



AMÉLIORER LA **QUALITÉ** EN SANTÉ



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Sommaire

Introduction	3
--------------------	---

PARTIE 1

Une approche systémique de la qualité en santé réclame un prérequis : l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	4
---	---

- L'OMS apporte une définition du système de santé salulaire pour accompagner
une réflexion prospective sur les efforts restant à accomplir 4
- Même si son établissement peut s'avérer complexe,
une doctrine de la qualité systémique en santé est possible 5
- L'accessibilité du système de santé est un prérequis 7

PARTIE 2

La prospective sur le système de santé est marquée par des inquiétudes qui réclament un engagement politique déterminé	9
---	---

- Les difficultés d'accès à l'offre sanitaire 9
- Une situation critique dans le secteur social et médico-social 12
- La prévention et la promotion de la santé sont deux clés insuffisamment mobilisées
pour augmenter la qualité en santé 13

PARTIE 3

Cinq axes de mobilisation pourraient lever les obstacles aux progrès vers une plus grande qualité systémique	17
---	----

- Disposer d'une offre de qualité répartie sur le territoire 17
- Améliorer l'accès en accélérant la dynamique collaborative 17
- Mieux « outiller » les acteurs au service de la qualité et de la sécurité des parcours de santé 19
- Mobiliser les usagers comme autant de leviers de la qualité 22
- Remettre la santé publique, la prévention et la promotion de la santé
au cœur de l'agenda de la qualité en santé 25

Conclusion	26
------------------	----

Références bibliographiques	27
-----------------------------------	----

Remerciements	30
---------------------	----

Introduction

Tous les pays s'intéressent à la qualité de leur système de santé¹. De deux façons : en cherchant à la développer pour atteindre des standards reconnus largement dans le monde, ou en mettant l'accent sur l'amélioration continue de leur qualité systémique. Certains pays, comme la France, consacrent ainsi de nombreux efforts à l'amélioration de la qualité des soins et des accompagnements en santé, en continu.

Dans ce rapport, la HAS a décidé de mettre l'accent sur l'organisation de notre système de santé. En effet, vingt ans après sa création, la Haute Autorité de santé, seule autorité publique indépendante à caractère général dans le domaine de la santé, se veut le garant de la qualité de notre système de santé, conformément au mandat que lui a donné la loi, à l'instar des institutions similaires en Grande-Bretagne, en Allemagne ou au Canada.

Depuis de très nombreuses années, d'elle-même ou au gré de saisines dont elle a été destinataire, la HAS a mis l'accent sur les parcours de santé. Dans le prolongement de ces travaux, ce rapport d'analyse prospective est consacré à l'approche systémique de l'organisation mise en place en France pour concrétiser auprès de nos concitoyens l'invitation faite par le Constituant au lendemain de la Seconde Guerre mondiale : « *La Nation (...) garantit à tous (...) la protection de la santé...* ».

C'est ainsi que la HAS s'est intéressée aux indicateurs prédictifs de la qualité dans les parcours de santé. Elle a aussi développé des approches intégrant le soin et la dimension sociale et médico-sociale car les parcours de santé de nos concitoyens mêlent de plus en plus ces deux dimensions. Ce qui ne manquera pas de continuer à l'avenir, dans la mesure où notre pays s'est résolument engagé dans deux virages : ambulatoire pour les soins, et domiciliaire pour l'accompagnement social et médico-social. Si ces parcours se doivent de répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, ce sont tous les compartiments du système de santé, qualifiés souvent de silos, qui doivent se coordonner et œuvrer ensemble autour de valeurs, de principes et de repères connus de tous.

La qualité du système de santé est un sujet d'attention des politiques publiques comme un sujet de vives attentes de nos concitoyens. Le présent rapport reviendra d'abord sur les attendus de la qualité systémique, qu'il est nécessaire de comprendre afin de mieux caractériser les points forts et les points d'amélioration de notre système de santé. Il faut également dire d'emblée que la qualité du système de santé suppose d'en garantir son accès à tous, dans l'esprit de la Constitution de 1946. À tous, et par toutes ses portes : la prévention, les soins et les accompagnements sociaux et médico-sociaux. Mais toutes portes ouvertes, la qualité justifie aussi des efforts dans lesquels les usagers ont une légitimité comparable aux professionnels de santé et aux régulateurs, comme l'ont reconnu solennellement les deux lois² fondatrices de 2002.

1 La santé est ici entendue comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

2 Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

PARTIE 1

Une approche systémique de la qualité en santé réclame un prérequis : l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

L'OMS apporte une définition du système de santé salubre pour accompagner une réflexion prospective sur les efforts restant à accomplir

Selon l'OMS, un système de santé se compose «de toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé» et dont les objectifs sont d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé en répondant aux besoins et aux attentes des individus en matière de conditions de prise en charge, en étant équitable sur le plan financier et en utilisant au mieux les ressources disponibles (1).

Elle décrit six composantes structurelles du système de santé nécessaires pour lui permettre de tendre vers ses objectifs (2) :

- une direction et une gouvernance garantes de la mise en place de cadres de politique stratégique combinés à des mécanismes de contrôle efficaces ;
- des professionnels réactifs, justes, efficaces et disponibles en nombre suffisant ;
- un bon système de financement qui garantit l'accès des populations aux services nécessaires et protège les bénéficiaires de la faillite ou de l'appauvrissement qui pourraient résulter du paiement de ces services ;
- des soins [et des accompagnements] de qualité appropriés, réactifs, efficaces et sûrs ;
- un système d'information garant de la production, de l'analyse, de la diffusion et de l'utilisation d'informations fiables et actualisées sur les déterminants de santé, la performance des systèmes de santé et la situation sanitaire [et sociale] ;
- des produits médicaux, des vaccins, des technologies médicales, dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût-efficacité sont garantis, ainsi que leur utilisation fondée scientifiquement et financièrement rationnelle.

Même si son établissement peut s'avérer complexe, une doctrine de la qualité systémique en santé est possible

La qualité du système de santé est une notion particulièrement complexe dont les contours peuvent se différencier selon le point de vue adopté (professionnels du soin, usagers, régulateurs, etc.). De ce fait, il existe de nombreuses définitions (3, 4) et la HAS a fait le choix de ne pas se circonscrire à une seule définition, dans la continuité de nombreux travaux internationaux menés dans des pays comparables à la France. La HAS considère que la qualité du système de santé est multidimensionnelle et comporte les composantes qui suivent.

Efficacité et coordination. Les interventions en santé (soins curatifs, préventifs, délivrés dans une structure ou à domicile, s'adressant à des individus ou des populations, c'est-à-dire y compris les interventions en santé publique) se basent sur des preuves, en cohérence avec les recommandations, croisées avec les données de la recherche et l'expertise (consensus). Ces interventions s'apprécient au regard des résultats produits (pour la personne), mais également à partir de la vérification d'un ensemble de processus visant à garantir la qualité et la sécurité des soins. Les professionnels sont compétents et disposent de ressources de qualité et de conditions de travail décentes. Ils sont, autant que possible, « heureux » dans leur travail, car ce dernier exige d'eux un fort engagement de leur personne. **La satisfaction au travail** est, en effet, une dimension de la qualité du système trop souvent sous-estimée (5).

L'efficacité du système de santé ne peut être atteinte sans une coordination adéquate entre ses différentes composantes. Le mouvement mondial vers l'intégration des soins se développe depuis les années 2000³. Il s'agit de modèles qui visent des populations particulières (par exemple, celles atteintes d'une même maladie ou disposant de caractéristiques communes), en repensant les parcours de santé. Leur objectif est de maintenir en santé ces populations en agissant sur les déterminants de santé et en évitant une évolution défavorable de la maladie. Ce qui implique la mise en place d'instance de coordination et de planification, avec la mobilisation de technologies adaptées. En raison de la vulnérabilité qui accompagne la maladie, le vieillissement et les situations de handicap, la coordination des interventions revêt une importance particulière. De nombreuses personnes dépendent de l'intervention de plusieurs professionnels ou organismes. Les interventions sont coordonnées entre les intervenants, dans une logique de parcours. Les politiques de santé sont cohérentes et coordonnées avec les autres politiques. L'intégration accorde une place importante à l'inclusion en milieu ordinaire (espace partagé par tous), ce qui implique un partage d'information et la connaissance mutuelle des interventions de chacun (6).

Sécurité. Les interventions évitent de porter préjudice à ceux qui en bénéficient. Les risques pour les patients (sécurité des soins), les usagers ou la population (risques sanitaires), mais également les risques pour les professionnels sont réduits au minimum.

Centré sur la personne. Les interventions tiennent compte des valeurs, des préférences, des choix et des besoins de la population ou des personnes ainsi que de leurs évolutions (réévaluation régulière, en particulier pour les accompagnements de longue durée) afin de répondre à leurs attentes en matière de conditions de prise en charge et d'accompagnement. Il s'agit des besoins physiques et émotionnels,

3 Bien que l'approche intégrée soit plus ancienne, par exemple, dans le champ du handicap où l'usage du vocabulaire de dynamique inclusive est davantage mobilisé.

mais également du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie dans la mesure du possible. Les soins ou les accompagnements sont personnalisés. Les interventions tiennent compte du contexte de chaque individu. Les résultats des interventions sont appréciés au regard de leurs effets pour la personne, et mobilisent son point de vue et son expérience. Les droits des personnes sont respectés. La participation et l'engagement des usagers sont soutenus, que ce soit sous forme individuelle ou collective, ainsi que leurs proches et aidants. Ce qui implique d'informer, de communiquer, mais également de promouvoir l'éducation à la santé (7).

Temps opportun. Les retards de diagnostic et de prise en charge sont évités au maximum. La prévention ciblée et au bon moment permet une réduction des situations aggravées. L'offre en santé doit permettre de garantir aux usagers un accès en tout point du territoire dans des délais satisfaisants au regard de leur situation. Cette dimension contribue, avec la précédente, à la réceptivité du système de santé, c'est-à-dire à sa capacité à répondre aux attentes en matière de conditions et délais de prise en charge.

Équité. Cet objectif est rappelé dans les textes consacrant le droit fondamental à la protection de la santé et posant les fondements de l'action sociale et médico-sociale⁴. La qualité des interventions ne change pas en fonction des caractéristiques personnelles (géographique, socio-économique, culturelle, genre, etc.). À l'échelle de la population, l'objectif d'un système de santé est d'améliorer l'état de santé et de le faire de manière à réduire les inégalités en tout point du territoire.

Efficience. Le gaspillage des ressources (matérielles, humaines) est évité. La rationalisation de l'organisation est recherchée. Les ressources sont rigoureusement régulées et utilisées pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix. En santé, les besoins sont illimités et les ressources limitées. Dans ce contexte, l'efficience budgétaire permet d'orienter les ressources sur les besoins prioritaires et sur les soins qui vont générer le plus de « valeur » pour les personnes soignées ou accompagnées. Il faut alors trouver le point d'équilibre entre le fini et l'infini en s'assurant que les ressources budgétaires soient dépensées le plus pertinemment possible : la pertinence des soins (ceux donnés ont-ils des effets de santé?) et leur valeur (ceux donnés ont-ils les plus grands effets possibles?).

Les différentes composantes concourent à l'objectif essentiel visé par cette approche de la qualité systémique du système de santé : sa capacité à comprendre les besoins de toutes les personnes et à y répondre au mieux avec les ressources disponibles, dont la participation des personnes.

4 Article L. 1110-1 du Code de la santé publique et article L. 116-2 du Code de l'action sociale et des familles pour ce qui concerne le secteur social et médico-social.

L'accessibilité du système de santé est un prérequis

Les constats répétés d'une inadéquation entre l'offre et les besoins à différents échelons territoriaux, que ce soit dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, pour des raisons tenant à la démographie professionnelle ou à la répartition de l'offre, ainsi que la perspective d'une augmentation structurelle des besoins tenant à différents facteurs (vieillesse, augmentation des maladies chroniques, cumul des vulnérabilités) conduisent la HAS à souligner que l'accès au système de santé constitue, en tant que tel, un prérequis à sa qualité : **il n'y a pas de qualité sans accès**. Il s'agit d'un droit fondamental (cf. encadré) contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et permettant une réponse adaptée et équitable en termes de délais d'attente acceptables (réceptivité).



Au niveau international, l'universalité des systèmes de santé constitue une préoccupation majeure⁵. Cela signifie que **chaque personne peut avoir recours aux services de santé et d'accompagnement dont elle a besoin, où et quand elle en a besoin, et sans être exposée à des difficultés financières** (8, 9).

L'accès au système de santé comporte deux aspects : d'une part l'accessibilité (potentielle) qui envisage la localisation de la population par rapport à celle de l'offre, et d'autre part l'accès (réel) qui renvoie à l'utilisation effective d'un service de santé. Le passage de l'accessibilité à l'accès suppose que les barrières de l'offre soient dépassées. La disponibilité de l'offre, l'accès physique, les conditions de l'accueil (horaires d'ouverture, temps d'attente aux urgences, amabilité, soutien social, etc.), la capacité financière et les éléments socioculturels (rapport à la santé) des individus constituent des freins. La HAS fait le choix, dans cette analyse, de centrer son propos sur l'accessibilité.

⁵ La couverture sanitaire universelle constitue pour l'OMS une priorité.

L'accès aux soins est un droit fondamental

L'universalité, l'équité et la solidarité sont les principes clés de la bonne gouvernance des systèmes de santé. Ils requièrent de garantir l'égalité d'accès aux soins.

«L'accès aux soins est un élément essentiel du droit fondamental à la santé. Les inégalités d'accès aux soins de santé sont en train de s'accroître dans les États membres du Conseil de l'Europe», alerte le Conseil de l'Europe en 2013 dans sa Résolution 1946 en faveur de l'égalité de l'accès aux soins de santé (10).

Pour le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies [créé en 2000], l'accès aux soins de santé est un des éléments essentiels du droit à la santé.

Le droit à la santé est un droit global couvrant de nombreux éléments : **accessibilité, disponibilité, acceptabilité, bonne qualité (les biens et les services doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et en bon état de fonctionnement), participation, responsabilité.**

Le droit à l'aide sociale couvre des prestations légales en nature ou en espèces destinées aux individus qui ne sont pas en mesure de faire face à leurs besoins. Ces prestations, prévues par le Code de l'action sociale et des familles, sont prises en charge par la collectivité et dues dès qu'une personne remplit les conditions d'utilisation, sans exiger de sa part qu'elle ait préalablement contribué au financement de ce droit. C'est le principe de la solidarité nationale.

Comme le montrent régulièrement différents sondages d'opinion, l'immense majorité des Français déclare avoir une bonne image de leur système de santé et des professionnels de santé, quels qu'ils soient (75 % des Français estiment que leur système est l'un des plus performants au monde; 87 % reconnaissent l'universalité et l'excellence du système de santé) (11). Ce niveau d'attachement est d'autant plus fort qu'il est le corollaire d'une certaine inquiétude quant au nombre jugé trop faible des professionnels et aux déserts médicaux, et d'une crainte que ce manque perçu de personnel médical n'ait un impact sur la qualité du suivi de leur santé (12). La France ne constitue pas une exception. En moyenne, dans les 25 pays de l'OCDE, les niveaux de satisfaction concernant l'accès à des services de santé de qualité ont légèrement diminué dans le temps (13).

PARTIE 2

La prospective sur le système de santé est marquée par des inquiétudes qui réclament un engagement politique déterminé

Les difficultés d'accès à l'offre sanitaire

Une dégradation de l'offre sanitaire

L'accès aux soins primaires se dégrade depuis plusieurs années, mais la situation est contrastée selon les spécialités et les catégories de professionnels. Les tensions démographiques des médecins généralistes sont illustrées par la baisse, au cours des années 2010, de leur densité standardisée⁶ et par l'augmentation de la part de la population résidant dans une zone sous-dotée en médecins (14) [APL⁷ < 2,5/an/habitant]. Cette proportion a augmenté au cours de ces dernières années, passant de 6,6 % en 2015 à 15,1 % en 2019 avec une hausse sensible en 2022 (24,9 %) (15). L'évolution démographique n'est pas homogène sur le territoire. En 2021, les régions Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur restaient mieux pourvues alors que la région Centre a la densité standardisée la plus faible (16).

La situation est plus nuancée pour les médecins spécialistes. La densité (toutes spécialités confondues) a légèrement augmenté, passant de 172 pour 100 000 habitants en 2012 (16) à 192 en 2023 (17), mais la répartition des spécialistes reste également très hétérogène sur le territoire. Les régions limitrophes de l'Île-de-France, comme la Picardie et la région Centre, mais également les Pays de la Loire figurent parmi les moins dotées en 2021 (16).

Si l'on considère l'accessibilité aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes, 20 % de la population est aujourd'hui confrontée à une difficulté d'accès dont la moitié à l'égard de plusieurs professions et 3 % de la population (1,7 million de personnes) cumulent des difficultés d'accès aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes, dont trois quarts résident en zones rurales et un cinquième dans une grande aire urbaine (18).

Ces tensions impactent la pratique et les conditions d'exercice des médecins généralistes. Ainsi, selon l'enquête réalisée par la DREES en 2022 (19), 62 % des médecins se déclarent en difficulté « pour répondre aux sollicitations des patients ». La proportion de médecins jugeant leur effectif insuffisant sur leur territoire a augmenté de 9 points entre 2019 et 2022 (78 % en 2022 *versus* 69 % en 2019). Ils sont plus nombreux à déclarer refuser de nouveaux patients (65 % en 2022 *versus* 53 % en 2019) et à voir leurs patients moins régulièrement (44 % *versus* 40 %). Ils signalent également des difficultés à orienter leurs patients vers d'autres spécialistes et vers des paramédicaux.

6 Il s'agit du nombre de médecins rapportés à la population pondérée par sa consommation de soins.

7 L'indicateur APL a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il permet ainsi d'observer et de suivre les difficultés d'accès aux professionnels et les inégalités de répartitions territoriales. Il intègre le niveau d'activité (nombre de consultations pour les médecins libéraux et équivalents temps plein pour les infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes). Il est établi au niveau de chaque commune et utilisé par les ARS pour identifier les zones sous-denses pour la profession de médecin.

Les établissements de santé sont également confrontés à un manque de personnels et à des difficultés de recrutement. Ainsi, le nombre de postes de praticiens restés vacants à l'issue des tours de recrutement a été multiplié par un peu plus de 2 entre 2014 et 2022 et le nombre de praticiens hospitaliers en disponibilité⁸ a été multiplié par un peu plus de quatre⁹ entre 2012 et 2022. Le recours à des contractuels a régulièrement augmenté pour pallier le manque de médecins : leur part dans l'effectif médical total est passée de 29 % à 33 %. Les services particulièrement soumis à astreinte et aux gardes sont les plus dépendants à l'emploi temporaire, mais ne sont pas les seuls (20). Les tensions sur les ressources humaines sont un des motifs d'altération des capacités d'hospitalisation. Dans une enquête conduite par la Fédération hospitalière de France (FHF) (21) en mars 2024, les difficultés de personnels ont été mises en cause dans 60 % des cas de fermeture des capacités d'hospitalisation en MCO (7 %).

Des tensions qui sont amenées à se maintenir dans les dix prochaines années

Selon les projections réalisées par la DREES sur la période 2013-2070¹⁰ (16), cette détérioration va se poursuivre jusqu'en 2028, la densité standardisée¹¹ des professions médicales n'atteindrait le niveau de 2021 qu'en 2035 et la remontée serait plus lente pour les médecins généralistes que pour les spécialistes.

La structuration des modes d'exercice des médecins est également amenée à évoluer dans les prochaines années avec un déclin de l'exercice libéral exclusif au profit du salariat et de l'exercice mixte. Selon un scénario tendanciel réalisé en 2017 par la DREES, la part des médecins libéraux exclusifs reculerait fortement, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040, tandis que les proportions de médecins mixtes (cumulant activité libérale et activité salariée) et de médecins salariés augmenteraient respectivement de 11 à 15 % et de 42 à 46 % au cours de la même période (22).

8 C'est-à-dire partis exercer ailleurs qu'à l'hôpital public.

9 Ce nombre est passé de 1 291 à 5 561 respectivement en 2012 et 2022 selon le rapport de la Cour des comptes de mai 2024 qui se fonde sur les données du centre national de gestion.

10 Sur la base des évolutions les plus récentes, elle a retenu le scénario fondé sur des hypothèses de fécondité, d'espérance de vie basses et d'un solde migratoire de niveau central.

11 Prise en compte des évolutions démographiques de la population et de ses consommations de soins.

Les difficultés dans le champ de la psychiatrie

En France, le dispositif de psychiatrie est constitué d'une part d'établissements hospitaliers (publics et privés), d'autre part d'une offre ambulatoire (cabinets libéraux et centres médico-psychologiques (CMP)) et médico-sociale très diversifiée.

Une dégradation de l'accès : un recul de l'offre et un manque de ressources humaines

- Entre fin 2008 et fin 2019, 81 départements ont connu une baisse de la densité de lits en psychiatrie générale (23).
- Au 31 décembre 2022, près d'un quart des établissements hospitaliers (24 %) ont été contraints de fermer de 10 % à 30 % de leur capacitaire alors qu'ils n'étaient que 5 % à enregistrer de telles fermetures capacitaires avant 2020 (24).
- Le manque de personnel médical et/ou paramédical est identifié comme étant le facteur principal de 88 % des fermetures structurelles de lits en 2022 (24).
- Entre un quart et trois quarts des postes de médecins sont vacants dans 40 % des établissements et 8 % des établissements déplorent la vacance de plus de la moitié de leurs postes de médecins. En 2023, 63 postes de médecins psychiatres n'ont pas été pourvus par l'ECN (sur 547), nombre doublé par rapport à 2022 (25).
- 15 % de la population se situe à plus d'une heure d'un CMPP (26).
- Le délai moyen d'accès à l'ambulatoire est de 1 à 4 mois pour plus de la moitié des établissements (53 %) en ce qui concerne les soins en psychiatrie de l'adulte (26).

Situation particulièrement critique pour le secteur de la pédopsychiatrie

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 45 % des établissements décrivent des délais d'accès à l'ambulatoire compris entre 5 mois et plus d'un an. Le délai moyen d'accès à l'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est compris entre 1 et 4 mois pour 20 % des établissements et 13 % des établissements déplorent des délais d'accès à l'hospitalisation de 5 mois à 1 an.

La majorité des établissements (59 %) déplorent plusieurs années de délai, voire une dizaine d'années pour 3 % d'entre eux (24); alors que les besoins ont augmenté depuis 20 ans, comme en atteste la progression de plus de 60 % du nombre de personnes suivies chaque année en psychiatrie infanto-juvénile, tous modes de prise en charge confondus (hospitalisation complète, hospitalisation partielle ou soins ambulatoires) (26).

Une situation critique dans le secteur social et médico-social

Le secteur social et médico-social recouvre une pluralité d'emplois avec un accroissement significatif des effectifs, notamment pour les activités en lien avec la prise en charge des personnes âgées. Ce sont près d'un million de personnes, essentiellement des femmes, qui exercent ces métiers souvent en seconde partie de carrière. Mais les besoins en professionnels pour la prise en charge à domicile et en établissement augmentent à la fois en nombre (on estime à 140 000 le nombre d'ETP supplémentaires à recruter à domicile et en établissement d'ici 2030) et qualitativement pour répondre à la complexité croissante des situations (27). Les tensions de recrutement sont généralisées sur l'ensemble des secteurs. Fin 2023, la 2^e édition du baromètre des tensions de recrutement Axess relevait 35 000 postes vacants (30 000 recensés lors de la précédente édition) avec des difficultés particulières dans les secteurs des personnes âgées et de la petite enfance. L'intérim se développe sans répondre aux besoins des personnes accompagnées et aux dépens du travail en équipe¹².

Les capacités d'accueil et d'accompagnement

Comme dans le secteur sanitaire, le mouvement de restructuration (regroupement, mutualisation, intégration de services, réseaux, partenariats, etc.) s'est accéléré ces dernières années sous l'impulsion des stratégies de développement, de contrôle des ressources et de diversification des activités pour mieux répondre aux besoins des personnes, dans un contexte de contraintes budgétaires. Au-delà, les enjeux de capacités d'accueil et d'accompagnement constituent de réelles difficultés d'accès et le « virage » domiciliaire (engagé dans tous les champs du secteur) ne pourra pas répondre à l'ensemble des besoins d'accompagnement.

Dans le **champ du handicap**, le nombre de jeunes en attente de places dans les instituts médico-éducatifs (IME) augmente et, faute de places, certaines familles ont recours à des accompagnements en Belgique. Si les résultats des baromètres des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) publiés par la CNSA chaque année montrent que la durée de traitement des dossiers diminue, en 2022, il restait encore des départements où la durée moyenne de traitement d'un dossier était supérieure à 6 mois (29). Il convient de souligner que l'antériorité de la demande sur la liste d'attente n'est pas le seul mode de priorisation à l'admission (30).

Le nombre de **personnes âgées en perte d'autonomie** va augmenter dans les prochaines années, de 16 % en 2030, 36 % en 2040, 46 % en 2050 par rapport au nombre actuel, pour atteindre près de 4 millions. Alors que les établissements et les services à domicile sont déjà saturés, les projections réalisées par l'Insee estiment que l'augmentation nécessaire des effectifs au domicile et en EHPAD devra être respectivement de 42 % et 14 % d'ici à 2040 par rapport aux effectifs de 2020. Le nombre de places devra quant à lui progresser de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % vers 2050 selon un scénario conservateur. Au-delà du volume de places, l'offre devra également tenir compte de l'évolution des pathologies et des profils sociaux des personnes. La transformation globale de tous les EHPAD doit s'imposer pour les préparer à l'arrivée significative de personnes atteintes de troubles cognitifs. Les besoins en aidants seront également plus importants et les projections d'une augmentation de la proportion de personnes sans enfants ni conjoints vont constituer un facteur de complexité supplémentaire.

¹² Les agences d'intérim pourraient d'ailleurs être un facteur de dérégulation du travail social dans les prochaines années, car elles exercent une forte pression sur les structures. Le coût d'un intérimaire pour une structure est 2,5 fois plus important que celui d'un salarié recruté sous contrat. Ces intérimaires, souvent embauchés de manière temporaire, favorisent les phénomènes de turn-over (28).

Dans **le champ de la protection de l'enfance**, les délais d'exécution des mesures s'allongent et sont préjudiciables à leur effectivité et à la qualité des prises en charge. En 2019, 30 % des départements connaissaient un délai supérieur à 4 mois pour l'exécution des mesures d'AEMO (action éducative en milieu ouvert) ou d'AED (action éducative à domicile) en raison de la croissance du nombre de mesures à domicile prescrites et sans ajustement correspondant de l'offre, sur certains territoires (31). Les dispositifs dits renforcés (placement à domicile) sont également sous tension alors qu'ils constituent très souvent des réponses efficaces et efficientes pour le parcours de l'enfant.

Enfin, dans **le champ de l'insertion et de l'hébergement**, les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) sont chargés du dispositif de veille sociale pour l'accueil et l'orientation des personnes en difficulté ayant des besoins d'hébergement d'urgence ou de logement adapté. Ils centralisent la totalité ou la majorité des places d'hébergement, à l'exception des cas d'admission directe pour des publics spécifiques (femmes victimes de violence, personnes orientées par le SPIP — service pénitentiaire d'insertion et de probation) (32). Si différentes actions ont été mises en place pour organiser et fluidifier les parcours, l'offre d'hébergement et d'accompagnement reste largement insuffisante face à l'augmentation des besoins.

La prévention et la promotion de la santé sont deux clés insuffisamment mobilisées pour augmenter la qualité en santé

De bons résultats globaux malgré des disparités parfois sévères

La France figure parmi les pays où l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée (85,7 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes en 2023) (33) et l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacité, est en hausse régulière (65,3 ans pour les femmes et 63,8 ans pour les hommes en 2022) (34). La France est un des pays d'Europe où la mortalité évitable est la plus faible avec 202 décès pour 100 000 habitants en 2020 et avec le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (59 décès pour 100 000 habitants) (35).

Ces bons résultats sont le reflet d'une couverture sanitaire parmi les meilleures au monde et des progrès techniques mis au profit du plus grand nombre. S'ils sont globalement satisfaisants, ces résultats masquent en réalité d'importantes disparités territoriales et sociales, et montrent que des progrès sont encore à réaliser.

Classification des actions de prévention selon l'OMS

En 1948, l'OMS donne une définition de la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». En cohérence avec le parcours du patient, l'OMS classe la prévention en trois niveaux : la prévention primaire s'adresse aux personnes en bonne santé et vise à empêcher les risques d'apparition d'une maladie; la prévention secondaire vise à diminuer les facteurs de risque et à détecter de manière précoce les aggravations; enfin, la prévention tertiaire s'adresse aux personnes présentant des facteurs de risque, malades ou avec des antécédents, elle vise à réduire le risque de complication, de chronicité ou de rechute.

Les mesures de prévention peuvent être organisées en trois catégories :

- les mesures visant à promouvoir un mode de vie sain et à réduire la prévalence des comportements à risque en s'adressant à la population générale ou en ciblant un public spécifique, notamment les personnes présentant un facteur de risque;
- les mesures visant à détecter les maladies à un stade précoce (dépistage, surveillance de l'état de santé d'un individu¹³) et qui s'adressent à un public large (bien-portant) ou plus ciblé (catégorie liée à l'âge);
- les mesures intégrant des dispositifs médicaux ou des médicaments à visée préventive et qui s'adressent aux bien-portants (vaccination) ou aux personnes présentant des facteurs de risque.

La mortalité évitable par prévention est ainsi de 143 décès pour 100 000 habitants. Ces résultats sont mauvais, comme en attestent les taux de participation au dépistage organisé des cancers ou bien à la vaccination, qui ne constituent qu'une partie des mesures de prévention (cf. encadré). La participation au dépistage organisé des trois cancers (du sein, du col de l'utérus, colorectal) est inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE et bien en deçà des objectifs. Sur la période 2021-2022, le taux de dépistage du cancer du sein est de 47,7 % (cible européenne 70 %) et celui du cancer colorectal de 34,3 % (cible européenne 65 %). Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est de 59,6 % pour la période 2019-2021 (cible 70 %), il est légèrement supérieur à la moyenne OCDE, mais ne progresse pas depuis 2012 (17).

Pour ce qui concerne la vaccination, les résultats restent inférieurs aux objectifs recommandés par l'OMS. Depuis 2009, la France n'a jamais atteint l'objectif de couverture à 75 % des populations à risque de forme grave de grippe (54 % pour la saison 2023-2024) (17, 36).

Si la couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain (HPV) progresse, la couverture n'atteint pas l'objectif fixé (37, 38) (60 % en 2023, 80 % en 2030). En 2023, le taux de couverture complet (2 doses) pour les adolescentes de 16 ans était de 44,7 % (41,5 % en 2022). Pour les garçons âgés de 16 ans, le taux de couverture complet était de 15,8 % pour (8,5 % en 2022). Les résultats obtenus sont encore éloignés de leur cible et des performances d'autres pays comparables.

13 Il ne s'agit pas de la surveillance épidémiologique qui s'intéresse à l'état de santé de la population dans son ensemble.

Ces programmes de prévention souffrent d'un réel manque d'adhésion, en dépit d'une pertinence avérée. Ils imposent de **rendre plus opérationnelles les mesures de prévention compte tenu de leur impact sur la santé et les dépenses publiques, et d'agir sur l'ensemble des déterminants bien identifiés par les recherches** (par exemple, dans le champ de la vaccination, le réseau international SHS vaccination qui dispose dorénavant d'un relais en France¹⁴).

Dans les prochaines années, la médecine prédictive va venir modifier le paysage des mesures de prévention. Le dépistage précoce des maladies constitue aujourd'hui un axe de développement important. Si ces innovations promettent des résultats favorables, elles soulèvent des questions éthiques à titre individuel et collectif. Aussi, **l'évaluation des outils prédictifs doit pouvoir s'apprécier au regard des différentes dimensions de la qualité en santé, telles qu'énoncées au début de cette analyse, dans le cadre du parcours de santé en considérant la personne dans sa globalité et son environnement.**

La mortalité évitable et les maladies chroniques sont pour partie la conséquence de modes de vie, de facteurs environnementaux ou de comportements moins favorables à la santé (tabac, alcool, alimentation, sédentarité) et sont impactées par des inégalités (catégorie socioprofessionnelle, âge, sexe, géographie). Les inégalités de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social, qui correspond à une « diminution progressive ou linéaire de l'état de santé (ou d'un de ses indicateurs) qui s'accompagne d'une position sociale décroissante » (39). Cela signifie que plus la situation est favorable, meilleures sont les chances de jouir d'une bonne santé et d'une vie plus longue. Ce gradient existe dans tous les pays (riches et pauvres).

Sur la période 2012-2016, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres est de 8 ans pour les femmes et de 13 ans pour les hommes en France. Pour ce qui concerne plus particulièrement l'espérance de vie en bonne santé, non seulement les ouvriers vivent moins longtemps, mais — sur cette durée de vie plus courte — ils vivent plus longtemps avec des limitations d'activité (40, 42). Les maladies chroniques sont responsables pour un tiers des inégalités sociales d'espérance de vie (43).

En France, les inégalités sociales de santé apparaissent plus marquées que dans certains pays européens (44). Ce gradient social affecte également les comportements à risques avec des résultats moins favorables que pour le reste de la population. Le surpoids, l'obésité et le tabagisme en particulier sont plus fréquents dans les catégories les plus défavorisées. Les maladies chroniques affectent plus souvent les personnes les plus modestes. La mortalité évitable par prévention primaire est plus élevée qu'en Italie, Espagne ou Suède. Ces résultats contrastés appellent à nouveau à **un renforcement effectif de toutes les actions de prévention (vaccination, dépistage, comportements, etc.), mais en consacrant plus d'efforts pour ceux qui sont plus éloignés de l'optimum en santé.**

14 <https://shs-vaccination-france.com/>

La prévention et la promotion de la santé sont rarement perçues comme un impératif de la qualité en santé

La prévention et la promotion de la santé sont un puissant vecteur de réduction des inégalités, comme en témoignent les résultats des ateliers santé ville (ASV) initiés sous l'égide de la politique de la ville. Ils apportent, à l'interface entre l'intervention sociale urbaine et l'action en santé, des solutions pour modifier la perception des enjeux de santé par une population et les évolutions comportementales nécessaires pour l'état complet de bien-être dont parle l'OMS (45).

Prévention et promotion de la santé peuvent aussi permettre de réunir l'ensemble des acteurs d'une chaîne vertueuse en santé : l'école, les départements et les communes, le mouvement sportif, les initiatives prises par les associations de patients ou les mouvements familiaux ou encore d'éducation à la santé.

C'est ainsi que des succès ont été enregistrés en matière de lutte contre l'obésité à partir d'une approche de l'alimentation des enfants partagée entre l'école et les parents (46). Santé publique France propose d'ailleurs sur son site internet (47) de nombreux exemples d'interventions efficaces en prévention et promotion de la santé qui constituent autant d'exemples de la coordination entre les différents acteurs médicaux et non médicaux en vue de faire partager par un groupe de population donné les voies et moyens de prendre soin de soi et des meilleures solutions pour accéder, le cas échéant, à l'offre de soins et d'accompagnements en santé. Récemment encore, l'expérimentation (48) des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé, figurant à l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé, a conclu à un modèle de référence qui attend maintenant d'être généralisé.

Pourtant, notre pays peine à mettre ses politiques publiques à la hauteur des potentielles économies et des gains de santé publique dont ces mobilisations partagées attestent. Cela traduit nos difficultés à donner un signal lisible par tous. D'ailleurs, nos multiples plans de santé publique restent mal connus en dehors du programme national nutrition santé parvenu à son troisième renouvellement. Sans doute parce qu'il a su renouveler ses mots d'ordre (« Manger, bouger », « Cinq fruits et légumes par jour »), ses outils, notamment le nutriscore, et coordonner les mobilisations des parties prenantes.

Si nous insérons dans les objectifs des établissements de soin comme des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que dans les référentiels et recommandations de bonnes pratiques, des objectifs de prévention et de promotion de la santé, ces objectifs sont alors essentiellement portés par des professionnels ou des organisations de santé pour progresser. Or, ces professionnels et ces organisations sont le plus souvent des organisations dédiées aux soins ou aux accompagnements et ne sont ni formés ni accompagnés, ou trop rarement, pour mettre en place des coordinations et des mobilisations partagées avec les parties prenantes au service de ces objectifs.

Consciente des enjeux et de l'impérieuse nécessité d'agir sur les capacités d'accueil, **la HAS réaffirme l'importance d'agir sur la qualité et la fluidité des parcours à partir des besoins des malades ou des personnes et de leurs proches et de l'écosystème en place (disponibilité de l'offre sur un territoire); ce qui nécessite une forte coordination entre les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Dès lors que la prévention et la promotion sont des composantes clés des parcours de santé, la HAS estime que leur mise en œuvre opérationnelle doit aussi être accompagnée et soutenue en mobilisant les multiples acteurs impliqués.**

PARTIE 3

Cinq axes de mobilisation pourraient lever les obstacles aux progrès vers une plus grande qualité systémique

Disposer d'une offre de qualité répartie sur le territoire

Le premier palier de la réponse aux enjeux de qualité, et notamment d'accessibilité, est de disposer d'une offre complète, structurée autour d'établissements de santé, de professionnels exerçant en ville, et d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Cela signifie, d'abord, que notre pays doit disposer d'un nombre suffisant de professionnels compétents, de lits ou de places. Cet impératif appelle également un important travail sur la répartition géographique, selon une organisation cohérente et graduée des infrastructures et capacités d'accueil et d'accompagnement, en concentrant autant que nécessaire les plateaux techniques qui le justifient, et ce, à des fins de qualité et de sécurité des soins, tout en organisant la meilleure accessibilité des personnes à ces plateaux. Enfin, une offre qualitative suppose un renforcement de l'effort de formation de la Nation au profit de ses professionnels, en termes de formation initiale et, plus encore, de formation continue.

Ces trois dimensions d'une offre de qualité ont fait l'objet de nombreux travaux, y compris récents, que le présent rapport ne reprendra pas. La HAS ne peut que souligner que ce travail de restructuration de nos capacités n'est pas un sujet distinct des enjeux de qualité : il en est au contraire le socle sur lequel bâtir, dans une optique fondamentale d'égalité territoriale.

Améliorer l'accès en accélérant la dynamique collaborative

Plusieurs réformes importantes¹⁵ se sont succédé au cours des quinze dernières années, s'inscrivant dans une continuité d'interventions destinées à répondre aux enjeux liés à l'augmentation des besoins, aux difficultés croissantes d'accès aux soins, à l'extension des déserts médicaux, aux modifications de pratiques médicales et au besoin de trouver des leviers d'attractivité des métiers (au sens large). Cet impératif de coordination est le fruit de multiples facteurs dont le foisonnement des acteurs et organisations en présence (49). Les orientations ont en particulier cherché à soutenir et favoriser les approches collaboratives, complémentaires, dans une logique de parcours (50), en particulier dans un cadre libéral, en s'inspirant de formes d'organisation mises en œuvre dans d'autres pays (51) et ayant fait preuve de leur efficacité et d'une plus grande efficience (52). Pour le secteur hospitalier, la création des groupements hospitaliers de territoires a renforcé la coopération et la collaboration entre les établissements publics de santé dans l'objectif de structurer, à l'échelon d'un territoire, une organisation partagée et graduée des prises en charge des patients.

¹⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Si les coopérations entre acteurs et structures sont engagées depuis plusieurs années, l'articulation entre les différents secteurs de l'offre de santé reste à améliorer. La mise en place récente d'une labellisation d'hôpitaux de proximité devrait contribuer à structurer une organisation cohérente sur le territoire en constituant notamment «un trait d'union» entre le secteur libéral, hospitalier et médico-social.

Il importe d'accélérer les exercices collaboratifs et les coopérations en les soutenant de manière pérenne (y compris financièrement), pour les professionnels qui le souhaitent, de manière à laisser place à l'agilité et la créativité des acteurs. C'est bien **la fonction de coordination qui est indispensable pour faciliter la fluidité des échanges**. Son incarnation doit aussi pouvoir s'adapter au contexte des organisations, aux besoins des acteurs (professionnels ou usagers) et ne pas être réservée à une catégorie de professionnels. Les supports numériques et les innovations sont un levier évident pour faciliter les échanges et les collaborations. Cependant, ils ne peuvent à eux seuls venir impulser des changements de pratiques.

Ces nouvelles organisations de pratiques reposent principalement sur la confiance mutuelle. Différentes expériences ont montré que les collaborations imposées n'étaient pas optimales. L'exercice coordonné en soins primaires constitue une «douce révolution», dans le cadre de structures de coordination effectrices de soins autour d'une patientèle (équipes de soins primaires, maisons de santé, centres de santé, équipes de soins spécialisés, etc.) ou autour d'une logique territoriale (communautés professionnelles territoriales de santé), qui ouvrent en outre de nouvelles opportunités de coordination entre ville et hôpital. Les démarches volontaires doivent être soutenues et encouragées, y compris financièrement (forfaits adaptés). Les nouveaux métiers ne sont pas toujours bien identifiés par les patients, ni par les professionnels de santé d'ailleurs et la clarification des rôles de chacun est nécessaire, comme l'ont montré les travaux sur le métier d'infirmière en pratique avancée (53-55).

Le manque d'effectifs médicaux nécessite d'accompagner **la reconfiguration des frontières professionnelles**. La création de nouveaux métiers (par exemple, infirmiers de pratique avancée, infirmiers délégués de santé publique, assistants médicaux) et l'élargissement de certaines compétences ont déjà été engagés (par exemple, pour les sages-femmes, les infirmiers, les pharmaciens d'officine, les kinésithérapeutes, les pédicures-podologues¹⁶). Ils imposent d'être davantage accompagnés et soutenus par le biais de formations de qualité, mais également d'évaluations, d'analyses collectives et réflexives sur ces nouvelles modalités d'exercice. **Le soutien aux compétences du travail en équipe, de coordination d'équipes pluriprofessionnelles, est également à encourager dans la formation initiale et continue des professionnels de santé et paramédicaux.**

Dans cette dynamique, **l'implication des personnels du secteur social avec les professionnels (para)médicaux devient incontournable**. D'autant que les problématiques de santé constituent une préoccupation majeure des travailleurs sociaux et des professionnels de l'accompagnement. Ils sont de plus en plus amenés à participer aux soins et peuvent se trouver démunis (56). La capacité à travailler en réseau constitue **un axe important des formations en travail social, une plus grande sensibilisation aux problématiques de santé constitue une piste à développer.**

16 «Loi Rist» — loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Mieux « outiller » les acteurs au service de la qualité et de la sécurité des parcours de santé

La qualité des soins et des accompagnements est une attente forte de nos concitoyens. Des échecs ou insuffisances de coordination des soins et des accompagnements des interventions restent trop souvent constatés : absence d'orientation vers la psychiatrie de ville après une tentative de suicide, absence de préconisation sur la conduite à tenir après un passage aux urgences, absence de référencement dans un établissement social ou médico-social après une hospitalisation, mais également absence de lettre de sortie après une hospitalisation, indicateur suivi par la HAS qui témoigne des progrès à réaliser (57)¹⁷.

Pourtant, comme évoqué précédemment, ce n'est pas faute d'initiatives publiques ou privées en faveur de la coordination des soins et des accompagnements, notamment en sortie d'hôpital, qui ont été impulsées ces dernières années. Et pour soutenir ces nouvelles formes d'organisation, la HAS a publié différents guides et recommandations : les plans personnalisés de coordination de soins, les projets personnalisés, les éléments de pertinence de la lettre de sortie lors de l'hospitalisation et les indicateurs de qualité assortis dans de nombreux domaines, comme les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), ou encore des indicateurs de qualité de certains parcours, comme dans le domaine de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Malheureusement, il reste d'importantes marges d'amélioration de la qualité des parcours des personnes concernées. À titre d'exemple, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) créés pour les situations les plus complexes sont aujourd'hui sollicités par les services hospitaliers pour des situations toutes simples qui ne justifient par exemple qu'un adressage en service infirmier de ville.

D'autres dispositifs, comme ceux de l'Assurance maladie¹⁸ ou des organismes complémentaires, sont mal connus ou insuffisamment identifiés par les professionnels de santé, et donc insuffisamment activés. Des nouveaux métiers ne sont pas toujours bien identifiés par les patients, ni par les professionnels de santé d'ailleurs : infirmiers de pratique avancée dans leurs cinq domaines d'intervention, infirmiers-pivots en cancérologie, pour ne prendre que ces deux exemples.

Il conviendrait que ces dispositifs soient d'abord connus de tous ceux qui y ont un intérêt (professionnels et usagers). L'enrichissement du répertoire national de l'offre et des ressources en santé (ROR), aujourd'hui administré par l'Agence du numérique en santé et accessible aux seuls professionnels de santé, pourrait apporter une importante contribution à cet objectif, dans les conditions prévues par le décret n° 2023-1057 du 17 novembre 2023, sous réserve de son exhaustivité sur les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales. Il serait souhaitable que soit également envisagé de mettre à disposition les ressources en prévention et en promotion de la santé, et que le public puisse à terme s'en saisir en disposant d'un accès direct.

En outre, il ne s'agit pas seulement de faire en sorte que les acteurs sachent où sont les compétences et les dispositifs utiles et la façon de les activer, mais aussi qu'ils sachent effectivement collaborer entre eux pour relever le défi de la qualité des parcours de santé.

17 En 2022, l'indicateur MCO « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » obtenait un score moyen national de 59/100.

18 Comme les dispositifs PRADO, par exemple.

De plus, il devient indispensable de soutenir les actions en faveur de la qualité des parcours de santé au plus près des besoins des territoires et dans une dynamique d'amélioration continue. Une animation territoriale, ouverte à l'ensemble des acteurs impliqués dans les parcours de santé, est et sera de plus en plus nécessaire. **Aussi, dans chaque territoire, des actions en faveur de la qualité des parcours de santé, potentiellement sur un ou des sujets qui correspondent aux priorités du projet régional de santé doivent être encouragées et soutenues.** Les structures régionales d'appui, déjà engagées sur ces sujets, doivent être davantage activées par les agences régionales de santé pour déterminer avec les professionnels de santé concernés, et la participation des usagers du système de santé, les voies et les moyens d'animer ces dynamiques territoriales de qualité. La HAS pourrait intervenir en soutien en rendant public, comme elle le fait notamment pour les résultats de la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins, l'ensemble des indicateurs de qualité des parcours dont elle dispose à l'échelon régional.

«L'approche parcours» a en effet d'ores et déjà été intégrée dans les dispositifs qualité destinés aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les critères et les méthodes de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des ESSMS ont évolué, pour permettre d'apprécier le niveau de qualité de la coordination à partir des processus internes, mais aussi des résultats basés sur l'expérience des patients et des usagers (patient traceur, parcours traceur, etc.). Il convient maintenant de soutenir les acteurs des soins primaires dans ces nouvelles pratiques, et de faire «sortir des murs» des établissements et services — que ceux-ci soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux — la logique de mesure de la qualité des parcours.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé «Ma santé 2022», la HAS et la CNAM ont piloté le développement des indicateurs de qualité des parcours de soins pour certaines maladies chroniques : bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie rénale chronique (MRC), syndrome coronarien chronique, épilepsie, insuffisance cardiaque, obésité. Des travaux sont également réalisés avec l'INCa sur les parcours en cancérologie. Ils concernent actuellement le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer de l'ovaire et le cancer du pancréas.

Ces indicateurs parcours ont été élaborés en lien avec les professionnels de santé, les patients et les usagers et sont construits en priorité à partir des bases de données médico-administratives (BDMA), mais lorsque les informations ne sont pas disponibles dans le SNDS, d'autres sources de données sont mobilisées : par exemple, le dossier du patient sous réserve qu'il soit informatisé et le questionnaire patient (*Patient-Reported Experience Measures*¹⁹ (PREMs) et *Patient-Reported Outcome Measures*²⁰ (PROMs)) (58). Les étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins (définition, développement, validation, actualisation) sont décrites dans une fiche méthodologique publiée par la HAS en 2021 (59).

Les indicateurs de parcours sont un très bon moyen pour permettre à tous (professionnels, patients, régulateurs) de s'engager dans une dynamique territoriale d'amélioration de la qualité des parcours de soins, car ils permettent d'identifier objectivement les leviers des parcours engagés sur les territoires (points à valoriser) et les sujets sur lesquels des améliorations sont à entreprendre. Actuellement, l'absence de suivi régulier et de comparaison des indicateurs de qualité centrés sur le patient au niveau local réduit la capacité à identifier les pratiques et les organisations les plus performantes, et à promouvoir la qualité dans l'ensemble du système de santé (60).

19 Les PREMs sont des instruments mesurant l'expérience perçue par le patient.

20 Les PROMs sont des instruments mesurant le résultat perçu par le patient.

Aussi, pour améliorer la qualité des parcours et disposer de plus d'indicateurs en soins primaires (actuellement trop peu dotés), il est impératif de développer l'appropriation des indicateurs de parcours existants et de développer d'autres indicateurs de qualité des parcours de santé, qui sachent également tenir compte d'autres facteurs déterminants pour s'inscrire dans une dynamique globale (environnement, situation sociale, etc.). Ces initiatives pourraient être dans les années à venir soutenues avec le développement d'autres données de santé disponibles et suffisamment robustes (registres, entrepôts de données de santé, etc.).

Cette démarche complèterait les dispositifs et instruments qui permettent actuellement aux professionnels et organisations de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des accompagnements, et qui méritent eux-mêmes d'être confortés et valorisés. La certification des établissements de santé, qui existe depuis vingt-cinq ans, a profondément pivoté ces dernières années pour se concentrer sur les résultats et non plus seulement sur le seul respect des procédures, et a fortement contribué à renforcer la culture de la qualité dans les établissements de santé. Cette focale « résultats » devra être consolidée. Par ailleurs, l'accréditation des spécialités médicales à risques, individuellement ou en équipe, lancée en 2006, doit poursuivre sa montée en puissance et s'articuler avec la nouvelle obligation de certification périodique des professionnels de santé pour renforcer la culture de la qualité dans les pratiques individuelles et collectives. Enfin, le dispositif d'évaluation de la qualité des accompagnements prodigués par les établissements sociaux et médico-sociaux, mis en œuvre depuis 2023 sous l'égide de la HAS, pourra jouer un puissant rôle de levier pour renforcer l'appropriation de la qualité dans ce secteur, conformément aux attentes de nos concitoyens.

Point de vigilance sur l'usage des indicateurs de qualité dans le financement des établissements de santé*

Depuis 2012, le modèle IFAQ (incitation financière à la qualité des soins) vise à introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé en incitant à la progression et en valorisant les mesures de qualité existantes. Ce modèle a constitué une opportunité pour diversifier les modes de financement des établissements de santé, dans le contexte d'un modèle de tarification à l'activité fortement critiqué.

En 2019, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 », le modèle a été rénové et amplifié avec une montée en charge financière (celle-ci est passée de 50 millions d'euros en 2018 à 700 millions en 2022, avec un objectif ciblé à un milliard d'euros) et l'intégration de nouvelles dimensions (nouveaux indicateurs, extension à l'ensemble des champs d'activité, rémunération au sein de chaque groupe homogène d'établissements à 70 % des établissements obtenant les meilleurs résultats). La crise sanitaire a eu un impact fort sur l'évolution du dispositif. Celui-ci a été neutralisé en 2020 et les ajustements prévus pour la montée en charge du modèle ont été reportés.

Dans ce contexte, le Collège de la HAS a rendu en octobre 2022, et pour la première fois depuis la mise en place du modèle, un avis défavorable sur le projet d'arrêté fixant les modalités de calcul de la dotation allouée aux établissements de santé pour inciter à l'amélioration de la qualité. Il est ici important de rappeler que l'incitation financière doit permettre de valoriser une dynamique et l'atteinte de résultats à partir d'un niveau absolu et non d'un niveau relatif.

Aussi, il importe de soutenir la recherche de modèles alternatifs de paiement valorisant l'application de bonnes pratiques cliniques et l'atteinte de bons résultats de soins. Les modèles de paiement au forfait ou à la capitation (dans une approche populationnelle) semblent des pistes intéressantes. À ce titre, la convention médicale récemment signée (juin 2024) ouvre cette perspective (61).

* Ce qui n'est pas le cas des indicateurs de parcours précédemment évoqués.

Mobiliser les usagers comme autant de leviers de la qualité

Il y a maintenant suffisamment de preuves scientifiques sur le fait que le recours à plus d'engagement et de participation des usagers améliore la qualité du système de santé. Elles figurent dans la recommandation (62) fondatrice de la HAS, publiée en 2020, comme dans toutes les recommandations postérieures dans ce même domaine.

Il est d'ailleurs curieux que dans un domaine comme celui de la santé, marqué par la culture de la preuve, elles soient ignorées au point que la HAS éprouve parfois le sentiment de répéter ces bons messages de progrès dans l'implication des personnes concernées dans les décisions sanitaires, sociales et médico-sociales.

Est-ce parce que notre pays ne dispose pas d'une doctrine à laquelle se référer ? Ce n'est pas tout à fait exact. En effet, ce que la France appelle la démocratie en santé, et que de nombreux pays nous envient, repose sur trois piliers qui ont été mis en exergue dans une position (63) récente de la HAS : les droits individuels, les droits collectifs, et les actions de renforcement du pouvoir d'agir des personnes. Ces trois piliers permettant de répondre à l'invitation de Didier Tabuteau, « *de tendre vers une organisation de la société reconnaissant la capacité de chacun à connaître, décider et agir pour sa santé et la politique de santé*²¹ ».

Quand il s'agit de droits, notre pays a su donner des orientations qui engagent la Nation : par les lois du 2 janvier et du 4 mars 2002, par de nombreuses lois ensuite, des lois générales ou des lois spéciales, qui ont sédimenté une approche française des droits individuels et collectifs dans la démocratie sanitaire.

Mais la démocratie en santé ne se limite pas, et ne peut pas se limiter, à proclamer des droits et à veiller à leur effectivité. Elle a aussi pour tâche la mise en place d'actions permettant le renforcement individuel et collectif des personnes soucieuses de leur santé comme de la politique de santé de leur pays en tant que démocratie de l'expérience, comme l'exprime la philosophie pragmatique de l'action (64), encore plus quand on sait que ces actions sont des leviers de progrès dans la qualité des soins et des accompagnements.

Des convergences puissantes se font jour sur cette manière de faire progresser la qualité. Récemment encore, à la suite de la HAS dans sa recommandation de 2020, trois institutions offrent une vision convergente du partenariat avec les usagers en santé :

- en décembre 2023, un rapport (65) du Conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcé en faveur du partenariat en santé avec les usagers, définissant le patient partenaire « *comme un acteur incontournable* » du système de soins, même si son cadre d'intervention appelle une meilleure définition ;
- le 14 janvier 2024, un guide (66) élaboré sous l'égide de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche a modélisé la place des patients dans la formation initiale des médecins, non seulement dans la perspective d'une meilleure qualité de la formation médicale, mais aussi d'une meilleure qualité des soins à l'avenir ;
- et le 14 mai 2024, l'Académie de médecine, à son tour, a publié un rapport (67) sur les patients partenaires appelant au « *développement à côté de la médecine de précision (pour les patients) d'une médecine participative (avec les patients)* » pour « *contribue[r] au développement d'une médecine apportant en même temps les meilleurs traitements médicaux et les meilleurs soins humains* ».

Force est de reconnaître, après de nombreuses années de pratiques et d'expérimentations, parfois assorties d'hésitations, qu'il s'agit maintenant d'une approbation générale du lien entre engagement et participation des patients et qualité en santé. C'est une bonne nouvelle.

Elle mériterait que la stratégie nationale de santé de la France, en cours de publication, s'attache essentiellement à renforcer le pouvoir d'agir des usagers tel que la HAS l'a formulé dans sa position du 7 décembre 2023 (68).

21 Communication à l'occasion du 1^{er} forum de l'Institut pour la démocratie en santé, 1^{er} février 2016 [non publié].

Le socle des dispositions légales qui figurent aux articles L. 1161-3 et suivants du Code de la santé publique devrait être élargi aux actions en faveur du pouvoir d'agir des usagers qui ne sauraient se résumer à la consécration légale des programmes d'éducation thérapeutique intervenue en 2009²². D'autant plus que l'expérimentation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé prévu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est restée sans suite alors même que le remarquable bilan qui en est tiré a été transmis au Parlement comme cette loi le souhaitait.

Enfin, les éléments de reconnaissance de l'engagement et de la participation en santé devraient intervenir en faveur de ceux qui, malgré la maladie ou une vulnérabilité, quelle qu'elle soit, créent de la valeur par leur engagement ou leur participation au système de santé. À cet égard, comme l'a fait observer la HAS (69), les indemnités perçues par les usagers dans le cadre de ces participations leur font courir le risque de perte d'une allocation ou d'un revenu de remplacement en raison de leur maladie ou de leur situation de handicap. Il conviendrait de neutraliser l'impact fiscal et social de ces engagements à l'instar des mesures prises pour d'autres exercices (par exemple : pompiers volontaires, recherche clinique, etc.) (69).

22 Par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

Remettre la santé publique, la prévention et la promotion de la santé au cœur de l'agenda de la qualité en santé

Nos principales réserves d'efficacité et d'efficience en santé sont du côté de la santé publique, de la prévention et de la promotion de la santé. Les indicateurs de santé montrent l'insuffisance du développement de la prévention dans notre système de santé. Son repositionnement dans les parcours constitue un enjeu majeur dans les prochaines années compte tenu de la hausse des besoins de santé et d'accompagnement du fait du vieillissement de la population (20,7 % de personnes âgées de plus de 70 ans en 2045), de l'augmentation des maladies chroniques, dont la santé mentale, des polypathologies et des situations complexes (70), mais également de la précarisation d'une partie de la population. Ce sont de puissants leviers pour réduire les inégalités en santé et notamment les inégalités épistémiques qui empêchent que nos concitoyens aient accès en temps opportun aux soins et aux accompagnements dont ils ont besoin et puissent modéliser leurs comportements individuels et collectifs dans un plus grand soin à l'égard de leur propre santé.

Les rapports du HCAAM, comme les rapports parlementaires, ou ceux des corps de contrôle, relatifs à la prévention et à la promotion de la santé, produits en grand nombre ces deux dernières décennies, reconnaissent que les concepts, les modalités opérationnelles et les montants consacrés ne font pas défaut. Ils stigmatisent deux difficultés majeures : l'absence de signal politique fort et la faible coordination des acteurs.

Deux voies pourraient être empruntées pour parvenir à soutenir une politique opérationnelle de prévention et de promotion de la santé :

- continuer notre politique visant à insérer dans les différents segments de l'offre de soins et d'accompagnement des objectifs et des indicateurs de qualité qui prennent en compte les besoins de prévention et de promotion de la santé. Dans un contexte d'accentuation des virages ambulatoire et domiciliaire, cette politique ne pourra déboucher sur des progrès tangibles en prévention et en promotion de la santé qu'à la condition que les acteurs du virage ambulatoire et du virage domiciliaire soient formés pour intégrer davantage les dimensions de prévention et de promotion de la santé dans leurs pratiques, en coordination les uns avec les autres ;
- expérimenter des modèles territoriaux de prévention et de promotion de la santé qui font le pari d'une approche multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes dans ces territoires. Un certain nombre d'acteurs œuvrent déjà en faveur de la prévention et la promotion de la santé (comme les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, le Réseau de prévention des addictions, etc.). Leur mobilisation constitue un levier à la mise en place d'une logique territoriale. Les territoires de santé définis par les agences régionales de santé pourraient constituer des échelons opérationnels, à condition qu'ils se consacrent à quelques priorités du projet régional de santé. Une recommandation de santé publique identifiant les conditions d'un constat territorial partagé, de détermination des objectifs concertés, de répartition des rôles et de critère d'évaluation pourrait offrir à terme un modèle collaboratif de déploiement territorial de l'offre de prévention et de promotion de la santé incluant toutes les parties prenantes, dans une perspective de responsabilité populationnelle conjointe entre l'ensemble des acteurs.

Conclusion

Cette analyse a mis en évidence le caractère multidimensionnel de la qualité du système de santé. Cette évidence a conduit la HAS à définir cinq priorités : une offre en santé de qualité convenablement répartie, une plus forte coordination des acteurs, un élargissement du suivi de l'amélioration de la qualité des parcours en santé, un soutien plus grand en faveur de l'engagement des usagers et un investissement impératif dans la prévention en santé. Ces priorités constituent des leviers, mais ne sont pas suffisantes et ne doivent pas occulter d'autres axes d'intervention indispensables à la qualité en santé.

Un pilotage prospectif de l'offre de santé est indispensable pour permettre de répondre en tout point du territoire aux besoins des populations. Cela implique de veiller à une répartition homogène des compétences en tenant compte des complémentarités professionnelles, mais également de renforcer, selon un principe de subsidiarité, la structuration d'une offre graduée au service de la qualité et de la sécurité des soins. Ces organisations doivent permettre des exercices dans des conditions favorables. La qualité de vie au travail et la santé des professionnels sont des critères de la certification des établissements de santé, de l'évaluation des ESSMS et de la certification périodique des professionnels de santé.

L'approche prospective devra, dans les années à venir, investiguer davantage l'apport des innovations techniques et organisationnelles sur la qualité en santé.

Quelques éléments sur l'état de santé de la population viennent ponctuellement illustrer les propos. Là aussi, ils ne doivent pas minimiser l'attention nécessaire à porter sur des sujets de santé publique, comme le vieillissement ou la santé des enfants (dégradation des indicateurs de la santé mentale, en particulier des adolescents, augmentation de la mortalité périnatale, état de santé préoccupant des jeunes dans les parcours en protection de l'enfance, etc.). La HAS aura l'occasion d'y revenir dans des travaux ultérieurs.

Tout au long de cette analyse, nous avons eu la préoccupation de nous inscrire au plus près des parcours de santé, en intégrant l'ensemble des acteurs (usagers, professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social). Pour autant, l'approche reste encore très centrée sur les parcours de soins. Elle invite à renforcer notre vigilance sur une dimension plus intégrée de la santé, appréhendant de manière globale le parcours de vie des personnes.

Enfin, la qualité en santé, en raison même de son caractère multidimensionnel et multiacteur, et de l'importance d'inscrire l'effort dans un temps long, suppose une démarche de programmation ambitieuse. La stratégie nationale de santé (SNS) a vocation à tracer un chemin à une échelle décennale. La prochaine SNS devra identifier quelques priorités stratégiques, puis se déployer dans des programmations opérationnelles de plus courte durée et trouver une déclinaison territoriale effective. La qualité en santé ne doit pas être diluée : elle devra trouver, à ces différents niveaux de programmation, une place de choix, pour progresser dans la durée sur la dynamique collaborative entre professionnels, sur l'outillage qualité de ces mêmes professionnels à l'échelle d'un établissement, d'un territoire ou d'une patientèle, sur la participation des usagers ainsi que sur la prévention et la promotion de la santé.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève: OMS; 2000.
2. World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
3. Organisation mondiale de la santé. Systèmes de santé contribuant à la sécurité sanitaire. Genève: OMS; 2021.
4. Institute of medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC: 2001 by the National Academy of Sciences; 2001.
5. Couturier Y, Martin J, Guillelte M. Lier parcours de vie et trajectoires de services pour améliorer la qualité des systèmes de santé. Vie sociale 2022;40(4):173-82.
6. El Saïr P, Lebée-Thomas É, Malone A. Pour un système de santé français intégré. Futuribles 2022;449(4):5-24.
7. Berntsen GR, Yaron S, Chetty M, Canfield C, Ako-Egbe L, Phan P, et al. Person-centered care (PCC): the people's perspective. Int J Qual Health Care 2021;33(Supplement_2):ii23-ii6.
8. Chambaud L. Accès aux soins : éléments de cadrage. Regards 2018;53(1):19-28.
9. Marié R. L'évolution du financement de l'accès aux soins. Dans: Poirot-Mazères I, ed. L'accès aux soins : principes et réalités. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse Capitole; 2010. p. 187-99.
10. Assemblée parlementaire. L'égalité de l'accès aux soins. Résolution 1946. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2013.
11. Mazars, OpinionWay. Les Français et le système de santé : quelles attentes et perspectives d'avenir ? Paris: Mazars; 2022.
12. Harris Interactive, Santéclair, Gérard M, Potéreau J, Hausser M. Observatoire des parcours de soins des Français. Thème 2 : Les Français et la médecine de ville. Vincennes: Harris Interactive; 2019.
13. Organisation de coopération et de développement économiques. Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée (version abrégée) Paris: OCDE; 2023.
14. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [En ligne]; Drees; 2020.
15. Direction de la sécurité sociale. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 : autonomie (PLACSS 2022). Paris: Dircom des ministères sociaux; 2023.
16. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES 2021;76:1-68.
17. Direction de la sécurité sociale. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 Maladie. Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale PLACSS. Paris: Dircom des ministères sociaux; 2024.
18. Legendre B. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. Etudes et résultats 2021;1206:1-6.
19. Davin-Casalena B, Scronias D, Fressard L, Verger P, Bergeat M, Vergier N, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Etudes et résultats 2023;1267:1-7.
20. Cour des comptes. La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris: Cour des comptes; 2024.
21. Fédération hospitalière de France, franceinfo. Première édition du «Baromètre de l'accès aux soins». Evolution de l'activité hospitalière et accès aux soins depuis le Covid : mutation des prises en charge ou bombe à retardement de santé publique ? Paris: FHF; 2024.
22. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et résultats 2017;1011:1-6.

23. Sterchele C. L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales. Les dossiers de la Drees 2023;112:1-40.
24. Fédération hospitalière de France. Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie. Paris: FHF; 2023.
25. MedShake. Statistiques ECN 2023 par spécialités [En ligne]: MedShake.net; 2023.
26. Défenseur des droits. Santé mentale des enfants : le droit au bien-être. Rapport 2021. Paris: Défenseur des droits; 2021.
27. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en oeuvre de la COG pour 2024. Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social. Paris: CNSA; 2024.
28. Apprentis d'Auteuil, Chanteclair, Croix rouge française, Priorité enfance, SOS villages d'enfants France. La protection de l'enfance à l'horizon 2030-2035. Rapport complet. Une démarche prospective centrée sur les publics et les modalités d'accompagnement. Paris: Apprentis d'Auteuil; 2023.
29. Mon parcours handicap. MDPH : nouvelle diminution de la durée de traitement des dossiers [En ligne] 2022.
30. Aragona E. A la recherche de l'admission : sociologie politique de l'appariement en établissements spécialisés pour personnes en situation de handicap [Doctorat]. Amiens: Science politique; 2022.
31. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de la justice, Gazagnes P, Robineau FM, Lods P, Lavergne P, et al. Délais d'exécution des décisions de justice en matière de protection de l'enfance. Paris: Igas; 2019.
32. Agence nouvelle des solidarités active, Direction générale de la cohésion sociale. Enquête nationale sur les SIAO - Février 2020. Paris: Ansa; 2020.
33. Institut national de la statistique et des études économiques. En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse. Bilan démographique 2023. Insee Première 2024;1978:1-4.
34. Deroyon T. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans et de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021. Etudes et résultats 2023;1258:1-4.
35. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Arnaud F, Lefebvre G. Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé. Edition 2023. Paris: Drees; 2023.
36. Santé publique France. Bulletin vaccination. Edition nationale. Saint-Maurice: SPF; 2024.
37. Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain. Paris: Inca; 2021.
38. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017.
39. Marmot M. Status Syndrome. Significance 2004;1(4):150-4.
40. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee Première 2018;1687:1-4.
41. Lojkine U, Blasco J. Mortalité, incapacité et retraite par catégorie socio-professionnelle : HAL; 2023.
42. Bonnet F, Camarda CG, Cambois E, Merville O. Les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres : combien de temps passent-ils à la retraite en (in) activité ? Population et sociétés 2023;611:1-4.
43. Allain S, Costemalle V. Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. Etudes et résultats 2022;1243:1-7.
44. Institut national de la statistique et des études économiques. 6. Inégalités des revenus. Montrouge: Insee; 2023.
45. Motard C, Tessier S. Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires. Sante Publique 2016;28(6):729-33.
46. Romon M, Lommez A, Tafflet M, Basdevant A, Oppert JM, Bresson JL, et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. Public Health Nutr 2009;12(10):1735-42.
47. Santé publique France. Registre des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2024.
48. Ministère de la santé et de la prévention. Expérimentation. Accompagnement à l'autonomie en santé. Rapport de fin d'expérimentation. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2023.
49. Castel P. Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels. Dans: Irdes, ed. Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. 8. Paris2022.

50. [Inspection générale des affaires sociales, Berkesse A, Denormandie P, Henry E, Tourniaire N. La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider. Paris: IGAS; 2023.](#)
51. [Michel L, Or Z. Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays. Questions d'économie de la santé 2020;248:1-8.](#)
52. [Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération \(ENMR\). Questions d'économie de la santé 2015;211:1-6.](#)
53. [Aumaréchal L, Lebeau J-P, Lebleu M. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. Rech Soins Infirm 2022;150\(3\):66-78.](#)
54. [de Fontgalland C, Rouzaud-Cornabas M. De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. Sante Publique 2020;32\(2-3\):239-46.](#)
55. [Carlton E, Quindroit P, Bentz S, Mottaz AM, Lecordier D, Jovic L. Mieux connaître le profil des infirmières titulaires d'un doctorat en sciences ou doctorantes exerçant en France : une étude descriptive quantitative. Rech Soins Infirm 2023;153\(2\):60-8.](#)
56. [Bussi C, Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L, Luneau A. Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. Paris: IRDES; 2022.](#)
57. [Haute Autorité de santé. Résultats des IQSS - Coordination à la sortie et prise en charge de la douleur en secteur MCO \(DPA MCO\) \[En ligne\]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.](#)
58. [Haute Autorité de santé. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.](#)
59. [Haute Autorité de santé. Description des étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.](#)
60. [Or Z, Gandré C, Wharton G, IRDES. Soutenabilité et résilience du système de santé français. Document de travail 2022;88:1-56.](#)
61. [Assurance maladie. Convention médicale. Paris: Assurance maladie; 2024.](#)
62. [Haute Autorité de santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.](#)
63. [Haute Autorité de santé. Réaffirmer dans toutes leurs dimensions l'engagement et la participation des usagers \[En ligne\]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.](#)
64. [Dewey J. Ecrits politiques. Paris: Gallimard; 2018.](#)
65. [Conseil national de l'ordre des médecins. Le patient partenaire. Commission des relations avec les associations de patients et d'usagers. Paris: CNOM; 2023.](#)
66. [Ministère de la santé et de la prévention. Participation des patients à la formation initiale des médecins. Restitution des travaux conduits par la DGOS en lien avec la DGESIP. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2024.](#)
67. [Académie nationale de médecine, Reach G, Jaury P. Patients partenaires. Paris: Académie nationale de médecine; 2024.](#)
68. [Haute Autorité de santé. Avis n°2023.0044/AC/SEU du 7 décembre 2023 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'engagement et la participation des usagers du système de santé Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.](#)
69. [Haute Autorité de santé. Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Avis n° 2-2023 du conseil pour l'engagement des usagers. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.](#)
70. [Centre régional d'études d'actions et d'informations Rhône-Alpes. Pôles d'Activités et de Soins Adaptés \(PASA\) : état des lieux de leurs fonctionnements et impacts en région Auvergne-Rhône-Alpes. Lyon: CREAI; 2023.](#)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Équipe projet

Rédaction et coordination

Dr Michèle Morin-Surroca, responsable, DIR, mission rapport d'analyse prospective (MRAP)

Christian Saout, rapporteur, président de la commission sociale et médico-sociale (CSMS) et du conseil pour l'engagement des usagers (CEU)

Catherine Geindre, co-rapporteuse, présidente de la commission certification des établissements de santé (CSES)

Dr Jean-Yves Grall, co-rapporteur, président de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé

Aline Métails, conseillère technique, DIR, mission rapport d'analyse prospective (MRAP)

Dr Anne Doussin, cheffe de projet, DIR, mission rapport d'analyse prospective (MRAP)

Recherche et gestion documentaire

Emmanuelle Blondet, documentaliste, DCIEU, service documentation et veille (SDV)

Virginie Henry, documentaliste, DCIEU, service documentation et veille (SDV)

Estelle Divol-Fabre, assistante documentaliste DCIEU, service documentation et veille (SDV)

Groupe de travail

Linda Banaei-Bouchareb, cheffe de Projet, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Fatima Belaïa, cheffe de projet, DiQASM, service évaluation (SE)

Sophie Blanchard, cheffe de projet, DAQSS, service des bonnes pratiques (SBP)

Frédéric Capuano, chef de projet, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Laurence Chazalotte, cheffe de projet, DAQSS, service des bonnes pratiques (SBP)

Annick Cohen-Akenine, cheffe de projet, DEAI, service évaluation en santé publique et évaluation des vaccins (SESPEV)

Roselyne Delaveyne, cheffe de projet, DEAI, service évaluation en santé publique et évaluation des vaccins (SESPEV)

Isabelle Dorléans, cheffe de projet, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Anne-Claire Duval, cheffe de projet, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Mohammed-Mounir El-Mhamdi, chef de projet, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Fatoumia Hakim, cheffe de projet, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Frédérique Haniquaut, cheffe de projet, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Hervé Mentec, chef de projet, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Marie-José Moquet, adjointe au chef de service, DAQSS, service des bonnes pratiques (SBP)

Cyril Olivier, chef de projet, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Sophie Ollivier, cheffe de projet, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Aurélien Pacull, cheffe de projet, DEAI, service évaluation des dispositifs (SED)

Simon Renner, chef de projet, DAQSS, mission numérique en santé (MNS)

Yasmina Sami, cheffe de projet, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Aïssatou Sow, adjointe à la cheffe de service, DiQASM, service recommandations (SR)

Stéphane Thibault, adjoint à la cheffe de service, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Jacques Vaillant, chef de projet, DAQSS, service des bonnes pratiques (SBP)

Membres du Collège de la HAS

Pr Lionel Collet, président du Collège

Pr Pierre Cochat, président de la commission de la transparence

M^{me} Claire Compagnon, présidente de la commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs

Pr Anne-Claude Crémieux, présidente de la commission d'évaluation des technologies de santé diagnostiques, pronostiques et prédictives et de la commission technique des vaccinations

Pr Karine Chevreul, présidente de la commission d'évaluation économique et de santé publique

M^{me} Catherine Geindre, présidente de la commission certification des établissements de santé

Dr Jean-Yves Grall, président de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé

M. Christian Saout, président de la commission en charge du social et du médico-social et du conseil pour l'engagement des usagers

Membres du comité de pilotage

Sophie Albert, directrice de projet, DIR, mission internationale (MI)

Joëlle André-Vert, cheffe de service, DCIEU, service engagement des usagers (SEU)

Emmanuelle Bara, directrice, direction communication information et engagement des usagers (DCIEU)

Cédric Carbonneil, chef de service, DEAI, service évaluation des actes professionnels (SEAP)

Anne Chevrier, cheffe de service, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Corinne Collignon, cheffe de service, DAQSS, mission numérique en santé (MNS)

Jacques Dauberton, conseiller technique du président du Collège

Pierre Gabach, chef de service, service des bonnes pratiques (SBP)

Pierre Alain Jachet, responsable DATA, DG, mission data

Angélique Khaled, directrice, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DiQASM)

Amélie Lansiaux, directrice, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)

Jean Lessi, directeur général

Maxence Lyonnet, chef de service, SG, service juridique

Laetitia May, cheffe de service, DAQSS, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS)

Patrick Méchain, adjoint à la cheffe de service, DAQSS, service certification des établissements de santé (SCES)

Frédérique Pages, cheffe de service, DCIEU, service documentation et veille (SDV)

Floriane Pelon, directrice, DEAI



Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

Découvrez et comparez le niveau de qualité
des hôpitaux et cliniques sur QualiScope



HAS
 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
 sanitaire, social et médico-social