans une tension entre, d'une part, des logiques de transparence et, d'autre part, de préservation d'un espace de discussion des erreurs et des pratiques. Les réunions centrées sur les pratiques cliniques au sein des services et des unités (RMM^f, Huddle^g, staff, ateliers...) sont vécues comme des espaces d'échanges privilégiés entre professionnel·le·s. La contrepartie de la préservation de cet espace « sécurisé » de discussion, en particulier dans l'hôpital H2, est la diffusion limitée des bonnes pratiques d'un service à l'autre. Si tel n'est pas le cas dans l'établissement H1, où les modalités de gestion de la qualité favorisent la transparence et où les démarches entreprises dans les services sont conçues pour être diffusées au sein de toute l'organisation (projets ou filières pilotes), certain·e·s professionnel·le·s préfèrent quand même « laver leur linge sale en famille » (sic) ; en particulier pour ce qui concernent les aspects sensibles de la qualité et de la sécurité des soins, tels que la déclaration et de la gestion des événements critiques et indésirables.

Des incitatifs institutionnels

De nombreux incitatifs et soutiens aux démarches qualité sont proposés par les directions : ressources financières, humaines, et informatiques dans les deux hôpitaux;

^e ERAS (Enhanced recovery after surgery) : programme de « réhabilitation améliorée après chirurgie » [site internet : <https://erassociety.org/> consulté le 08/06/2021]

^f Revue de morbi-mortalité

^g Sorte de « stand up meeting » évoquant les réunions des joueurs de football américain avec leur coach sur le terrain qui se regroupent en cercle afin de partager la stratégie et de se motiver.

responsabilités et promotion professionnelle (en particulier hôpital H1) ; valorisation dans le cadre d'évènements qualité ou de la communication institutionnelle ; etc. Ces incitatifs jouent un rôle important en matière d'appropriation des démarches qualité fondées sur les indicateurs et influent sur les priorités d'amélioration choisies par les chef·fe·s de services. Ainsi, le chef du SCV de l'hôpital H2 a rapporté s'être beaucoup investi dans un projet stratégique, fortement soutenu par les Directions générale et médicale. Ce projet visant à optimiser l'organisation des tâches afin d'augmenter la disponibilité des professionnel·le·s pour les patient·e·s, lui a permis de bénéficier de ressources additionnelles pour accompagner la transformation du service, elle-même vectrice d'amélioration de la qualité des soins. A contrario, les indicateurs cliniques produits par le service qualité des soins et ne faisant l'objet d'aucun intéressement n'ont été que très peu considérés ou moteur de démarches qualité/sécurité locales. Ainsi, le découplage entre la stratégie qualité/sécurité et le développement d'une approche stratégique globale a obligé les actrices et les acteurs à faire des choix. Ceux-ci se sont, en général, portés là où l'incitatif institutionnel était le plus fort, au détriment d'autres démarches pouvant être tout aussi nécessaires.

Un rôle-clé du binôme médecin chef·fe de service et cadre de santé

Ce binôme joue un rôle essentiel dans la traduction et les ajustements qui s'opèrent entre les injonctions ou les incitatifs de l'institution et l'introduction d'améliorations dans les pratiques cliniques. Il est la figure la plus fédératrice à la fois pour les médecins du service et pour les soignant·e·s des unités. Sur le terrain, il est également l'acteur tenu pour « responsable » de la qualité des soins, d'où son attention aux injonctions institutionnelles. Il joue donc un rôle primordial dans la diffusion d'une culture qualité dans les équipes et la traduction ou l'ajustement des injonctions institutionnelles dans les pratiques locales. Paradoxalement, il se situe au niveau organisationnel le moins investi par les deux organisations et par la recherche.

Discussion/recommandations

Notre étude visait à mieux saisir la manière dont les actrices et acteurs s'approprient les démarches qualité dans deux hôpitaux suisses. Malgré des limites liées à son caractère exploratoire, au nombre restreint de services inclus dans l'étude et à la pandémie de COVID-19 qui nous a contraints à renoncer à investiguer dans le service SMI de H2, cette étude nous a permis de mettre en évidence des éléments importants pour l'implémentation des politiques qualité à l'hôpital. Elle nous a également conduits à formuler 4 principales recommandations.

L'impulsion institutionnelle

L'étude a d'abord montré que les incitations nationales se sont traduites au niveau institutionnel par une structuration de la qualité comprenant des espaces de gestion dédiés. Selon le contexte local et la stratégie de la Direction, le

contenu de l'activité et la mission des comités qualité sécurité des soins diffèrent, tout comme leur impact sur l'appropriation des démarches qualité dans les services. Ce processus de formalisation institutionnelle de la qualité et de la sécurité des soins met en jeu un équilibre complexe entre, d'une part, la sensibilisation des équipes à la qualité (par exemple, en les aidant à identifier des problèmes à partir des résultats des indicateurs) et, d'autre part, des incitatifs d'autorité (par exemple, en proposant des incitatifs financiers ou en stigmatisant le service). Les clinicien·ne·s considèrent que les demandes institutionnelles et les outils sont souvent en décalage avec leurs pratiques, voire en conflit avec elles. Pourtant, ces demandes et ses outils conduisent régulièrement à l'émergence d'actions d'améliorations auxquelles les actrices et les acteurs de terrain adhèrent. Pour assurer la participation nécessaire des équipes, les actrices et les acteurs en charge de la qualité, qui incarnent une dimension d'autorité (Direction générale, médicale, des soins, ou de la qualité/sécurité des soins), doivent savoir rester en retrait et déléguer au *manager* de proximité, le binôme médecin chef·fe de service et cadre de santé, la gestion locale de la qualité.

Le rôle charnière du binôme médecin chef·fe de service et cadre de santé

Les données issues de nos investigations ont mis l'accent sur la place occupée par le binôme médecin chef de service et infirmière ou infirmier cadre de santé. Dans le contexte organisationnel actuel, ce binôme apparaît comme indispensable pour mettre la qualité au centre des préoccupations, et pour stimuler et soutenir le changement. Comme principal « responsable » de la qualité des pratiques sur le terrain, il est aussi plus sensible aux incitatifs et aux injonctions de l'institution. En termes de diffusion de la culture qualité, il joue donc un rôle charnière, assurant tantôt la traduction, tantôt l'ajustement, des injonctions institutionnelles aux pratiques locales.

Recommandations

Recommandations 1. Investir dans l'implication des *managers* de proximité (niveau service). Dans l'idéal, si la responsabilité des démarches est effectivement assumée en interprofessionnalité, le *manager* de proximité pourra être représenté par un binôme de chef·fe·s de service médecin-soignant. Il s'agirait alors de : a) sensibiliser et former ce *manager*/binôme à la mise en œuvre et au *management* des démarches qualité ; b) lui accorder la confiance et l'espace de liberté nécessaire pour traduire et ajuster les injonctions et incitations des directions aux besoins locaux ; c) lui donner plus de ressources en termes de temps dédié et de financement de projets.

Recommandation 2. Affirmer le rôle des patient·e·s dans la conception et la mise en œuvre des démarches qualité à tous les niveaux de l'organisation, en particulier au niveau du service.

Recommandation 3. Professionnaliser, développer, pérenniser et organiser les fonctions d'interfaces. En effet, les compétences hybrides des professionnel·le·s qui jouent un rôle essentiel dans la diffusion d'une culture qualité et dans la conception des démarches qualité sont parfois très peu formalisées. Par ailleurs, acquises de manière expérientielles, elles risquent de disparaître lors du départ de ces personnes. Il semble urgent de : a) valoriser et développer ces fonctions d'interfaces portées par des profils hybrides : médecin-informaticien·ne, soignant·e gestionnaire de gestion des risques, informaticien·ne sensibilisé·e aux enjeux de la qualité dans les différentes professions, chef·fe de projet formé·e au domaine de la santé; b) assurer la conservation et la transmission de leurs compétences et savoirs au sein de l'institution ; c) professionnaliser et organiser ces fonctions d'interface au sein d'une structure ad-hoc. Le récent déploiement des *quality officers* et des responsables sécurité ou gestionnaires des risques dans les deux hôpitaux étudiés permet la transmission d'une expertise théorique et expérientielle, et l'accompagnement des équipes cliniques et de leurs cadres dans la mise en œuvre et la consolidation des actions d'amélioration de la qualité.

Recommandation 4. Encourager et soutenir le développement et l'utilisation d'indicateurs proches du terrain en : a) soutenant les démarches qualité locales basées sur des indicateurs cliniques locaux ; b) intégrant les IQS institutionnels dans des projets qualité locaux (au niveau des services pour les médecins, et des unités pour les soignant·e·s) ; c) proposant des incitatifs motivant l'appropriation des indicateurs par les professionnel·le·s de terrain : ressources financières, humaines, organisationnelles, responsabilités et promotion professionnelle, valorisation scientifique ou évènements qualité/communication institutionnelle, etc.

Références

- 1 Allen D. Understanding context for quality improvement: artefacts, affordances and socio-material infrastructure. *Health* (London) 2013; 17(5): 460-77.
- 2 Pronovost PJ, Armstrong CM, Demski R, Callender T, Winner L, Miller MR, et al. Creating a high-reliability health care system: improving performance on core processes of care at Johns Hopkins Medicine. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2015;90(2):165-72

Citation suggérée

Waelli M, Debons J, Cullati S, Gilles I, Ourahmoune A, Le Pogam MA. IMPLÉMENT. Facteurs locaux déterminant l'appropriation des indicateurs de qualité des soins par les professionnels de santé dans les hôpitaux: exemple de deux hôpitaux universitaires suisses. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de Santé : Les Essentiels 36) <https://doi.org/10.16908/rds-essentiels/36>