

# **La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?**

Zeynep Or (Irdes)  
Laure Com-Ruelle (Irdes)

**DT n° 18**

**Décembre 2008**

## La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?

Zeynep Or<sup>1,2</sup>, Laure Com-Ruelle<sup>2</sup>

### Résumé

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

**Mots-clés** : Qualité, comparaison internationale, système

**Classification JEL** : I11 ; I18

---

<sup>1</sup> Auteur correspondant : Zeynep Or, IRDES, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris, France: [or@irdes.fr](mailto:or@irdes.fr)

<sup>2</sup> IRDES.

## 1. Introduction

Une étude récente réalisée auprès des établissements hospitaliers montre que la plupart des professionnels de santé n'ont pas d'idée précise sur la signification de la « qualité » [1]. Par ailleurs, d'après le Baromètre santé 2006, malgré une confiance très forte des Français en leur système de soins (86 % ont le sentiment qu'il est meilleur en France que dans d'autres pays), deux tiers d'entre eux pensent que la qualité des soins en France se détériore. Mais de quelles informations les patients disposent-ils en réalité pour juger de la qualité des soins qui leur sont administrés ?

Plusieurs rapports ont mis en évidence le besoin d'information des personnes qui cherchent à s'orienter dans le système de soins. Malgré de nombreuses initiatives, les patients ne disposent pas toujours d'informations claires, lisibles et comparatives en matière de qualité des soins. Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie souligne que "l'inégalité dans l'information (...) constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins". Pourtant, des outils existent dans d'autres pays, notamment de culture anglo-saxonne, où ils font la preuve de leur utilité.

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Même si selon l'OMS, la France dispose du meilleur système de santé au monde, elle est en retard sur l'étude de la qualité de soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins, les données demeurent partielles, parfois contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité des soins et de développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France avec celle d'autres pays développés, il vise également à identifier et à illustrer les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

Nous présentons tout d'abord (Section 2) une définition de la qualité qui permet de l'évaluer de manière comparable. La section 3 introduit le cadre d'analyse employé dans ce papier, qui est développé par l'Institut de la médecine aux Etats-Unis. Les dimensions couvertes sont : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Un ensemble des données, provenant de sources très variées, sur la qualité des soins en France sont présentées dans la section 4, avec ce cadre d'analyse commun et reconnu largement au niveau international. Dans la mesure du possible, des comparaisons sont faites avec la situation dans d'autres pays d'OCDE.

## 2. Qu'est-ce que la qualité ? Pourquoi la mesurer ?

Faut-il vraiment s'inquiéter pour la qualité de soins en France ? Quels sont les faiblesses et/ou les points forts du système français par rapport aux autres systèmes de santé européens ?

Pour répondre à ces questions, il faut d'abord définir de manière claire et mesurable ce qu'est la qualité. La capacité à définir la qualité des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années grâce aux travaux internationaux. Il existe en effet de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse en termes clairs.

Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [2]. L'OMS [3] définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ».

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [4]. Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents. Les concepts utilisés dans cette définition méritent quelques explications. Le terme « services de santé » se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé, y compris les maladies mentales. En outre, la définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, infirmières, paramédicaux...) et d'établissements (hôpital, maison de repos, domicile). L'inclusion dans la définition à la fois des « individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées. D'une part, il s'agit d'améliorer la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, d'autre part, l'attention doit être prêtée à la qualité du soin à travers le système entier. La définition souligne que les soins de bonne qualité augmentent la « probabilité » de résultats souhaités : cette notion de probabilité est importante car un soin de qualité ne peut pas toujours produire le résultat souhaité, elle reconnaît qu'il y a toujours en santé un aspect indéfini. On s'attend toutefois à ce que les services fournis apportent plus de bien que de mal. Se concentrer sur les résultats exige des cliniciens de fournir des soins pertinents (compétence technique) en tenant compte des préférences et des valeurs de leurs patients. Dans la pratique « trop de soins » peut correspondre à une mauvaise qualité. Les « connaissances professionnelles du moment » impliquent que les professionnels de santé se tiennent à la hauteur d'une bonne formation médicale et qu'ils doivent employer leurs connaissances convenablement.

### 3. Comment mesurer la qualité ?

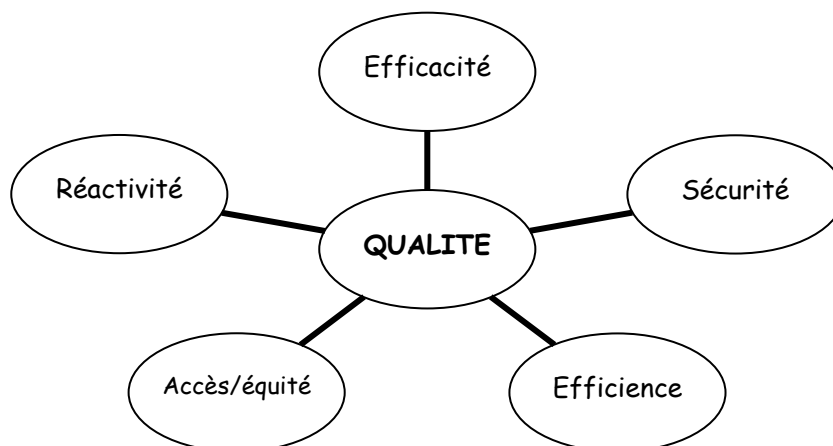
Selon la définition adoptée, l'analyse de la qualité et les stratégies d'amélioration sont plus ou moins restreintes. Par exemple, la définition de l'IOM est plus limitée que celle de Donabedian qui vise à maximiser « le bien-être des patients », mais plus large en termes d'approche puisqu'elle intègre la promotion de la santé et la prévention, pour les individus et la population, en plus des soins curatifs destinés aux patients. Par ailleurs, notons que la définition de l'OMS, comme la plupart des cadres nationaux, introduit la notion d'efficacité (« ... au meilleur coût pour le même résultat ... ») dans la définition de la qualité tandis que l'IOM défend l'idée selon laquelle la préoccupation des ressources disponibles ne doit pas intervenir dans la définition de la qualité.

En effet, la définition de la qualité des soins a évolué au cours de deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle. La plupart des gouvernements des pays occidentaux ont investi dans des agences spécifiques pour développer des visions et des stratégies de qualité des soins selon les priorités et les possibilités nationales. Des cadres conceptuels exprimant explicitement les valeurs de qualité et les dimensions prioritaires sont développés aux niveaux national et international afin de mettre en place et de suivre des politiques complètes et cohérentes.

#### *Dimensions principales de la qualité des soins*

Les principales dimensions élaborées dans ces cadres peuvent être regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficacité. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité (timeliness), l'aptitude (patient centeredness), la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc. Les travaux de l'OCDE sur les indicateurs de qualité permettent de faire un état de lieux des informations et des indicateurs disponibles dans un grand nombre de pays (cf. Health care quality indicators project [5]).

**Figure 1. Dimensions de la qualité**



### *Champs d'investigation*

Outre les différentes dimensions de la qualité des soins, son appréciation distingue trois champs d'investigation pouvant se baser sur des mesures relatives à la structure de soins, au processus de soins ou aux résultats finaux [6]. La qualité structurelle s'intéresse aux ressources employées, notamment aux normes des établissements et des équipements. La qualité du processus de soin se concentre sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients. Les résultats fournissent des preuves ou des témoignages en termes d'amélioration de l'état de santé des patients. Les mérites de différents types de mesure sont largement débattus dans la littérature. Certains suggèrent que les mesures du processus sont plus sensibles à la qualité que celles de la structure ou des résultats. Idéalement, une évaluation complète de la qualité des soins doit comprendre ces trois types de mesure puisqu'ils examinent différents aspects complémentaires pour donner une vision entière.

En France, les mesures concernant les structures sont plutôt bien développées grâce à l'accréditation. Il n'en est pas de même pour les mesures de processus ; il semble y avoir un manque particulier en ce qui concerne la qualité du processus technique (technical process quality) qui fait référence à la pertinence des décisions concernant les diagnostics et les choix thérapeutiques pour les patients.

Il est possible d'étudier la qualité à différents niveaux. On peut la mesurer pour un ou plusieurs soins spécifiques, pour un groupe de soins fournis par un ou plusieurs professionnels de santé, au niveau d'un ou plusieurs établissements de santé ou encore de manière générale au niveau du système de santé.

## **4. Que sait-on à propos de la qualité de soins en France ?**

À ce jour, la France ne possède pas de cadre national englobant de manière cohérente les différentes stratégies et objectifs pour améliorer la qualité des soins. Ceci dit, un certain nombre d'indicateurs sont disponibles et peuvent être comparés à ceux relevés dans d'autres pays de l'OCDE. Nous présentons donc ci-après, les principaux indicateurs disponibles en France pour mesurer la qualité selon les principales dimensions retenues par la communauté scientifique internationale [7], à savoir l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès et l'efficience, sans vouloir être exhaustif, mais en donnant des exemples qui couvrent un large spectre des conditions. Nous présentons ensuite les points sur lesquels la France peut ou doit progresser.

### **4.1. L'efficacité**

L'efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres [8]. Donabedian souligne que l'efficacité est

l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires [9]. La pertinence (appropriateness) est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales.

### ***Ce que l'on mesure***

Afin de mesurer l'efficacité du système de santé ou des interventions dans des domaines spécifiques, on regarde le plus souvent les résultats en utilisant les indicateurs de mortalité ou de morbidité par cause, par groupe cible, etc. Au niveau global, on compare souvent la mortalité prématurée, ou les taux de mortalité par cause spécifique, comme le cancer ou les maladies cardiaques ischémiques, pour lesquels des soins efficaces, fournis à temps, peuvent éviter les décès, sachant qu'ils peuvent parfois être influencés par d'autres facteurs en dehors du système de soins. Le taux de survie après un diagnostic de cancer est considéré comme un indicateur plus pertinent ou direct dans ce domaine [7]. Un taux de survie élevé peut être dû à la bonne qualité des soins fournis ou à des diagnostics précoces obtenus grâce à des programmes préventifs. On compare ainsi les taux de dépistage ou d'immunisation des populations fragiles ou cibles comme des indices d'efficacité d'un système de soins.

La Figure 2 présente quelques indicateurs souvent utilisés pour comparer l'efficacité au niveau systémique : notamment les taux standardisés de mortalité par cancer du sein et du côlon, les taux de survie à cinq ans après le diagnostic d'un cancer du sein et d'un cancer de la prostate, et les taux de dépistage du cancer du col d'utérus et de vaccination contre la grippe de la population de plus de 65 ans, en France comparativement à un certain nombre de pays de l'OCDE. Par exemple, en ce qui concerne la mortalité par cancer du côlon, la France se situe plutôt bien (le taux de mortalité est le plus faible avec la Suède). Pour le sein, la différence de mortalité est bien plus nette entre les pays, la France est au quatrième rang mais loin derrière le Japon. Les variations des taux de survie sont encore plus frappantes. La probabilité de survivre cinq ans après le diagnostic d'un cancer de la prostate varie de moins de 40 % au Danemark à 92 % aux Etats-Unis. Au niveau européen, la France est placée en deuxième position, après l'Allemagne. Les pays européens obtenant des résultats inférieurs à ceux relevés aux Etats-Unis et en Australie. Cependant, ces taux nationaux peuvent cacher des variations régionales plus ou moins fortes au sein des pays [10]. Dans la plupart des pays européens, les registres de cancer à partir desquels ces taux sont calculés couvrent l'ensemble du territoire. En France, malheureusement ces registres ne concernent que quelques régions et ne permettent donc pas de faire de comparaisons régionales complètes. Au niveau de la prévention, on note que la France obtient pour la vaccination contre la grippe, un taux très moyen (68 %) comparativement à l'Australie (79 %), les Pays-Bas (77 %) ou le Royaume-Uni (75 %).

Dans la littérature, on compare également les taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) de certaines maladies infectieuses comme le Sida, ou d'infections évitables par vaccination comme les hépatites A et B, le tétanos, ou encore d'affections graves telles que le cancer, pour établir l'efficacité de programmes de prévention ciblés. Par exemple, les estimations européennes [11] indiquent que la France est le troisième pays en Europe (derrière les Pays-Bas et le

Danemark) en ce qui concerne le taux d'incidence de cancer du sein (83.2/105). Malheureusement, les données d'incidence sont toujours plus difficiles à produire et sont rares.

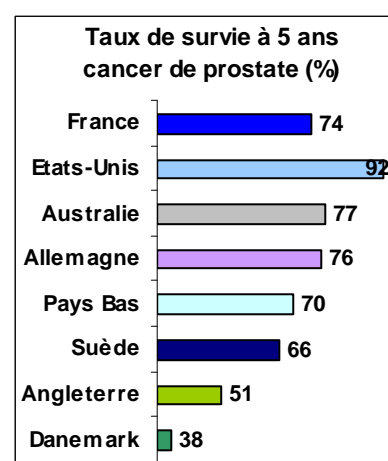
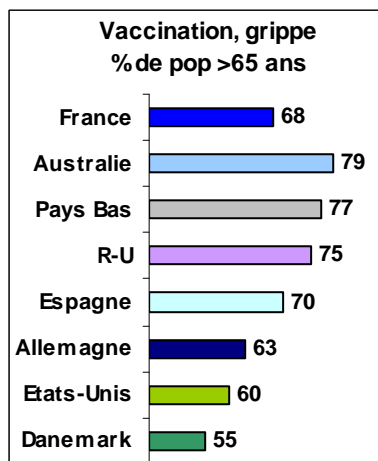
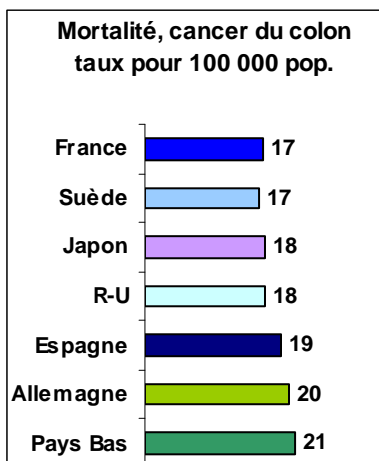
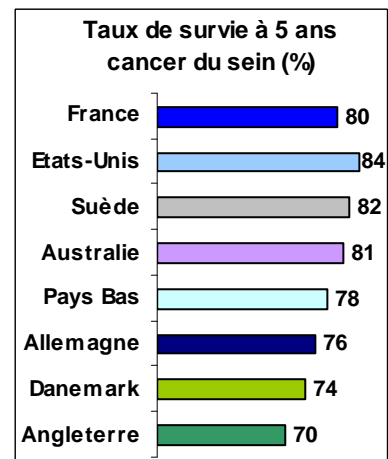
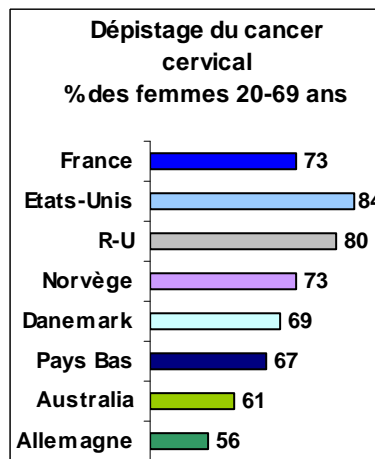
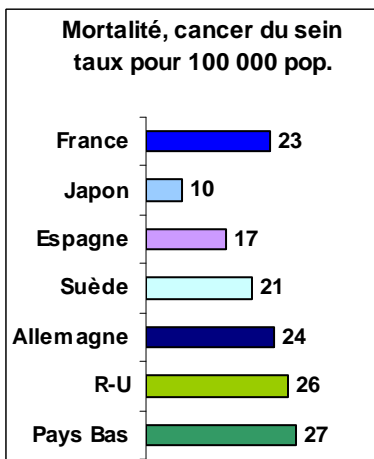
Il existe également toute une série de mesures qui permettent aux patients et d'autres acteurs du système de santé d'évaluer la qualité technique des soins fournis par les différents professionnels de santé. Il s'agit d'établir avec des preuves cliniques l'opportunité des soins fournis. On identifie des soins dits « efficaces » comme le taux de patients fumeurs ayant reçu un conseil d'arrêt du tabac lors d'une consultation médicale, ou, au contraire, des soins dits « inefficaces » comme le taux d'admissions inappropriées pour l'asthme (sur des critères cliniques) ou de prescription d'antibiotiques pour infection virale.

**Figure 2. Comparaison de quelques indicateurs d'efficacité des soins médicaux entre pays**

*Mortalité<sup>1</sup>*

*Prévention<sup>1,2</sup>*

*Survie<sup>3</sup>*



1) Ecosanté OCDE 2008.

2) Données d'enquête sauf pour l'Australie, Norvège et Royaume-Uni (données de programme).

3) Eurocare 3, taux de survie relatif standardisés par âge. Voir Coleman et al. (2008).



### ***Là où l'on doit progresser***

En France, certains indicateurs concernant la qualité technique des soins fournis font défaut. Seulement quelques études sont disponibles. Citons une étude de la CNAMTS portant sur 10 000 hypertendus qui montre que près de la moitié des patients n'ont pas un traitement approprié [12]. Une autre étude sur le diabète de type 2 portant sur 10 000 adultes souligne qu'une personne sur deux n'avait pas subi de contrôle du fond d'œil dans l'année écoulée, alors que le diabète est la première cause de cécité chez les personnes âgées. La France est également connue pour un fort taux de prescription d'antibiotiques et donc un fort taux de résistance des bactéries, contre lequel lutte depuis quelques années des campagnes itératives d'information des professionnels de santé et du public. Signalons également l'usage des statines comme prévention primaire plutôt que comme prévention secondaire, générant des dépenses pharmaceutiques élevées, sans améliorer les résultats sanitaires, tout comme celles des inhibiteurs de la pompe à protons.

De manière générale, il existe peu d'informations sur la gestion des soins, notamment sur le pourcentage de patients recevant les soins recommandés. Par exemple, dans le cas de l'asthme, combien de patients bénéficient réellement de la mise en place d'un plan thérapeutique écrit ? Pourquoi n'y a-t-il pas de protocole bien établi pour la prise en charge de dépression en ville alors que la France enregistre une prescription de médicaments antidépresseurs plus élevée que dans les autres pays européens.

Notons également que des indicateurs tels que les hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière qui sont employés en routine dans d'autres pays ne sont pas encore disponibles en France.

Enfin, les soins mentaux sont un domaine où nous manquons d'indicateurs d'efficacité non seulement en France mais dans la plupart des autres pays occidentaux.

### **4.2. La sécurité**

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes [13]. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

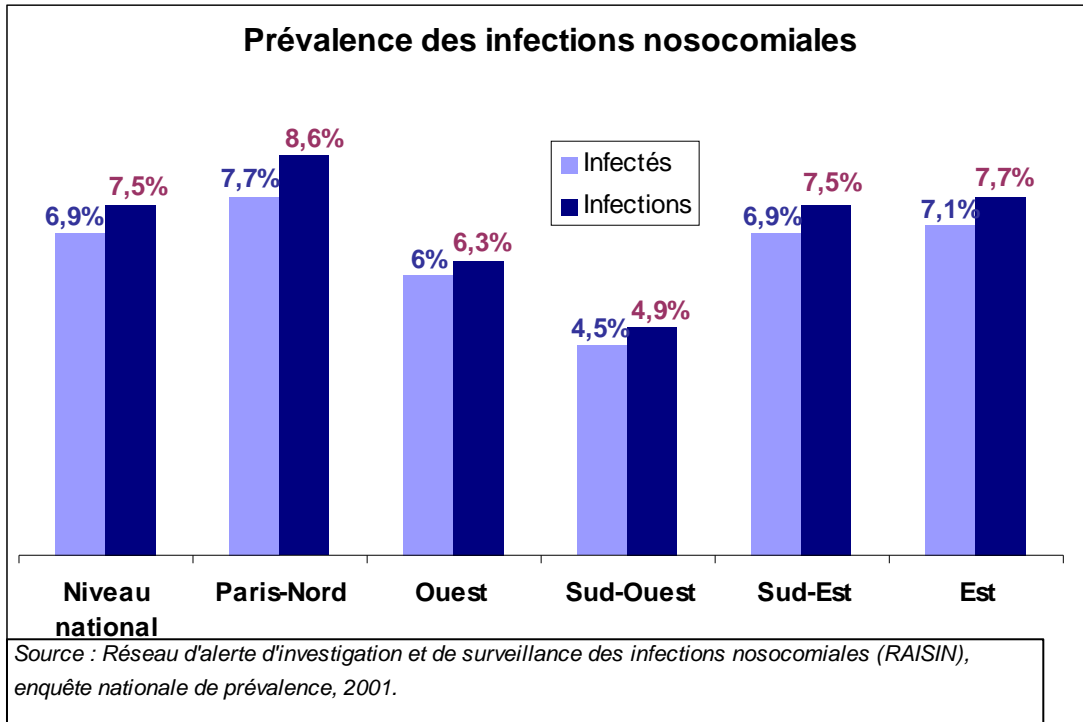
#### ***Ce que l'on mesure :***

Les indicateurs relatifs à la sécurité des soins sont bien développés. On peut les regrouper en quatre grands domaines : infections nosocomiales (des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres, etc.), événements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire), complications opératoires et postopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie) ainsi que d'autres événements indésirables.

En France, beaucoup de progrès ont été réalisés pour identifier et mesurer les infections nosocomiales dans les hôpitaux notamment par le biais de RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales). La Figure 3 présente le taux global d'infections

nosocomiales au niveau national et dans les différentes régions pour 2001. Les scores obtenus en 2006 attestent d'une amélioration nette en cinq ans : le pourcentage de patients infectés a baissé de 6,9 % en 2001 à 5 % en 2006 tandis que la prévalence des infections a diminué de 7,5 % à 5,4 %.

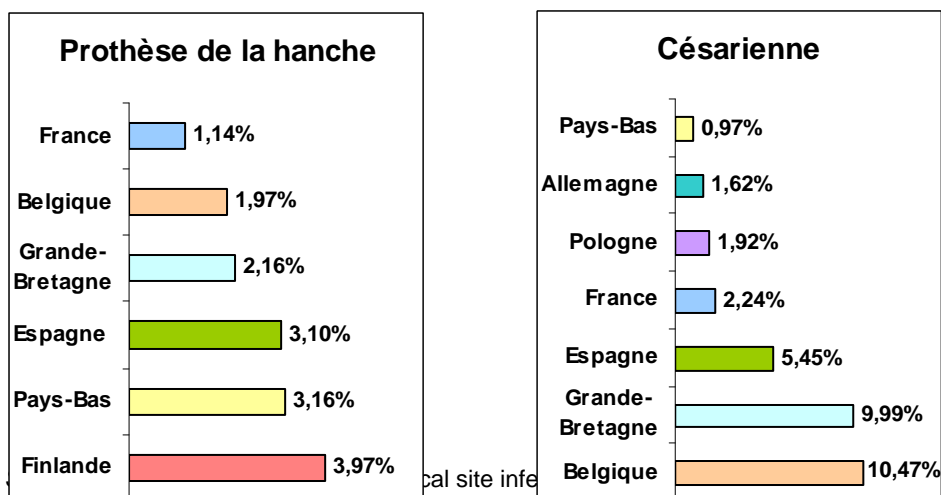
**Figure 3 : Taux d'infections nosocomiales à l'hôpital en France et en région**



Toutefois, cette baisse générale ne doit pas cacher des disparités de niveau de sécurité entre les cinq parties de la France, tant au niveau du taux d'infection nosocomiale global que du pourcentage de patients infectés.

Au niveau international, les données comparatives sont rares à cause de la difficulté de recueil de ce type de données, mais il existe quelques initiatives européennes. Par exemple, HELICS est un réseau international dont le but est le recueil, l'analyse et la diffusion de données validées sur les risques d'infections nosocomiales dans les hôpitaux européens. La France est plutôt bien placée au regard des infections du site opératoire, tant au niveau des prothèses de hanche que des césariennes (Figure 3).

Figure 4 : Taux comparatifs d'infection du site opératoire pour la prothèse et la césarienne



### ***Là où l'on doit progresser :***

De nombreuses études et initiatives ont apporté des éléments de connaissance sur la sécurité des soins ces dernières années dans les établissements de santé en France, comme le site PLATINES (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) présentant des données d'activité sur les établissements, l'étude nationale des événements indésirables graves liés aux processus de soins (ENEIS, 2005) ou le tableau de bord comparatif des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, ce qui représente un progrès en termes de comparaison (Benchmarking).

Toutefois, la visibilité et l'accessibilité des informations sur la sécurité des soins au niveau des établissements (ou des services) reste très faible pour les patients et les autres acteurs du système de santé (à l'exception de trois indicateurs du tableau de bord comparatif)<sup>3</sup>. Les résultats d'enquêtes de prévalence régionales réalisées chaque année depuis 1993 permettent une bonne sensibilisation des établissements et une estimation globale du risque, mais posent des problèmes méthodologiques pour évaluer les tendances ou comparer les établissements de santé [14].

Par ailleurs, dans certains domaines ou pour certaines procédures, il semble n'y avoir aucune information systématique disponible en France, pour améliorer la prise en charge des patients. Signalons quelques indicateurs recommandés par le groupe d'experts de l'OCDE [15] pour lesquels des progrès sont à effectuer : fracture de la hanche ou chute à l'hôpital, complications opératoires et postopératoires, complications de l'anesthésie, embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoires, erreurs de groupe sanguin, erreurs de site opératoire, oubli d'un corps étranger dans le champ opératoire, mortalité post-chirurgicale, matériels médicaux défectueux, erreurs de prescription.

<sup>3</sup> Notons toutefois que ces trois indicateurs, ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ICSHA (Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques) et SURVISO (Enquête d'incidence des infections de site opératoire), décrivent tous le processus de lutte contre les infections plutôt que les résultats obtenu par exemple en termes d'incidence ou prévalence.

### 4.3. L'accessibilité

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles. L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations quelles que soient leurs situations géographique, économique et sociale. La ponctualité (timeliness) est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement [4]. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins).

#### ***Ce que l'on mesure :***

On évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durée d'attente. Les indicateurs le plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins.

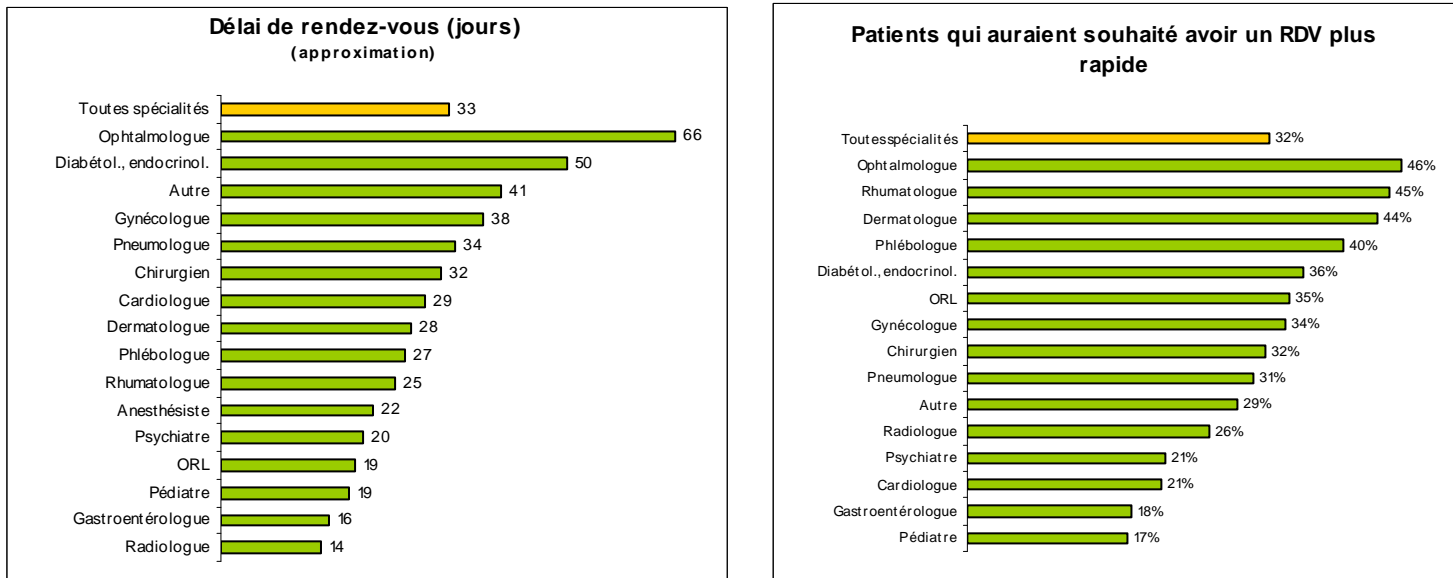
Peu d'informations pérennes sur les délais d'accès aux soins spécifiques sont disponibles en France. Par exemple, il n'y a aucune donnée sur les durées d'attente pour la chirurgie programmée à l'hôpital. Pour justifier cette absence d'information, on considère souvent que ceci n'est pas un problème en France. Pourtant, on note de fortes variations entre régions dans l'offre de soins de spécialistes non seulement à l'hôpital mais aussi en ville. Une des rares enquêtes<sup>4</sup> qui permet d'établir une estimation de la durée d'attente pour accéder aux spécialistes montre que le délai médian d'attente pour obtenir un rendez-vous est environ 25 jours, ce délai pouvant atteindre plus de deux mois pour un ophtalmologue et 50 jours pour un endocrinologue (Figure 5).

Par contre, l'accès aux médecins généralistes semble être plutôt satisfaisant avec plus de 80 % des patients qui déclarent obtenir un rendez-vous en moins de 48 heures (Figure 6). À titre comparatif, même si les questions sont posées différemment, en Angleterre 50 % des patients n'obtiennent pas de rendez-vous le jour souhaité et seuls 17 à 23 % l'obtiennent en moins de 24 heures (versus 60 % en France).

---

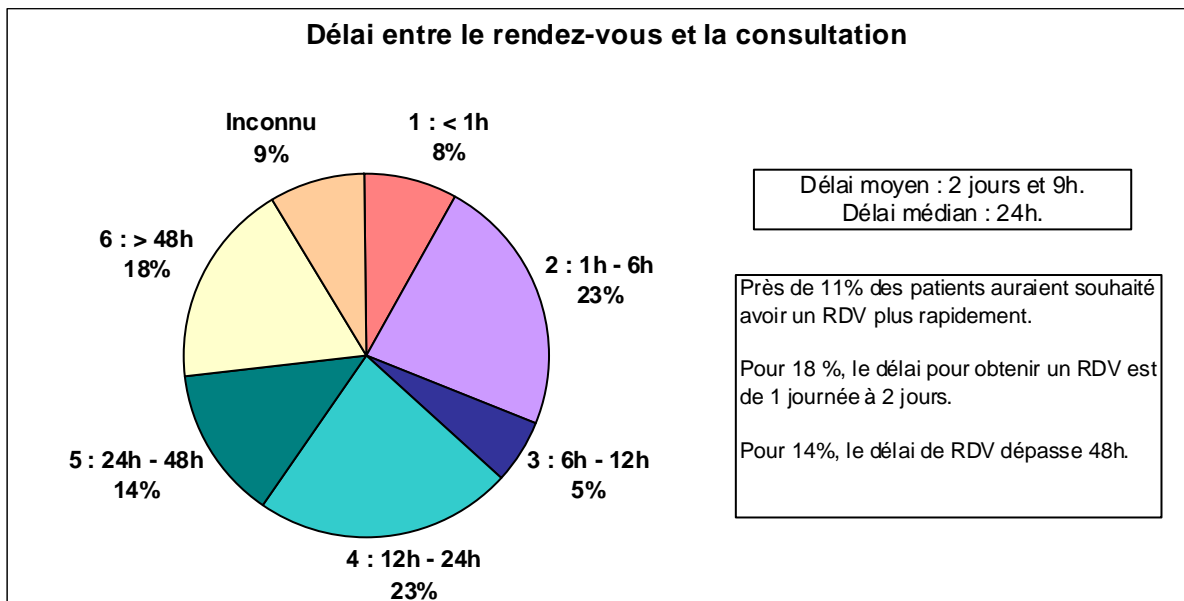
<sup>4</sup> Il s'agit de l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) menée tous les deux ans par l'IRDES

**Figure 5 : Accès aux soins de médecins spécialistes**



Source : ESPS 2004, IRDES.

**Figure 6 : Accès aux soins de médecins généralistes**



Source : ESPS 2004, IRDES

Concernant les délais d'attente aux urgences, l'enquête la plus pertinente est celle de la DREES réalisée en 2002 [16]. Elle montre que 71 % des patients ont eu un premier contact en moins de 10 minutes ; 38 % ont été examinés par un médecin en moins de 15 minutes et 76 % en moins de 60 minutes. Ces délais peuvent être comparés à ceux de l'Australie où 76 % des patients se présentant aux urgences sont vus en moins de 10 minutes (versus 71 % en France) mais leur état est évalué une première fois dans les 30 minutes en cas d'urgence avérée et dans les 60 minutes en cas de semi-urgence. Au Royaume-Uni, 61 % des patients venant aux urgences et dont l'état est jugé réellement urgent sont examinés dans les 30 minutes, 65 à 70 % attendent moins de deux heures et environ 20 % plus de quatre heures. Enfin, moins de la moitié (45 %) des patients a trouvé la durée d'attente aux urgences excessive.

### ***Là où l'on doit progresser :***

Nous manquons en France des données sur les délais d'attente pour la chirurgie programmée et l'accès aux soins de longue durée. Nous avons également peu de données sur les disparités d'accès selon les régions et selon les caractéristiques des personnes comme la race (non autorisé par la CNIL), le statut socio-économique, le sexe, l'âge. On peut noter cependant que certaines enquêtes analysent ces disparités ; ainsi, l'IRDES fait état d'un exemple de discrimination selon l'âge dans une étude menée en 2003 pour l'URCAMIF (Union des Caisses régionales d'Assurance maladie d'Ile-de-France), les personnes très âgées bénéficiant moins souvent d'un traitement de chimiothérapie pour cancer du côlon aux stades III et IV malgré les recommandations de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology).

### **4.4. La réactivité**

La réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient (responsiveness) renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé [5].

Un autre terme est souvent employé « patient-centeredness » : il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle. La continuité des soins renvoie à la coordination des soins de santé dans le temps et à travers différents professionnels et établissements pour un même utilisateur.

### ***Ce que l'on mesure :***

Bien qu'il y ait quelques mesures de la continuité des soins pour des conditions cliniques (par exemple, le pourcentage de patients dépressifs qui reçoivent de manière continue des médicaments antidépresseurs en phase aiguë de leur maladie), la majorité des mesures concerne la coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Plusieurs indicateurs de réactivité ou de sensibilité du système de santé sont également disponibles, tels que ceux concernant la communication avec le médecin (« écoute soigneusement », « montre du respect », « explique clairement les choix... »), le

temps passé avec lui, la continuité et l'acceptabilité des soins, l'évaluation globale des soins reçus et du système de santé. Par exemple, une enquête menée par la DREES concernant les consultations externes hospitalières compte 8 % de patients exprimant l'impossibilité d'expliquer son problème de santé au médecin et 17 % ne recevant aucune explication du celui-ci [17].

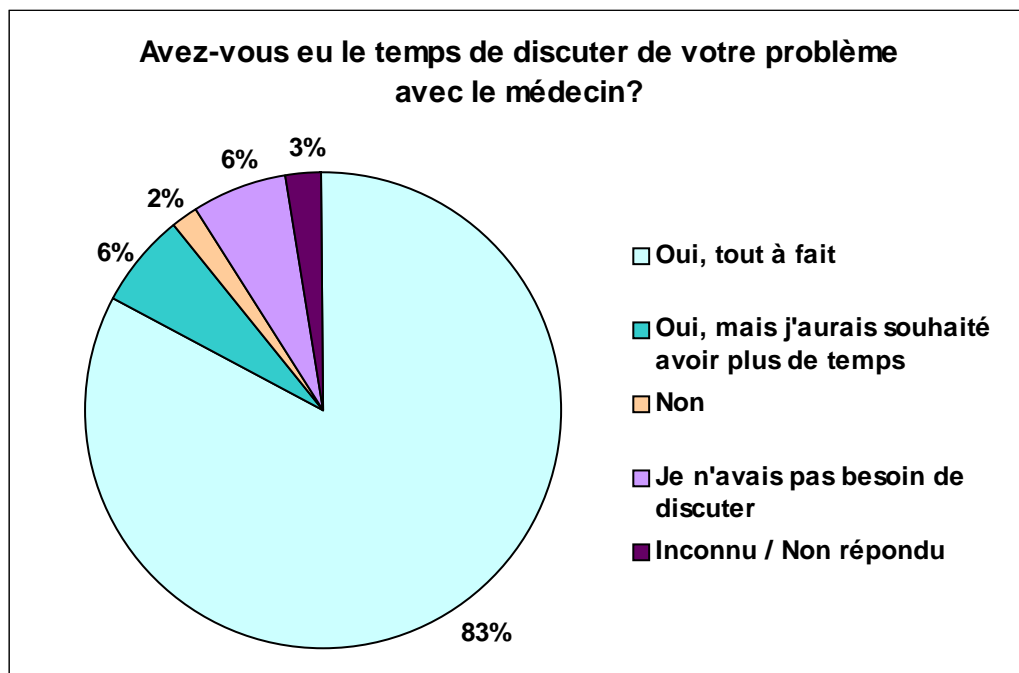
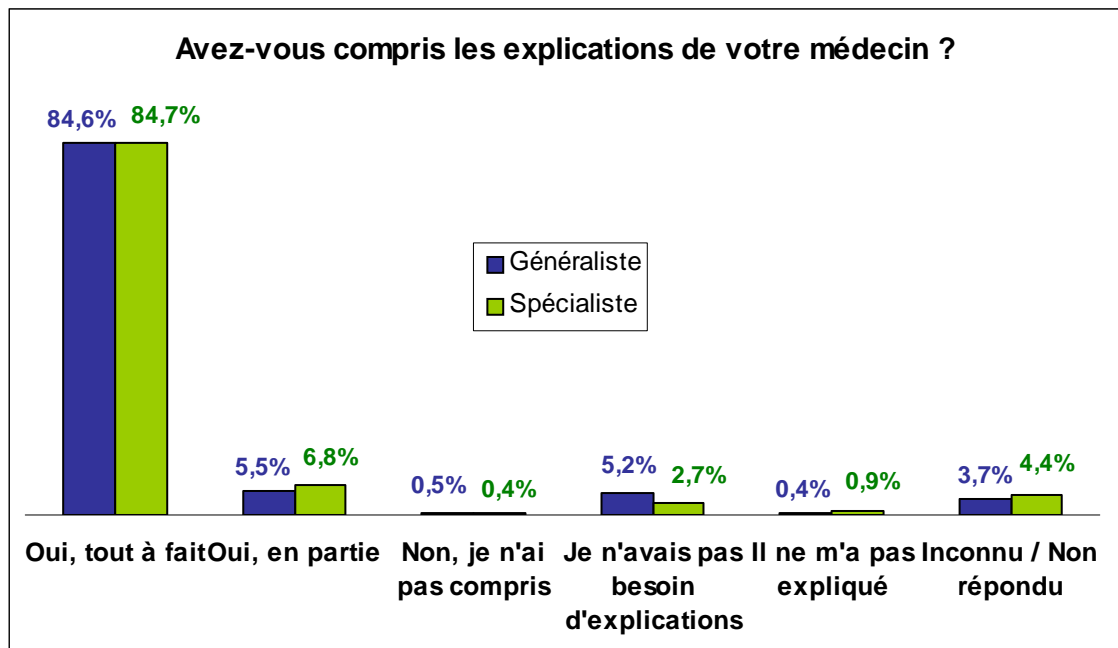
Les seules autres informations sur la communication entre « médecins-patients » viennent de l'enquête SPS de l'IRDES et concernent les consultations de ville. S'agissant des explications fournis par les médecins, environ 6,5 % des patients déclarent ne pas avoir tout à fait compris ou n'avoir eu aucune explication chez les généralistes contre plus de 8 % chez les spécialistes. De plus, environ 8 % des patients auraient souhaité avoir plus de temps pour discuter avec leur généraliste (Figure 7).

### ***Là où l'on doit progresser :***

Afin d'améliorer l'aptitude du système à mieux répondre aux besoins des patients, il est important d'atteindre une meilleure connaissance de leurs attentes. Le PICKER Institute Europe par exemple mesure la qualité des soins de santé du point de vue du patient et utilise ce feedback pour améliorer la qualité du système de soins. Il travaille avec les patients, les professionnels de santé et les décideurs pour promouvoir la compréhension de la perspective du patient à tous les niveaux de la politique et de la pratique des soins de santé. Voici quelques affirmations testées auprès des patients dans ce but : l'équipe n'écoute pas toujours le patient, l'équipe parle devant moi comme si j'étais absent, on ne m'a pas assez informé sur les effets secondaires des médicaments et/ou sur le traitement. Avec son programme « partager des bonnes pratiques » PICKER diffuse des recommandations simples (pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les patients, la gestion de douleur, etc.) et des indicateurs pour le suivi de la qualité de point de vue du patient.

En France, il n'y a pas assez d'enquêtes et d'informations sur l'expérience des patients à l'hôpital notamment. Par exemple, la gestion de la douleur est un domaine prioritaire, pourtant peu d'informations sont disponibles pour effectuer des comparatifs. Par contre, en Angleterre, une enquête de PICKER montre que 60 % des patients hospitalisés ont reçu un traitement antidouleur dans les cinq minutes suivant leur demande, mais 6 % ont attendu plus de 30 minutes.

Figure 7. Communication avec les médecins



Source : ESPS 2004, IRDES.

#### 4.5. L'efficacité

Enfin, l'efficacité se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs [5]. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables [9]. La plupart des problèmes de qualité des soins impliquant une sous ou une sur utilisation des ressources, certains

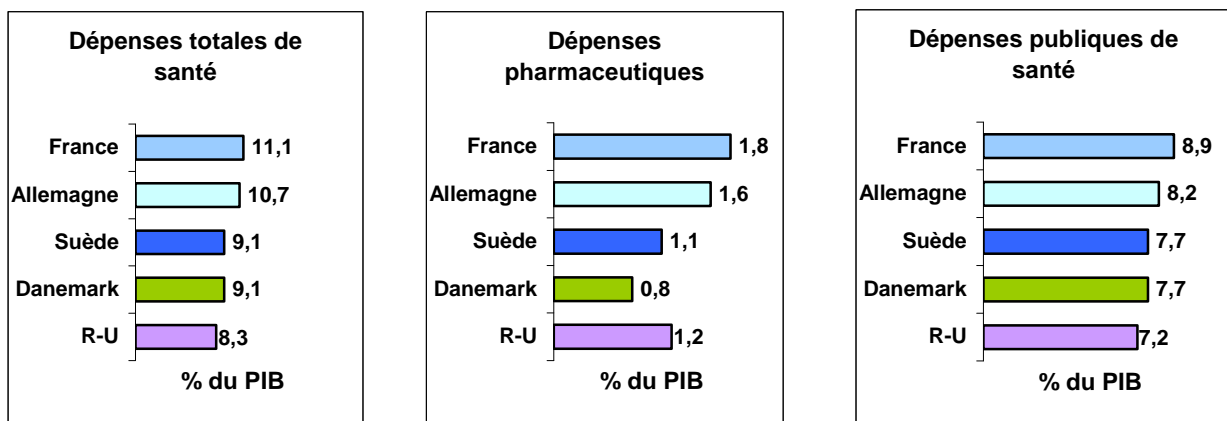


ajoutent une dimension connexe à la définition de la qualité pour « s'assurer que des services sont fournis de manière efficiente ». Mais ceci ne fait pas vraiment l'unanimité. L'IOM soutient par exemple que les soucis d'efficience (contraintes de ressources) ne devraient pas être introduits dans la définition de la qualité, celle-ci ne devant pas varier en fonction des moyens disponibles. Les décideurs publics, les professionnels de santé et les utilisateurs devraient pouvoir distinguer des problèmes de qualité de ceux qui résultent de la non-disponibilité de ressources ou de l'inefficience.

### ***Ce que l'on mesure :***

Dans ce domaine on compare souvent les niveaux de ressources consacrées au système de santé. On peut comparer le niveau global ou celui de domaines spécifiques. Le Figure 8 présente la part du produit intérieur brut (PIB) que consacrent différents pays à leurs dépenses totales de santé, à leurs dépenses pharmaceutiques et à leurs dépenses publiques. Quel que soit l'indicateur utilisé, c'est la France qui consacre la plus grande part de son PIB au financement de soins de santé.

**Figure 8. Part des dépenses de santé de différents pays dans leur PIB**



### ***Là où l'on doit progresser :***

Dans tous les systèmes de santé, fournir des soins efficaces qui justifient leur coût est un défi grandissant. Par exemple, un article récent [18] suggère que plus de la moitié du chiffre d'affaires des médicaments antidiabétiques oraux dans le monde se fait avec les glitazones, médicaments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité clinique et dont la fréquence et la gravité des effets indésirables ne cessent d'augmenter, ce qui représente une dérive grave en termes de coût et de qualité des soins.

Les décisions sur l'utilisation de ressources doivent prendre en compte de manière explicite la contribution des traitements aux résultats souhaités par rapport aux coûts. Pour assurer que les décisions concernant les soins fournis sont unanimes et transparentes, il faut une base visible, formelle et appréciable pour des évaluations économiques. Cette base formelle peut fournir un cadre analytique pour structurer l'information et guider les décisions de remboursement par l'assurance maladie. Ceci est d'autant plus important lorsque l'on vise parallèlement l'équité des soins et toutes les autres dimensions de la qualité des soins de santé.

## 5. Conclusion

La prise de conscience de l'intérêt et des moyens de mesure de la qualité des soins est aujourd'hui réelle, tout autant que les efforts mis en œuvre pour progresser en la matière. Pourtant, les préconisations de mesures de la qualité des soins datent de très longtemps puisque dès 1917, Ernest Amory Codman exprimait ces idées au risque qu'elles soient taxées de folles : « Ainsi, ils disent que je suis excentrique puisque je réclame en public que les hôpitaux, s'ils souhaitent s'améliorer, doivent mesurer ce que sont leurs résultats, doivent analyser leurs résultats pour identifier leurs points forts et leurs points faibles, doivent comparer leurs résultats à ceux d'autres hôpitaux et doivent faire bon accueil à la publicité, non seulement de leurs succès, mais aussi de leurs erreurs. De tels avis ne seront pas excentriques d'ici quelques années... ».

Aborder la qualité des soins n'est pas facile, pourtant, des bonnes mesures de la qualité existent et de grandes marges de progrès sont possibles. Il est important d'améliorer la mesure de la qualité de manière continue pour identifier et évaluer les faiblesses et les forces d'un système, car ce qui n'est pas mesuré ne peut être amélioré. Pour identifier les domaines problématiques, il faut savoir ce que l'on veut mesurer, pourquoi et comment. La France possède un système de santé de haute qualité. Ce n'est pas un mythe mais elle manque d'un cadre national de mesure de la qualité des soins, ce qui réduit sa capacité à l'améliorer. Pour ce faire, il faut développer des bases de données pérennes, comparables et accessibles à tous (y compris les patients, leurs familles, les professionnelles ...). Employées à des fins nationales et des comparaisons internationales, elles nous permettront de développer des stratégies adéquates pour améliorer la qualité des soins de santé en France.

## 6. Remerciement

Les auteurs remercient Nathalie Meunier de sa relecture attentive et de ses commentaires.

## Bibliographie

1. Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S. *et al.* (2003), *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*, Rapport pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
2. Donabedian A. (1966), "Evaluating the quality of medical care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol.44, no.3, pp.166-203.
3. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
4. Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm : A new health system for 21<sup>st</sup> century*. Washington DC, National Academy Press.
5. Kelly E, Hurst J. (2006), Health care quality indicators project : Conceptual framework paper. *OECD Health Working Papers*, no.23, OCDE Paris.
6. Donabedian A. (1980), *The definition of quality and approaches to the management*, volume 1 : *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
7. Mattke S, Kelly E, Scherer P. *et al.* (2006), Health care quality indicators project : Initial indicators report, *OECD Health Working Papers*, no.22, OCDE Paris.
8. Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek A, Custers T. (2003), Conceptual frameworks for health system performance : a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 : 377-98.
9. Donabedian A. (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford : Oxford University Press; 2003; 240 p.
10. Coleman M, Quaresma M, Berrino F, *et al.* (2008), Cancer survival in five continents : a worldwide population based study (CONCORD), *Lancet*, publié en ligne, juillet 2008.
11. Tyczynski J, Bray F, Parkin M. (2002), Breast cancer in Europe, *European Network of Cancer Registries, Cancer fact sheets*, vol.2 December 2002.
12. Tilly B, Salanave B, Chatellier G, Guilhot J, Fender P, Allemand H (2003), Hypertension artérielle sévère : risque cardio-vasculaire et non-contrôle tensionnel, *Révue médicale de l'assurance maladie*, vol 34, no.3, 157-65.
13. National Patient Safety Foundation (2000), *Agenda for research and development in patient safety*. Chicago IL, National Patient Safety Foundation.
14. Régnier B. (2007), *Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication*, BEH, avril 2007, no. 12-13, pp.93-94.
15. Millar J, Mattke S. and the Members of the OECD Patient Safety Panel (2004), Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries, *Health Technical Papers*, no. 18, oct. 2004, OCDE, Paris.
16. Baubeau D, Carraso V. (2003), Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, *Etudes et Résultats*, no. 215, DREES.
17. Tellier S. (2002), Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? *Etudes et Résultats*, No. 167, DREES.
18. <http://formindep.org/spip.php?article179>

## La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?

Zeynep Or (Irdes), Laure Com-Ruelle (Irdes)

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité des soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

## How Good is the Quality of Health Care in France?

Zeynep Or (Irdes), Laure Com-Ruelle (Irdes)

France has been classified by the WHO as having one of the best health systems in the world. However, there is surprisingly little systematic information on the quality and safety of health care provided in France. Despite many recent initiatives to improve quality and its measurement, the available data remain partial, inconsistent and not easily accessible. In order to obtain a global picture of health care quality problems and to develop quality-improvement strategies, it is important to collect national data on a consistent basis within a coherent framework. This paper provides an overview of the available data on quality of care in France following a common framework and international recommendations for measuring quality. By comparing the situation in France with the situation in other industrialised countries, the paper aims to identify the strong points as well as major deficiencies of the French system in terms of measuring and improving quality of care.