

Dossier de presse

Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : résultats 2018

10 décembre 2018

Les résultats contenus dans ce dossier proviennent des résultats nationaux de la campagne 2018 des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En partenariat avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)



Retrouvez les résultats qualité et sécurité actualisés, établissement par établissement sur www.scopesante.fr

Service presse de la Haute Autorité de Santé

Responsable du service : Florence GAUDIN

Contact presse : Julia VOLLERIN – 01 55 93 73 18

contact.presse@has-sante.fr

Sommaire

Fiche 1: Expérience et satisfaction des patients : résultats 2018.... 5

**Fiche 2 : Des indicateurs complémentaires pour évaluer la
chirurgie ambulatoire 9**

Fiche 3 : L'organisation de la sortie reste insatisfaisante 13

**Fiche 4 : Un premier indicateur de résultat sur les complications
après une chirurgie orthopédique..... 15**

**Fiche 5 : Politique HAS d'amélioration de la qualité et de la sécurité
des soins : quelles perspectives ?..... 17**

Fiche 6 : Scope Santé évolue ! 21

ANNEXE 22

Fiche 1: Expérience et satisfaction des patients : résultats 2018

Mesurer l'expérience et la satisfaction des patients pour améliorer la qualité des soins et l'information de tous

L'expérience et la satisfaction des patients sont des dimensions constitutives de la qualité des soins. La Haute Autorité de Santé (HAS) les mesure depuis 2016 auprès des patients qui ont été hospitalisés plus de 48 heures, que ce soit dans le public ou dans le privé, pour produire un indicateur nommé e-Satis. Indicateur de résultat rapporté par les patients, e-Satis est complémentaire des autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui mesurent le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles par l'analyse de dossiers de patients ou l'analyse de données du PMSI¹.

La HAS a débuté ce recueil en avril 2016 en interrogeant les patients hospitalisés plus de 48 heures en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) puis a étendu ce dispositif en mai 2018 aux patients pris en charge en chirurgie ambulatoire (voir fiche 2). Au total cette année, 327 801 patients ont répondu aux questionnaires permettant de s'exprimer sur leur expérience des soins et leur satisfaction.

Concrètement, chaque patient est sollicité à l'admission ou à la sortie pour communiquer son adresse mél. Cela permet de lui envoyer après son hospitalisation un courriel contenant un lien vers le questionnaire de la HAS. Le compléter entièrement lui prend environ 10 minutes, avec l'aide de son entourage s'il le souhaite.

Les questionnaires, un par type d'hospitalisation, ont été élaborés avec des patients et des professionnels, selon la méthodologie de la HAS, leur permettant d'être robustes au plan scientifique. Ils comportent chacun une soixantaine de questions pour recueillir l'expérience et la satisfaction des personnes hospitalisées sur la préparation de l'hospitalisation, l'accueil, la prise en charge par les professionnels de santé, la chambre et les repas et enfin l'organisation de la sortie et du retour au domicile.

Les indicateurs rapportés par les patients, tout comme les autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins, sont destinés d'abord aux professionnels des établissements de santé pour leur propre pilotage de la qualité : ils permettent de se comparer entre établissements et d'identifier les points à investiguer pour améliorer ses pratiques. Ces indicateurs sont aussi diffusés sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr), d'une part dans un souci de transparence et d'autre part pour permettre à ceux qui prévoient de se faire hospitaliser de comparer les établissements de santé et d'intégrer le critère qualité dans leur choix d'hôpital ou de clinique.

¹ Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) est une base de données qui décrit de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé

Mesure e-Satis +48h MCO	Mesure e-Satis MCO CA
Patients hospitalisés plus de 48h en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) 63 questions Temps de réponse : environ 10 mn Recueillie depuis avril 2016 3 ^{ème} campagne nationale en 2018 (novembre 2017 – mi-octobre 2018) 3 ^{ème} diffusion sur Scopesante.fr en décembre 2018	Patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (CA) 62 questions Temps de réponse : environ 10 mn Recueillie depuis mai 2018 1 ^{ère} campagne nationale en 2018 (mai 2018 – mi-octobre 2018) 1 ^{ère} diffusion sur Scopesante.fr en décembre 2018

Ces indicateurs nous en apprennent plus sur les attentes des patients

Les indicateurs e-Satis se présentent sous forme d'une note sur 100.

En 2018,

- le premier score national de satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO est de 73,3/100 (il était de 73,2 en 2017) ;
- le score national de satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire est de 76,4/100.

L'analyse des résultats détaillés permettant le calcul de ces scores nous en apprend davantage sur les attentes des patients.

Les Français motivés pour donner leur avis

Les hôpitaux et cliniques ont un rôle direct à jouer dans le recueil de la satisfaction et de l'expérience des patients puisqu'il leur revient de collecter les adresses mél de leurs patients et de les déposer sur une plateforme qui permet l'envoi des questionnaires. La proportion de personnes ayant donné une adresse mél pour être contactées s'élève cette année à 15,4 % des patients hospitalisés en MCO (en légère progression par rapport à 2016) et à 16,6 % des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire.

Ces taux de couverture peuvent être améliorés, l'objectif fixé par la HAS étant de 25 %. La HAS encourage à cet effet les 40 établissements de santé qui n'ont pas participé au recueil MCO +48h et les 116 qui n'ont pas participé en chirurgie ambulatoire, à rejoindre le dispositif. Elle encourage également tous les établissements de santé à déposer plus d'adresses mél sur la plateforme. Devant le retour de certains établissements qui disent avoir du mal à recueillir les adresses mél, la HAS travaille en parallèle à la recherche d'autres modalités de contact des patients.

Les patients quant à eux se saisissent largement de l'opportunité qui leur est donnée de s'exprimer et de partager leur expérience : ils sont près de 29 % en chirurgie ambulatoire et 26 % en MCO +48h à avoir répondu aux questionnaires, soit de très bons taux de participation. On peut noter que 50 % des patients répondants le font dès réception du questionnaire et 75 % en moins de 14 jours.

Ces très bons taux de participation confirment la volonté des patients de s'exprimer sur leur santé et leur prise en charge.

	e-Satis MCO +48h	e-Satis MCO CA
Taux de participation	25,8 %	29,1%
Âge moyen	50 ans	51 ans
Répartition femmes-hommes	62% de femmes 38% d'hommes	54,7% de femmes 45,3% d'hommes
Part des patients répondants finissant entièrement le questionnaire	87,6 %	89,2 %

L'âge moyen et la répartition femmes-hommes des répondants aux questionnaires sont en cohérence avec l'âge moyen et la répartition femmes-hommes des patients hospitalisés en 2017 (données PMSI).

Près de 9 patients sur 10 remplissent entièrement les questionnaires. Ce chiffre montre que, malgré le nombre important de questions, les patients qui décident de participer le font jusqu'à la fin.

Des patients divisés sur la décision médicale partagée

Au cœur des enjeux de la relation médecin/malade, les questions de l'information attendue et de la participation à la décision médicale constituent un sujet complexe. Tous les patients, en effet, ne souhaitent pas le même niveau d'implication dans les décisions médicales. Les résultats d'e-Satis MCO +48h le montrent : près d'un patient sur 2 (49,5%) indique ne pas souhaiter participer aux décisions concernant ses soins ou son traitement.

Pour autant, les réponses au questionnaire pointent une priorité d'amélioration : parmi ceux qui souhaitent participer à la décision, seuls 2 sur 5 (39,8 %) ont pu « toujours » le faire.

Des patients qui ont besoin d'être rassurés

Plus d'un tiers des patients pris en charge en MCO +48h et plus de la moitié de ceux hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire ont ressenti de l'anxiété au cours de leur hospitalisation.

Si les patients sont plus anxieux en chirurgie ambulatoire, ils se sentent cependant soutenus par les professionnels au cours de cette prise en charge (9 patients sur 10). En revanche, en hospitalisation de plus de 48h en MCO, près d'un patient sur quatre estime le soutien des professionnels « moyen » à « mauvais ».

Des patients plutôt satisfaits de la prise en charge de la douleur

En hospitalisation de plus de 48h en MCO, 85,4 % des patients ont ressenti des douleurs au cours de leur hospitalisation, dont un tiers jugées « intenses » à « extrêmement intenses ». 53 % ont ressenti de la douleur à l'issue de leur intervention en chirurgie ambulatoire. Quel que soit le mode d'hospitalisation, 9 patients sur 10 ayant ressenti des douleurs considèrent que celles-ci ont été prises en charge de façon « bonne » à « excellente ».

Tous les aspects de la prise en charge ont leur importance

Chaque aspect de la prise en charge d'un patient doit être pris en compte : respect de l'intimité, bonne information délivrée, confort, etc.

De manière générale – que ce soit en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation de plus de 48h – les patients sont satisfaits du respect de leur intimité. Ainsi, 9 sur 10 l'estiment « bon » à « excellent ». On peut néanmoins regretter qu'encore un patient sur 10 rapporte avoir vécu la situation où un professionnel de santé (médecin, infirmier(ère) ou aide-soignant(e)) parlait devant lui comme s'il n'était pas là.

L'accueil du patient est crucial pour bâtir une relation de confiance patient-soignant, qui aura son importance tout le long de l'hospitalisation. L'accueil correspond à l'accessibilité de l'hôpital ou de la clinique, à la capacité d'identification des professionnels, mais aussi aux moments d'échanges et d'information avec le patient et son entourage.

Cette dimension « accueil » obtient un score national de 73,4/100 en MCO +48h et de 79,9/100 en chirurgie ambulatoire. Des efforts sont donc à poursuivre dans l'objectif de satisfaire chacun des patients.

Dans le détail :

- Un tiers des patients hospitalisés en MCO +48h n'est pas satisfait de l'accessibilité de l'établissement de santé. À l'inverse, les patients admis pour une chirurgie ambulatoire sont très satisfaits de l'accessibilité jusqu'au service où a lieu l'opération puisque 9 patients sur 10 la jugent « bonne » ou « excellente ».
- Dans les deux cas, l'accueil réservé par le personnel a été jugé « bon » ou « excellent » par 9 patients sur 10.
- Dans les deux cas, 4 patients sur 5 jugent l'identification des professionnels travaillant dans le(s) service(s) de soins « bonne » ou « excellente ».

Par ailleurs, la qualité de la chambre et des repas est un aspect considéré comme important par le patient. Ces points doivent s'améliorer.

Lors d'une hospitalisation de plus de 48h en MCO, un quart des patients juge la qualité des repas « mauvaise » à « faible ». La qualité des repas participe pourtant au maintien d'un bon état nutritionnel qui influe sur l'état de santé des patients. Concernant le confort, la température ou le calme de la chambre, 1 patient sur 4 rapporte une satisfaction « mauvaise », « faible » ou « moyenne ».

Pour une chirurgie ambulatoire, un tiers des patients était dans un espace commun mais 84 % sont tout de même satisfaits du respect de leur intimité et de leur dignité au cours de leur séjour.

L'organisation de la sortie reste à améliorer

Que l'on considère les résultats rapportés par les patients ou les évaluations réalisées à partir de l'analyse des dossiers patients, les enseignements convergent.

Pour une analyse détaillée, voir la fiche 3 dédiée à l'organisation de la sortie.

Fiche 2 : Des indicateurs complémentaires pour évaluer la chirurgie ambulatoire

2018, premiers résultats sur la qualité et la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire

Une modalité de prise en charge soutenue par les pouvoirs publics

La chirurgie ambulatoire est définie comme une chirurgie programmée et réalisée au cours d'une hospitalisation de moins de 12h, sans hébergement de nuit.

Longtemps en retard sur cette modalité d'hospitalisation largement développée à l'étranger, la France soutient son déploiement depuis une dizaine d'années. Le taux d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire est ainsi passé de 32 % en 2007 à 54,7 % en 2016² et l'objectif est d'atteindre 70 % en 2022.

La chirurgie ambulatoire présente l'intérêt de permettre au patient de ne rester hospitalisé que le strict temps nécessaire et de retourner chez lui le jour même de l'intervention. Elle limite ainsi l'éloignement du cadre de vie habituel, lequel est perturbant en particulier pour les enfants et les personnes âgées. Elle réduit aussi le risque d'exposition à des infections associées aux soins – ce risque augmentant avec la durée de l'hospitalisation. Elle permet enfin de redéployer des dépenses d'hébergement vers des usages plus pertinents.

La chirurgie ambulatoire nécessite une organisation spécifique de la prise en charge afin d'être sécurisée et satisfaisante pour les patients. A cet effet, la HAS a développé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Plusieurs indicateurs pour l'évaluer

La mesure de la qualité de cette prise en charge a été réalisée pour la première fois en 2018 par deux types d'indicateurs complémentaires.

D'une part e-Satis est un indicateur de résultat mesurant l'expérience et la satisfaction des patients en continu depuis mai 2018. Le questionnaire, structuré par temps clés (avant l'hospitalisation, accueil, prise en charge, chambre et collation, organisation de la sortie et du retour à domicile), est adressé à tous les patients dont l'adresse mél a été recueillie dans les établissements de santé.

D'autre part, des indicateurs mesurent les pratiques professionnelles à partir de l'analyse de dossiers patients. Ils évaluent six points déterminants pour la qualité et la sécurité de la prise en charge en chirurgie ambulatoire : le consentement du patient, l'évaluation de l'éligibilité du patient à l'admission, l'anticipation de la prise en charge de la douleur, l'évaluation du patient à la sortie et enfin le contact entre l'établissement et le patient entre J+1 et J+3 après l'intervention.

Pour cette première année d'évaluation en chirurgie ambulatoire, près de 900 établissements ont participé. Le questionnaire e-Satis a été envoyé à près de 500 000 patients, soit 16 % des personnes opérées en ambulatoire. Parmi eux, 29 % ont répondu de façon complète. Ce très bon taux de retour traduit l'intérêt des patients à contribuer à l'évaluation de la qualité et de la sécurité de leurs soins. Les six autres indicateurs ont été calculés par l'analyse des pratiques professionnelles retracées dans plus de 71 000 dossiers.

² Source : ATIH

Quatre enseignements majeurs des résultats 2018

Une prise en charge en chirurgie ambulatoire jugée correcte par les patients

Le premier enseignement de la mesure e-Satis 2018 est que les patients ont une appréciation globale correcte de leur expérience de chirurgie ambulatoire : au niveau national, ils lui attribuent un score global de 76,4/100.

En général, est considéré comme bon un score de satisfaction allant au-delà de 80 à 90 sur 100.

Ils sont bien informés en amont de l'intervention

Le patient a un rôle particulièrement actif à jouer dans la chirurgie ambulatoire. Il est donc indispensable de lui délivrer une information claire à chaque étape de sa prise en charge. Les résultats mesurés en 2018 témoignent de la très bonne qualité de l'information avant l'hospitalisation.

Ainsi la trace du recueil du consentement oral ou écrit du patient pour son intervention – lors d'une consultation avant l'admission – est retrouvée dans 82 % des dossiers audités.

De même, côté patients, on observe que :

- 99 % déclarent qu'ils ont reçu des informations sur leur opération : horaires d'admission, consignes de jeûne...
- près de 84 % d'entre eux déclarent avoir reçu un « passeport ambulatoire », document d'information concernant leur opération, dont la clarté est jugée bonne ou excellente par près de 96% d'entre eux ;
- seuls 1,2 % estiment que les professionnels n'ont pas répondu à toutes leurs questions avant leur l'hospitalisation. Pour la majorité des patients qui ont obtenu des réponses (près de 96 %), la clarté de ces dernières est jugée bonne ou excellente ;
- 96 % rapportent qu'ils ont été informés de la nécessité qu'une personne les accompagne lors de leur retour à domicile.

On peut cependant regretter que près d'un patient sur quatre n'ait pas été contacté par sms, appel téléphonique ou message sur répondeur avant son hospitalisation pour lui rappeler les consignes.

Ces éléments font d'ailleurs partie de la vérification à l'admission de l'éligibilité des patients à l'intervention : le patient a-t-il respecté les consignes de jeûne ? Quelqu'un sera-t-il présent à sa sortie pour l'accompagner à son domicile ? Cette éligibilité est tracée en moyenne dans 84 % des dossiers, un bon résultat qui appelle cependant deux améliorations :

- elle doit être réalisée et tracée dans les dossiers de tous les établissements, ce qui est encore insuffisamment le cas. Actuellement, dans 1 établissement sur 5, l'éligibilité n'est pas tracée dans assez de dossiers ;
- et les établissements doivent utiliser préférentiellement un outil standardisé, comme la « Check-list pour l'accueil du patient à J0 » de la HAS, pour homogénéiser la qualité des informations recueillies.

Les professionnels rassurent efficacement les patients à chaque étape de leur parcours ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est une modalité d'hospitalisation assez nouvelle pour les patients : tout est fait dans la journée, ils ne passent pas la nuit à l'hôpital ou à la clinique après leur intervention et ne peuvent donc pas compter sur la présence de l'équipe de soins à proximité en cas de questions, de fièvre, de douleurs, etc. Cela peut générer de l'inquiétude ou de l'anxiété.

Les résultats d'e-Satis 2018 en chirurgie ambulatoire montrent que les équipes de soins ont conscience de cette problématique et qu'ils ont mis en place une organisation rassurante pour les patients.

Si plus de la moitié des patients a ressenti au cours de son hospitalisation de l'inquiétude ou de l'anxiété (56,4 %, mais seulement 6 % de façon « intense » ou « extrêmement intense »), ils sont aussi 9 sur 10 à penser que les professionnels ont su les rassurer, les détendre, les mettre en confiance de façon « bonne » ou « excellente ». Ceci est valable à toutes les étapes de la chirurgie ambulatoire : avant l'hospitalisation, au bloc opératoire et au moment de la sortie.

De plus, après leur retour à domicile, 9 patients sur 10 se disent très satisfaits et ressentent un sentiment de sécurité et de tranquillité.

L'organisation de la sortie et du retour à domicile doit être améliorée

La prise en charge sécurisée en chirurgie ambulatoire implique un retour du patient à son domicile dans des conditions optimales. La sortie d'hospitalisation est un moment où les risques, notamment de rupture de continuité des soins, sont importants avec pour conséquences potentielles des ré-hospitalisations. Les résultats montrent que des marges d'amélioration existent pour cette étape.

Ainsi, la douleur post-opératoire est une cause fréquente d'anxiété et de ré-hospitalisation précoce. Son anticipation représente un enjeu majeur spécifique en chirurgie ambulatoire. Après l'intervention, les patients peuvent sortir tard ou ne pas être en mesure d'aller acheter les antalgiques prescrits. Il est donc souhaitable que, dès la consultation préopératoire, les ordonnances d'antalgiques soient remises et expliquées au patient. Or e-Satis montre que ce n'est pas le cas pour près de 40 % des patients et que dans 78 % des dossiers analysés, la remise au patient de cette prescription anticipée n'est pas retrouvée.

L'établissement doit par ailleurs s'assurer que le patient est apte à rentrer chez lui le jour même. Cette évaluation du patient pour la sortie n'est tracée que dans 77 % des dossiers.

D'autres éléments ne sont aujourd'hui pas pleinement satisfaisants :

- seuls 63 % des patients déclarent avoir reçu une lettre de liaison contenant les informations concernant leur intervention et le suivi après la sortie tandis que sa remise au patient n'est retrouvée que dans 41 % des dossiers analysés ;
- 18 % des patients (1 patient sur 5) rapportent ne pas avoir su qui appeler en cas de besoin à la sortie de l'établissement de santé. Le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence n'est d'ailleurs retrouvé que dans 53 % des lettres de liaison à la sortie ;
- 25 % des patients déclarent ne pas avoir reçu d'informations sur les signes ou complications devant les mener à recontacter l'établissement en urgence. Ainsi, 1 patient sur 4 ne sait pas clairement comment réagir, et parmi ceux qui ont reçu l'information, 6,6 % estiment sa qualité mauvaise à moyenne ;
- seule la moitié des patients a été recontactée par l'établissement dans les jours suivant la sortie.

Ces indicateurs ont été recueillis pour la première fois en 2018. Même si les patients portent une appréciation globale acceptable sur l'expérience de la chirurgie ambulatoire, des marges d'amélioration importantes existent : professionnels et patients identifient les mêmes priorités.

Fiche 3 : L'organisation de la sortie reste insatisfaisante

Les résultats sur les indicateurs de qualité et sécurité des soins publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016 mettaient en évidence un besoin prioritaire d'améliorer l'organisation de la sortie de l'hôpital ou de la clinique. Celle-ci est un moment délicat auquel sont associés des risques importants de rupture dans la continuité des soins. Les conséquences pour le patient peuvent être multiples : anxiété, aggravation de son état de santé, ré-hospitalisations non programmées. Que l'on considère les résultats rapportés par les patients ou les évaluations réalisées à partir de l'analyse des dossiers patients, les enseignements convergent.

Les résultats d'e-Satis en MCO +48h en 2018 montrent que les patients jugent insuffisante l'organisation de la sortie, avec une note de 63,4/100 (comme en 2016). Ainsi, par exemple, un tiers des patients n'a pas reçu d'information sur la reprise d'activité après la sortie et un tiers n'a reçu aucune information sur les signes ou complications devant l'amener à recontacter le médecin.

Les résultats d'e-Satis en chirurgie ambulatoire montrent que les patients jugent l'organisation de la sortie et le retour à domicile comme insuffisante, avec une note de 68/100. En particulier, on peut souligner que 28 % des patients ne repartent pas avec une lettre de liaison, que la moitié des patients n'a pas été recontactée après la sortie et que 30 % n'ont pas reçu de numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence.

Ces résultats rapportés par les patients comme insuffisants se retrouvent dans ce que pointent les indicateurs recueillis par les professionnels de santé à partir des dossiers des patients, notamment sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie.

Lettre de liaison à la sortie, élément clé d'une sortie bien organisée

Instaurée depuis 2016, la lettre de liaison à la sortie – document remis au patient le jour de sa sortie et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert – est un élément clé de la continuité des soins. Ce document résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie du patient : traitements, conseils, examens à réaliser... C'est un outil du suivi du patient et de bonne coordination hôpital/ville ou hôpital/structure de transfert.

Il y a deux ans, la HAS avait déjà identifié des priorités d'améliorations sur ce sujet. Or, au regard des résultats disponibles en 2018, à partir de l'analyse des dossiers patients, les mêmes problèmes persistent. La bonne organisation de la sortie des patients doit devenir une priorité pour les établissements de santé. De tels résultats nécessitent d'être pris en compte dans la certification pour mobiliser les équipes autour de plans d'actions.

En synthèse - résultats 2018 de l'indicateur qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO ou après une chirurgie ambulatoire, document de sortie en soins de suite et de réadaptation :

- ➔ Le contenu de la lettre de liaison à la sortie est encore trop incomplet
- ➔ Sa remise au patient n'est pas systématique
- ➔ L'envoi au médecin de ville ou à la structure de transfert demeure trop tardif

Focus en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Cet indicateur est composé de 14 éléments pour éclairer la qualité de la coordination avec les professionnels de santé exerçant en ville à la sortie d'une hospitalisation ; parmi ces éléments : la lettre de liaison est retrouvée, elle comporte l'identité du patient et le motif de l'hospitalisation ainsi que le nom du médecin destinataire, les traitements médicamenteux ou encore la planification des soins.

Dans 89 % des dossiers évalués (soit 7 points de plus qu'en 2016), une copie de la lettre de liaison à la sortie a été retrouvée dans le dossier. En revanche, elle n'est remise au patient qu'une fois sur 4 (remise à un tiers des patients en 2016). Sa qualité s'est améliorée (+ 8 points qu'en 2016) mais reste faible au regard des exigences attendues (43/100). Seuls 15 % des établissements ont atteint un niveau jugé satisfaisant (classés A ou B pour l'indicateur).

La synthèse du traitement médicamenteux, élément devant être systématiquement inscrit dans la lettre de liaison, n'est présente que dans seulement 3 lettres sur 10 (comme en 2016). Documenter l'intégralité du traitement médicamenteux est pourtant fondamental pour garantir une coordination efficace entre les professionnels et sécuriser le suivi du patient.

Pour d'autres critères on note une légère progression par rapport à 2016, mais les résultats demeurent insuffisants :

- les risques liés à l'hospitalisation restent encore insuffisamment documentés (36 % des dossiers patients en 2018).
On note tout de même une progression de 16 points par rapport 2016 ;
- l'identification du patient progresse un peu et passe de 73 % à 80 % ;
- la remise de la lettre de liaison au patient progresse de 10 points (37 % vs 27 %), un niveau encore insuffisant.

Focus en soins de suite et de réadaptation (SSR)

D'un point de vue national, dans 69 % des dossiers évalués un document de sortie permettant la coordination avec la ville est retrouvé dans le dossier. Ce résultat n'est pas satisfaisant lorsqu'on sait que pour 2 patients sur 10, le document de sortie est non daté ou comporte une date trop tardive (c'est-à-dire postérieure au jour de la sortie). Ces anomalies sont problématiques dans la mesure où ce document doit être produit au plus tard le jour de la sortie du patient, comme imposé par la réglementation en vigueur.

Focus en chirurgie ambulatoire

Les indicateurs sur le parcours du patient en chirurgie ambulatoire montrent des résultats insuffisants : le score moyen national sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie n'est que de 46/100. Si on regarde les résultats plus en détail, seul un patient sur 4 a, dans son document de sortie, la planification des soins à suivre après la sortie et seuls deux tiers disposent des informations sur leurs traitements médicamenteux.

Fiche 4 : Un premier indicateur de résultat sur les complications après une chirurgie orthopédique

Depuis décembre 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) met à disposition des professionnels de santé un indicateur de sécurité du patient en chirurgie orthopédique. Cet indicateur mesure, pendant le séjour à l'hôpital ou en clinique, la survenue d'un type de complication, l'événement thromboembolique – formation de caillots de sang dans les veines ou les poumons – après une pose de prothèse totale de hanche (hors fractures) ou de genou. L'objectif est de limiter la survenue de ces événements indésirables en permettant aux équipes de savoir si la survenue de ces complications est supérieure à ce qui est attendu dans l'établissement et d'interroger leurs pratiques au regard des recommandations existantes de diagnostic et de prévention des événements thromboemboliques.

L'indicateur concerne 740 établissements de santé en France. Il est calculé par la HAS depuis 2016 à partir des données de l'année précédente issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et restitué chaque année aux professionnels de santé. Les mesures ont permis aux professionnels de se familiariser avec ce nouveau type d'indicateur, et de déterminer la valeur prédictive positive, calculée par comparaison entre le résultat de l'indicateur et le dossier du patient. Celle-ci permet de vérifier que ce qui est calculé est bien la réalité de ce qui est arrivé. Elle est de 93,5 % pour 2018, ce qui confirme la fiabilité de l'indicateur pour détecter ces événements. De ce fait, pour la première fois, les résultats par établissement sont diffusés sur le site Scope Santé.

Moins d'événements thromboemboliques en 3 ans

En 2018, le taux national d'événements thromboemboliques après une intervention chirurgicale pour pose de prothèse totale de genou ou de hanche dans la population ciblée par l'indicateur est de 0,88 %. Ce résultat est encourageant car il a diminué de 0,4 points depuis 2016.

Depuis 2016, avec leur résultat, les professionnels ont pu réinterroger leurs pratiques, identifier où se situent leurs marges de progression et mettre en place des actions correctrices.

Cependant, en 2018, 47 établissements ont significativement plus de complications qu'ils devraient avoir au regard des caractéristiques des patients pris en charge (contre 54 les deux années précédentes), soit 6,4 % des établissements concernés par l'indicateur. Ces résultats montrent que les pratiques cliniques peuvent et doivent encore s'améliorer.

En effet, cet indicateur a permis de mettre en évidence une utilisation non pertinente de l'écho-Doppler, examen visant à observer la circulation sanguine et la présence de caillots dans les veines. La réalisation systématique de cet examen d'imagerie médicale n'est pas recommandée dans le cadre de la surveillance post-opératoire des patients, car il peut notamment donner lieu à une prescription de traitements anticoagulants non justifiée et non dénuée de risque.

En complément les professionnels ont d'autres informations par localisation de l'intervention (hanche ou genou) leur permettant de cibler rapidement ce qui doit être amélioré.

Fiche 5 : Politique HAS d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : quelles perspectives ?

La mesure de la qualité et de la sécurité des soins s'inscrit dans une politique globale visant à leur amélioration. Forte des résultats acquis ces quinze dernières années, en lien avec les besoins de transformation du système de santé et conformément à son projet stratégique 2019-2022, la Haute Autorité de Santé (HAS) se donne trois priorités pour les années qui viennent : 1) renforcer la mesure de la qualité directement auprès des patients, 2) orchestrer l'articulation des différentes actions pour la qualité des soins : recommandations, indicateurs et certification des établissements et 3) étendre la mesure de la qualité au-delà des établissements de santé en s'intéressant à l'ensemble du parcours des patients.

Renforcer la mesure de la qualité directement auprès des patients

Jusqu'à une période récente, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) ont été dans leur majorité mesurés par les professionnels via l'analyse des dossiers des patients hospitalisés.

Dans le prolongement d'e-Satis, dispositif précurseur de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients, déployé nationalement dès 2016, la HAS souhaite développer plus largement la mesure de la qualité directement auprès des patients : mesure de la qualité perçue (satisfaction), mesure de leur expérience de la prise en charge, mesure du résultat clinique rapporté par eux (ce qui suppose de s'intéresser à des situations cliniques spécifiques). C'est ce que la littérature internationale désigne sous le nom de PREM's (*Patient Reported Experience Measures*) ou de PROM'S (*Patient Reported Outcomes Measures*).

La HAS prévoit ainsi :

- d'étendre son dispositif e-Satis
 - à la mesure de l'expérience et la satisfaction des patients en service de soins de suite et de réadaptation,
 - à la mesure de l'expérience et la satisfaction des patients en hospitalisation à domicile ;
- de s'intéresser, en partenariat avec l'Institut national du cancer, aux résultats cliniques rapportés par les femmes atteintes d'un cancer du sein ;
- de mettre à disposition des professionnels un questionnaire validé de mesure de l'expérience patient lors d'un épisode de soins³ ;
- de déployer de manière conséquente les patients traceurs⁴ et de développer la culture de la mesure auprès des patients dans les établissements de santé lors des visites de certification.

³ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

⁴ La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Le renforcement de la mesure de la qualité auprès des patients s'inscrit dans la volonté de faire de l'engagement des usagers une priorité (voir le projet stratégique HAS 2019-2022⁵). Convaincue en effet qu'il n'y a pas d'optimisation possible de la qualité et de la sécurité sans participation active des personnes directement concernées, la HAS prévoit de les renforcer dans leur capacité à en être eux-mêmes les acteurs.

À titre d'exemple, elle poursuit le renforcement de l'implication du patient dans la sécurité des soins par le déploiement du programme PACTE⁶ (programme d'amélioration continue du travail en équipe). Elle prévoit également de renforcer sa politique d'information des usagers. Au plan institutionnel, la HAS publiera dans les jours qui viennent un appel à candidatures pour constituer un Conseil pour l'engagement des usagers qui agira comme un groupe d'appui et de ressources permanent pour éclairer et développer la politique de la HAS dans ce champ.

Orchestrer l'articulation des différentes actions pour la qualité des soins : recommandations, indicateurs et certification des établissements de santé

Les IQSS et le dispositif de certification permettent de mesurer et d'inciter au respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles. Pour faire progresser les résultats insatisfaisants, la HAS développe pour les équipes des outils (check-list au bloc opératoire, guide pour prévenir la dépendance iatrogène chez les personnes âgées hospitalisées...) mais aussi des démarches clés en main, comme le programme d'amélioration continue du travail en équipe ou la démarche de conciliation des traitements médicamenteux par exemple.

En vue d'optimiser l'efficacité de sa politique d'amélioration de la qualité, la HAS entend resserrer encore les liens entre les recommandations, les IQSS et le dispositif de certification des établissements de santé.

Ainsi la prochaine version de la certification, en cours de développement, prendra mieux appui sur les recommandations et intégrera plus systématiquement les résultats des indicateurs.

Par ailleurs, depuis presque 20 ans, le dispositif de certification a permis de pousser à la mise en place des démarches et organisations nécessaires pour garantir qualité et sécurité des soins. La future certification aura pour objectif de capitaliser sur ces acquis tout en s'assurant désormais plus précisément que le patient a effectivement bénéficié de soins de qualité en toute sécurité. C'est notamment l'objectif du renforcement substantiel des patients traceurs évoqué plus haut.

Les IQSS eux aussi s'intéresseront de plus en plus aux résultats et moins aux processus. En complément de l'extension de la mesure de l'expérience et de la satisfaction du patient, des indicateurs de résultats calculés à partir des bases médico-administratives seront prochainement disponibles, comme ceux qui mesureront les infections du site opératoire après une intervention chirurgicale en orthopédie, la mortalité spécifique 30 jours après un infarctus du myocarde ou encore les ré-hospitalisations entre J+1 et J+3 d'une chirurgie ambulatoire. D'autres travaux débutent comme par exemple la mesure de l'échec de la récupération des complications (« failure to rescue »), ou sur les ré-hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique en partenariat avec l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et la DGOS (Direction générale de l'offre de soins).

En rendant des résultats d'évaluations au plus près des pratiques et situations cliniques rencontrées, et en les mobilisant de manière coordonnée avec la certification, l'objectif est de permettre aux équipes hospitalières de trouver du sens aux démarches d'amélioration des pratiques portées par la HAS.

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2885911/fr/la-haute-autorite-de-sante-annonce-les-priorites-de-son-projet-strategique-2019-2024

⁶ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

Etendre la mesure de la qualité au-delà des établissements de santé en s'intéressant à l'ensemble du parcours du patient

Les plus de 50 IQSS pilotés à ce jour par la HAS mesurent la qualité des soins au sein des établissements de santé. Le prochain enjeu pour la HAS est d'utiliser son expertise pour concevoir des indicateurs évaluant la qualité du parcours des personnes atteintes d'une pathologie, et ce quels que soient les lieux de soins et de vie (ville, hôpital, domicile, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ...) et compte tenu des attentes et des besoins des patients.

Ces travaux s'inscrivent dans le cadre du chantier qualité et pertinence de la stratégie de transformation du système de santé (Ma Santé 2022) ; chantier que la HAS pilote avec l'Assurance maladie et en partenariat avec France Assos Santé.

Les travaux ont débuté, en partenariat avec l'Assurance maladie, la DREES et l'ATIH. Ils sont menés selon la méthodologie HAS, avec des groupes de travail composés d'experts représentant les patients et l'ensemble des professions concernées par la prise en charge de cette pathologie. Ces travaux sont ambitieux à plusieurs égards :

- il s'agit d'abord de disposer de recommandations cliniques et organisationnelles qui couvrent l'ensemble des étapes du parcours d'une personne atteinte de chacune des pathologies ;
- il s'agit ensuite de définir des indicateurs à la fois pertinents (c'est-à-dire ayant du sens pour les professionnels et pour les patients et associés à des enjeux d'amélioration des pratiques) et mesurables, en privilégiant le recours aux bases de données nationales disponibles ou la mesure directement auprès des patients ;
- il s'agit enfin de concevoir des indicateurs qui permettent un retour suffisamment détaillé aux équipes professionnelles pour identifier les améliorations à mettre en œuvre, une information des usagers pour les aider à s'orienter dans le système de santé et une évaluation à l'échelon du bassin de vie à des fins de régulation.

Une fois les indicateurs définis par la HAS, se posera la question de l'industrialisation de leur mesure et de leur restitution. Elle relève d'une organisation nationale qui pourra bénéficier des avancées attendues du Health Data Hub dans l'analyse du Système national des données de santé (SNDS).

Le travail de définition des indicateurs a démarré avec la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), pathologie pilote pour laquelle existent déjà des recommandations de bonne pratique et un guide parcours. Suivront en 2019 d'autres pathologies à fort enjeu de santé publique comme l'obésité, l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance coronaire stable, l'accident vasculaire cérébral....

Fiche 6 : Scope Santé évolue !

Créé en 2013, Scope Santé est le site de la HAS où chacun, professionnel de santé, patient, association, peut consulter les résultats de la qualité et sécurité des soins de l'ensemble des établissements de santé publics et privés de France. Ainsi, ce sont les informations concernant 2 200 établissements (et plus de 4 000 sites géographiques) qui y sont présentées, l'internaute pouvant comparer les données qualité de plusieurs établissements autour de chez lui sur les activités médicales et les critères qui l'intéressent.

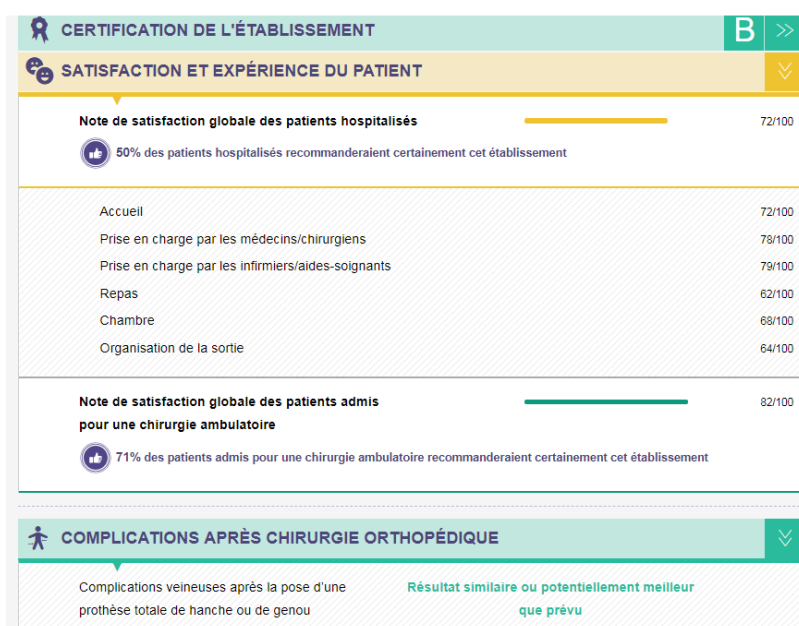
Scope Santé restitue un ensemble de données sur la certification des établissements, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'activité de ces établissements. Les scores affichés sont contextualisés, c'est-à-dire qu'ils sont comparés au score national ou régional.

Retrouvez dès aujourd'hui les résultats 2018 actualisés sur www.scopesante.fr

Le site Scope Santé évolue cette année encore afin d'améliorer la lisibilité, la clarté et l'appropriation des résultats par les usagers.

Les nouveautés portent principalement sur la satisfaction et l'expérience du patient avec la première publication des résultats pour les patients admis en chirurgie ambulatoire. Est également mis en avant le taux de patients qui recommanderaient cet établissement à un proche dans la même situation⁷.

A cela s'ajoute l'affichage d'un premier indicateur de résultat sur les complications post-chirurgicales qui regarde la survenue d'un type de complication après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou. Cette intervention est une des plus fréquentes avec plus de 500 000 opérations chaque année. La complication concernée est l'événement thromboembolique, apparition d'un caillot dans le sang qui peut provoquer une phlébite et dans de rares cas une embolie pulmonaire.



⁷ Pourcentage de patients ayant répondu « oui, certainement » à la question « recommanderiez-vous cet établissement à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être admis pour une chirurgie ambulatoire pour la même raison que vous ? »

Les indicateurs de qualité et sécurité des soins pilotés par la HAS

Qu'est-ce que c'est ?

Un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est un outil qui permet d'évaluer de manière fiable la qualité et la sécurité des soins et ses variations dans le temps et dans l'espace. Il mesure un état de santé, une pratique ou la survenue d'un événement.

En lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), et avec l'appui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Haute Autorité de Santé (HAS) pilote un dispositif national de mesure de plus de 50 IQSS dans l'ensemble des établissements de santé français, publics comme privés.

À quoi servent les IQSS ?

Les IQSS sont des outils de mesure de la qualité et de la sécurité des soins. Ils ont trois objectifs principaux :

- Permettre aux **professionnels** travaillant en établissements de santé d'améliorer leurs pratiques.
- Informer les **usagers** sur la qualité de l'offre de soins dans les hôpitaux et les cliniques. Les résultats des IQSS sont ainsi diffusés aux établissements de santé, mis en ligne sur le site www.scopesante.fr et mis à disposition en open data sur www.data.gouv.fr.
- Participer au pilotage des **politiques de santé** et à la régulation par la qualité : les IQSS sont utilisés dans le dispositif de certification des établissements de santé piloté par la HAS. Ils font partie des outils de dialogue avec les ARS – agences régionales de santé (tableaux de bord de pilotage, CPOM - contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). Ils sont utilisés dans le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Les IQSS peuvent aussi être mobilisés dans les plans de santé publique

Que mesurent les IQSS ?

On distingue trois catégories d'IQSS en fonction de ce qu'ils mesurent :

- Les **indicateurs de structure** mesurent les moyens mis en œuvre durant le processus de soin (ressources humaines, matérielles et financières).
À titre d'exemple, l'indicateur nommé ICATB mesure l'organisation mise en place dans les établissements de santé pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.
- Les indicateurs de processus évaluent la façon dont les recommandations de pratiques cliniques ou organisationnelles sont mises en œuvre par les professionnels.
La très grande majorité des IQSS actuellement mesurés par la HAS sont des indicateurs de processus. Ils concernent par exemple la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, l'évaluation de la douleur, la coordination avec la ville à la sortie de l'hospitalisation, la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral, la prise en charge préopératoire pour la chirurgie de l'obésité...
- Les **indicateurs de résultat** mesurent l'efficacité (bénéfice clinique pour le patient), la sécurité (les événements indésirables associés aux soins pour le patient) et la satisfaction du patient (évaluation du service rendu par le patient).

En 2018, la HAS a mesuré et publié plusieurs indicateurs de résultats : la satisfaction et l'expérience des patients à la suite d'une hospitalisation de plus de 48h en médecine-chirurgie-obstétrique (e-Satis MCO +48h), la satisfaction et l'expérience des patients à la suite d'une chirurgie ambulatoire (e-Satis CA), et les événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche ou de genou (ETE-ORTHO).

D'autres indicateurs de résultat sont en développement tels que la satisfaction et l'expérience des patients en soins de suite et de réadaptation, la satisfaction et l'expérience des patients en hospitalisation à domicile, les infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche ou de genou, les réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire ou la mortalité post-infarctus du myocarde à 30 jours.

Suite à l'élargissement, en avril 2018, de son champ d'action aux secteurs social et médico-social, la HAS prépare aussi la mesure de la satisfaction des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi qu'en établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap, enfants et adultes.

Comment sont mesurés les IQSS ?

Les IQSS peuvent être mesurés :

- grâce à des questionnaires auprès des patients ; c'est le cas pour e-Satis MCO+48h et e-Satis CA mesurés en continu auprès des patients après leur hospitalisation ;
- grâce à des questionnaires auprès des établissements ; c'est le cas pour les indicateurs sur les infections associées aux soins ;
- par analyse des dossiers patients ; c'est le cas de la très grande majorité des IQSS ;
- par analyse de données issues de bases de données médico-administratives nationales comme le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) pour ETE-ORTHO par exemple ou le SNDS (système national des données de santé) pour la mortalité post-infarctus du myocarde à 30 jours par exemple.

Le dispositif de mesure est réalisé en collaboration étroite avec l'ATIH, pour son expertise méthodologique sur le PMSI, la production statistique des indicateurs de résultat et les plateformes de recueil et de restitution des résultats aux établissements de santé.

Comment sont construits les IQSS ?

Les indicateurs sont tous fondés sur des textes réglementaires, des recommandations de pratiques professionnelles françaises ou internationales ou encore des consensus professionnels.

S'appuyant sur le savoir-faire de la HAS et sur une méthodologie validée, la conception et la validation ainsi que l'actualisation des indicateurs sont réalisés par des groupes de travail *ad hoc* regroupant les professionnels concernés et des patients, pilotés par la HAS. Ces indicateurs, pour être déployés auprès des établissements, doivent répondre aux critères suivants : ils doivent faire sens pour les cliniciens (pertinence clinique) et selon le cas pour les patients 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 de santé ou offreurs de soin, être collectés de manière simple et reproductible, et pouvoir faire l'objet d'un ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité).

Les IQSS mesurés en 2018

La HAS a mesuré 22 indicateurs en 2018, dont 1 indicateur de structure, 18 indicateurs de processus et 3 indicateurs de résultat. 12 de ces 22 indicateurs sont nouveaux.

Expérience et satisfaction du patient

Expérience et satisfaction du patient hospitalisé plus de 48h en MCO : score de satisfaction globale et ses 6 dimensions

Expérience et satisfaction du patient hospitalisé en chirurgie ambulatoire (nouveau) : score de satisfaction globale et ses 5 dimensions

La coordination

Au cours du séjour

Projet de soins-projet de vie en SSR (nouveau)

Tenue du dossier patient en HAD (nouveau)

Coordination en HAD (nouveau)

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Hôpital-ville

Qualité de la lettre de liaison en MCO

Document à la sortie en SSR (nouveau)

Trois focus de prise en charge

Dépistage des troubles nutritionnels en MCO, en SSR et en HAD

Évaluation du risque d'escarres en HAD

Évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle

La sécurité au cours d'une hospitalisation

Consommation des produits hydro-alcooliques (nouveau)

Bon usage des antibiotiques

Les complications post-opératoires (nouveau) : mesure des événements thromboemboliques après une prothèse de hanche ou de genou

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire

Évaluation de l'éligibilité à l'admission (nouveau)

Consentement du patient (nouveau)

Anticipation de la prise en charge de la douleur (nouveau)

Évaluation du patient pour la sortie de la structure (nouveau)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (nouveau)

Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3 (nouveau)

Les résultats 2018 de ces indicateurs par établissement de santé sont disponibles sur www.scopesante.fr à l'exception des 6 nouveaux indicateurs sur le parcours en chirurgie ambulatoire dont la restitution est cette année réservée aux seuls établissements de santé.

