

La qualité des soins est une notion multidimensionnelle dont l'évaluation à partir d'indicateurs repose sur trois grandes catégories : les indicateurs de structure, de processus et de résultats. Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) développe, valide et met à disposition ce type d'indicateurs, outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé.

## Définir, mesurer et améliorer la qualité des soins pour informer les patients et éclairer le pilotage de l'offre de 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. Son évaluation doit s'appuyer sur plusieurs types d'indicateurs, examinant des aspects complémentaires. Une typologie communément admise distingue trois catégories d'indicateurs :

- les indicateurs de structure, qui mesurent les moyens mis en œuvre (gestion des ressources humaines, matérielles, financières, organisation des services) durant le processus de soins ;
- les indicateurs de processus, qui mesurent la qualité des pratiques d'une activité de soins et le respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles ;
- les indicateurs de résultats, qui 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.

L'amélioration de la qualité des soins est un objectif à part entière du système de soins. En outre, la complexification du système de soins, la variabilité des pratiques, la multiplicité des techniques, des innovations et des connaissances font apparaître un double besoin : d'information et de plus grande transparence pour les personnes qui y ont recours, et d'aide à la décision pour les régulateurs de soins, à l'échelle régionale ou nationale, notamment par des indicateurs de qualité des soins fiables et comparables dans le temps.

## Les IQSS : un dispositif national d'évaluation et de suivi de la qualité des soins

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) met à disposition des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)<sup>1</sup>. Ces IQSS, développés et validés avec les professionnels de santé, les patients et les usagers, permettent de réaliser des comparaisons interétablissements et servent d'outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé. Ils servent également de données comparatives à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à des fins de régulation aux niveaux régional et national, notamment dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>2</sup> ou le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq). Ils visent aussi à répondre à l'exigence de transparence envers les usagers par leur diffusion publique.

1. Les indicateurs de la HAS n'intègrent pas la dimension économique (« au meilleur coût pour un même résultat »), pour des raisons de faisabilité. Ils se concentrent sur les objectifs d'efficacité, de sécurité et de satisfaction.

2. Cela concerne aussi bien les CPOM signés par les établissements avec leur ARS, que ceux signés entre les ARS et leur ministère de tutelle.

Ce dispositif national met à disposition des établissements de santé divers indicateurs de structure, de processus et de résultats, calculés à partir de sources de données variées comme les questionnaires *ad hoc* auprès des établissements ou des patients, le dossier patient ou le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Évolutif, ce dispositif est un observatoire de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé français.

### 45 IQSS répartis en 13 thèmes, mesurés en partie chaque année

Actuellement, les IQSS sont au nombre de 45 et ne sont pas tous mesurés chaque année. Ils se répartissent en 13 thèmes cliniques abordant des domaines différents de la qualité et de la sécurité des soins (tableau 1). Des indicateurs de structure sont déployés uniquement sur le thème des infections associées aux soins (IAS) [voir fiche 30, « La lutte contre les infections associées aux soins »]. Pour les autres thèmes, ce sont principalement des indicateurs de processus qui sont mesurés. Enfin, les indicateurs de résultats, plus

récents, concernent pour l'instant la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO et les complications thrombo-emboliques après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou.

D'autres indicateurs de ce type sont en cours de développement et de déploiement national par la HAS, notamment sur le thème de la chirurgie ambulatoire.

### Quatre thèmes de spécialité clinique concernés par les indicateurs de processus portant sur des données 2016

#### La prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (4<sup>e</sup> recueil obligatoire)

Chaque année, environ 130 000 personnes sont victimes d'un AVC en France : 40 000 en décèdent et 30 000 en gardent des séquelles lourdes. L'AVC est une pathologie aiguë à son début, qui nécessite une prise en charge en urgence pour réduire les risques de séquelles et de décès. 26 008 dossiers de patients hospitalisés pour un AVC ont été audités par 550 établissements. L'analyse des résultats montre que les

**Tableau 1** Classification thématique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Libellé du thème	Nom abrégé	Nombre d'IQSS
Dossier du patient en MCO	DPA-MCO	4
Dossier du patient en SSR	DPA-SSR	4
Dossier du patient en HAD	DPA-HAD	5
Dossier du patient en santé mentale adulte	DPA-PSY	3
Dossier d'anesthésie	DAN	2
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	RCP	1
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	AVC	6
Prise en charge des patients hémodialysés chroniques	DIA	5
Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	PP-HPP	3
Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte	OBE	5
Infections associées aux soins	IAS	5
Satisfaction des patients hospitalisés	e-Satis	1
Complications après PTH/PTG <sup>1</sup>	ETE-ORTHO	1

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.  
1. PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture) / PTG : prothèse totale de genou.

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

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

deux composantes de la prise en charge que sont l'évaluation par un professionnel de la rééducation et l'expertise neuro-vasculaire (tableau 2) sont réalisées dans près de 80 % des séjours analysés.

L'inscription des patients dans une « filière AVC » améliore la qualité de la prise en charge. Pour l'ensemble

des indicateurs, les 139 établissements disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV) ont de meilleurs résultats que les établissements sans UNV (délais de prise en charge, etc.). Ceux disposant du télé-AVC<sup>3</sup> obtiennent aussi de meilleurs résultats que ceux ne disposant ni d'UNV ni du télé-AVC.

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

	En %		
Indicateurs de processus par thèmes recueillis sur 2016	2012	2014	2016
<b>AVC : prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral</b>			
Éléments indispensables à l'arrivée	-	-	45
Programmation de la consultation post-AVC	-	49	54
Expertise neuro-vasculaire	-	73	79
Évaluation par un professionnel de la rééducation	74	77	80
Dépistage des troubles de la déglutition	-	60	65
Score d'autonomie ou de handicap à la sortie	-	-	44
<b>DIA : prise en charge des patients hémodialysés chroniques</b>			
Appréciation de l'épuration (respect des recommandations)	79	81	86
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE <sup>1</sup>	74	80	84
Surveillance nutritionnelle - consultation diététique	-	43	60
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation	70	74	86
Surveillance nutritionnelle - statut nutritionnel	76	87	93
<b>PPHPP : prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum</b>			
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement	80	85	89
Surveillance clinique minimale dans les deux heures suivant l'accouchement	53	65	70
Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat	-	74	80
<b>OBE : prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité (adulte)</b>			
Bilan des principales comorbidités lors de la PEP <sup>2</sup>	-	-	82
Endoscopie œsogastroduodénale lors de la PEP <sup>2</sup>	-	-	95
Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la PEP <sup>2</sup>	-	-	92
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	-	-	80
Communication de la décision de la RCP au médecin traitant	-	-	68

1. ASE : agent stimulant l'érythropoïèse (de type EPO), traitement pouvant être prescrit pour une anémie. La surveillance du statut martial concerne le dosage en ferritine.

2. PEP : phase d'évaluation préopératoire.

**Lecture** : En moyenne, dans chaque établissement, 45% des dossiers contiennent l'ensemble des éléments indispensables à l'arrivée, en 2016.

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

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

3. Dispositif de télé-médecine permettant la télé-expertise et la téléconsultation pour la prise en charge des AVC en urgence.

### La prise en charge des patients hémodialysés chroniques (4<sup>e</sup> recueil obligatoire)

L'insuffisance rénale chronique terminale touche plus de 76 000 personnes en France. Traitement lourd, la dialyse est une condition à la survie des patients, dont la qualité de vie dépend de la qualité de la prise en charge. 15 708 dossiers (soit 37 % des patients hémodialysés en 2016) ont été analysés par les 314 structures pratiquant l'hémodialyse. Les résultats progressent mais des efforts particuliers restent à mener par les établissements, notamment concernant la prise en charge diététique de leurs patients.

### La prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum (4<sup>e</sup> recueil obligatoire)

L'hémorragie du post-partum (HPP) survient dans les 24 heures suivant l'accouchement et se caractérise par une perte de sang supérieure à 500 ml. Il s'agit d'une des complications obstétricales les plus graves, dont l'aggravation des symptômes est toutefois évitable dans la majorité des cas.

30 789 dossiers d'accouchement et 16 822 dossiers d'HPP ont été analysés par les 500 maternités de France. Quel que soit le type de maternité<sup>4</sup>, la prévention de l'hémorragie et sa prise en charge s'améliorent, mais l'étape intermédiaire de surveillance des femmes dans les deux heures suivant l'accouchement nécessite encore des efforts, l'ensemble des éléments minimaux la composant n'étant présent que dans 70 % des dossiers analysés.

### La prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte (1<sup>er</sup> recueil obligatoire)

Le traitement chirurgical de l'obésité intervient en dernier recours et se conçoit dans la continuité du parcours de soins coordonné, avec un suivi du patient avant et après la chirurgie.

19 406 dossiers de chirurgie initiale (soit 39 % des chirurgies initiales en 2016) ont été analysés par les 451 établissements de santé, dont 48 centres

spécialisés de l'obésité (CSO)<sup>5</sup> et 141 partenaires d'un CSO. Les résultats montrent que les recommandations de bonne pratique de 2009 sont mises en œuvre : le bilan endoscopique œsogastroduodénal et l'évaluation psychologique/psychiatrique sont retracés dans plus de 90 % des dossiers. Toutefois, une grande hétérogénéité des pratiques existe, notamment entre établissements de santé : les CSO et leurs partenaires obtiennent de meilleurs résultats, en moyenne, que les autres établissements, notamment concernant la décision en concertation pluridisciplinaire.

### Deux indicateurs de résultats portant sur des données 2016 restitués pour la première fois par la HAS

Considérés comme plus faciles à lire et à comprendre pour les professionnels comme pour le public, les indicateurs de résultats sont plus difficiles à mesurer de manière fiable et nécessitent des précautions plus importantes avant validation et diffusion, pour éviter tout biais d'interprétation. Ceci explique un développement – et une utilisation par le régulateur – moins avancé, comparé aux indicateurs de structure et de processus.

À ce jour, deux indicateurs de résultats ont été validés et restitués aux établissements par la HAS (tableau 3). Le premier indicateur mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO en 2016 (e-Satis 48h MCO). La satisfaction des patients est l'une des dimensions indispensables à prendre en compte pour évaluer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques. Cet indicateur, ayant pour objectif premier de comparer les établissements de santé entre eux sur ce critère, a concerné 1 493 établissements de MCO : 1 038 (70 %) étaient en recueil obligatoire et 83,7 % d'entre eux ont participé. Pour 403 établissements, plus de 30 patients ont rendu des questionnaires exploitables. Au total, cela représente 56 759 questionnaires entre avril et novembre 2016. L'analyse détaillée des résultats au niveau national indique un besoin d'amélioration de l'organisation de la sortie des patients.

4. Type 1, 2 ou 3.

5. Les CSO définis par l'instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé et du plan obésité par les agences régionales de santé sont répartis sur 48 sites géographiques.

Ces résultats font écho à ceux des IQSS sur la qualité du dossier du patient (données 2015).

Le second indicateur concerne les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires après pose de prothèse totale de hanche (hors fractures) ou de genou<sup>6</sup> (ETE-ORTHO). Malgré les recommandations de prophylaxie, l'incidence des événements thrombo-emboliques reste en effet relativement élevée après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou (Januel *et al.*, 2012). Les résultats de l'indicateur ETE-ORTHO, calculé à partir du PMSI, mettent

en évidence que sur les 754 établissements réalisant ce type de chirurgie orthopédique, 54 ont des ratios calculés très supérieurs<sup>7</sup> à la valeur de référence en 2016. Cette atypie indique qu'il convient de revoir les pratiques cliniques, mais aussi parfois celles du codage PMSI qui peuvent différer d'un établissement à l'autre et influencer le résultat de l'indicateur. Outre ces deux indicateurs, plusieurs autres indicateurs de résultats sont régulièrement étudiés et testés par la communauté scientifique comme par les autorités de régulation du système de soins. Des études récentes ont

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

Indicateurs de résultats	En %	
	2015	2016
<b>Dispositif e-Satis : satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO<sup>1</sup></b>		
<b>Indicateur e-Satis 48h MCO :</b>		
Note de satisfaction globale	-	72,7
<b>Pour information, note par sous-dimension :</b>		
Accueil	-	72,7
Chambre	-	71,4
Repas	-	57,3
Prise en charge - médecin	-	80,0
Prise en charge - infirmier	-	80,6
Sortie	-	62,6
Nombre d'établissements concernés	-	1 493
Nombre de patients ayant répondu	-	56 759
<b>ETE-ORTHO : événements thrombo-emboliques après pose de PTH ou PTG<sup>2</sup></b>		
<b>Indicateur ETE-ORTHO :</b>		
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite <sup>3</sup>	54	54
<b>Pour information :</b>		
Taux national brut d'événements thrombo-emboliques après la pose de PTH ou PTG <sup>2</sup>	13,30	10,68
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	759	754

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

2. PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture) / PTG : prothèse totale de genou.

3. 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). Source PMSI.

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

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

6. Cet indicateur est calculé comme le ratio standardisé du nombre d'événements thrombo-emboliques observé sur le nombre attendu, dans la population de séjours cibles.

7. Supérieur à trois fois l'écart-type (déviations standard).

ainsi tenté de mesurer la qualité des prises en charge hospitalières à travers le taux de réadmission 30 jours après un séjour hospitalier en chirurgie (Vuagnat et Yilmaz, 2015 ; DGOS, 2015), mais sans parvenir à ce jour à construire un indicateur qui satisfasse tous les critères de validation de la HAS (voir rubrique Méthodologie de l'encadré Sources et méthodes). De son côté, la HAS assure le développement de nouveaux indicateurs

de résultats comme la mesure de la satisfaction des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire, le taux de réhospitalisation entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire, la mortalité hospitalière à 30 jours après admission en établissement de santé pour infarctus du myocarde ou encore le taux d'infection du site opératoire après une pose de prothèse totale de hanche ou de genou. ■

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

Établissements de santé, publics et privés, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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.

#### Méthodologie

Pour la Haute Autorité de santé, un IQSS doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins et 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 reflet de ce que l'on mesure), 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).

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](http://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.

Les IQSS sont collectés en alternance une année sur deux. 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 : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1456737/fr/mieux-connaître-les-indicateurs](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456737/fr/mieux-connaître-les-indicateurs).

> **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** (2017, mai). Le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO : outil pour accompagner la mise à disposition d'un indicateur hospitalier de vigilance pour alerter, analyser et agir.

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

> **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)** (2016, décembre). Les 1<sup>ers</sup> résultats de la satisfaction des patients hospitalisés complètent l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. Communiqué de presse.

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

> **Januel, J.-M., et al.** (2012, janvier). Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 307(3), p. 294-303.

> **Vuagnat, A., Yilmaz, E.** (2015, avril). Tarification à l'activité et réadmission. Insee, *Économie et statistiques*, 475-476.