

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) développe, valide et met à disposition des indicateurs de structure, de processus et de résultat pour évaluer la qualité et la sécurité des soins du patient dans les établissements de santé, en vue de les améliorer. De nouveaux indicateurs de processus ont été introduits pour mieux apprécier la qualité de la coordination des soins en 2017, au cours et à la sortie d'un séjour hospitalier, ainsi que la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, la montée en charge des indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients se poursuit.

La Haute Autorité de santé (HAS) met en œuvre un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), réalisé en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Parce que la qualité des soins est une notion multidimensionnelle (voir définitions, encadré Sources et méthodes), son évaluation s'appuie sur trois grandes catégories d'indicateurs, complémentaires entre eux : les indicateurs de structure, ceux de processus et ceux de résultat. Actuellement, 38 des 41 IQSS utilisés sont des indicateurs de processus (*tableau 1*). Ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé.

De nouveaux indicateurs pour mieux apprécier la qualité de la coordination des soins, au cours du séjour mais aussi à la sortie

La coordination des soins au cours du séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en hospitalisation à domicile (HAD) est désormais mieux suivie, grâce à trois indicateurs recueillis pour la première fois en 2018 pour l'année 2017 (*tableau 2*). Le premier concerne la qualité du projet de soins - projet de vie en SSR. Ce projet est le socle de la prise en charge rééducative coordonnée, pluriprofessionnelle et adaptée aux besoins du patient. Sa qualité est jugée sur huit critères, conduisant à un score national moyen pondéré de 84 sur 100 en 2017. Ces premiers résultats sont globalement satisfaisants, puisqu'un projet de soins est formalisé pour huit

patients sur dix. Toutefois, la tenue d'au moins deux réunions pluriprofessionnelles n'est établie que pour six patients sur dix. L'accent doit donc être porté, pour les patients hospitalisés plus de 30 jours, sur la tenue d'une seconde réunion afin d'ajuster le projet de soins à l'évolution du patient.

En second lieu, la qualité de la tenue du dossier patient en HAD est jugée sur huit critères également. Les établissements répondants ont atteint un score moyen de 84 sur 100 en 2017, résultat considéré comme bon. Cependant, l'identification de la personne de confiance, ainsi que l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile et à l'administration des traitements médicamenteux sont à améliorer.

Enfin, le troisième nouvel indicateur concerne la coordination des soins en HAD. Les résultats indiquent que les établissements ont une marge de progression importante, particulièrement sur l'information du médecin traitant, le suivi des intervenants et de leurs tâches, la réalisation de réunions pluriprofessionnelles et la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques déjà en place.

En cancérologie, une réunion de concertation pluridisciplinaire répondant aux standards de qualité est réalisée en moyenne pour 84 % des patients dont le dossier a été analysé. Cet indicateur progresse régulièrement depuis 2013.

La coordination hôpital-ville fait aussi l'objet d'un suivi spécifique, grâce aux indicateurs concernant les informations transmises par l'hôpital à la fin du séjour. Rendue obligatoire par le décret de 2016¹,

1. Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

la lettre de liaison à la sortie de l'établissement de santé est un des éléments importants pour assurer la coordination avec les professionnels de santé exerçant en ville. Sa qualité est évaluée en MCO par l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie » composé de 14 critères (dont sa remise effective à la sortie du patient). Les résultats nationaux restent faibles, avec un score national moyen pondéré de 43/100 en 2017, après 35/100 en 2015. Deux axes sont principalement à travailler : la remise de la lettre aux patients et la synthèse des traitements médicamenteux.

En attendant l'adaptation de cet indicateur en SSR (recueil en 2019), c'est celui dénommé « document de sortie en SSR » qui a été calculé sur 2017. Il mesure si le document produit au moment de la sortie du patient comprend les informations indispensables à la continuité des soins : 69 % des patients dont le dossier a été analysé ont reçu à

leur sortie un document comprenant les informations indispensables.

Six nouveaux indicateurs pour suivre le parcours du patient en chirurgie ambulatoire

La HAS a également mis en place un nouveau groupe d'indicateurs de processus permettant de mieux apprécier la qualité et la sécurité des prises en charge en chirurgie ambulatoire, à chaque étape du parcours du patient. L'évaluation de l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire lors de l'admission du patient a été réalisée dans 84 % des cas étudiés. Elle peut cependant être améliorée, notamment en utilisant un outil standardisé comme la « Check-list pour l'accueil du patient à JO » de la HAS. Le recueil et la traçabilité du consentement éclairé du patient sont réalisés dans 82 % des dossiers examinés, ce qui est également satisfaisant.

Tableau 1 Typologie 2017 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Libellé des domaines	Nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins			
	Structure	Processus	Résultats	Ensemble
Coordination				
Coordination au cours du séjour	0	4	0	4
Coordination hôpital-ville	0	2	0	2
Sécurité au cours d'une hospitalisation (dont prévention des IAS)	1	2	1	4
Éléments de prise en charge spécifique				
Dépistage des troubles nutritionnels en MCO, HAD et SSR.	0	3	0	3
Évaluation du risque d'escarres en HAD	0	1	0	1
Évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle	0	1	0	1
Parcours de prise en charge (indicateurs non collectés pour 2017)				
Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	0	3	0	3
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	0	6	0	6
Prise en charge des patients hémodialysés chroniques	0	5	0	5
Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte	0	5	0	5
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire	0	6	0	6
Expérience et satisfaction du patient (e-satis)	0	0	1	1
Ensemble des domaines	1	38	2	41

IAS : infections associées aux soins ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La douleur est une cause fréquente de ré-hospitalisation précoce et d'anxiété pour le patient. Pourtant, l'anticipation de la prise en charge de la douleur est encore peu réalisée (22 %) et nécessite une amélioration pour réduire les recours à des soins en urgence

après la sortie. L'évaluation du patient à la sortie de la structure reste aussi à améliorer : 23 % des patients n'ont reçu aucune information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence.

Tableau 2 Indicateurs de structure et de processus pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, moyennes nationales pondérées

Indicateurs par domaine recueillis sur 2017	2013	2015	2017
Coordination au cours du séjour			
Projet de soins - Projet de vie en SSR	-	-	84/100
Tenue du dossier patient en HAD - version 2	-	-	84/100
Coordination en HAD	-	-	69/100
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	79%	82%	84%
Coordination hôpital-ville			
Qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO	-	35/100	43/100
Document à la sortie - SSR	-	-	69%
Sécurité au cours d'une hospitalisation (dont prévention des IAS)			
ICSHA.3 : consommation des produits hydro-alcooliques - version 3 (score médian)	-	-	68% ¹
ICATB.2 : indicateur composite de bon usage des antibiotiques - version 2	-	81/100	85/100
Tenue du dossier d'anesthésie	85/100	86/100	88/100
Éléments de prise en charge			
Dépistage des troubles nutritionnels- MCO	-	76%	80%
Dépistage des troubles nutritionnels- HAD	59%	71%	73%
Dépistage des troubles nutritionnels- SSR	-	80%	82%
Évaluation du risque d'escarres - HAD	73%	83%	84%
Évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle	60%	73%	80%
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire			
Évaluation de l'éligibilité à l'admission	-	-	84%
Consentement du patient	-	-	82%
Anticipation de la prise en charge de la douleur	-	-	22%
Évaluation du patient pour la sortie de la structure	-	-	77%
Qualité de la lettre de liaison après chirurgie ambulatoire	-	-	46/100
Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3	-	-	57%

IAS : infections associées aux soins ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. médiane nationale : la moitié des établissements sont en dessous de 68%.

Lecture > Les notes sur 100 indiquent un score national moyen. 84/100 correspond ainsi au score national moyen pondéré concernant le projet de soins - projet de vie pour le SSR, atteint en 2017. Les pourcentages indiquent une proportion nationale de dossiers patients remplissant une condition. En moyenne, au niveau national, 84 % des dossiers de chirurgie ambulatoire contiennent ainsi une évaluation de l'éligibilité à l'admission.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA.

Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La qualité de la lettre de liaison après chirurgie ambulatoire, évaluée sur la base de 12 critères, n'est pas non plus satisfaisante (score national moyen pondéré de 46/100). L'amélioration doit cibler la remise de la lettre au patient et la planification des soins à la sortie. Enfin, l'existence de contacts entre l'établissement et le patient dans les trois jours suivant la sortie (J+1 à J+3), qui permet de dépister d'éventuelles complications précoces et de rappeler les modalités de prise d'antalgiques, n'est constatée que pour 57 % des patients.

La sécurité au cours d'une hospitalisation, dont la prévention des infections associées aux soins

Le thème de la sécurité des soins au cours d'une hospitalisation est suivi par quatre indicateurs pour 2017. L'indicateur de processus sur la consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA.3) mesure l'utilisation par les professionnels de solutions hydro-alcooliques pour se désinfecter les mains, geste majeur pour prévenir les infections associées aux soins (IAS) [voir définitions, encadré Sources et méthodes]. Un objectif est fixé à chaque établissement, qui doit l'atteindre à 100 %. Les résultats de cette version plus exigeante montrent une marge d'amélioration encore importante pour la plupart des 2 615 établissements de santé ayant participé au recueil : la moitié d'entre eux ont atteint moins de 68 % de leur objectif.

Autre mesure de la prévention des IAS, l'indicateur de structure de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) montre quant à lui des résultats satisfaisants et en progression, avec un score national moyen de 85/100 en 2017, après 81/100 en 2015.

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité et de la sécurité des soins péri-anesthésiques et péri-interventionnels. L'indicateur de processus qui suit la qualité de sa tenue, jugée sur 13 critères, est en progression régulière depuis 2013. Les résultats obtenus en 2017 sont satisfaisants et en légère hausse, avec un score national moyen pondéré de 88/100, après 86/100 en 2015.

Enfin, l'indicateur ETE-ORTHO est un indicateur de résultat calculé depuis deux ans à partir du PMSI-MCO, qui suit les événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche (PTH) ou prothèse totale de genou (PTG). Parmi les 740 établissements concernés, 47 ont des résultats moins bons que prévus en 2017², ce qui représente une amélioration par rapport aux deux années précédentes (tableau 3). En complément, en 2017, le taux national brut d'événements thrombo-emboliques après la pose de PTH ou PTG est de 8,88 ‰ de la population analysée. Ce taux est en baisse régulière depuis 2015. Pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, trois axes sont à travailler : la cause de survenue de ces événements doit être analysée par localisation de la prothèse, l'écho-Doppler diagnostique ne doit pas être utilisé de manière systématique et les antécédents d'événements thrombo-emboliques doivent être mieux codés dans le PMSI-MCO.

Trois indicateurs de processus sur des éléments de prise en charge spécifiques en 2017

La HAS suit chaque année certains éléments spécifiques de prise en charge. Pour 2017, le premier concerne le dépistage des troubles nutritionnels. La part des patients pour lesquels des dépistages ont été réalisés est satisfaisante en MCO et en SSR (respectivement 80 % et 82 % des patients), avec une progression depuis 2015. En HAD, cette part reste moyennement satisfaisante (73 % des patients), bien qu'elle ait progressé significativement (59 % en 2015). Dans les structures d'HAD, la mention d'une seconde mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure et la recherche de variation du poids à l'entrée restent à améliorer.

Le deuxième élément concerne l'évaluation du risque d'escarres chez les patients à risque en HAD, parce que peu autonomes³. En 2017, elle est réalisée pour 84 % des patients étudiés. Bien qu'en amélioration depuis 2015, la systématisation de cette évaluation reste à atteindre.

2. C'est-à-dire que le taux observé d'événements thromboemboliques dans ces établissements est supérieur au taux attendu.

3. Il s'agit des patients dont l'indice de Karnofsky, qui évalue le degré d'autonomie des patients, est inférieur à 50. Pour l'année 2017, 10 001 dossiers ont été analysés par 262 établissements.

Le troisième mesure la proportion de dossiers mentionnant une évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle. En 2017, 80 % des dossiers analysés comportent cette évaluation, soit un niveau satisfaisant, en progression de 20 points depuis 2013.

La montée en charge des indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients se poursuit

Recueillir le point de vue des patients est devenu incontournable pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients (e-Satis) permet de porter un regard complémentaire aux autres indicateurs de qualité centrés sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles.

La satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO est mesurée depuis 2016 dans le cadre du dispositif e-Satis. La note moyenne donnée par les patients au niveau national est de 73,2/100 en 2017, proche du niveau de 2016. La collecte de cet indicateur est encore en phase de montée en charge, puisque 2017 est la

Tableau 3 Indicateurs de résultats pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé

Indicateurs de résultats recueillis sur 2017	2015	2016	2017
Dispositif e-Satis : expérience et satisfaction des patients			
Indicateur e-Satis 48h MCO : expérience et satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO¹			
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	72,7/100	73,2/100
Pour information, note par sous-dimension :			
Accueil du patient	-	72,7/100	73,1/100
Chambre ²	-	71,3/100	71,7/100
Repas ²	-	57,2/100	58,1/100
Prise en charge - médecin ²	-	79,9/100	80,3/100
Prise en charge - infirmier ²	-	80,5/100	81/100
Organisation de la sortie	-	62,6/100	63/100
Nombre d'établissements concernés	-	1 493	1 465
Nombre de patients ayant répondu	-	56 759 (sur 6 mois)	124 628 (sur 12 mois)
Sécurité au cours de l'hospitalisation			
Indicateur ETE-ORTHO : évènements thrombo-emboliques après pose de PTH ou PTG³			
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite ⁴	54	54	47
Pour information :			
Taux national brut d'évènements thromboemboliques après la pose de PTH ou PTG ² (pour mille)	13,30	10,68	8,88
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	759	754	740

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PTG : prothèse totale de genou ; PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture).

1. Le champ est limité aux patients qui ont une adresse mail.

2. Les chiffres 2016 ont été révisés.

3. Calculé à partir du PMSI-MCO : Taux donné pour 1 000 patients.

4. Le ratio ETE-ORTHO rapporte le taux observé de l'établissement à son taux attendu. Il est supérieur à la limite lorsqu'il dépasse de trois fois l'écart-type sa valeur de référence (égale à 1).

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, avec l'appui de l'ATIH, PMSI MCO.

première année complète de collecte en continu : 190 470 questionnaires complets de patients ont été collectés dans 1 113 établissements de MCO (56 759 questionnaires patients en 2016 pendant six mois). L'analyse détaillée des résultats au niveau national indique un besoin d'amélioration de la qualité des repas et de l'organisation de la sortie

des patients, ce dernier point faisant notamment écho aux résultats des indicateurs de coordination hôpital-ville.

En 2018, la mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient sera étendue aux patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, puis progressivement à l'HAD et au SSR en 2020. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé, publics et privés, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins utilisent plusieurs sources de données différentes : les dossiers des patients et des questionnaires *ad hoc* à destination des établissements ou des patients pour des recueils spécifiques. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est aussi mobilisé pour calculer certains indicateurs.

Définitions

➤ **Qualité des soins** : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité des soins est donc une notion multidimensionnelle.

➤ **Indicateurs de structure** : ils mesurent les moyens mis en œuvre (gestion des ressources humaines, matérielles, financières, organisation des services) durant le processus de soins.

➤ **Indicateurs de processus** : ils mesurent la qualité des pratiques d'une activité de soins et le respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles.

➤ **Indicateurs de résultats** : ils mesurent directement, à l'issue des soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en matière d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

➤ **ICSHA.3** : troisième version de l'indicateur sur la consommation de solutions hydro-alcooliques. Cet indicateur de processus, exprimé en pourcentage, est le ratio entre le volume consommé par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation de l'établissement, fixé au vu de l'activité par type de soins de l'établissement. Dans le tableau 2, le pourcentage indiqué correspond à la médiane nationale : la moitié des établissements se situent en dessous de ce pourcentage.

➤ **ICATB.2** : deuxième version de l'indicateur composite du bon usage des antibiotiques. Cet indicateur mesure l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par l'établissement pour prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques et maîtriser la consommation des antibiotiques. Le score chiffré est calculé sur un total de 100 points répartis sur 27 critères. Dans le tableau 2, le pourcentage correspond au score moyen atteint au niveau national.

Méthodologie

Pour la Haute Autorité de santé, un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins. Son lien avec la qualité des soins doit être préalablement démontré par une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts. Il est validé sur l'ensemble des points suivants : il doit faire sens pour les cliniciens (pertinence clinique) et pour l'amélioration



••• de la qualité des soins (marges d'amélioration et caractère discriminant), avoir de bonnes qualités métrologiques (fiabilité et fidélité), permettre la comparaison entre les établissements, être collecté de manière simple et reproductible et pouvoir faire l'objet d'un ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité).

Réalisés en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les IQSS concernent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie. Actuellement au nombre de 41, ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé.

Les résultats des indicateurs de processus sur la qualité et la sécurité des soins se présentent sous deux formes : soit sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ; soit sous la forme de proportions ou pourcentages pour les variables binaires, une proportion pouvant être considérée comme un cas particulier de moyenne d'une variable binaire prenant pour valeur 0 ou 1.

La diffusion publique des résultats des IQSS, fixée annuellement par arrêté ministériel, est assurée par les établissements de santé et par le site Scope Santé (www.scopesante.fr). En raison de la large utilisation des IQSS, un contrôle qualité annuel de leur recueil est effectué dans le cadre d'une orientation nationale d'inspection-contrôle (Onic) menée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dont les résultats conduisent à valider ou à modifier le recueil.

La HAS met en œuvre le recueil national des IQSS afin que l'ensemble des établissements pilotent, notamment avec ces outils, leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces indicateurs sont notamment utilisés dans la certification des établissements de santé, pour l'information des usagers sur le site Scope Santé et dans des dispositifs de régulation comme l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). L'ensemble des établissements ont à leur disposition leurs résultats détaillés pour l'ensemble des IQSS. Pour ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients, ils disposent également du verbatim des patients.

Pour en savoir plus

> **Site internet de la Haute Autorité de santé** : www.has-sante.fr

> **Duhamel, G. et Minvielle, E.** (2009). Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Dans P.-L. Bras, G. (de) Pourourville, D. Tabuteau (dir.). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Presses de la FNSP, p.307-314.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018*.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). La HAS affine ses indicateurs pour mesurer le résultat au bénéfice du patient. Dossier de presse.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2017, décembre). Satisfaction des patients hospitalisés & résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France. Dossier de presse.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2012, septembre). *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins*.