



Rapport des résultats nationaux

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en médecine-chirurgie-obstétrique dont la chirurgie ambulatoire

Campagne 2023



14/12/2023

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Introduction

Dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, la Haute Autorité de Santé met en œuvre un recueil national d'indicateurs afin que l'ensemble des établissements de santé pilotent leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est réalisé en collaboration avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Ces indicateurs servent à améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- En mobilisant les professionnels des établissements de santé autour des résultats détaillés qui leur sont fournis.
- En utilisant d'autres leviers, comme :
 - La certification des établissements,
 - La diffusion publique des résultats par établissement pour l'information des usagers, via le site QualiScope, et l'open data,
 - L'incitation financière à l'amélioration de la qualité, pour certains indicateurs.

Pour en savoir plus sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins mesurés par la HAS : [Comprendre les indicateurs](#)



Contexte de l'année 2023

Grâce à la mobilisation des professionnels et des patients, la HAS a pu calculer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins :

- rapportés par les patients - dispositif e-Satis ;
- issus des données du dossier patient ;
- issus des données du PMSI.

5 rapports présentent ces résultats 2023 :

- En MCO dont la chirurgie ambulatoire
- En SMR
- En HAD
- En PSY
- Et spécifiquement sur les infections associées aux soins



Sommaire (1/2)

1. Secteur Médecine Chirurgie Obstétrique hors chirurgie ambulatoire
 - 1.1 Dispositif e-Satis : Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO
 - 1.2 Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO
 - 1.3 Évaluation et prise en charge de la douleur lors d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO
 - 1.4 Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral
 - Imagerie cérébrale diagnostique
 - Accès à une évaluation neuro-vasculaire
 - Prévention des pneumopathies d'inhalation
 - Accès à une prise en charge rééducative
 - Planification du suivi post AVC



Sommaire (2/2)

2. En chirurgie ambulatoire

2.1 Dispositif e-Satis : Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire

2.2 Complications postopératoires - "Réhospitalisations dans les 3 jours après une chirurgie ambulatoire" pour :

- amygdalectomies
- hémorroïdectomies
- cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës
- interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires
- interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques
- prostatectomies transurétrales

3. Conclusion & Perspectives

4. Annexes

- Comment lire les résultats nationaux e-Satis ?
- Comment lire les résultats nationaux des indicateurs issus des dossiers patients ?
- Comment lire un graphique en radar ?



⋮
○
1

Secteur Médecine Chirurgie Obstétrique, hors chirurgie ambulatoire

- 1.1 Dispositif e-Satis : Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO
- 1.2 Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO
- 1.3 Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO
- 1.4 Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral



1.1

Dispositif e-Satis

Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO



Satisfaction et expérience des patients hospitalisés (e-Satis)

Le dispositif e-Satis permet la prise en compte du point de vue du patient, via des mesures fiables à l'aide de questionnaires spécifiques.

En 2023, la mesure nationale de l'expérience et de la satisfaction, par le dispositif e-Satis, a concerné les patients hospitalisés :

- en MCO
 - plus de 48H en court séjour hospitalier (8^{ème} campagne),
 - pour une chirurgie ambulatoire (7^{ème} campagne),
- en soins médicaux et de réadaptation (4^{ème} campagne).

Tous les établissements de santé réalisant ce type de prise en charge devaient participer à cette mesure : communication auprès des patient sur la mesure, recueil et transmission en continu des e-mails de tous les patients hospitalisés.

Grâce à la mobilisation de tous (professionnels de santé des établissements et patients), en 2023, pour les 3 questionnaires spécifiques :

- plus de 5,4 millions d'e-mails ont été recueillis,
- plus de 1,2 millions de questionnaires ont été complétés par les patients.



Participation en MCO

La bonne participation des établissements de santé se poursuit

- Les établissements de santé sont engagés dans le dispositif, dans leur démarche d'évaluation en continu.
- Plus de 1,8 questionnaires envoyés → plus de 5 200 par jour.

La participation des patients est satisfaisante

- Plus de 480 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire = taux de réponse de 25,5 %.
- Les patients de toutes les catégories d'âge répondent au questionnaire, dans des proportions cohérentes avec les données d'hospitalisation issues du PMSI.
- 9 patients sur 10 débutent la saisie du questionnaire et le remplissent entièrement en 12 min en moyenne.
- Plus de 346 000 commentaires libres (positifs et/ou négatifs) ont été déposés par les patients en plus des réponses au questionnaire.



Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO

Résultats nationaux – données 2023

Lecture :
Le score de satisfaction et d'expérience est de 74,3/100 au national

74.3 / 100

Score national de satisfaction globale et d'expérience
+ 0.9 points / 2022



480 652 Questionnaires de patients complets et exploitables

+ 10 643 questionnaires / 2022

60.1 % des établissements de santé ont les meilleurs résultats

+ 11.4 points / 2022



910 établissements de santé ont participé au dispositif et sont classés

6 non répondants

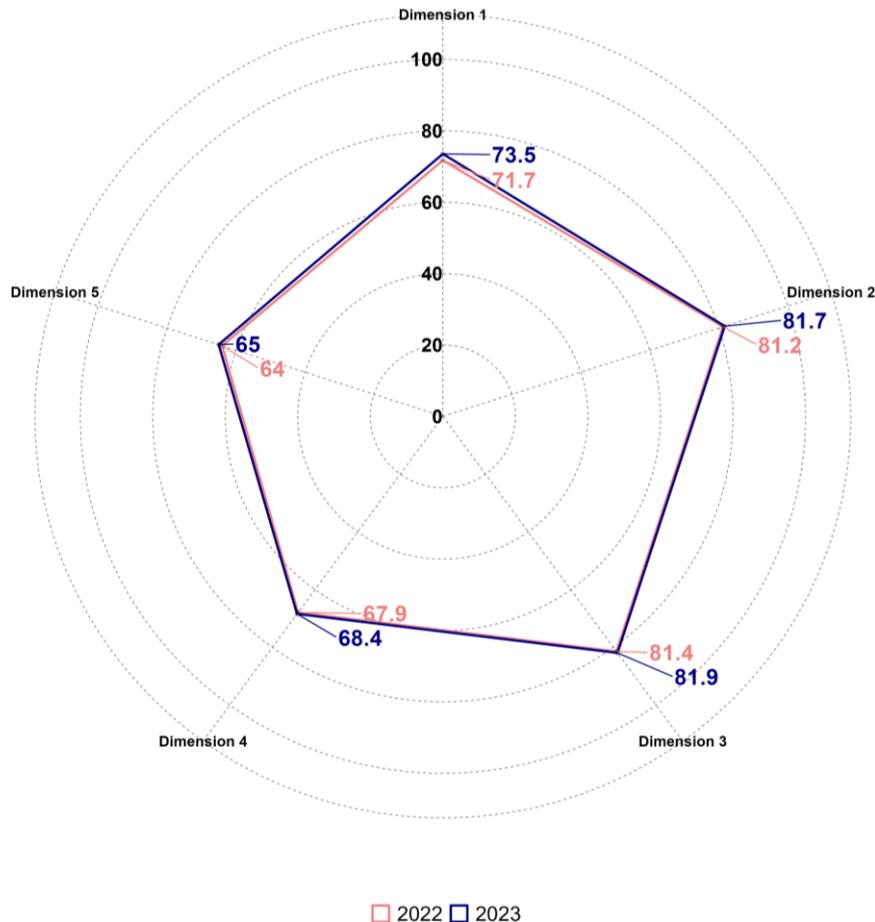
54 non validés

Explication : Questionnaire



Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO

Résultat décomposé



Dimension 1 : Accueil

Dimension 2 : Prise en charge du patient par les médecins/chirurgiens/sages-femmes

Dimension 3 : Prise en charge du patient par les infirmier(ère)s et aide-soignant(e)s

Dimension 4 : Chambre et collation

Dimension 5 : Organisation de la sortie



1.2

Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO



La coordination à la sortie : hôpital - ville

Rendue obligatoire par le décret de 2016, 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. Une lettre de liaison à la sortie de qualité contribue à une meilleure coordination avec l'aval.

Un indicateur permet de suivre cette coordination à la sortie : « qualité de la lettre de liaison à la sortie » qui évalue à la fois l'existence de cette lettre, sa remise au patient ainsi que sa composition.

Il est mesuré dans les différents secteurs : en MCO (hospitalisation conventionnelle, chirurgie ambulatoire*), en SMR et en psychiatrie pour l'hospitalisation à temps plein.

Cet indicateur a été recueilli à nouveau en 2023 pour permettre au dispositif IFAQ de disposer de mesures sur cette partie de la prise en charge.

*la mesure en chirurgie ambulatoire n'a pas été réalisée en 2023. Elle est programmée en 2024.



La qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO

L'indicateur est calculé à partir de 12 critères qualité pour juger de l'existence et la complétude de cette lettre. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Deux critères décisifs : si un de ces critères est manquant le score est à zéro pour le dossier étudié

- (1) Lettre de liaison à la sortie retrouvée ;
- (2) Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie .

Cinq critères médico-administratifs :

- (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
- (4) Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ;
- (5) Identification du patient ;
- (6) Date d'entrée et date de sortie ;
- (7) Identification du signataire de la lettre de liaison;

Cinq critères médicaux :

- (8) Motif de l'hospitalisation ;
- (9) Synthèse médicale du séjour ;
- (10) Actes techniques et examens complémentaires ;
- (11) Traitements médicamenteux de sortie ;
- (12) Planification des soins.



Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Lecture :
Le score
qualité de la
lettre de liaison
est de 59/100
au national

Score moyen national pondéré

59 / 100

+ 3.6 points / 2021

37 % des établissements de santé

ont atteint un niveau satisfaisant



1 256 établissements de santé inclus
dans le calcul de la moyenne
6 établissements de santé non répondants



85 296
dossiers analysés

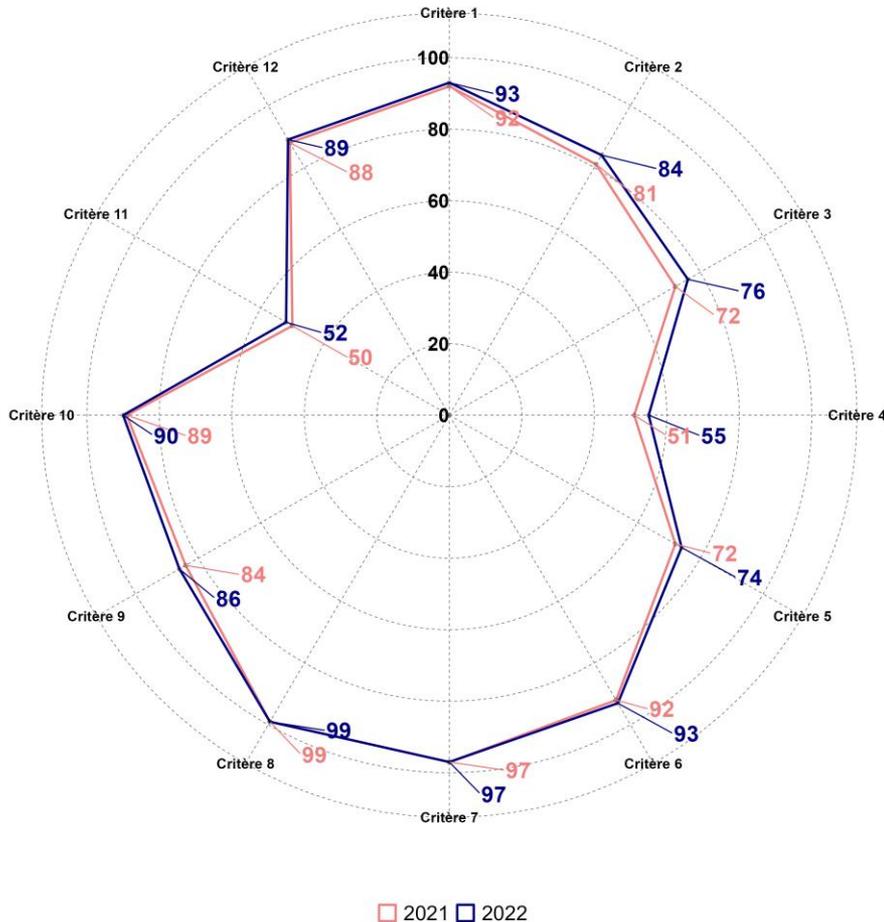
Explication : [Fiche descriptive](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO

Résultat décomposé



- Critère 1 : Lettre de liaison à la sortie retrouvée
- Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie
- Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie
- Critère 4 : Identification et envoi au médecin traitant (si applicable)
- Critère 5 : Identification du patient
- Critère 6 : Date d'entrée et date de sortie
- Critère 7 : Identification du signataire de la lettre de liaison
- Critère 8 : Motif de l'hospitalisation
- Critère 9 : Synthèse médicale du séjour
- Critère 10 : Actes techniques et examens complémentaires
- Critère 11 : Traitements médicamenteux de sortie
- Critère 12 : Planification des soins



1.3

Évaluation et prise en charge de la douleur lors d'une hospitalisation de plus de 24h en MCO



Évaluation et prise en charge de la douleur

Le soulagement de la douleur est un droit inscrit dans la loi de 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. Toute prise en charge hospitalière doit évaluer et prendre en charge la douleur des patients et améliorer leur confort de vie en hospitalisation.

Cette prise en charge de la douleur passe par son évaluation systématique avec une échelle et sa prise en charge.

La HAS s'intéresse aux mesures de la qualité dans ce domaine depuis 2008. Depuis 2018, elle suit un **indicateur concernant 1) l'évaluation de la douleur avec une échelle, prérequis à toute prise en charge, 2) et pour tous les patients ayant au moins une douleur modérée, l'existence d'une stratégie de prise en charge avec réévaluation.**

Il est mesuré en MCO, en SMR, en HAD et en psychiatrie pour l'hospitalisation temps plein.

Cet indicateur a été recueilli à nouveau en 2023 pour permettre au dispositif IFAQ de disposer de mesures sur cette partie de la prise en charge.



Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Taux de patients bénéficiant d'une évaluation de la douleur avec une échelle et, pour les patients douloureux, d'une prise en charge

Moyenne nationale pondérée

89 %
+ 0.9 points / 2021

95 % des établissements de santé ont atteint un niveau satisfaisant



1 291 établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne
6 établissements de santé non répondants



64 337
dossiers analysés

Explication : [Fiche descriptive](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



1.4

Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral aigu en MCO

- 1.4.1 Imagerie cérébrale diagnostique
- 1.4.2 Accès à une évaluation neuro-vasculaire
- 1.4.3 Prévention des pneumopathies d'inhalation
- 1.4.4 Accès à une prise en charge rééducative
- 1.4.5 Planification du suivi post AVC



Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral aigu en MCO

Les indicateurs sur la prise en charge d'un AVC aigu en MCO portent sur les pratiques et organisations suivantes :

- la qualité du diagnostic d'un AVC,
- la prévention des pneumopathies d'inhalation,
- la prise en charge sans délai et experte des AVC et des déficiences,
- la continuité des soins.

La mesure réalisée en 2023 concerne les séjours hospitaliers de 2022 :

- 1014 établissements de santé étaient concernés par cette prise en charge - 420 en recueil obligatoire ;
- près de 22 000 séjours d'AVC aigu ont été analysés.

La mesure réalisée en 2021 sur les données 2019 n'était pas obligatoire : aucune évolution nationale est calculable.

Indicateurs mesurés

- Imagerie cérébrale diagnostique
- Accès à une évaluation neuro-vasculaire
- Prévention des pneumopathies d'inhalation
- Accès à une prise en charge rééducative
- Planification du suivi post AVC



1.4.1

Imagerie cérébrale diagnostique



Imagerie cérébrale diagnostique

L'imagerie cérébrale est indispensable pour confirmer ou écarter le diagnostic d'AVC aigu et pour en déterminer la cause et sa sévérité. Des protocoles d'accès prioritaires 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à une imagerie cérébrale (IRM ou scanner) doivent être formalisés avec les services de radiologie. Le diagnostic radiologique d'AVC doit être tracé dans le dossier avec la date et l'heure de l'imagerie cérébrale, même si celle-ci a été réalisée dans un autre établissement ou par téléexpertise.

L'indicateur mesure le taux de séjours répondant aux exigences suivantes (i) trace d'une imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu, prescrite et réalisée par l'établissement audité, et (ii) la date et l'heure de réalisation de cet examen renseignées.



Imagerie cérébrale diagnostique en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Taux de séjours dont le dossier avec l'imagerie cérébrale horodatée confirmant le diagnostic d'AVC.

Moyenne nationale pondérée

92%

Pas de comparaison / 2019

86% des établissements de santé ont atteint un niveau satisfaisant



438 établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne
4 établissements de santé non répondants



17 698 dossiers analysés

Explication : [Fiches descriptives](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



1.4.2

Accès à une expertise neuro-vasculaire



Accès à une expertise neuro-vasculaire

Cet indicateur s'applique aux séjours de patients en provenance du domicile avec un diagnostic d'infarctus cérébral ou d'hémorragie intracérébrale (Sont exclues les hémorragies intracrâniennes et les hémorragies méningées).

Les infarctus cérébraux et les hémorragies intracérébrales doivent avoir un accès prioritaire à un médecin neurovasculaire. Cette expertise détermine les choix thérapeutiques et le pronostic de ces AVC.

Pour les patients qui ne sont pas admis dans les services neurovasculaires (unité de soins intensifs ou pas), l'accès à un médecin neurovasculaire peut avoir lieu en distanciel. Les séjours sans avis d'un médecin neurovasculaire doivent être documentés.

L'indicateur mesure le taux de séjours où le dossier contient la trace (i) d'une prise en charge en unité neurovasculaire ou soins intensifs neurovasculaires OU (ii) les conclusions d'un médecin neurovasculaire horodatées pour les patients pris en charge en dehors de services précités.



Accès à une évaluation neuro-vasculaire en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Taux de dossiers de patients avec une expertise neuro-vasculaire tracée

Moyenne nationale pondérée

86 %

Pas de comparaison / 2019

63 %

des établissements de santé ont atteint un niveau satisfaisant



435 établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne

4 établissements de santé non répondants



17 242

dossiers analysés

Explication : [Fiches descriptives](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



1.4.3

Prévention des pneumopathies d'inhalation en MCO



Prévention des pneumopathies d'inhalation en MCO

Cet indicateur concerne tous les dossiers.

Les troubles de la déglutition sont fréquents dans les suites immédiates d'un AVC aigu. Ils sont responsables de pneumopathies d'inhalation, complication redoutée majorant le risque de décès et de morbidité. La recherche et la prise en charge des troubles de la déglutition doivent faire l'objet d'un protocole et s'appliquer y compris lors des prises en charge en urgence.

La prévention des pneumopathies d'inhalation, complication majeure des AVC aigus, doit être mise en œuvre en autorisant ou pas d'une alimentation per os, en décrivant le fonctionnement de la déglutition et en prenant les mesures adaptées en cas de troubles de la déglutition.

L'indicateur mesure le taux de séjours dont le dossier répond aux exigences suivantes : (i) trace d'une prescription autorisant ou pas une alimentation per os dans un délai de 24 heures après la prise en charge du patient; (ii) et description du fonctionnement normal ou anormal de la déglutition et (iii) en cas de troubles de la déglutition au cours du séjour, trace des mesures de prévention.



Prévention des pneumopathies d'inhalation en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Taux de dossiers pour lesquels la prévention des pneumopathies d'inhalation et la prise en charge des troubles de la déglutition avérés sont tracés

Moyenne nationale pondérée

29 %

Pas de comparaison / 2019

8 %

des établissements de santé ont atteint un niveau satisfaisant



464 établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne
4 établissements de santé non répondants



19 060 dossiers analysés

Explication : [Fiches descriptives](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



1.4.4

Accès à une prise en charge rééducative en MCO



Accès à une prise en charge rééducative en MCO

Cet indicateur concerne tous les dossiers patients.

Les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. En identifiant les besoins d'une rééducation passive et ou active, cette prise en charge rééducative immédiate évalue le pronostic de récupération fonctionnelle et les besoins d'une orientation vers un SMR polyvalent ou spécialisé en neurologie ou gériatrie. Les motifs à l'absence de prise en charge rééducative à la phase initiale d'un AVC aigu doivent être documentés.

L'indicateur mesure le taux de séjours où le dossier répond aux exigences suivantes : (i) trace dans le dossier du patient d'une prise en charge rééducative ou (ii) une des justifications suivantes : (a) absence de déficiences ou (b) durée de séjour en MCO de 3 jours ou moins ou (c) transfert dans un autre établissement avec une prescription de rééducation.



Accès à une prise en charge rééducative en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Taux de séjours traçant une prise en charge rééducative, ou une justification en cas d'absence.

Moyenne nationale pondérée

87%

Pas de comparaison / 2019

80%

des établissements de santé ont atteint un niveau satisfaisant



464 établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne
4 établissements de santé non répondants



19 060 dossiers analysés

Explication : [Fiches descriptives](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



1.4.5

Planification d'un suivi post AVC en MCO



Planification d'un suivi post AVC en MCO

Cet indicateur concerne tous les patients de retour à domicile après un AVC aigu.

Deux tiers des patients victimes d'AVC sont suivis en ville en sortie d'un établissement MCO. La planification du suivi post AVC est essentielle pour assurer la continuité et la sécurité des soins ainsi qu'une autonomie optimale des patients de retour à son domicile. A la fin du séjour en établissement MCO, le niveau d'autonomie du patient et les mesures d'accompagnement des déficiences résiduelles doivent être décrites, tracées dans le dossier du patient et transmises au médecin traitant. Une consultation post-AVC répondant aux objectifs et modalités de la circulaire du 5 août 2015 doit être programmée dans les 6 mois. Cette consultation pluriprofessionnelle évalue les conséquences fonctionnelles, cognitives, psychiques familiales et sociales du handicap neurologique et le cas échéant ajuste le plan de soins de rééducation et de réadaptation.

L'indicateur mesure le taux de séjour où le dossier répond aux exigences suivantes : (i) Des mesures d'accompagnement des déficiences en cas de séquelles, et (ii) un score d'autonomie à la sortie, et (iii) un rendez-vous de consultation post AVC programmée dans les 6 mois après la sortie de MCO.



Planification du suivi post-AVC en MCO

Résultats nationaux - données 2022

Taux de dossiers de patients sortant à domicile, avec un score d'autonomie à la sortie, des mesures de prise en charge en cas de déficiences et le rendez-vous de consultation post AVC programmé dans les 6 mois.

Moyenne nationale pondérée

33 %

Pas de comparaison / 2019

7 %

des établissements de santé ont atteint un niveau satisfaisant



395 établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne
4 établissements de santé non répondants



14 430 dossiers analysés

Explication : [Fiches descriptives](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



2

En chirurgie ambulatoire

- 2.1 Dispositif e-Satis : Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire
- 2.2 Complications postopératoires : Réhospitalisations dans les 3 jours après une chirurgie ambulatoire pour 6 actes



2.1

Dispositif e-Satis

Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire



Participation en chirurgie ambulatoire

La bonne participation des établissements de santé se poursuit

- Les établissements de santé sont engagés dans le dispositif, dans leur démarche d'évaluation en continu.
- Plus de 3,3 millions de questionnaires envoyés → plus de 9 100 par jour.

La participation des patients est satisfaisante

- Plus de 678 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire = taux de réponse de 21,1 %.
- Les patients de toutes les catégories d'âge répondent au questionnaire, dans des proportions cohérentes avec les données d'hospitalisation issues du PMSI.
- 9 patients sur 10 débutent la saisie du questionnaire et le remplissent entièrement en moyenne en 10,4 min.
- Plus de 442 000 commentaires libres (positifs et/ou négatifs) ont été déposés par les patients en plus des réponses au questionnaire.



Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire

Résultats nationaux – données 2023

78.9/100

Score national de satisfaction globale et d'expérience
+ 0.9 points / 2022



678 671 Questionnaires de patients complets et exploitables

+ 63 156 questionnaires / 2022

84.9 % des établissements de santé ont les meilleurs résultats

+ 7.9 points / 2022



861 établissements de santé ont participé au dispositif et sont classés

7 non répondants

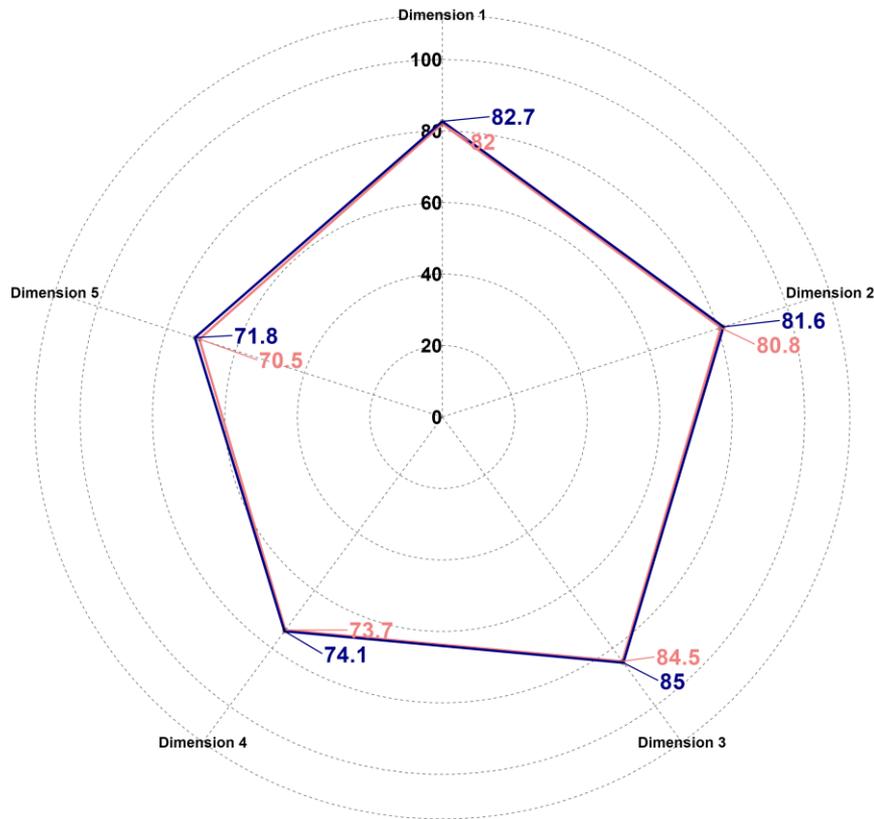
22 non validés

Explication : Questionnaire



Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire

Résultat décomposé



- Dimension 1 : Organisation avant hospitalisation
- Dimension 2 : Accueil du patient
- Dimension 3 : Prise en charge médicale et paramédicale du patient du patient
- Dimension 4 : Chambre et collation
- Dimension 5 : Organisation de la sortie et retour au domicile

□ 2022 □ 2023



2.2

Complications postopératoires: Réhospitalisation à 3 jours après une chirurgie ambulatoire pour 6 interventions ciblées



Réhospitalisation à 3 jours après une chirurgie ambulatoire

La mesure des réhospitalisations entre 1 et 3 jours après une intervention réalisée en chirurgie ambulatoire présente un intérêt pour les professionnels de santé car elle permet de surveiller ce qui se passe immédiatement après la sortie.

- Les causes des réhospitalisations non programmées à 3 jours sont communes à toute chirurgie : douleur, hémorragie-hématome, nausées, vomissements et/ou céphalées, infection, rétention urinaire. Ces complications précoces liées à un défaut de qualité peuvent être réduites par la mise en place d'actions d'amélioration.
- Les réhospitalisations à 3 jours sont potentiellement dues à des complications en lien avec les pratiques cliniques et organisationnelles : éligibilité, autorisation de sortie, lettre de liaison à la sortie, contact J+1J+3. Elles sont à suivre pour que le gain en nombre de jours ne se fasse pas aux dépens de la sécurité du patient.

Des indicateurs de résultats ciblant 6 interventions sont calculés à partir du PMSI :

- Il s'agit de ratios standardisés du nombre observé sur attendu d'évènements. Ils permettent la comparaison des établissements de santé à une référence.
- Ils permettent l'identification (avec un risque d'erreur statistique de seulement 0.2%) des établissements ayant des **résultats moins bons que prévus**, c'est-à-dire ceux qui ont plus de cas observés que ce qui est attendu.



Explication: résultat moins bon que prévu

- Le nombre observé de réhospitalisations correspond à celles codées dans le PMSI sur une année N.
- Le nombre attendu de réhospitalisations est le nombre de réhospitalisations qui surviendraient au regard des caractéristiques des patients opérés pour l'intervention.
- Un établissement qui a un résultat moins bon prévu est un établissement pour lequel le nombre de réhospitalisations codées est significativement supérieur (risque d'erreur à 0,2%) au nombre attendu.

Un résultat moins bon que prévu traduit un problème de qualité de prise en charge



Réhospitalisation après une chirurgie ambulatoire pour 6 interventions ciblées

Résultats nationaux - données 2022

	Nombre			Pourcentage
	de séjours cibles	d'établissements évalués	d'établissements ayant des résultats moins bons que prévus*	d'établissements ayant des résultats moins bons que prévus
interventions sur les amygdales 03C27	25 046	337	12	3,6% (1,6 % - données 2021)
hémorroïdectomies 06C19	25 456	483	7	1,4% (1,1 % - données 2021)
cholécystectomies en ambulatoire 07C14	50 038	670	4	0,6% (0,7 % - données 2021)
interventions pour lithiases urinaires 11C11	55 760	534	3	0,6% (1 % - données 2021)
interventions pour affections non lithiasiques 11C13	30 481	509	5	1% (0,2 % - données 2021)
prostatectomies transurétrales 12C04	3 802	85	2	2,4% (0 % - données 2021)

* avec un risque d'erreur statistique à 0.2%

[Pour en savoir plus](#)



3

Conclusion et Perspectives



Pour plus de résultats

La HAS a présenté de manière succincte dans ce rapport l'ensemble des résultats nationaux des mesures faites en MCO, hors mesures liées aux infections associées aux soins (cf. rapport dédié).

Elle publiera dans les mois à venir des rapports plus détaillés sur la satisfaction et l'expérience du patient hospitalisé, la prise en charge de l'AVC, et les réhospitalisations après chirurgie ambulatoire afin de compléter l'état des lieux sur ces sujets.

La HAS remercie les patients qui ont pris le temps d'évaluer leur prise en charge et tous les professionnels de santé qui ont poursuivi leur démarche d'amélioration de la qualité à partir d'indicateurs et permis de dresser un bilan de la qualité des soins dans les établissements de santé français.



Travaux en cours dans le secteur MCO - 1

Dispositif e-Satis : L'analyse conjointe par les établissements de leurs résultats chiffrés et des commentaires de leur patient permet d'aller plus loin pour améliorer l'environnement de soins.

→ Afin d'aider l'ensemble des établissements dans l'analyse des commentaires de leurs patients issus d'e-Satis, la HAS développe un outil pour tous les établissements de santé, attendu pour fin 2024.

Pour minimiser le recueil ad-hoc d'information et ainsi libérer du temps pour les soignants, la HAS poursuit ses travaux de développement des IQSS à partir des bases de données existantes tout en garantissant une mesure fiable en :

- explorant l'utilisation des entrepôts de données hospitaliers,
- poursuivant le développement d'IQSS à partir du PMSI et du SNDS :
 - mesure de la mortalité à 30 jours post-infarctus du myocarde,
 - mesure de la récupération de 5 complications post-opératoires,
 - mesure des hémorragies du post-partum.



Travaux en cours dans le secteur MCO - 2

Les travaux sur l'expérience du patient vont se poursuivre :

- sur l'hygiène des mains,
- en maternité.

En 2024, la thématique des urgences intégrera le programme de travail pour des mesures restant à définir à partir de l'expérience du patient et des bases médico-administratives.



⋮
○
4

Annexes

Comment lire les résultats

- Comment lire les résultats nationaux e-Satis ?
- Comment lire les résultats nationaux des indicateurs issus des dossiers patients ?
- Comment lire un graphique en radar ?



Comment lire les résultats nationaux e-Satis ?

L'indicateur est un score sur 100 calculé à partir de plusieurs dimensions.

N/100

Score national de satisfaction globale et d'expérience



N Questionnaires de patients complets et exploitables

Nombre total de questionnaires analysés

Les établissements ont atteint un niveau satisfaisant ou ont les meilleurs résultats. Ce sont ceux classés A ou B pour l'indicateur.

N %

des établissements de santé ont les meilleurs résultats



N établissements de santé ont participé au dispositif et sont classés

Nombre d'établissements pour lequel l'indicateur est calculé.

Liens vers plus de détails

Explication : Questionnaire



Comment lire les résultats nationaux issus des dossiers patients ?

L'indicateur est

- un score sur 100 calculé à partir de plusieurs critères ou dimensions,
- ou un taux (%)

Les établissements ont atteint un niveau satisfaisant ou ont les meilleurs résultats. Ce sont ceux classés A ou B pour l'indicateur

Score moyen national pondéré

N/100

N % des établissements ont atteint un niveau satisfaisant

 **N** établissements de santé inclus dans le calcul de la moyenne

 **N** dossiers analysés

Nombre d'établissements pour lequel l'indicateur est calculé

Liens vers plus de détails

Nombre total de dossiers ou de questionnaires analysés

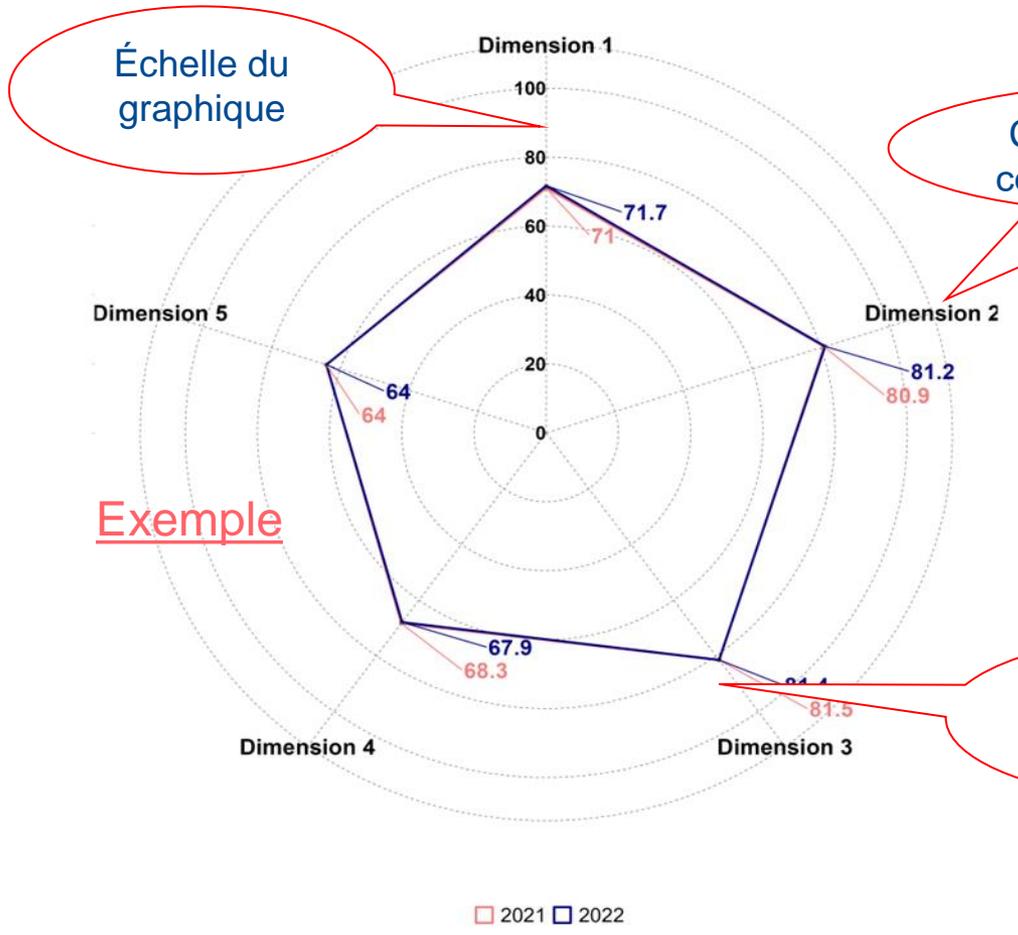
Explication : [Fiche descriptive](#)

Pour aller plus loin : [Résultats comparatifs](#)



Comment lire un graphique en radar ?

Pour chaque indicateur correspondant à un score, un graphique en radar présente le résultat des éléments (critères ou dimensions) entrant dans le calcul du score.



Échelle du graphique

Critère ou dimension composant l'indicateur

Valeur du critère ou de la dimension

- Retour aux résultats
- [e-Satis MCO](#)
- [e-Satis MCO CA](#)
- [Qualité de la lettre de liaison à la sortie](#)

- Dimension 1 : Accueil du patient
- Dimension 2 : Prise en charge médicale du patient
- Dimension 3 : Prise en charge paramédicale du patient
- Dimension 4 : Chambre et repas
- Dimension 5 : Organisation de la sortie

Exemple

2021 2022



- Pour en savoir plus : [Mieux connaître les indicateurs](#)
- Contact : contact.igss@has-sante.fr

Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

