



**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**PRÉPARATION DE LA SORTIE
DU PATIENT HOSPITALISÉ**

NOVEMBRE 2001

Service Évaluation en Établissements de Santé

Dans la collection *Évaluation en établissements de santé* :

- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la tenue du dossier du malade - juin 1994
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Références médicales applicables à l'hôpital - avril 1995
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - revue de la littérature - septembre 1996
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - juin 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prévention des escarres - juin 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires - novembre 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité – Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français - avril 1999
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires – décembre 1999
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme – janvier 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Limiter les risques de contention physique de la personne âgée – octobre 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche - *À paraître*
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Les pneumopathies communautaires – *A paraître*
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Prise en charge chirurgicale des lésions mammaires – *A paraître*
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Le dossier du patient – *A paraître*

Dans la collection *Guides méthodologiques* :

- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique - juin 1994
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques - octobre 1996
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique – Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles – janvier 1999
- Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé – juillet 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Démarches qualité – Accréditation des établissements de santé : principes de recours à un prestataire - *A paraître*

Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, vous pouvez consulter son site Internet www.anaes.fr ou envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en octobre 2000. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion - 159, rue Nationale. 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 2000. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.S.B.N. : - - -

Prix net : F

AVANT-PROPOS

Favoriser le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et des démarches d'amélioration de la qualité, mission confiée à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, fait aussi partie des missions prioritaires de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), créée par les ordonnances du 24 avril 1996 et le décret du 7 avril 1997.

L'étude des pratiques et l'analyse de la prise en charge des malades dans les établissements de santé publics et privés font apparaître que la sortie du patient d'un établissement de santé est une étape clé du processus de soins. Cette phase de prise en charge constitue un acte de soins à part entière qui nécessite une préparation bien en amont du jour même de la sortie.

Le processus de préparation de la sortie comprend de nombreux éléments qui portent sur l'organisation, la sortie « physique » du patient et de ses effets personnels, les informations destinées au patient, à ses proches et aux partenaires de santé et qui permettent d'assurer la continuité des soins. La poursuite de la prise en charge du patient en dehors de l'institution doit être adaptée à ses besoins.

L'amélioration de ce processus ne peut s'envisager que dans une approche pluriprofessionnelle centrée sur le patient où le rôle de chacun est défini.

À la demande et avec le concours de nombreux professionnels de divers secteurs de soins, le service évaluation des pratiques cliniques de l'ANAES a construit un référentiel de pratiques qui présente un niveau élevé d'exigence professionnelle, propose des outils d'évaluation de la qualité du processus et des méthodes qui permettent son amélioration.

Au moment où l'accréditation des établissements de santé entre dans une phase de développement significative, je formule le vœu que l'ANAES, avec ce guide, permette aux professionnels des établissements de santé d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, selon le souhait de chacun d'entre eux et conformément aux attentes de la société et des personnes malades.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'Agence

REMERCIEMENTS

Ce document a été réalisé par M^{me} le D^r Nadine MURAT CHARROUF, service des urgences, HCL/CH Lyon-Sud Jules-Courmont, PIERRE-BÉNITE, chargée de projet, en collaboration avec M^{me} Marie ERBAULT et le D^r Christine JESTIN, chefs de projet, ANAES, sous la coordination du P^r Jean-Louis TERRA, chef du service évaluation en établissements de santé, et du D^r Jacques ORVAIN, directeur de l'évaluation.

La recherche documentaire a été effectuée par le service de documentation, en particulier M^{me} Anne PHILIPAKIS, avec l'aide de M^{me} Maud LEFEVRE, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service documentation de l'ANAES.

Nous remercions les membres de l'ANAES qui ont relu ce document ainsi que le D^r Philippe LOIRAT, président du conseil scientifique plénier de l'ANAES, et MM. GUSHING, LANDAIS et VERGNENEGRE, rapporteurs auprès du conseil scientifique de l'ANAES.

Nous remercions M^{me} Marie-Claude MOUQUET et M. Georges GADEL à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour les données statistiques qu'ils nous ont transmises.

GROUPE DE TRAVAIL

D^rRaymond ARNOUX, chirurgien, BORDEAUX ;
M^{me} Marie-José BUFFOLI, cadre supérieur infirmier, NICE ;
M^{lle} Monique CINTRACT, infirmière, HAD, PARIS ;
D^r Lionel COMTE, médecin de santé publique, VILLERS-LÈS-NANCY ;
D^r Philippe CORNET, médecin généraliste, PARIS ;
M^{me} Michèle DESQUINS, directrice d'école d'infirmiers de bloc opératoire, GRENOBLE ;
M. Michel FABRE, responsable du service des transports sanitaires, PESSAC ;

D^r Patrick MIGET, médecin généraliste, LIVERDUN ;
D^r Christiane PRIVAT-PAIN, médecin, MALAKOFF ;
M^{me} Guylaine REY, cadre supérieur infirmier, AVIGNON ;
M. Patrick ROTGER, cadre supérieur kinésithérapeute, SAINT- MAURICE ;
M^{me} Françoise SIMON-GAILLOT, association de patients, REIMS ;
D^r Paul STROUMZA, néphrologue, MARSEILLE ;
M. VAUDAINE, directeur de maison de retraite, VIENNE.

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Marie-Antoinette BANOS, directrice de clinique, GAN ;
D^r Mireille BECCHIO, médecin généraliste, VILLEJUIF ;
M^{me} Florence BELAIR, coordinatrice de réseau gérontologique, LES CARS ;
M^{me} Catherine BERTEVAS, sage-femme, BREST ;
P^r BEY, coordinateur de réseau, VANDŒUVRE-LÈS-NANCY ;
P^r BOULANGER, directeur médical, QUÉBEC (Canada) ;
M. Jean-François CABON, juriste, DHOS, PARIS ;
D^r Pierre-Jean COUSTEIX, président de la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile, PARIS ;
D^r Marie-José D'ALCHE-GAUTIER, médecin de santé publique, CAEN ;
M^{me} Anne-Marie DORE, infirmière générale, DHOS, PARIS ;
M. DUBERN, directeur société d'ambulances, VILLENAVE-D'ORNON ;
M^{me} Marie-Christine DU BOULET, cadre infirmier, BÉZIERS ;
M^{me} Françoise GALLAND, association Sparadrap, PARIS ;
M. Hubert GARRIGUE GUYONNAUD, directeur général adjoint CHU, POITIERS ;
P^r Patrice FRANCOIS, professeur de santé publique, GRENOBLE ;
M^{me} Katia GRAVIER, responsable clientèle, NOYON ;
D^r Sylvie GILLET-POIRIER, médecin généraliste, SAINT-SÉBASTIEN-SUR-LOIRE ;

M^{me} Claude GUELDRY, directrice, BAQ-HP, PARIS ;
D^r HARY, chef de service de médecine B, CH, ST AMAND-MONTROND ;
D^r Marie-Claude JARS-GUINCESTRE, SEQASS, AP-HP, PARIS ;
D^r Éric KILEDJIAN, gériatre, VIENNE ;
M^{me} Chantal LACHENAYE-LLANAS, directrice de l'accréditation, ANAES, PARIS ;
M^{me} Dominique LE BOEUF, chef de projet, développement des réseaux, ANAES, PARIS ;
M^{me} Alice LEBORGNE, cadre infirmier, SAINT-DENIS ;
M. Gérard MACHET, pharmacien, LAGNY ;
D^r Françoise MAY-LEVIN, cancérologue, Ligue Nationale Contre le Cancer, PARIS ;
M^{me} Florence MIGNOT, juriste, direction des ressources humaines, ANAES, PARIS ;
D^r Vincent MOUNIC, chef de projet service développement et études, ANAES, PARIS ;
M^{me} Hélène OPPETIT, directrice adjointe CHU, MULHOUSE ;
M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, cadre supérieur infirmier, COLOMBES ;
M. PREVOST, kinésithérapeute, SURESNES ;
M^{me} Isabelle ROBINEAU, responsable qualité, NEUILLY-SUR-MARNE ;
D^r Marie SAJUS, chef de projet service démarches d'accréditation, ANAES, PARIS ;
M^{me} VALIERGUE, assistante sociale, CESSON ;
M. WENZLER, directeur adjoint CHU, MULHOUSE.

SOMMAIRE

STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	8
INTRODUCTION.....	10
PROBLÉMATIQUE.....	11
ORGANISATION DE LA SORTIE.....	13
I. QUALITÉ PERÇUE.....	13
I.1. Influence de l'organisation de la sortie sur le taux de réhospitalisations.....	13
I.2. Influence de l'organisation de la sortie sur les coûts.....	14
I.3. La sortie précoce a-t-elle un intérêt?.....	15
II. QUALITÉ ATTENDUE.....	15
II.1. Organisation et planification.....	15
II.2. Implication du patient et de son entourage dans l'organisation de la sortie.....	16
II.3. Orientation vers des structures extrahospitalières.....	17
III. QUALITÉ VOULUE.....	17
III.1. Recommandations de pratique clinique.....	18
III.2. Manuel d'accréditation.....	20
III.3. Dispositions réglementaires.....	20
III.4. Transport sanitaire.....	23
IV. SITUATIONS PARTICULIÈRES.....	24
IV.1. Sortie contre avis médical.....	24
IV.2. Fugue ou sortie à l'insu du service.....	25
IV.3. Sortie par mesure disciplinaire.....	25
INFORMATIONS NÉCESSAIRES.....	26
I. QUALITÉ PERÇUE.....	26
I.1. Éducation du patient.....	26
I.2. Continuité de l'information médicale : le compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie.....	27
II. QUALITÉ ATTENDUE.....	28
II.1. Besoin d'information.....	28
II.2. Rôle des associations de patients.....	29
II.3. Prise en compte des problèmes générés par la transition avec le domicile.....	29
III. QUALITÉ VOULUE.....	30
III.1. Manuel d'accréditation.....	31

III.2. Charte du patient hospitalisé (54)	32
III.3. Dispositions réglementaires	32
CONTINUITÉ DES SOINS	34
I. QUALITÉ PERÇUE	34
II. QUALITÉ ATTENDUE	36
II.1. Prescriptions de sortie	36
II.2. Continuité et transition	37
II.3. Hospitalisation à domicile	37
III. QUALITÉ VOULUE	37
III.1. Manuel d'accréditation (37)	38
III.2. Charte du patient hospitalisé (54)	38
III.3. Dispositions réglementaires	39
CRITÈRES D'ÉVALUATION	40
MÉTHODES D'AMÉLIORATION	46
I. APPROCHE PAR LES PROCESSUS - MÉTHODE PAQ ANAES	47
II. AUDIT CLINIQUE	48
III. MÉTHODE DE RÉOLUTION DE PROBLÈME	49
IV. REVUE DE PERTINENCE DES SOINS	49
V. OUTILS	50
ANNEXE 1. EXEMPLE D'APPLICATION D'UNE APPROCHE PAR LES PROCESSUS	51
ANNEXE 2. GRILLE D'ÉVALUATION	61
ANNEXE 3. EXTRAITS DU MANUEL D'ACCREDITATION	66
RÉFÉRENCES	70

STRATEGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les banques de données MEDLINE, HealthSTAR, EMBASE et PASCAL ont été interrogées pour la période allant de 1990 à 2000.

Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

La stratégie de recherche a porté sur :

↳ Les recommandations pour la pratique clinique et les conférences de consensus

Les mots clés initiaux suivants : *Patient discharge* OU *hospital discharge* ont été associés à : *Practice guidelines* OU *guideline(s)* OU *Recommendation(s)* (dans le titre) OU *Consensus development conference*.

50 références ont été obtenues sur MEDLINE, 10 sur HealthSTAR et 27 sur EMBASE.

↳ ↳ Les méta-analyses et revues de la littérature

Les mots clés initiaux ont été associés à : *Meta-analysis* OU *Meta analysis* OU *Review literature*.

13 références ont été obtenues sur MEDLINE et 2 sur EMBASE.

↳ *Les audits*

Les mots clés initiaux ont été associés à : *Audit* OU *Management audit* OU *Medical audit* OU *Nursing audit*.

42 références ont été obtenues sur MEDLINE, 12 sur HealthSTAR, 8 sur EMBASE et 35 sur CINAHL.

↳ *La prise en charge de la sortie du patient hospitalisé*

Les mots clés initiaux ont été croisés à : *Management* (dans le titre).

31 références ont été obtenues sur MEDLINE, 23 sur HealthSTAR et 19 sur EMBASE.

↳ *Le coût de la sortie du patient hospitalisé*

Les mots clés initiaux ont été croisés à : *Cost allocation* OU *Hospital cost* OU *Hospital charge* OU *Economics hospital* OU *Financial management hospital* OU *Hospital billing* OU *Hospital Finance* OU *Hospital purchasing* OU *Hospital running cost* OU *Economics*.

44 références ont été obtenues sur MEDLINE, 26 sur HealthSTAR et 9 sur EMBASE

↳ *La littérature française*

Une recherche a été réalisée sur PASCAL à partir de 1990 et sur la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) à partir de 1995.

17 références ont été obtenues sur PASCAL et 22 sur la BDSP.

Une recherche complémentaire des textes réglementaires français et européens a été effectuée.

INTRODUCTION

La sortie du patient d'un établissement de santé peut être considérée comme une étape de la chaîne de soins. La qualité de sa préparation contribue aux actions de prévention et d'éducation attendues par les patients, les professionnels et les organismes d'assurance maladie. Passage d'une forme de dépendance à la responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa santé, la sortie doit être entourée de beaucoup de rigueur et de professionnalisme.

La sortie est une période de fragilité pour le malade, qui quitte l'état de patient hospitalisé, pris en charge et entouré par l'équipe médicale et paramédicale. La sortie doit donc être envisagée comme un acte de soins à part entière permettant la continuité de la prise en charge et la mise en place de systèmes d'alerte et de protection.

Sur le plan juridique, l'acte d'admission crée un lien de droit entre l'établissement de soins et le patient. Cette relation en vertu du principe de droit public de parallélisme des formes ne peut être rompue que par un acte contraire, la sortie. Celle-ci doit donc obéir à des règles précises. Elle est prononcée par le directeur de l'établissement à la demande du médecin chef de service ou de son représentant. Le patient conserve son statut d'utilisateur dès lors que son séjour est médicalement justifié. Les frais d'hospitalisation ne seraient plus pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans le cas contraire (1).

Nous retiendrons comme définition de la sortie du patient : la sortie du patient d'un établissement de santé, avec ou contre avis médical, en vue d'un retour à domicile, d'une mutation ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation. Ont été exclues les sorties à l'issue d'une hospitalisation de jour ou de soins en ambulatoire, ainsi que les activités d'accueil en urgence et les consultations. Les sorties par décès ne seront pas prises en compte.

Ce document a pour objectif de proposer aux professionnels un outil qui leur permette d'améliorer le processus de préparation de la sortie du patient d'un établissement de santé. L'état des connaissances actuelles sur la préparation et les conditions de sortie d'un patient hospitalisé a été réalisé. Il est présenté selon trois axes : l'organisation, l'information et la continuité des soins. Chacun de ces axes a été abordé selon trois dimensions de la qualité :

- la qualité **perçue** est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend de la qualité attendue et de celle qui est effectivement délivrée ;
- la qualité **attendue** par les patients se construit autour des besoins de santé du patient, mais aussi de son expérience antérieure dans le système de soins, en tant que client du processus. Les professionnels qui prendront en charge le patient après sa sortie ont également des attentes ;
- la qualité **voulue** est définie par les professionnels eux-mêmes et le législateur.

À partir de ces éléments, des critères de qualité, permettant d'évaluer le processus, ont été élaborés. Ils sont présentés dans deux parties différentes, d'une part en précisant s'ils sont fondés sur les obligations légales ou le consensus professionnel, d'autre part sous forme d'une grille d'évaluation.

Des méthodes sont proposées pour améliorer la préparation de la sortie. Un exemple d'application de la méthode PAQ (Programme Assurance Qualité) ANAES est proposé en annexe.

PROBLÉMATIQUE

Les données de la base PMSI (www.le-pmsi.fr) permettent de chiffrer le nombre global de sorties à l'issue d'un séjour en soins de courte durée à 14 413 300 en 1998 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité), tous établissements publics et privés confondus. Le mode de sortie se répartit comme suit : 13 160 000 (91 %) retours à domicile, 244 400 (1,7 %) décès, 447 200 (3,1 %) transferts ou mutations en soins de suite ou de réadaptation, 79 300 (0,5 %) transferts ou mutations en soins de longue durée ou hébergement médico-social, 416 200 (3,3 %) transferts en unités de soins de courte durée, 63 300 (0,4 %) transferts ou mutations en unités de psychiatrie, pour 2 900 (0,02 %) sorties, il n'est pas précisé l'unité dans laquelle le patient a été muté ou transféré. Par ailleurs, le nombre de sorties contre avis médical s'élevait en 1993 à 55 700, soit 0,4 % des séjours. Le nombre de sorties par classe d'âge se répartit de la façon suivante : 2 024 000 (14 %) patients âgés de moins de 18 ans, 7 890 500 (55 %) patients âgés de 18 à 64 ans et 4 498 800 (31 %) patients âgés de plus de 65 ans.

Mais, au-delà des statistiques administratives, la sortie recouvre les aspects pratique et matériel de départ de l'établissement de soins. Des témoignages de soignants, de patients et de membres de leur entourage, permettent de mettre en lumière divers aspects du vécu de la sortie et des conditions de sa préparation (2-5) :

« ... Une de mes patientes âgée, connue de longue date, avait été hospitalisée une fois de plus, cette fois à ma demande, et son maintien à domicile me semblait précaire. Un des objectifs de cette hospitalisation était pour moi d'envisager un hébergement ultérieur, ce dont j'avais discuté avec la patiente et sa famille... Tout me paraissait organisé, quand des désaccords au sein de son entourage ont finalement conduit à une sortie prématurée, avec un retour à domicile que j'estime très risqué pour elle et qui ne pourra pas être durable dans ces conditions... »

« ... Il nous arrive parfois, dans la maison de retraite que je dirige, de ne pas être avertis du retour de l'un de nos résidents à l'issue d'un séjour à l'hôpital. Les conditions dans lesquelles nous pouvons alors l'accueillir ne sont pas les meilleures, et l'altération de son état d'autonomie, ou la nécessité de soins spécifiques par exemple, posent le problème de l'inadéquation des possibilités de notre structure avec les nouveaux besoins du patient... »

« ... Ma mère âgée de 73 ans devait sortir de l'hôpital, mais personne n'avait pu me dire approximativement à quelle heure... Je m'étonne qu'une journée entière (et toute la soirée) ait été nécessaire pour sortir ma mère de l'hôpital, la ramener chez elle et l'installer convenablement. »

« ... Ma femme avait finalement été autorisée à quitter l'hôpital à 13 h... Il fallait que j'emmène d'abord les fleurs à la voiture, puis que je revienne prendre ma femme dans le hall. J'ai alors fait trois voyages vers la voiture avec les fleurs et les cadeaux. Mais, entre l'attente devant les ascenseurs et les trajets, une heure s'est écoulée... »

« ... Quand j'ai consulté mon médecin généraliste après ma sortie de l'hôpital, il ne savait même pas que j'avais été hospitalisé... Est-ce que quelqu'un le lui a dit ? »

« ... Je suis rentré à la maison un vendredi et mon médecin traitant est venu me voir le mardi suivant. Il m'a dit qu'il aurait voulu venir avant, mais il ne savait pas que j'étais sorti de l'hôpital... »

« ... On m'avait dit que je pouvais quitter l'hôpital et que si je me sentais bien je n'avais pas besoin d'être accompagné, je pouvais rentrer par mes propres moyens... C'était étrange : une minute avant, j'étais un patient et les infirmières s'occupaient de moi, la minute suivante, je trouvais mon chemin vers la sortie et appelais moi-même mon taxi... »

« ... Ils ne m'ont jamais dit que j'allais rentrer à la maison. Ils ont téléphoné à mon ami la veille, mais ils ne m'ont pas averti. La maison sentait le renfermé et il n'y avait rien à manger. Mon ami s'en est occupé, mais je pense qu'on aurait dû me mettre au courant... »

Les expériences rapportées ici soulèvent plusieurs questions : quels sont les devoirs et les responsabilités des soignants ? Quels sont les droits, mais aussi les devoirs des patients ? L'hôpital peut-il et doit-il se substituer aux familles dans la prise en charge de la sortie ? Ne devrait-il pas plutôt s'agir d'un engagement et d'une implication réciproques, dans le but de construire un projet partagé ?...

ORGANISATION DE LA SORTIE

La sortie permet de clore un séjour hospitalier, pour son bon déroulement elle doit se préparer le plus tôt possible dès l'admission voire la préadmission.

I. QUALITÉ PERÇUE

Qualité perçue : qualité expérimentée par le patient.

I.1. Influence de l'organisation de la sortie sur le taux de réhospitalisations

Pour plusieurs auteurs, une préparation insuffisante de la sortie induit, de manière directe ou indirecte, une augmentation du taux de réhospitalisations précoces, que celles-ci soient liées ou non au motif de la première hospitalisation (6, 7). L'étude réalisée au CHU de Grenoble, (8) durant le premier semestre 1997, fait apparaître que sur 469 dossiers analysés, pour 43 la réadmission du patient était due à une insuffisance dans la prise en charge lors de l'hospitalisation initiale (19 examens ou traitements insuffisants, 17 complications iatrogènes ou nosocomiales, 7 sorties trop précoces ou dont le suivi posthospitalier proposé était insuffisant) et/ou pour 10 elle était due à un défaut d'observance du patient (9 non-observances d'un régime ou d'un traitement et 1 non-observance du suivi médical proposé). Une étude réalisée au CHU de Limoges sur une année dans le service de pneumologie (9, 10) met en évidence que sur 40 dossiers analysés, pour 21 on pouvait évoquer un problème de prise en charge (2 cas d'inadaptation du traitement, 3 cas d'anxiété excessive lors du retour au domicile, 6 cas de récurrence d'une pathologie évolutive correspondant à une décision de sortie trop précoce, 7 patients en fin de vie et 3 cas d'altération de l'état général contrariant le retour au domicile, dus à une mauvaise évaluation de la sévérité de la situation).

A contrario, plusieurs études semblent démontrer que la mise en place d'un protocole d'organisation de la sortie permet une diminution du taux de réadmissions, en particulier concernant les patients âgés. Ainsi une étude anglaise (11) portant sur une population de personnes âgées bénéficiant d'un soutien à domicile dans les 2 semaines suivant leur sortie a mis en évidence une diminution significative du taux de réhospitalisations dans le groupe étudié, dans les 18 mois suivant la sortie (17,1 jours d'hospitalisation durant cette période contre 30,6 jours pour les patients appartenant au groupe témoin).

Plus récemment, une étude (12) portant sur un protocole d'organisation de la sortie et de suivi posthospitalier d'une population de patients âgés (363 patients, dont 186 dans le groupe témoin et 177 dans le groupe d'intervention) considérés comme étant « à risque » de sortie non réussie (patients âgés de 80 ans ou plus, absence de soutien à domicile, polyopathie, antécédents dépressifs, handicaps modérés à sévères, hospitalisations multiples dans les 6 derniers mois, antécédent d'hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours, mauvaise observance thérapeutique...) a permis de conclure que : les patients réhospitalisés au moins une fois dans un délai de 24 semaines après la sortie étaient plus nombreux dans le groupe témoin (37,1 % contre 20,3 % dans le groupe d'intervention) ; les patients bénéficiant du protocole étaient moins sujets à des réadmissions multiples (6,2 % contre 14,5 %) ; le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient dans les 24 semaines suivant la sortie était inférieur dans la population étudiée (1,3 contre 4,09) ; le délai avant une éventuelle réhospitalisation était supérieur dans le groupe d'intervention ($p < 0,001$).

I.2. Influence de l'organisation de la sortie sur les coûts

Cette même enquête conduite dans 2 hôpitaux universitaires de Pennsylvanie (12) s'attachait par ailleurs à mesurer l'impact économique direct de la mise en place du protocole de planification de la sortie et de suivi à domicile de patients âgés à risque, les dépenses étant évaluées sur la base des remboursements de soins médicaux intervenant dans les 6 mois après la sortie. Les coûts ont été évalués à 1,2 million de dollars dans le groupe témoin contre 0,6 million pour le groupe de patients ayant bénéficié de ce protocole.

De même, une étude (13) portant sur la rentabilité d'un protocole d'organisation de la sortie de patients âgés (information et éducation du patient et de son entourage, simplification et explication de la thérapeutique pour une meilleure observance, travail pluridisciplinaire et en liaison avec les soignants extrahospitaliers...) a mis en évidence une diminution significative du coût des soins hospitaliers dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin et également en comparaison avec l'année précédant la mise en place du projet.

Les informations collectées auprès du patient, des soignants hospitaliers et extrahospitaliers et la connaissance des infrastructures doivent permettre de prendre une décision de sortie optimale en terme d'adaptation aux besoins en soins des patients tout en tenant compte du contexte social et environnemental du patient et du coût des différentes options. Plusieurs auteurs ont insisté ainsi sur l'intérêt de la présence au sein de l'équipe d'une assistante sociale plus particulièrement formée à la prise en charge de patients spécifiques porteurs d'une pathologie chronique lourde (SIDA...) ou posant un problème psychosocial complexe (démence...) (14, 15).

Il est par ailleurs important que le patient et sa famille soient informés des conséquences financières des options choisies, aient connaissance des coûts respectifs des différentes solutions proposées et soient impliqués dans la décision, l'indifférence des consommateurs de soins à la question financière ayant probablement contribué à l'accroissement des dépenses (16).

Le Japon offre un exemple de dépenses de santé générées par une mauvaise organisation de la sortie. Une superstition encore très vivace influençait en effet souvent la décision de sortie de l'hôpital, les patients préférant terminer leur séjour certains jours de la semaine réputés porter bonheur et refusant de sortir les jours censés attirer la malchance et demandant donc à repousser leur sortie jusqu'au prochain jour « bénéfique ». On notait ainsi : un accroissement du nombre de sorties à certaines périodes, une augmentation de l'âge moyen des patients sortant les « jours de chance », cette croyance étant surtout répandue dans la population féminine et âgée, une augmentation notable de la durée de séjour dans cette population, non justifiée par des raisons médicales. Les équipes hospitalières préféraient le plus souvent adhérer à la demande des patients, de peur d'une altération de leurs rapports avec les malades et des conséquences psychologiques que pourrait entraîner la négligence de ces croyances, la prolongation de l'hospitalisation agissant comme un véritable placebo. L'auteur remarque par ailleurs que le risque de survenue d'infections nosocomiales est majoré par l'augmentation de la durée de séjour et que la complaisance des organismes de remboursement des soins ne permettait pas aux patients de réaliser l'importance des dépenses générées (17).

I.3. La sortie précoce a-t-elle un intérêt ?

On assiste depuis plusieurs années à une diminution globale de la durée moyenne de séjour, avec des sorties de plus en plus rapides. Celle-ci était de 8,7 jours en 1986 et de 6,9 jours en 1998. Selon Scott (18), la diminution de la durée de séjour (réduite de 53 % en moyenne entre 1970 et 1987 en France) résulte de différents facteurs : changement des pratiques, amélioration des techniques, modification du remboursement des hospitalisations, introduction de techniques de gestion, développement de la chirurgie ambulatoire, pression croissante visant à diminuer les budgets hospitaliers, volonté d'accroître le nombre d'admissions.

Les opinions des auteurs sont mitigées quant à l'intérêt réel des sorties précoces. Pour Townsend (19), les sorties prématurées cèdent souvent à diverses pressions : diminution à tout prix de la durée d'hospitalisation, libération impromptue d'un lit pour permettre une admission en urgence, raccourcissement d'une liste d'attente. Plusieurs facteurs s'opposent toutefois à cette tendance, qui sont le vieillissement de la population hospitalisée et le nombre important de patients âgés vivant seuls et sans soutien à domicile. Ainsi, les séjours hospitaliers sont peut-être moins longs, mais plus fréquents.

La compilation de 3 programmes de sortie précoce mis en place en Australie (18) (prise en charge des fractures du col fémoral chez la personne âgée dans un service de chirurgie orthopédique, sortie précoce de la mère et du nouveau-né dans un service d'obstétrique, prise en charge ambulatoire de patients atteints de cancers) conduit aux constatations suivantes : si la sortie précoce diminue bien sûr la durée moyenne de séjour, elle ne diminue que rarement les coûts générés, la réduction de la durée d'hospitalisation ne compensant pas toujours les dépenses engendrées par la mise en place du programme de sortie rapide. Dans tous les cas, l'évaluation de l'efficacité et de la rentabilité du protocole est complexe.

De même, une étude (20) portant sur l'impact économique d'une sortie précoce après accident vasculaire cérébral, réalisée à Londres et incluant 167 patients, a mis en évidence : une réduction de la durée moyenne de séjour de 12 jours contre 18 jours pour le groupe témoin bénéficiant d'une prise en charge conventionnelle ($p = 0,0001$) ; une augmentation du nombre de consultations auprès de différents intervenants tels que kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, médecins spécialistes, médecins généralistes ; un taux de réadmissions identique dans les deux groupes de patients ; une diminution des dépenses liées au séjour hospitalier, assortie en revanche d'une majoration des coûts en rapport avec la prise en charge extrahospitalière. Les résultats en terme d'économie sont donc à tempérer, même si un tel programme reste rentable et permet de proposer des alternatives thérapeutiques, dans un contexte de capacité d'accueil en milieu hospitalier limitée.

II. QUALITÉ ATTENDUE

Qualité attendue : qualité qui répond aux attentes des patients et des professionnels qui le prendront en charge après sa sortie.

II.1. Organisation et planification

Une planification de la sortie ne peut être efficace que si elle commence dès l'admission, voire la préadmission, avec une date ou période prévisible de sortie précocement fixée, permettant de préparer le patient et sa famille à la transition hôpital-domicile en évitant une organisation tardive et précipitée.

C'est dès ce moment que doivent être envisagés et réalisés les documents d'arrêt de travail afin que le patient puisse percevoir des indemnités journalières, le bulletin de situation ne permettant pas de les percevoir.

De même, pour les patients pour lesquels une affection de longue durée (ALD) est identifiée pour la première fois, il est nécessaire de faire les démarches auprès de l'assurance maladie le plus tôt possible au cours de l'hospitalisation afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge totale de leur séjour.

Pour de nombreux auteurs, le premier obstacle à une sortie réussie est le manque de planification, essentiellement lié à la réduction de la durée de séjour (21). Une sortie rapide restreint le temps consacré à l'éducation du patient et de sa famille, à la coordination des soins à domicile, à l'apprentissage d'une bonne observance des thérapeutiques prescrites, à l'information communiquée au médecin désigné par le patient, à l'organisation du suivi ultérieur. Les patients sortent avec un degré de dépendance croissant, entraînant un alourdissement de la prise en charge extrahospitalière. Des besoins insatisfaits ou mal évalués avant la sortie conduisent à une sortie «non réussie» : réhospitalisation précoce, recours aux services d'urgence, décès (7, 22).

Le manque de coordination entre les différents services et disciplines au sein de l'établissement est un autre obstacle à une préparation efficace de la sortie, la clé de cette communication étant la sensibilisation individuelle au sein des équipes à l'importance de la planification. Dans le contexte de rotation rapide des patients, celle-ci permet aux soignants de bénéficier d'une organisation plus efficiente et d'améliorer la prise en charge des patients. L'amélioration de la planification passera par un changement des mentalités dans les services de court séjour, afin d'envisager tous les facteurs relatifs au bien-être du patient et non plus seulement à la maladie, et par l'utilisation de documents écrits pour planifier la sortie (6).

II.2. Implication du patient et de son entourage dans l'organisation de la sortie

Tous les auteurs s'accordent sur l'intérêt d'une période de sortie prévisible précocement envisagée avec le patient. Le choix d'un jour de sortie que le patient estime approprié est l'un de ses critères de satisfaction (23). Les malades semblent souhaiter une prise en compte de leurs choix et de leurs préférences et désirent que leur entourage soit informé des décisions prises (5).

L'entourage éprouve aussi le besoin d'être davantage impliqué dans la préparation de la sortie. En effet, c'est souvent un membre de la famille qui assume la prise en charge du malade après le retour à domicile. Il a besoin d'être informé et préparé à cette tâche. En cas d'impossibilité du retour à domicile, l'entourage cherche à être informé sur les diverses possibilités de placement en institution.

Par ailleurs, patients et entourage estiment que l'impression de précipitation, de bousculade, donnée par le moment de la sortie, qui intervient parfois après une longue attente des ordonnances ou du moyen de transport, contribue à majorer l'anxiété générée par cet événement (3).

Dans tous les cas, les informations données à la famille ou à l'entourage doivent l'être dans le respect du secret médical et après accord du patient.

II.3. Orientation vers des structures extrahospitalières

La littérature étrangère et française rapporte une impression générale de carence en structures de suite corrélée à la demande (concernant les soins palliatifs et les établissements de long séjour), de difficultés d'accessibilité et de méconnaissance des spécificités de chacune, faisant obstacle à une bonne information des patients et des familles (6).

Une étude, ayant pour but d'analyser les besoins des personnes âgées à l'issue d'une hospitalisation, a permis d'identifier l'adéquation entre « sortie idéale » et « sortie réalisable en pratique » et les motifs d'inadéquation (24). La « sortie idéale » est définie comme le « mode de sortie correspondant le mieux aux besoins de santé actuels et prévisibles du malade, ainsi qu'à ses souhaits et à ceux de son entourage dans la situation théorique où tous les moyens d'aide à domicile et toutes les institutions citées seraient disponibles » ; la « sortie réalisable » tient compte des « disponibilités réellement existantes (au domicile du patient ou dans les structures institutionnelles), de l'état de santé du patient, de ses motivations et de celles de son entourage ».

Les causes d'inadéquation identifiées entre sortie idéale et sortie réalisable sont :

- soit liées aux structures (61 % des cas) : manque de disponibilité en maison de retraite, en service de long séjour dans le cas de dépendance grave ou en établissement de soins de suite et de réadaptation ; saturation des services nécessaires au retour à domicile (portage des repas, aides ménagères, infirmières à domiciles) ;
- soit relatives aux intéressés : retour à domicile limité par un manque de coopération de la famille ou un état de santé encore instable (les problèmes financiers ne sont pas identifiés dans la littérature comme un facteur limitant, il semble que la réalité soit autre) ; manque de coopération du malade ou de son entourage quand le mode de sortie est la maison de retraite ou le long séjour.

En somme, ce travail met en évidence à la fois la saturation des structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées et les difficultés de collaboration avec les patients et leurs familles. Cette double responsabilité est d'autant plus lourde s'agissant de sorties vers le long séjour en raison de pathologies évolutives ou d'une dépendance grave. Le service social hospitalier peut être facilitant tant dans la recherche de solutions que par les relais qu'il peut mettre en place.

Un contact précoce avec le médecin désigné par le patient paraît d'autant plus nécessaire pour ces patients, dans le but de mettre en œuvre un « projet de vie » prenant en compte toutes ces composantes.

La méconnaissance des structures d'accueil, de leurs spécificités et de leurs possibilités réelles d'assurer la prise en charge de patients nécessitant des soins plus ou moins lourds est identifiée par les membres du groupe de travail. Parfois des sorties de patients nécessitant un suivi et des soins qui ne peuvent être assurés dans ces structures conduisent à des réhospitalisations précoces.

III. QUALITÉ VOULUE

Qualité voulue : qualité définie par les professionnels eux-mêmes et le législateur.

III.1. Recommandations de pratique clinique

III.1.1. Organisation de la sortie

Un travail de réflexion sur l'organisation de la sortie conduit à l'hôpital général de Montréal (6) a conduit aux recommandations suivantes :

- ↳ **Planification** de la sortie qui doit débiter le jour de l'entrée, voire avant l'admission en dehors du cadre de l'hospitalisation en urgence. La durée du séjour doit être anticipée dès la préadmission et les éventuels obstacles à la sortie identifiés précocement.
- ↳ **Anticipation des besoins** du patient et de sa famille, d'ordre physique et psychosocial. Un questionnaire rempli à l'admission peut permettre d'identifier les patients « à risque » (sur lesquels une attention particulière doit être portée) nécessitant une planification structurée de la sortie.
- ↳ **Efficacité de l'organisation et compétence des intervenants.** Un système de contrôle doit permettre de vérifier la conformité de ce qui est entrepris avec ce qui était envisagé. La planification de la sortie des patients doit être régulièrement discutée en réunion interdisciplinaire avec les services de soins à domicile. Le coordonnateur de la sortie est de préférence une infirmière, au centre des interactions entre l'équipe soignante, le patient et sa famille.
- ↳ **Partenariat** avec le patient et sa famille qui doivent de façon indispensable participer à l'organisation de la sortie et, pour ce faire, recevoir toutes les informations nécessaires à leur collaboration, concernant les implications de la pathologie, l'aspect financier de la prise en charge, les droits et responsabilités de chacun. Il est proposé de convoquer la famille des patients « à risque » 24 à 48 heures après l'entrée pour mieux cerner les problèmes et les désirs de chacun et anticiper la sortie. Par ailleurs, des brochures d'information peuvent être remises aux patients à l'admission et à la sortie ; ces derniers doivent être éclairés sur les différentes possibilités d'hébergement en institution, maison de retraite, admission en service de soins de suite et de réadaptation ; ils doivent avoir accès aux informations émanant de sources extérieures (associations) et participer à des réunions avec l'équipe visant à préparer la transition de l'hôpital au domicile.
- ↳ **Communication et cohérence** entre les différents services, le patient et sa famille, en effectuant une présentation claire du rôle et des responsabilités de chaque acteur de la procédure de sortie. Le malade doit savoir ce qu'il peut attendre de chacun.
- ↳ **Gestion des ressources**, en particulier pour les populations identifiées par l'équipe comme étant « à risque » : patients psychiatriques très désocialisés et non intégrés dans une prise en charge traditionnelle, pour lesquels la préparation de la sortie devra être très structurée et le devenir, à l'issue du séjour, supervisé ; malades nécessitant des soins palliatifs, dont beaucoup restent très longtemps à l'hôpital avant d'y mourir et pour qui des stratégies de sortie adaptées doivent être développées ; carence en lit de long séjour, conduisant à des hospitalisations prolongées et inutiles en service de soins de court séjour et devant conduire à la recherche de solutions intermédiaires et temporaires.

Il s'agit de connaître les services offerts par chaque structure pour les corrélés aux besoins des patients, mais aussi de connaître leurs limites et, pour ce faire, de faciliter les contacts entre les différents établissements et intervenants.

III.1.2. Organisation du retour au domicile

Les visites de « présortie »

Le retour à domicile après un séjour en milieu hospitalier protégé pose problème pour un certain nombre de malades : patients âgés, patients atteints de déficits locomoteurs.

Des visites de présortie au domicile sont souvent proposées par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, dans le but d'évaluer les besoins du malade, d'adapter le domicile à l'état d'autonomie du patient et de favoriser la transition hôpital-domicile (25).

Une méta-analyse de différentes études réalisées sur ce sujet s'attache à mettre en évidence l'incidence réelle de ces démarches sur la vie des patients et les bénéfices éventuels en terme de coûts (26). Si ces visites de présortie semblent présenter des avantages, l'auteur insiste sur l'inexistence d'études randomisées permettant d'en préciser l'intérêt : quel est le meilleur moment pour pratiquer les visites au domicile ? Qui doit être présent ? Quels sont les patients qui en bénéficient le plus ? Influencent-elles la qualité de vie ? Limitent-elles le recours à l'institutionnalisation ? Permettent-elles de prévenir les chutes ? Sont-elles financièrement rentables en terme de bénéfice-coût ? Ont-elles un effet psychologique positif sur le patient et sa famille ? Toutes ces questions restent pour l'instant ouvertes.

Permissions de sortie

Le groupe de travail insiste sur l'intérêt pour certains patients des « permissions de sortie » qui permettent de reprendre contact avec l'environnement familial, de passer quelques heures au domicile et donc de mieux appréhender les problèmes qui pourront apparaître à l'issue de l'hospitalisation.

Utilisation d'une liste de contrôle

Un audit pratiqué dans un service de réadaptation fonctionnelle confirme l'intérêt du recours à une liste de contrôle lors de l'organisation du retour à domicile de patients porteurs de handicaps. Cette liste permet de récapituler tous les besoins du patient en termes d'équipements, de services à mettre en œuvre, d'intervenants extrahospitaliers à contacter et de modalités de suivi, ce dans le but d'une meilleure organisation de la sortie (27).

Choix de la date de sortie

Concernant le retour à domicile, de nombreux auteurs préconisent d'éviter les sorties les veilles de week-end et jours fériés, pour les patients âgés et vulnérables nécessitant une poursuite des soins au domicile (21, 28).

III.1.3. Intérêt des réseaux de soins

Un réseau a pour but et intérêt de coordonner les services autour du patient, s'attachant non seulement aux acteurs du processus de soins, mais aux relations entre ces différents acteurs. Il forme un lien entre les professionnels exerçant en ambulatoire et l'hôpital, afin d'améliorer la qualité des soins et de permettre une meilleure utilisation des ressources, en optimisant le rôle de chacun et en assurant la continuité de la prise en charge dans le temps, limitant ainsi les recours inutiles à l'hospitalisation. Les réseaux sont basés sur la

pluridisciplinarité et impliquent une communication entre les professionnels (identification des fonctions de chacun, mise en place de fiches de transmission standardisées, instauration de protocoles communs...). Ils nécessitent par ailleurs une coopération entre établissements, entre intervenants médico-sociaux hospitaliers et ambulatoires. Les réseaux ont donc un rôle à jouer dans la prise en charge posthospitalière des patients et la préparation du retour à domicile, en offrant une filière cohérente de prévention, de soin, d'évaluation et de suivi (29).

III.2. Manuel d'accréditation

L'accréditation a été mise en place en France par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Tous les établissements ont l'obligation de s'engager dans la procédure d'accréditation telle qu'elle est définie. L'évaluation de la prise en charge des patients par l'établissement est faite par rapport à un référentiel professionnel qui est actuellement le Manuel d'accréditation. Celui-ci comporte, dans le chapitre Organisation de la prise en charge des patients (OPC), une référence spécifique concernant l'organisation de la sortie :

OPC- Référence 12

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

D'autres références peuvent s'appliquer à l'organisation de la sortie :

OPC- Référence 4

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.

OPC- Référence 5

Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.

Droits et information du patient (DIP)

DIP- Référence 3

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.

Gestion des fonctions logistiques (GFL)

GFL- Référence 8

L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

III.3. Dispositions réglementaires

Des dispositions spécifiques concernant certaines catégories de la population accueillies dans les établissements de santé sont à prendre en compte dans l'organisation de la sortie et nécessitent souvent que celle-ci soit largement anticipée.

De même certaines conditions d'hospitalisation demandent une parfaite préparation de cet épisode du soin.

III.3.1. Patients mineurs

L'article 1384 du Code civil prévoit que l'hôpital se trouve titulaire du droit de garde des mineurs, par délégation de l'autorité parentale.

À sa sortie, le mineur ne peut être normalement remis qu'à ses père, mère, tuteur ou gardien ou à défaut, à une personne désignée, par écrit, par l'un d'entre eux et qui devra présenter une pièce d'identité.

L'article 63 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 (30) relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux stipule que les personnes auxquelles sera remis l'enfant doivent être informées de sa sortie prochaine. Elles devront prévenir l'administration, par voie téléphonique, par exemple, si le mineur a l'autorisation de quitter seul l'établissement (31).

Dans le cas d'un enfant venu spontanément et dont les parents ne sont pas joignables, il convient de saisir le juge des enfants si les parents sont introuvables passé quelques heures, surtout si l'enfant est jeune ou paraît en situation précaire.

L'établissement hospitalier pourrait voir sa responsabilité engagée :

- s'il n'a pas essayé de prendre contact avec les parents ;
- s'il ne s'est pas assuré que les parents n'étaient pas opposés au départ seul de l'enfant ;
- s'il n'a pas pris les dispositions nécessaires en cas de fugue ;
- s'il n'a pas, le cas échéant, saisi le juge.

La responsabilité serait alors engagée sur la base d'un mauvais exercice du devoir de garde, voire sur un défaut de surveillance.

En ce qui concerne le nouveau-né, sauf nécessité médicale, abandon ou décision de justice, il quitte l'hôpital avec sa mère. Cette règle s'explique par certaines situations de conflit familial pour lesquelles une décision de justice n'a pas encore été rendue (parents séparés ou en instance de séparation).

III.3.2. Incapables majeurs

La loi du 3 janvier 1968 (32) prévoit la protection du majeur « qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'incapacité de pourvoir seul à ses intérêts » et s'applique aux malades mentaux et à tous ceux dont les troubles « empêchent l'expression de la volonté », que ceux-ci résultent d'une maladie, d'une infirmité ou d'un affaiblissement dû à l'âge.

- *La sauvegarde de justice* : il s'agit d'une mesure immédiate mais temporaire, visant à protéger des patients dont l'altération des facultés mentales est peu importante ou passagère, ou avant instauration de l'un des deux autres régimes. Elle procure la possibilité d'action en nullité ou en réduction pour excès, la personne protégée ne pouvant ainsi se léser. En revanche, le malade placé sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de tous ses droits civils et civiques.
- *La curatelle* : elle concerne un malade ayant besoin « d'être conseillé et contrôlé dans les actes de la vie civile », et assure une protection durable mais adaptée et souple, conservant au patient une autonomie d'administration de son patrimoine.
- *La tutelle* : c'est un régime de représentation continue, qui prive le patient de ses droits civils, civiques et juridiques.
Lors de la sortie des patients sous tutelle les dispositions à prendre sont les mêmes que celles qui s'appliquent pour les mineurs.

III.3.3. Militaires

Si leur sortie obéit aux règles de la sortie de l'adulte civil, un bulletin de situation doit cependant être adressé au médecin chef de l'hôpital militaire et au chef de corps dont dépend le patient, voire à la gendarmerie.

III.3.4. Personnes démunies

L'article L.711-4-5, introduit dans le Code de la santé publique par la loi d'orientation contre l'exclusion du 29 juillet 1998, prévoit que les établissements de santé garantissent la continuité des soins « en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation ».

III.3.5. Détenus libérés

De par la circulaire n° 45 du 8 décembre 1994 (33), les missions sanitaires attribuées au service public hospitalier, au sein des unités carcérales, nécessitent l'application de dispositions préliminaires à la sortie des détenus libérés tant au niveau des soins qu'au niveau des droits d'accès aux soins.

D'une part, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unités hospitalières en milieu pénitentiaire, responsabilisent le détenu sur la nécessité de soins réguliers à poursuivre par :

- la remise d'une lettre destinée au médecin désigné par le patient comportant le nom et les coordonnées du médecin traitant en milieu pénitentiaire et les données médicales ;
- la remise d'une ordonnance pour éviter la rupture de traitement ;
- la remise d'un document établi par le service hospitalier permettant au libéré de connaître ses droits en matière d'accès aux soins et l'adresse des lieux d'accueil comme les consultations médicales gratuites, les centres de dépistage du VIH, les centres d'alcoologie, les centres médico-psychologiques proches de son domicile.

D'autre part, le service administratif et le service pénitentiaire d'insertion et de probation doivent prévoir avec le détenu de rassembler les documents nécessaires afin qu'il puisse bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social (carte d'identité, attestation d'affiliation à la CPAM de son lieu de résidence et ouverture des droits...). En effet, à leur libération, les droits sont maintenus pendant 3 ans, exception faite pour les étrangers.

III.3.6. Détenus nécessitant un suivi psychiatrique

Depuis 1986, le service médico-psychologique régional (SMPR) ou l'établissement public de psychiatrie désigné dispensent les soins psychiatriques aux détenus en milieu carcéral. À la sortie d'un détenu, le secteur de psychiatrie générale situé à proximité du lieu de résidence du libéré doit être contacté par le SMPR en vue du suivi postcarcéral.

III.3.7. Hospitalisation sous contrainte

L'hospitalisation sous contrainte, déterminée par la loi du 27 juin 1990 (34), est essentiellement appliquée aux malades mentaux, dont la maladie a souvent comme corollaire une altération du discernement et un refus des soins.

- *Hospitalisation à la demande d'un tiers* : elle s'applique quand les troubles du patient rendent impossible son consentement et que son état nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance en milieu hospitalier spécialisé. Une demande manuscrite d'admission est alors signée par un tiers (membre de la famille, de l'entourage ou agissant dans l'intérêt du patient) et deux certificats médicaux circonstanciés sont établis.

La sortie du malade est alors prononcée :

- par le médecin qui constatera que les conditions de l'hospitalisation à la demande d'un tiers ne sont plus justifiées ;
 - en l'absence des certificats réglementaires (certificats initiaux, certificat « immédiat » rédigé dans les 24 heures par un psychiatre de l'établissement, certificat de « quinzaine » confirmant la nécessité de la poursuite de l'hospitalisation), sur injonction du préfet ;
 - sur requête des curateur, conjoint ou concubin, ascendants, descendants majeurs, auteur de la demande d'admission, personne autorisée par le conseil de famille, Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (35).
- *Hospitalisation d'office* : mesure administrative prise par le préfet (par le maire ou le commissaire de police en cas de danger imminent), elle concerne les patients compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes et nécessite la rédaction d'un certificat médical circonstancié. Un certificat immédiat est établi dans les 24 heures par un psychiatre de l'établissement d'hospitalisation, puis des certificats de « quinzaine », puis mensuels, confirment la poursuite du placement.
La sortie est prononcée par arrêté préfectoral sur demande d'un psychiatre ou de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Par ailleurs, l'arrêté provisoire du maire ou du commissaire devient caduc après 48 heures en cas de non-confirmation préfectorale. Enfin, dans le cas d'une hospitalisation d'office suite à un non-lieu judiciaire (par application de l'article 122-1 du Code pénal qui établit l'irresponsabilité pénale), la sortie ne peut être prononcée par le préfet qu'après 2 expertises psychiatriques indépendantes et convergentes.

Sorties d'essai : elles peuvent être décidées par le médecin de l'établissement en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, et par le préfet dans le cas de l'hospitalisation d'office, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre. Sa durée peut aller jusqu'à 3 mois renouvelables.

III.4. Transport sanitaire

Lorsque l'on organise la sortie du patient vers le domicile, ou dans le cas d'un transfert, il est indispensable d'envisager la nécessité d'un transport sanitaire. Leur utilisation est réglementée et nécessite donc le respect de certaines formes.

Selon l'article L.51-1 du Code de la santé publique : « Constitue un transport sanitaire [...] tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. »

Les établissements publics de santé doivent respecter les principes suivants :

- l'hôpital doit fournir au patient les justificatifs nécessaires à la prise en charge du transport par l'assurance maladie, la prescription médicale indiquant le moyen le moins

onéreux compatible avec l'état du malade (article L.322-5 du Code de la sécurité sociale) ;

- le patient a le libre choix de l'entreprise qui assure son transport vers le domicile ou vers un autre établissement. L'hôpital doit lui communiquer le cas échéant la liste des entreprises de transport du département ;
- l'établissement doit réguler le flux des transports, afin d'éviter des attentes incompatibles avec l'état de santé des malades (1).

En revanche, dans le cas d'un transfert provisoire dans un autre établissement pour des examens, par exemple, ou en cas de mutation d'un service à un autre au sein du même établissement :

- l'établissement a la responsabilité du transport et garde le choix de l'entreprise qui l'assure ;
- l'établissement en assume le coût, inclus dans sa tarification.

Dans le cas d'un patient hospitalisé en centre de rééducation ou en maison de convalescence suite à une intervention chirurgicale :

- le transport est à la charge de l'établissement d'accueil, s'il est effectué à la demande de celui-ci ;
- les frais en sont assumés par l'établissement de départ si la demande de transport émane du service où a eu lieu l'intervention (et non par l'assurance maladie, contrairement à une réglementation antérieure).

Dans les autres cas le malade assume le coût du transfert, mais peut bénéficier d'une prise en charge par sa caisse d'assurance maladie, selon les termes du décret du 6 mai 1988 (art. R.322-10 du Code de la sécurité sociale).

IV. SITUATIONS PARTICULIÈRES

Il arrive dans certains cas que la sortie se passe dans des conditions qui ne sont pas celles que les professionnels, comme les patients, considèrent comme satisfaisantes. Ces modes de sortie sont encadrés sur le plan juridique et devraient, malgré tout, être le plus possible organisés.

IV.1. Sortie contre avis médical

La sortie contre avis médical s'inscrit dans un cadre légal défini par la loi bioéthique 94-653 du 29 juillet 1994 (36), l'article 16-3 du Code civil, l'article 36 du Code de déontologie médicale, les articles 60 et 42 du décret 74-27 du 14 janvier 1974 (30).

Elle fait l'objet, dans le Manuel d'accréditation, de la référence 6 du chapitre Droits et information du patient (37) : «Le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques qu'il court [...]»

En pratique, il s'agit de prendre en compte les dimensions administrative, médicale et juridique de cet acte :

- le patient (ou ses parents dans le cas d'un mineur) doit être informé, par le médecin, de manière loyale et claire sur les risques qu'il encourt. En cas de persistance du refus de soins, cette information doit être mise par écrit, dans le respect du secret professionnel, et remise au patient, qui la signe en présence d'un tiers soignant ;
- dans le cas où le patient refuse de signer cette « décharge de responsabilité », un procès-verbal de constat de refus est rédigé, toujours en présence d'un tiers soignant ;

- si le médecin constate que le patient est inapte au consentement, celui-ci doit être protégé par une mesure d'hospitalisation sous contrainte ;
- il est par ailleurs souhaitable d'avertir le médecin désigné par le patient, en lui précisant les conditions de sortie de son patient ; d'adresser à ce dernier un courrier insistant sur la nécessité de traitement et la possibilité de revenir sur sa décision ; enfin, de s'assurer du bon retour à domicile du malade.

IV.2. Fugue ou sortie à l'insu du service

La responsabilité de l'établissement peut être engagée sur la base d'un défaut de surveillance, en particulier dans le cas d'un mineur, d'une personne protégée ou incapable, d'un patient au comportement agité ou susceptible de se mettre en danger.

Les mesures à appliquer sont les suivantes :

- les procédures internes : faire effectuer des recherches dans les abords immédiats du service et de l'établissement ; informer l'administrateur de garde ; établir un document type destiné au dossier du patient, au directeur, au médecin désigné par le patient, voire à la famille ;
- les procédures externes : elles concernent les mineurs et les personnes protégées et sont associées aux mesures internes (appel des services de police ou de gendarmerie ; alerte de la famille ou du tuteur ; alerte du médecin désigné par le patient).

IV.3. Sortie par mesure disciplinaire

Il s'agit d'une mesure de caractère exceptionnel, rarement utilisée, consistant à retirer au patient son statut d'usager en prononçant sa sortie d'office.

Le chef de service communique au directeur de l'établissement un rapport écrit et circonstancié sur le comportement jugé inacceptable d'un patient. Celui-ci pourra répondre aux accusations portées contre lui, après quoi le directeur d'établissement statuera, prenant une décision motivée et notifiée par écrit à l'intéressé.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES

Dans la littérature anglo-saxonne de nombreux audits publiés sur le thème de la sortie du patient mettent en évidence les difficultés rencontrées, notamment, en terme de difficultés de communication et d'information.

I. QUALITÉ PERÇUE

Qualité perçue : qualité expérimentée par le patient.

I.1. Éducation du patient

De nombreux patients quittent les établissements de santé avec des traitements médicamenteux. Pour certains de ces traitements l'information nécessaire doit être traitée comme une véritable éducation comportant un apprentissage. Celle-ci devra être engagée de façon précoce au cours de l'hospitalisation d'autant plus si le patient retourne à son domicile.

Elle devrait porter sur :

- la prise du médicament ;
- les effets indésirables ;
- les interactions médicamenteuses ;
- les éléments à surveiller ;
- les signes devant amener à consulter un médecin en urgence ;
- la recherche de moyens permettant une prise régulière sans oublier.

Cette éducation devrait favoriser l'adhésion du patient au traitement et dans certains cas éviter des hospitalisations.

Une étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance en 1998 avait mis en évidence que 13 % des hospitalisations pour effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des hôpitaux publics français étaient liés à un accident hémorragique sous antivitamines K (38).

Cette étude concerne les patients ayant été mis sous traitement antivitamines K tant en milieu hospitalier qu'en médecine ambulatoire. Ces résultats mettaient en évidence la nécessité de bien informer les patients sur leur traitement. Cette responsabilité incombe aux établissements de santé lorsque le patient a été hospitalisé.

L'éducation du patient peut porter également :

- sur des éléments de surveillance, par exemple, surveillance de la glycémie pour un patient diabétique insulino-dépendant ;
- sur des soins à réaliser, par exemple, soins des seins pour une mère allaitant son nouveau-né ;
- sur le suivi d'un régime alimentaire, par exemple, pour des patients ayant une hypercholestérolémie ;
- sur l'hygiène, par exemple, surveillance des pieds chez les patients diabétiques ou artéritiques ;
- sur une prise en charge particulière, par exemple, pour les patients stomisés ou trachéotomisés.

I.2. Continuité de l'information médicale : le compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, ou des personnels d'autres établissements dans le cas des transferts, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie.

Le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins.

Diverses études ont été menées concernant les caractéristiques du courrier de sortie.

Une démarche d'amélioration de la qualité, réalisée au CHU de Grenoble (39), a porté sur 960 séjours en service de médecine ou de chirurgie durant l'année 1993.

Les principales constatations sont les suivantes :

- le *taux de présence* du courrier de sortie dans le dossier est de 84 % ;
- le *signataire* du courrier est un interne dans 43 % des cas ;
- le médecin traitant habituel du patient est *destinataire* du courrier dans 85 % des cas ;
- le courrier est édité dans un *délai* inférieur à 8 jours pour 54 % des séjours.

Pour François (39), les facteurs influençant les caractéristiques du courrier de sortie sont :

- ↳ liés au séjour : l'exhaustivité est meilleure et le délai d'édition est plus court quand la durée de séjour est plus longue ; le courrier est plus souvent présent quand le patient est adressé par son médecin que quand il est admis *via* le service d'urgences ; un courrier est réalisé dans 99 % des transferts vers un autre établissement, 85 % des retours à domicile, 83 % des mutations internes ;
- ↳ liés au service : il s'agit d'indices d'activité (nombre élevé de lits, nombre élevé de séjours par an, inversement proportionnels au taux de présence du courrier de sortie dans les dossiers) et d'indicateurs de moyens (nombre de micro-ordinateurs, de secrétaires et de médecins rapportés au nombre d'entrées).

Les principaux problèmes liés au compte rendu d'hospitalisation tiennent à son contenu et à son délai d'émission.

Les informations jugées les plus importantes (40) par les médecins correspondants sont :

- le détail du traitement de sortie (comprenant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée) ;
- les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation (résultats positifs, mais aussi négatifs) ;
- les modalités de suivi conseillées ou proposées ;
- les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie.

Les médecins traitants souhaitent également être informés du pronostic de la pathologie présentée, les patients les interrogeant souvent à ce propos. Ils voudraient également que la destination du patient (domicile, institution...) soit précisée.

Pour Clements (41), outre les éléments précédents, doivent être notifiées les coordonnées précises du patient (nom, adresse, date de naissance, numéro d'hospitalisation), les dates

d'admission et de sortie, les coordonnées exactes du correspondant ayant pris le patient en charge et de la personne ayant rédigé le courrier.

Pour de nombreux auteurs se pose en effet le problème du rédacteur du courrier de sortie. Tous insistent sur la nécessité d'une relecture et d'une vérification soignée des courriers par les médecins ayant pris en charge le patient, afin de limiter le nombre d'erreurs (42, 43).

Le délai maximum acceptable entre la sortie du patient et la réception du courrier de sortie varie selon les articles. Le plus communément admis est celui de 8 jours qui correspond en France à une contrainte réglementaire (article R.710-2-6 du Code de la santé publique).

Une des solutions parfois proposée est de remettre directement au patient un exemplaire du compte rendu d'hospitalisation, qu'il communiquera à son médecin lors de sa prochaine consultation (43, 44).

Les auteurs anglo-saxons ont beaucoup travaillé sur la manière d'améliorer la forme, le contenu et le délai de transmission des courriers de sortie. Ils ont démontré l'intérêt de l'outil informatique dans la rédaction de courriers standardisés, ainsi que l'utilisation de la télécopie pour raccourcir les délais d'émission (45-49).

Pour Paterson (50), un résumé d'hospitalisation formalisé et faxé au médecin désigné par le patient permet - en échappant à la forme narrative et en structurant le compte rendu - une rédaction plus rapide, une meilleure lisibilité, une extraction plus simple de l'information, une utilisation possible des données dans un but d'audits et un délai de réception le plus souvent inférieur à 48 heures.

Se pose toutefois le problème de l'identification du médecin désigné par le patient et de la notification de ses coordonnées précises dans le dossier. Le cadre réglementaire français n'exclut pas la transmission par télécopie, mais quelques précautions sont nécessaires : avoir obtenu l'accord préalable du praticien destinataire des informations médicales et s'être assuré que son télécopieur est situé en un lieu offrant toute garantie de confidentialité. Il est à noter cependant que toute erreur de numérotation qui ferait parvenir le document à un tiers serait constitutive d'une faute susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement expéditeur. L'envoi des documents par télécopie ne remplace pas l'obligation d'adresser au praticien désigné par le patient les documents originaux (article R 710-2-6 du Code de la santé publique).

II. QUALITÉ ATTENDUE

Qualité attendue : qualité qui répond aux attentes des patients et des professionnels qui le prendront en charge après sa sortie.

II.1. Besoin d'information

Les patients et leurs familles souhaitent davantage d'informations et une meilleure communication avec l'équipe soignante. L'information reçue leur paraît souvent insuffisante, peu claire et dispensée trop tardivement et à la hâte (51).

Souvent, ils n'osent pas interroger les soignants, ou faire répéter les consignes, et préfèrent avoir un référent au sein de l'équipe, qui soit leur interlocuteur privilégié (3).

Le besoin d'information concerne :

- la maladie elle-même ;
- ses implications sur les activités de la vie quotidienne (puis-je conduire ma voiture ? prendre un bain avec ma sonde à demeure ?...);

- les médicaments prescrits et leurs éventuels effets secondaires ;
- les signes d’alerte et symptômes devant amener à craindre une rechute ou à consulter ;
- les aspects financiers de leur prise en charge ;
- des conseils pratiques de diététique ou d’éducation à la santé au sens large.

Les malades souhaitent recevoir une information étayée par des documents écrits, pour ne pas oublier les consignes données parfois en période de stress ou d’affaiblissement, en langage adapté à leur niveau de compréhension, et réitérée. Cette information écrite ne peut que compléter l’information donnée oralement et non s’y substituer. Ces informations seront données au patient au cours du séjour de façon à lui permettre de les intégrer.

II.2. Rôle des associations de patients

Le développement et la multiplication des associations de patients correspond à une évolution de la mentalité des patients et de leur entourage, qui souhaitent aujourd’hui être impliqués dans la prise en charge de leur pathologie, mieux informés et éduqués (52).

Leur rôle recouvre :

- une aide matérielle, à travers la diffusion de renseignements pratiques, d’adresses, de conseils de vie quotidienne ;
- une diffusion d’informations par l’édition de brochures, de journaux ;
- un soutien moral aux patients et aux familles ;
- une aide pour la recherche, grâce à la collecte de fonds ;
- des actions de prévention, en faisant de précieux partenaires tant pour les patients que pour les soignants.

Il semble nécessaire que les soignants soient informés de l’existence des diverses associations, afin d’en informer à leur tour leurs patients et de leur offrir s’ils le souhaitent des possibilités de rencontres.

Ces associations sont des aides précieuses pour les professionnels car elles se positionnent le plus souvent comme des relais d’information apportant aux patients une autre vision de leur pathologie. Elles permettent de rencontrer d’autres personnes atteintes de la même pathologie. Elles peuvent apporter un soutien psychologique et technique lorsque les patients quittent le milieu hospitalier pour leur domicile. Certaines d’entre elles ont trouvé une place de véritable partenaire des professionnels dans l’éducation des patients.

II.3. Prise en compte des problèmes générés par la transition avec le domicile

Les soignants ne doivent pas sous-estimer combien il peut être angoissant pour certains malades de quitter un milieu de soins, avec la présence constante d’une infirmière ou d’un médecin qui répond à leur appel, pour le domicile où ils se sentent moins en sécurité (3). Dans ces cas, un support moral et émotionnel est nécessaire pour quitter sereinement le statut de patient.

Les usagers reprochent par ailleurs aux équipes hospitalières le manque de prise en compte des symptômes prévisibles qui apparaissent souvent dans les jours suivant la sortie (25) :

- gestion insuffisante de la douleur ;
- insomnie ;
- troubles du transit ;
- difficultés pour la toilette et les soins d’hygiène ;
- difficultés pour la prise des médicaments ;

- troubles du comportement pour les jeunes enfants.

- **Le transfert des patients hospitalisés**

Le transfert intra ou interétablissement, qui implique pour le patient un changement de lieu, d'équipes médicale et paramédicale, d'habitudes de séjour, est un acte de soin à part entière, décidé sur prescription médicale, impliquant les équipes soignantes, sociales et administratives. Ce transfert est souvent générateur d'anxiété pour le patient. Il s'agit d'un processus complexe, qui risque de générer des dysfonctionnements tels que perte d'information, manque de coordination entre les intervenants, désorganisation du service d'accueil, transmission d'infections nosocomiales...

Lorsque le patient est transféré au sein d'un même établissement, l'utilisation d'un dossier commun permet d'optimiser la transmission des informations.

Une démarche qualité instaurée en France dans la région Haute-Normandie (53) et visant à améliorer la transmission de l'information et les conditions du transfert a conduit aux recommandations suivantes :

- **Une information efficiente :**

- doit être honnête, synthétique, concertée, personnalisée, sécurisée dans un but de confidentialité, écrite et fiable, complétée d'un contact oral ;
- doit éclairer le patient et son entourage sur les buts du transfert, les caractéristiques du service d'accueil, l'aspect financier de la prise en charge ;
- doit renseigner l'établissement d'accueil sur les aspects médicaux, paramédicaux, sociaux de la prise en charge du patient et sur les objectifs du transfert ;
- devrait procurer à l'établissement d'origine des renseignements sur l'organisation du service qui accueillera le patient et les prestations proposées.

L'implication de tous les acteurs concernés est capitale (infirmières, assistantes sociales, kinésithérapeutes, médecin traitant, services de soins à domicile) ; l'ambulancier joue un rôle fondamental : il doit donc avoir connaissance des éléments d'information exploitables (adéquation du mode de transport, respect des horaires, respect des règles d'hygiène, de la sécurité et du confort du patient).

- **Un transfert préparé et intégré au projet de soins :**

- le transfert doit être anticipé et discuté avec le patient et sa famille ;
- des référents sont désignés pour chaque transfert ;
- les obligations légales sont respectées.

- **Une procédure évaluée :**

- le contenu du dossier de transfert est vérifié au moment du départ et de l'arrivée à l'aide d'une liste type comportant un volet administratif, médical, paramédical et social ;
- la satisfaction des différents partenaires est mesurée (questionnaire de satisfaction) ;
- des audits internes sont réalisés.

III. QUALITÉ VOULUE

Qualité voulue : qualité définie par les professionnels eux-mêmes et le législateur.

Pour ce qui concerne l'information nécessaire à donner au cours du séjour et au moment de la sortie les professionnels et le législateur ont proposé des cadres de référence.

III.1. Manuel d'accréditation

Le Manuel d'accréditation qui est, comme nous l'avons déjà souligné, un référentiel professionnel comporte au sein de plusieurs chapitres des références qui peuvent s'appliquer au processus de préparation de la sortie quant aux informations nécessaires à consigner dans le dossier ou à transmettre aux professionnels qui assureront la suite de la prise en charge.

Nous avons identifié les références suivantes :

Droits et information du patient (DIP)

DIP- Référence 3

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour.

DIP- Référence 4

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.

DIP- Référence 5

Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.

DIP- Référence 6

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation.

DIP- Référence 7

Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient.

Dossier du patient (DPA)

DPA- Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

DPA- Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA- Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Organisation de la prise en charge des patients (OPC)

OPC- Référence 5 (déjà citée dans le précédent chapitre)

Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.

OPC-Référence 12 (déjà citée dans le précédent chapitre)

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

Gestion de la qualité et prévention des risques (QPR)

QPR- Référence 2

Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des « clients » est en place.

Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)

VST- Référence 4

L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.

III.2. Charte du patient hospitalisé (54)

La charte contient des dispositions concernant les informations qu'il est nécessaire de donner au patient et à ses proches.

De l'information du patient et de ses proches

« [...] Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences. »

III.3. Dispositions réglementaires

III.3.1. Information du médecin désigné par le patient

Afin de permettre au médecin désigné par le patient de le suivre le législateur a prévu qu'il soit informé précocement.

Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 (55) : « Les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. »

III.3.2. Compte rendu d'hospitalisation

Le compte rendu d'hospitalisation regroupe les principales informations du dossier médical. Il est un outil essentiel de communication, constituant une synthèse du séjour dans l'établissement.

L'article R.710-2-1 du Code de la santé publique en fait un élément obligatoire du dossier médical.

III.3.3. Carnet de santé

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 (56) prévoit que tout patient de plus de 16 ans possède un carnet de santé, instrument de liaison entre les différents personnels de santé, « afin de favoriser la continuité des soins ».

Les médecins amenés à donner des soins au patient doivent porter sur le carnet de santé les constatations pertinentes pour le suivi médical du patient, notamment la mention des actes effectués et celles des principaux examens et traitement. Ce, dans le respect des règles de déontologie et en accord avec le patient.

Le décret d'application n° 96-925 du 18 octobre 1996 (57) stipule que le carnet de santé d'un patient hospitalisé est rempli :

- dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, par le praticien responsable de chaque structure médicale ayant pris en charge l'intéressé ou par tout autre membre du corps médical de cette structure, désigné par le praticien responsable ;
- dans les autres établissements de santé, par le ou les médecins ayant pris en charge l'intéressé.

À ce jour on peut faire le constat que le carnet de santé est peu utilisé, il n'a pas répondu à sa mission, les patients l'ayant rarement sur eux et les médecins ne le demandant pas.

CONTINUITÉ DES SOINS

Lorsqu'un patient quitte l'établissement de santé celui-ci doit s'assurer qu'il dispose de tous les éléments lui permettant de pouvoir recevoir les soins que son état de santé nécessite.

I. QUALITÉ PERÇUE

Qualité perçue : qualité expérimentée par le patient.

Les travaux recensés dans la littérature concernant la continuité des soins à l'issue d'un séjour hospitalier portent sur l'ordonnance de sortie.

La prescription du traitement de sortie, à poursuivre à l'issue du séjour, joue un rôle capital dans la continuité des soins, le patient ne consultant souvent son médecin traitant qu'après un certain délai. Les auteurs s'accordent, par ailleurs, sur le fait que la qualité de rédaction des ordonnances et les explications qui les accompagnent en améliorent l'observance.

Une étude pratiquée dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine (58), portant sur cent ordonnances de sortie rédigées à l'issue d'une hospitalisation dans le département de médecine interne de l'hôpital Cochin, s'attache tant au fond qu'à la forme afin d'apprécier la pertinence des ordonnances.

Concernant la rédaction des prescriptions, qui conditionne leur bonne compréhension par le pharmacien comme par le patient, les principales erreurs dénombrées sont :

- une mauvaise graphie : écriture illisible, fautes d'orthographe, abréviations ;
- des fautes d'inattention pouvant entraîner des confusions de dénomination, de dosage ;
- un manque de précision de la posologie, de la durée de traitement, des régimes associés.

Par ailleurs, un travail a été réalisé en septembre 1999 pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en pharmacie (59) et a pour thème « La prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation hôpital-pharmacie d'officine ». L'analyse d'un questionnaire adressé à 9 pharmaciens d'officine et de 43 ordonnances hospitalières présentées dans une pharmacie, sur une période de 15 jours, met en évidence les dysfonctionnements suivants :

- Défaut de qualité de la rédaction des ordonnances :
 - le nom du prescripteur n'est pas noté ou est illisible (75 % des cas) ;
 - le tampon du service n'est pas présent (75 % des cas) ;
 - le prescripteur est difficile à joindre en cas de nécessité (65 % des cas).
- Ordonnances incomplètes :
 - le dosage des médicaments n'est pas précisé, alors qu'il en existe plusieurs (90 % des cas) ;
 - il manque du matériel nécessaire à l'administration du médicament (aiguilles pour stylo injecteur d'insuline par exemple).
- Ordonnances imprécises :
 - la durée du traitement n'est pas indiquée ;

- les caractéristiques des dispositifs médicaux ne sont pas citées : taille, diamètre, références. 25 % des pharmaciens interrogés soulèvent aussi la question des caractéristiques des produits hospitaliers, différentes de celles des dispositifs disponibles en ville ;
 - les ordonnances confiées au pharmacien d'officine comportent des médicaments de la réserve hospitalière, obligatoirement délivrés par la pharmacie de l'hôpital ;
 - les prescriptions concernent des médicaments à un dosage hospitalier, non disponibles en ville ;
 - les protocoles spécifiques ne sont pas toujours appliqués (prescription restreinte, médicaments d'exception, stupéfiants) ;
 - les produits prescrits sont sur le point d'être commercialisés, mais non encore disponibles.
- Autres :
 - les prescriptions de produits non pris en charge par la sécurité sociale selon le TIPS (tarif interministériel des prestations de santé). Ces produits ne sont pas non plus remboursés par les mutuelles ; de plus, tous les patients n'ont pas de couverture complémentaire. Dans ces situations, il est possible d'obtenir des aides financières auprès de différents organismes par l'intermédiaire du service social de l'établissement ;
 - les dysfonctionnements occasionnés par les sorties d'hôpital le samedi après-midi quand le pharmacien ne dispose pas du médicament prescrit, la livraison étant impossible le samedi soir.

D'autres aspects relatifs à la qualité des ordonnances de sortie ont été soulevés par les membres du groupe de travail :

- le non-respect pour certaines thérapeutiques des indications et autorisations de mise sur le marché ;
- la mauvaise utilisation des ordonnances bizones de prise en charge à 100 % ;
- les modifications ou arrêt de prescriptions antérieures non clairement spécifiés ;
- le problème posé lors du séjour par la poursuite du « traitement personnel » géré par le patient ;
- la discordance fréquente entre le traitement spécifié sur la lettre de sortie remise au patient et celui figurant sur le courrier de sortie reçu ultérieurement par le médecin désigné par le patient ;
- le défaut d'anticipation des prescriptions relatives aux thérapeutiques délivrées par la pharmacie hospitalière, occasionnant des déplacements inutiles pour le patient, le défaut d'information sur l'endroit où le patient peut se les procurer ;
- l'oubli des prescriptions d'examen complémentaires nécessaires au suivi du traitement ;
- le défaut d'information du patient sur les interactions médicamenteuses possibles avec des antalgiques qui seraient pris en automédication.

II. QUALITÉ ATTENDUE

Qualité attendue : qualité qui répond aux attentes des patients et des professionnels qui le prendront en charge après sa sortie.

II.1. Prescriptions de sortie

L'**ordonnance de sortie** doit être lisible, pertinente quant aux choix des médicaments prescrits et doit inciter à une bonne observance (58, 59) :

- une rédaction lisible :
 - l'ordonnance doit être si possible dactylographiée,
 - les noms de spécialités et les posologies sont inscrites en majuscules,
 - le nom et la qualité du rédacteur sont en majuscules, pour que le pharmacien d'officine puisse l'identifier en cas de problème ;
- un choix de spécialités pertinent : l'utilisation de médicaments dont l'usage est familier doit être privilégiée pour éviter les erreurs d'appellation et de posologie ;
- pour une meilleure observance :
 - l'ordonnance hospitalière de sortie comporte peu de médicaments,
 - elle est prescrite pour une courte durée, afin que le patient consulte rapidement son médecin traitant,
 - elle est expliquée au patient ; pour certains traitements, antivitamine K par exemple, une information écrite peut être donnée en complément. Il faut alors s'assurer de la compréhension par le patient ;
- il est souhaitable de prévenir le pharmacien avant la sortie en cas de prescription spécifique, et ce surtout le week-end ;
- le dossier médical du patient pourrait comporter les coordonnées du pharmacien habituel le cas échéant.

Dans les pays anglo-saxons, la résolution souvent adoptée est la délivrance au patient par la pharmacie de l'hôpital des médicaments prescrits à sa sortie, et ce pour une durée variable. Pour Anderson (60), l'amélioration de la qualité de cette pratique, très confortable pour le patient, passe par la nécessité de prescriptions rédigées et communiquées à la pharmacie 24 heures avant la sortie.

Les prescriptions d'antalgiques

De nombreux patients quittent les établissements de santé en ayant encore besoin d'antalgiques. Les prescriptions devraient comporter des antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur.

Les autres prescriptions

Les prescriptions de sortie ne concernent pas que les produits médicamenteux, il est nécessaire de ne pas omettre les prescriptions de régime alimentaire. Celles-ci nécessitent une information du patient, qui, pour être efficace, devrait être faite au cours de l'hospitalisation de façon assez précoce. L'implication des diététiciennes de

l'établissement permet souvent d'améliorer la qualité de l'information dispensée. Un support écrit permet au patient d'éviter les oublis et les erreurs.

II.2. Continuité et transition

Outre le désir que le médecin qu'ils désignent soit averti précocement de leur sortie et des conclusions du séjour, les patients expriment le besoin que leur soient remises par écrit les coordonnées téléphoniques de l'hôpital, du service, de l'assistante sociale et des différents professionnels qui les ont pris en charge (5).

Plusieurs auteurs insistent par ailleurs sur l'intérêt potentiel pour le patient d'un suivi téléphonique après le retour au domicile (25, 61). Cette pratique est légitime (Article 53 du Code de déontologie médicale), mais ne revêt pas le caractère d'acte médical. C'est un moyen rapide, efficace et financièrement peu coûteux de s'assurer que de nouveaux problèmes ne sont pas apparus, de prodiguer des conseils ou de répondre aux questions qui n'auraient pas pu être soulevées lors de l'hospitalisation, de poursuivre l'éducation des patients ou de leur entourage, de créer une continuité d'attention entre l'hôpital et le domicile en permettant parfois de rassurer ou d'apporter du réconfort. Il peut s'agir enfin d'un outil d'évaluation de la qualité des soins et de la procédure de sortie. Celui-ci devrait se faire en coopération avec le médecin désigné par le patient.

II.3. Hospitalisation à domicile

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrivent comme des acteurs importants de la continuité des soins. La circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 (62) relative à l'hospitalisation à domicile définit son rôle par rapport aux autres acteurs du système de soins.

Les structures d'HAD assurent la prise en charge de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Ces structures permettent à des patients de pouvoir être pris en charge tout en demeurant dans leur milieu de vie, ce qui est souvent vécu par les patients et leur entourage comme un critère de qualité de vie.

Les liens entre les services qui utilisent l'HAD et la structure d'HAD doivent être formalisés pour éviter des ruptures de prise en charge. Les conventions liant les structures d'HAD et les établissements de santé doivent prévoir l'élaboration de projets thérapeutiques, les modalités de liaison avec le médecin désigné par le patient, les réhospitalisations et la prise en charge des urgences.

Le patient est admis en HAD sur la base d'un projet thérapeutique qui formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite. Ce projet est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante du service d'HAD et par le médecin prescripteur de l'HAD pour l'admission du patient. Il sera actualisé durant le séjour et au moment de la sortie par le médecin désigné par le patient en concertation avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'HAD et, si nécessaire, le service social.

Le médecin coordonnateur donne son accord à l'admission du patient, au vu des éléments fournis par les médecins traitants et/ou hospitaliers. L'équipe paramédicale évalue la charge en soins et donne son accord sur le projet de soins.

Lors de la sortie du patient vers une structure d'HAD le médecin hospitalier doit :

- transmettre au médecin coordonnateur du service d'HAD et au médecin désigné par le patient les informations médicales le concernant ;
- élaborer le projet thérapeutique en lien avec l'équipe de l'HAD ;
- s'engager à suivre le patient au niveau hospitalier et à le réhospitaliser si nécessaire.

III. QUALITÉ VOULUE

Qualité voulue : qualité définie par les professionnels eux-mêmes et le législateur.

III.1. Manuel d'accréditation (37)

Le Manuel d'accréditation comporte dans le chapitre Organisation de la prise en charge des patients (OPC) plusieurs références qui s'appliquent à l'organisation de la continuité des soins et dans ce cadre sont à prendre en compte lors de la sortie du patient.

OPC- Référence 4

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.

OPC- Référence 5

Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.

OPC- Référence 6

La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité clinique.

OPC- Référence 7

La continuité des soins est assurée.

OPC- Référence 12 (déjà citée dans les précédents chapitres)

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

Dans le chapitre Dossier du patient (DPA), la référence 5 doit également être prise en compte.

DPA- Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Dans le chapitre Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST), la référence 4 s'applique à la continuité des soins.

VST- Référence 4

L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.

III.2. Charte du patient hospitalisé (54)

La charte contient une disposition qui implique que l'établissement doit s'assurer que la continuité des soins peut être assurée à l'issue de l'hospitalisation.

« [...] Les établissements de santé veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. »

III.3. Dispositions réglementaires

III.3.1. Dossier du patient

Le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 (55), relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique :

- précise les documents devant être établis à la fin de chaque séjour hospitalier, « à savoir : le compte rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie ; les prescriptions établies à la sortie du patient ; le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers » ;
- stipule qu'à la fin de chaque séjour hospitalier les documents mentionnés ci-dessus « ainsi que tous autres jugés nécessaires, sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Il est alors établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient [...] En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au praticien désigné [...] et qui en fait la demande écrite toutes les informations significatives relatives à l'état du malade. »

La circulaire n° 88 du 15 mars 1985 (63), relative à la publication du guide du service infirmier, présente le guide ayant trait au dossier de soins.

Celui-ci établit :

« [...] Cette fiche de synthèse est complémentaire du compte rendu d'hospitalisation médicale. Elle est nominative, datée et signée par l'infirmière – infirmier. Une photocopie doit être transmise à toute personne prenant le relais des soins, elle devient alors fiche de liaison »

La fiche de synthèse doit faire apparaître :

- la présentation du patient à l'entrée ;
- l'évolution au cours du séjour : problèmes posés, objectifs poursuivis, actions entreprises... ;
- l'évaluation de l'hospitalisation.

« [...] La synthèse de l'hospitalisation concerne : les soins infirmiers [...], le traitement en cours [...] et l'état de santé de la personne soignée. »

III.3.2. Prescriptions médicales

L'article 34 du Code de déontologie médicale précise que « le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution ».

III.3.3. Information écrite de l'administration d'un produit sanguin labile

L'article R 710-2-7-1 du Code de la santé publique précise que si le patient, au cours de son séjour hospitalier, a reçu un produit sanguin labile cette information doit lui être donnée par écrit. Pour les mineurs elle est communiquée aux titulaires de l'autorité parentale et pour les incapables à la personne qui exerce la tutelle.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

Nous avons classé les critères suivant 2 catégories : les critères majeurs, issus des textes officiels ou du Manuel d'accréditation, les critères de consensus professionnels, retrouvés dans la littérature et cités comme ayant fait l'objet d'un consensus des professionnels.

	Critères majeurs	Consensus professionnel
Avant une hospitalisation programmée ou au moment de l'hospitalisation		
1. Une concertation est établie (échange téléphonique, documents écrits) entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers pour préciser : - les objectifs de l'hospitalisation, - le contexte habituel de vie (insertion sociale, étayage soignant, état du logement...) - le projet d'avenir.	Manuel d'accréditation OPC 4 (37)	
Au cours du séjour		
I- Organisation – Confort – Commodité		
2. La planification de la sortie est envisagée dès que possible au cours du séjour (ou avant l'hospitalisation quand celle-ci est programmée).	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
3. Le projet de sortie est actualisé au cours du séjour.	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
4. La situation du patient est régulièrement évaluée, dans la perspective de la sortie, sur le plan : - somatique, - psychique et thymique, - cognitif, - des handicaps et de la dépendance, - social.	Manuel d'accréditation OPC 4 et 5 (37)	
5. Le projet de vie personnel du patient est pris en compte.		X
6. Le point de vue de la famille et de l'entourage quant au projet de vie du patient est pris en compte.		X
7. Le projet de sortie est discuté par le médecin avec l'équipe soignante.		X
8. Le projet de sortie est discuté avec l'assistante sociale.	Manuel d'accréditation DIP 3 (37)	
9. Le projet de sortie est compatible avec les ressources du patient.		X
10. L'assistante sociale demande les aides financières dont le patient aura besoin et auxquelles il a droit.	Manuel d'accréditation DIP 3 (37)	

	Critères majeurs	Consensus professionnel
11. Une visite au domicile est organisée, afin d'étudier l'état du logement.		X
12. Le logement est aménagé pour l'adapter si nécessaire aux besoins du patient : <ul style="list-style-type: none"> - installation de barres d'appui, - aménagement des toilettes, - élargissement des portes pour permettre le passage d'un fauteuil roulant, - installation d'une douche à la place de la baignoire, - élimination des tapis, - installations de robinets mitigeurs... 		X
13. Les différents services à domicile : <ul style="list-style-type: none"> - HAD, - soins infirmiers, - séances de kinésithérapie, - aide soignante pour la toilette, - aide ou auxiliaire de vie pour le ménage et les courses, - livraison de repas, - système de téléalarme, - livraison des courses après entente avec les commerçants du quartier, - bibliothèque, - visites de bénévoles, - ... - sont envisagés, - sont proposés au patient et à sa famille, - sont organisés le cas échéant. 	Charte du patient hospitalisé (54)	
14. Le matériel spécialisé est prescrit et commandé à l'avance, afin d'être disponible au domicile le jour de la sortie : <ul style="list-style-type: none"> - cannes, - déambulateur, - fauteuil roulant, - chaise-pot, - lit médicalisé, - matelas, - barrière, - lève-malade électrique, - pilulier... 		X
15. Une visite dans l'établissement d'accueil* est proposée au patient et à sa famille.		X
16. L'autorisation écrite des parents (ou du tuteur) figure dans le dossier quand une tierce personne vient chercher le mineur à sa sortie.	Article 1384 du Code civil	
17. Pour les enfants scolarisés, la poursuite de la scolarité a été envisagée au décours de l'hospitalisation.		X
18. Les sorties en fin de semaine sont évitées ou programmées en fonction de la disponibilité des aidants naturels pour recevoir la personne âgée à son domicile.		X
*Établissement d'accueil : établissement dans lequel le patient est transféré : long séjour, soins de suite et de réadaptation, maison de retraite...		

	Critères majeurs	Consensus professionnel
19. Les date et heure de sortie choisies sont compatibles avec l'accueil du patient à son domicile ou en établissement de suite.		X
20. Le mode de transport est envisagé.	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
21. Si nécessaire le véhicule est réservé.		X
22. Une consultation ou un contact téléphonique sont prévus en tant que de besoin.		X
II - Information – Communication		
23. Le patient et/ou son entourage adhèrent au projet de sortie.	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
24. Le patient et/ou son entourage sont prévenus à l'avance du jour et de l'heure de la sortie.	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
<i>ou</i> Les parents (ou le responsable légal) de l'enfant sont (est) prévenu(s) à l'avance du jour et de l'heure de la sortie.	Article 63 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 (30) Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
25. Les coordonnées du praticien désigné par le malade figurent dans le dossier.	Manuel d'accréditation DPA 5 (37)	
26. Le praticien désigné par le malade est informé de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné.	Article R 710-2-8 du Code de la santé publique	
27. Le praticien désigné par le malade est informé de l'état de son patient à sa demande.	Article R 710-2-8 du Code de la santé publique	
28. Les intervenants extérieurs habituels sont prévenus du jour de la sortie : - l'HAD, - l'infirmière à domicile, - l'aide ménagère, - le kinésithérapeute, - les voisins éventuellement, - ...		X
29. Des informations sont disponibles sur les associations d'aide aux patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques.		X

	Critères majeurs	Consensus professionnel
III - Continuité des soins		
30. Le praticien désigné par le malade est prévenu du retour à domicile.	Manuel d'accréditation OPC 12, DPA 5 (37)	
31. Des dispositions sont prises pour s'assurer que la prescription pourra être honorée au moment de la sortie.	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
32. Les intervenants extérieurs habituels sont recontactés la veille de la sortie.		X
33. L'établissement d'accueil est prévenu à l'avance du transfert du patient.		X
34. L'établissement d'accueil est informé de la charge en soins du patient.		X
35. La mère a été éduquée : - pour son nouveau-né : - aux soins de son nouveau-né, - à la surveillance de son état de santé, - à son mode d'alimentation ; - à ses propres soins (périnée, seins...).		X
36. En cas de sortie précoce de la maternité d'une mère et de son bébé : - les critères médicaux autorisant une sortie précoce sont remplis : - pour la mère, - pour l'enfant ; - un suivi téléphonique est assuré ; - des visites à domicile sont proposées dans les jours suivant la sortie ; - la mère dispose des coordonnées précises d'une personne référente.		X
Le jour de la sortie		
I - Organisation – Confort – Commodité		
37. Le mode et l'heure de transfert sont confirmés à la société de transport.		X
38. Les démarches administratives et pratiques sont facilitées et leur réalisation adaptée aux possibilités de mobilité du patient.		X
39. Les effets personnels du patient et/ou les objets déposés au coffre sont regroupés.	Manuel d'accréditation GFL 8 (37)	
40. Les horaires sont respectés.		X
41. Le contenu du dossier du patient est vérifié.		X
42. Le dossier est classé.		X
43. Le dossier est clos et remis au moment de la sortie au transporteur.	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	

	Critères majeurs	Consensus professionnel
II - Information – Communication - Éducation		
44. Le patient (et/ou son entourage) est (sont) informé(s) en langage clair des modalités de suivi et de surveillance ultérieurs.	Manuel d'accréditation DIP 3 et 4 (37) Charte du patient hospitalisé (54)	
45. La compréhension du patient est vérifiée vis-à-vis : - des modalités de prise des médicaments, - des signes et symptômes qui doivent l'alerter, - des précautions à prendre pour la reprise de toutes activités quotidiennes, - des conseils diététiques et d'hygiène de vie, - de la surveillance de son état de santé.	Manuel d'accréditation OPC 5 (37)	
46. Le patient (et/ou son entourage) est (sont) muni(s) de consignes écrites de surveillance et de prévention des rechutes.		X
47. Le patient remplit s'il le souhaite un questionnaire de sortie qui lui a été remis.	Manuel d'accréditation QPR 2 (37)	
III - Continuité des soins		
A - Les documents de sortie		
48. L'ordonnance de sortie : - est prête au moment du départ,	Manuel d'accréditation OPC 12 (37)	
- est lisible,		X
- est remise en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage,		X
- est expliquée au patient et/ou à son entourage,	Article 34 du Code de déontologie médicale	
- comporte le nom du médecin responsable du patient en cours d'hospitalisation et ses coordonnées.		X
49. Les prescriptions d'exams complémentaires : - sont prêtes au moment du départ,		X
- sont lisibles,		X
- sont remises en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage,		X
- sont expliquées au patient et/ou à son entourage.	Article 34 du Code de déontologie médicale	
50. Si le patient a été transfusé un document écrit le précisant lui est remis.	Article R 710-2-7-1 du Code de la santé publique Manuel d'accréditation VST 4 (37)	

	Critères majeurs	Consensus professionnel
51. Si le patient a été transfusé, le praticien désigné par le patient en est informé.	Manuel d'accréditation VST 4 (37)	
52. Si le patient a été transfusé, il est informé de la nécessité du suivi biologique.	Manuel d'accréditation VST 4 (37)	
53. Les rendez-vous de soins (pansements, ablation de fils...) et de consultation sont pris et le patient est informé.		X
54. Un résumé d'hospitalisation comportant les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie est remis au patient.		X
55. Une fiche de transmission infirmière ou un résumé de soins infirmiers ou une fiche de synthèse infirmière est confiée au patient ou jointe à son dossier en cas de transfert.		X
56. Le bon de transport est rédigé et signé.	Article L 322-5 du Code de la sécurité sociale	
57. Le praticien désigné par le patient est destinataire dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient : - du compte rendu d'hospitalisation, - des prescriptions établies à la sortie, - de la fiche de synthèse infirmière.	Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 (55) Article R 710-2-6 du Code de la santé publique Manuel d'accréditation DPA 5 (37)	
B - Le traitement de sortie		
58. Les médicaments prescrits à la sortie sont disponibles à domicile au moment du retour ou dans l'établissement d'accueil.		X

MÉTHODES D'AMÉLIORATION

La préparation de la sortie du patient se fait très en amont de l'acte de sortie, puisque comme nous l'avons présenté précédemment elle devrait commencer dès l'admission voire même la préadmission. Il s'agit donc d'un processus complexe, comportant de nombreux segments et impliquant de nombreux acteurs de différentes professions. Son amélioration ne peut donc s'envisager que dans une approche pluriprofessionnelle. Compte tenu de la diversité des services impliqués, l'amélioration touche aussi bien les actes professionnels que les interfaces organisationnelles entre les différents intervenants (par exemple : l'ordonnance bien rédigée est un acte professionnel, l'envoi du compte rendu d'hospitalisation relève de l'interface organisationnelle). L'amélioration globale du processus de sortie ne peut donc se limiter à l'amélioration d'une pratique professionnelle, mais doit s'intéresser aux liens formels et informels existant entre les professionnels et les services concernés.

Différents points de vue sont à envisager pour qualifier une sortie de réussie :

- le patient ;
- l'entourage du patient ;
- les médecins et les professionnels soignants de l'établissement de soins ;
- les médecins et les professionnels soignants ambulatoires ;
- les professionnels administratifs ;
- les professionnels sociaux ;
- les professionnels de l'institution qui reçoit le patient, le cas échéant.

Ces différents intervenants n'ont pas tous la même vision d'une sortie réussie, leurs critères peuvent être différents sans toutefois être exclusifs les uns des autres. Ils sont à la fois clients et fournisseurs les uns par rapport aux autres (selon l'application du modèle de la relation client-fournisseur dans les processus) et c'est dans ce double rapport qu'il sera nécessaire d'envisager leur participation à la démarche.

La mise en œuvre de la démarche d'amélioration du processus de sortie du patient devra impliquer, comme dans toute démarche d'amélioration de la qualité, des représentants de l'ensemble des acteurs directs du processus. Il sera nécessaire d'impliquer les acteurs internes à l'établissement mais également les intervenants externes, dans la mesure où une sortie réussie nécessite d'envisager le devenir du patient après son départ de l'institution. L'implication de tous les intervenants pourra se faire soit par leur participation à un groupe de travail, soit par un questionnement par le biais d'un questionnaire, d'interviews, de *focus groups*..., leur mode de participation dépendra de la représentativité voulue pour chaque type d'intervenant, des possibilités d'organisation et du type d'améliorations recherchées. Par exemple, on pourra facilement impliquer dans le groupe de travail les représentants des personnels internes à l'établissement, pour les intervenants externes, on pourra choisir d'organiser des *focus groups* ou de réaliser des interviews individuelles. On pourra éventuellement intégrer dans le groupe de travail un représentant des usagers.

Pour améliorer le processus de sortie, on choisira une méthode qui privilégie une approche par les processus, par exemple, la méthode PAQ ANAES. Au cours du déroulement du projet on peut être amené à utiliser d'autres méthodes en fonction des besoins, comme

l'audit clinique (64), la méthode de résolution de problème (65) ou la revue de pertinence des soins (65). Ces méthodes peuvent être utiles pour améliorer certaines étapes du processus de préparation de la sortie. Elles peuvent également être utilisées seules dans le cadre d'un projet ciblé.

Schématiquement on pourrait représenter les différentes méthodes qui nous semblent les plus pertinentes à utiliser

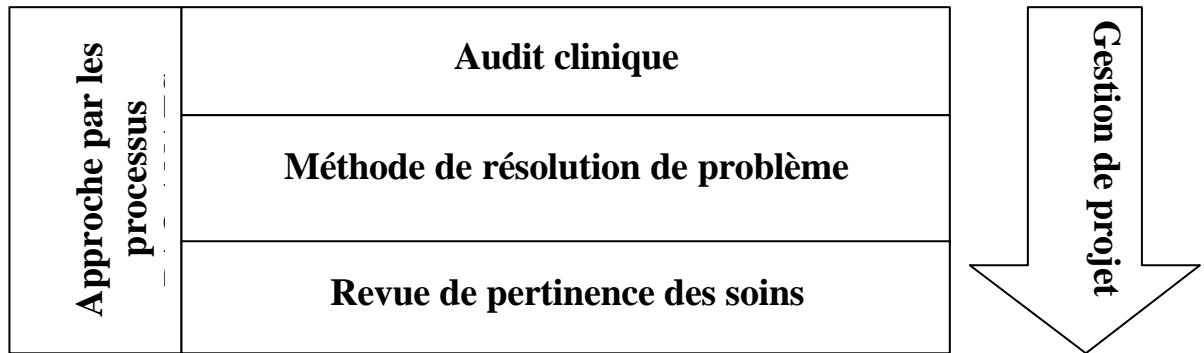


Figure 1. Les méthodes utilisables.

Gestion de projet

Dans tout projet d'amélioration de la qualité, quelle que soit la méthode choisie, il est nécessaire d'utiliser une méthode de gestion ou de management de projet. Celle-ci permet d'assurer le suivi du projet d'une façon rigoureuse, tant au niveau du chef de projet que du comité de pilotage. Elle comporte l'organisation, la logistique, le calendrier de déroulement, les moyens alloués, ..., tout ce qui contribue au bon déroulement du projet.

On veillera particulièrement à organiser la communication autour du projet ce qui est primordial pour assurer sa pérennité.

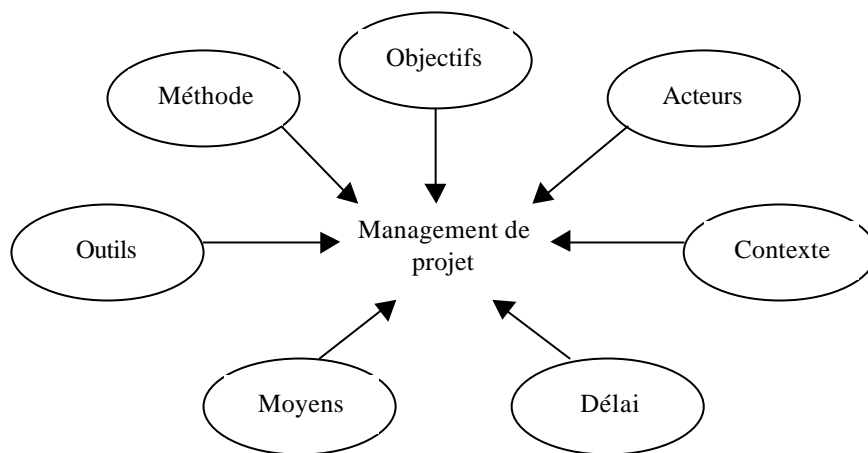


Figure 2. Représentation schématique des 7 facettes du management de projet (Source : Maders H P et Clet E, 1995 (66)).

I. APPROCHE PAR LES PROCESSUS - MÉTHODE PAQ ANAES

La méthode PAQ ANAES est une méthode d'amélioration continue de la qualité basée sur l'étude des processus. Cette approche permet d'analyser le processus afin d'envisager les

segments nécessitant une amélioration et ceux pour lesquels le niveau de qualité est satisfaisant. Dans cette approche, les critères d'évaluation pourront être utilisés à différentes étapes et avec différents objectifs. Cette méthode peut être utilisée seule, elle permettra d'améliorer la qualité du processus. On peut également, dans cette approche, utiliser, pour certains segments du processus, d'autres méthodes. Cela permet de focaliser l'action sur un point particulier.

Cette méthode est particulièrement pertinente pour étudier un processus aussi complexe que la préparation de la sortie du patient, car cette approche permet l'étude des interfaces organisationnelles existant entre différents services et prend parfaitement en compte les relations de type « client-fournisseur ».

La méthode comporte 4 étapes (65, 67).

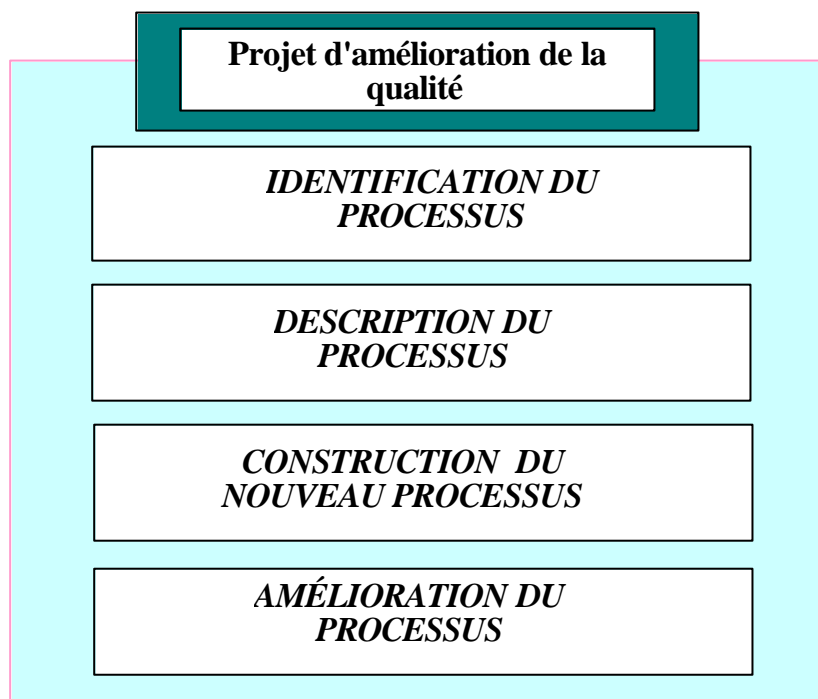


Figure 3. Les étapes de la méthode PAQ ANAES (65, 67).

II. AUDIT CLINIQUE

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

Cette méthode est particulièrement pertinente pour focaliser l'action sur une pratique professionnelle. Dans ce cas elle s'intégrera et trouvera tout à fait sa place dans une analyse de processus où elle permet une approche méthodique de la pratique.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration de la préparation de la sortie du patient cette méthode permet d'identifier à l'aide des critères, proposés dans la première partie du document, les points nécessitant une amélioration. Elle permet de réaliser un « diagnostic qualité » du processus par la mesure des écarts entre la pratique et la valeur attendue des critères. Les limites de la méthode se situent essentiellement au niveau de la conception et de la conduite des plans d'amélioration.

Comme évoqué précédemment la méthode peut être utilisée seule ou s'intégrer dans une méthode d'analyse de processus.

La méthode comporte 6 étapes (64, 65).

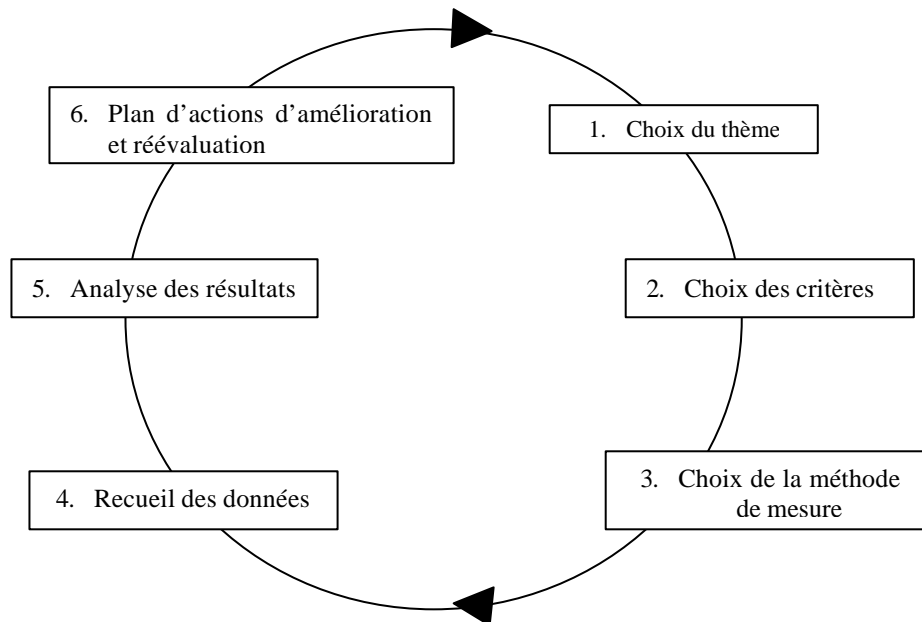


Figure 4. Le cycle de l'audit clinique (64).

III. MÉTHODE DE RÉOLUTION DE PROBLÈME

La méthode de résolution de problème permet de focaliser l'action sur un problème particulier. Elle permet une analyse très complète du problème, de ses causes et des solutions à apporter. Cette méthode peut être utilisée seule ou dans les approches par processus.

Dans le cadre de l'amélioration du processus de préparation de la sortie du patient il peut être intéressant de l'utiliser pour résoudre certaines situations nécessitant une exploration très approfondie. La limite de la méthode est qu'on ne peut explorer qu'un problème à la fois. Dans ce processus il peut être fastidieux de travailler sur chaque problème consécutivement, si le nombre de problèmes identifiés et sélectionnés est élevé. De plus cela pourrait faire perdre la cohérence de l'ensemble.

La méthode comporte 9 étapes (65).

IV. REVUE DE PERTINENCE DES SOINS

La méthode de revue de pertinence des soins permet une évaluation indirecte d'un processus de soins. C'est une méthode qui privilégie une approche par comparaison. Elle permet d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. L'évaluation peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. L'objectif de la méthode est de déterminer un ensemble de critères explicites qui, si l'un d'entre eux est présent, indiquent que le soin ou la journée de soins sont appropriés et

également de rechercher les raisons expliquant la présence de soins ou journées de soins non appropriés (65).

Dans le cadre d'un projet d'amélioration du processus de sortie du patient cette méthode peut permettre de mettre en évidence des journées de soins non justifiées donc des sorties retardées et les causes de ces retards. Les causes de journées non justifiées peuvent être traitées comme des problèmes ou dans une approche processus. Il peut être pertinent d'utiliser cette méthode plus tard dans le projet lorsque l'on aura déjà mis en place des améliorations du processus.

V. OUTILS

Dans le cadre de l'amélioration du processus de sortie de nombreux outils peuvent être utilisés pour mener à bien la démarche et ce, quelle que soit la méthode employée. On peut cependant citer comme faisant partie des outils dont l'utilisation peut être très intéressante pour ce projet :

- les enquêtes de satisfaction qui permettront de recueillir l'avis des intervenants externes à l'établissement, mais qui peuvent être également utilisées avec les intervenants internes lorsqu'il s'avère difficile de les intégrer dans un groupe de travail ;
- les *focus groups* qui permettent de recueillir l'information auprès des clients. Cet outil peut être utilisé pour évaluer les besoins et les attentes des clients externes comme internes ;
- les indicateurs et les tableaux de bord qui permettent de suivre la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus.

ANNEXE 1. EXEMPLE D'APPLICATION D'UNE APPROCHE PAR LES PROCESSUS

Le processus de sortie pourra être étudié de façon générale pour l'établissement, certains points étant communs à tous les patients, mais il devra se décliner plus précisément en fonction des patients concernés :

- soit par type de pathologie (la sortie d'un patient diabétique, par exemple, ne comporte pas les mêmes critères de qualité que pour un patient sortant d'un service d'orthopédie) ;
- soit par catégorie de patients (personnes âgées, enfants...);
- soit en fonction de la situation sociale (sans domicile fixe...).

Car il existe des critères spécifiques qui devront être pris en compte. En fonction de la taille de l'établissement il sera nécessaire, dans certains cas, de réaliser le travail avec quelques unités de soins afin de pouvoir gérer la démarche, l'expérience pouvant ensuite être étendue à de nouvelles unités. Il ne s'agit pas dans ce cas de transférer l'ensemble des actions d'amélioration définies lors de la première démarche, car certaines sont spécifiques à certaines unités, mais de définir avec les nouveaux services impliqués celles qui leur sont spécifiques. Certaines actions d'amélioration concernant des segments du processus commun pourront être appliquées à l'ensemble de l'établissement mais uniquement après validation par l'ensemble des acteurs concernés par leur mise en œuvre afin de permettre leur appropriation.

I. ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DU PROCESSUS

Cette étape est fondamentale car elle ne se limite pas au choix du thème, mais elle implique de définir les responsabilités des différents acteurs dans le cadre du travail et de mettre en place une gestion de projet.

Il est nécessaire de constituer un comité de pilotage de la démarche ou de faire appel à une structure équivalente déjà constituée. Le comité de pilotage doit représenter les décideurs de l'établissement car il suivra l'avancement du projet, devra se prononcer sur une attribution de moyens si nécessaire, validera les actions à mettre en œuvre.

Dans le cas présent, il faudra définir précisément le processus ou segment de processus que l'on souhaite étudier, les unités ou services où l'on souhaite commencer ce travail. Ce préalable permettra de constituer un groupe de travail représentatif de tous les intervenants concernés et de choisir le chef de projet.

À cette étape, les critères d'évaluation peuvent être utilisés pour vérifier que l'on n'a pas oublié d'acteurs du processus.

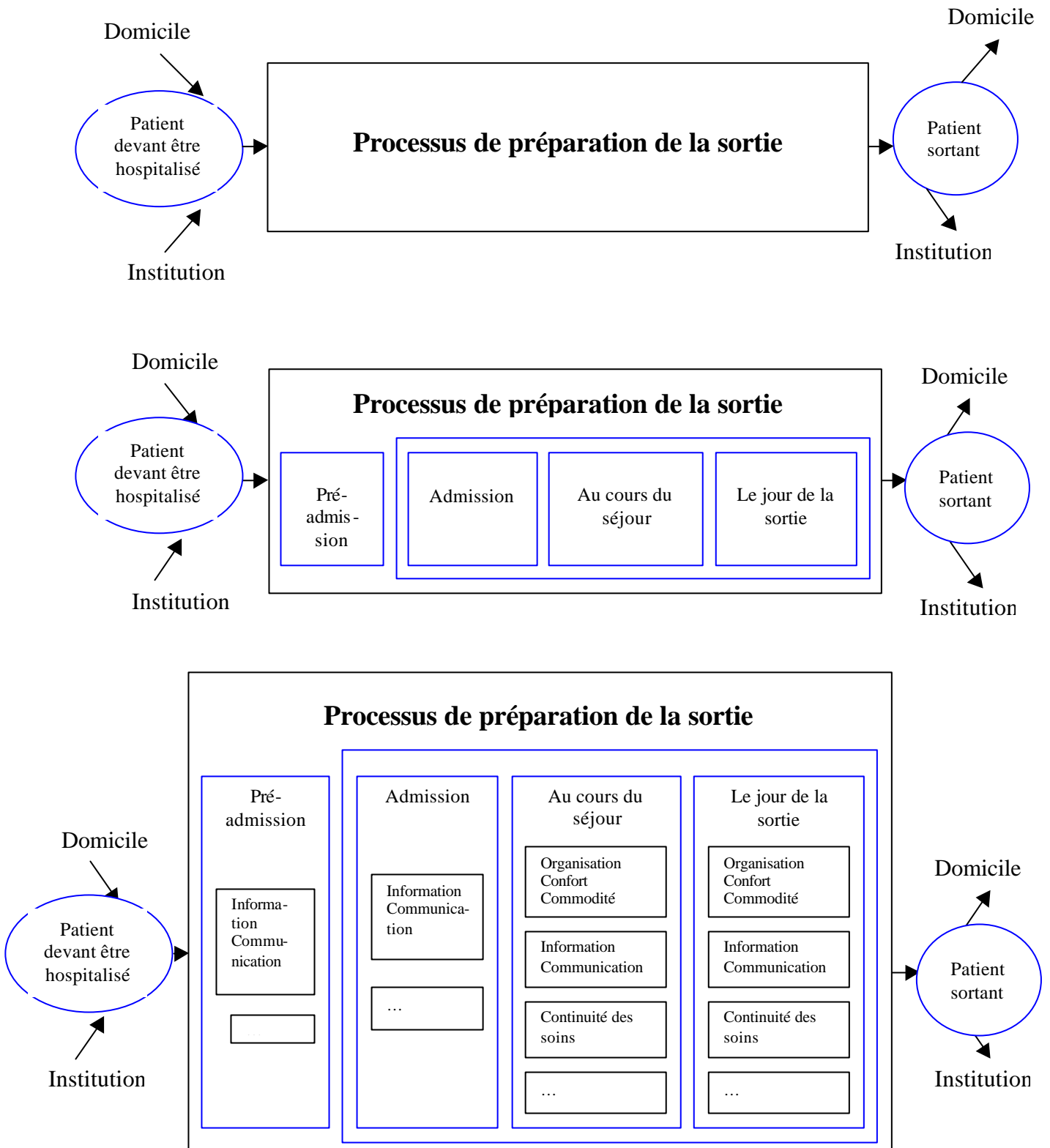


Figure 5. Exemple¹ de découpage du processus de préparation de la sortie.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

Comité de pilotage	
M. A. C.	Directeur établissement
M ^m c D. F.	Directeur du service de soins infirmiers
D ^f A. G.	Président CME
M ^m c L. D.	Directeur de la qualité
M. J. R.	Responsable du système d'information
D ^f P. J.	Chef de projet
M ^m c C. B.	Chef de projet

Tableau 1. Exemple¹ de composition du comité de pilotage.

Le processus étudié l'est depuis la préadmission jusqu'au jour de la sortie, il concerne dans un premier temps le service de médecine.

Groupe de travail		
D ^f P. J.	Chef de service de médecine	Chef de projet
M ^m c C. B.	Cadre infirmier supérieur de médecine	Chef de projet
D ^f J. B.	Médecin	Membre
M ^m c B. C.	Assistante sociale	Membre
M ^m c F. D.	Infirmière unité 3 de médecine	Membre
M ^m c L. D.	Responsable service des admissions	Membre
M ^m c C. G.	Cadre de santé unité 2 de médecine	Membre
D ^f L. M.	Interne en médecine	Membre
M ^m c S. M.	Infirmière unité 2 de médecine	Membre
M. Y. N.	Responsable méthode - Direction de la qualité	Membre
M ^m c F. P.	Cadre de santé unité 3 de médecine	Membre
M. H. T.	Agent service des admissions	Membre
M. L. V.	Pharmacien	Membre

Tableau 2. Exemple¹ de composition du groupe de travail.

Le groupe de travail ne comporte pas d'intervenants externes à l'établissement. Dans le cadre de ce projet ils ont été associés par des questionnements dont plusieurs types ont été utilisés :

- des entretiens semi-directifs ont été conduits par téléphone avec des médecins et des infirmiers libéraux prenant en charge les patients à leur sortie de l'établissement ;
- des interviews ont été réalisées avec quelques patients et quelques familles ;
- suite aux interviews un questionnaire a été réalisé. Il a été remis systématiquement au moment de la sortie à tous les patients ou leur famille durant 4 semaines, une relance téléphonique a été faite une semaine après la sortie afin de solliciter des retours.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

II. ÉTAPE 2 : DESCRIPTION DU PROCESSUS

Cette étape comporte la description du processus mais également son analyse afin d'identifier les dysfonctionnements, de rechercher leurs causes et de les analyser, et de rechercher les points à améliorer. Cette étape permet aussi de mettre en évidence ce qui fonctionne bien.

À cette étape, les critères d'évaluation peuvent être utilisés pour évaluer le processus décrit. C'est une façon de définir les points sur lesquels les actions d'amélioration devront porter.

II.1. Description

Il s'agit ici de décrire le processus existant tel qu'il est réalisé. Cette description doit se faire avec tous les acteurs intervenant à différents niveaux du processus, de façon qu'elle soit la plus proche possible de la réalité.

La description du processus est faite par le groupe de travail et est validée par l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus. Dans le cadre de la préparation de la sortie le processus pourra être découpé en segments (ex. : préparation du patient, des documents d'accompagnement, ...) qui pourront faire l'objet d'une visualisation sur un logigramme².

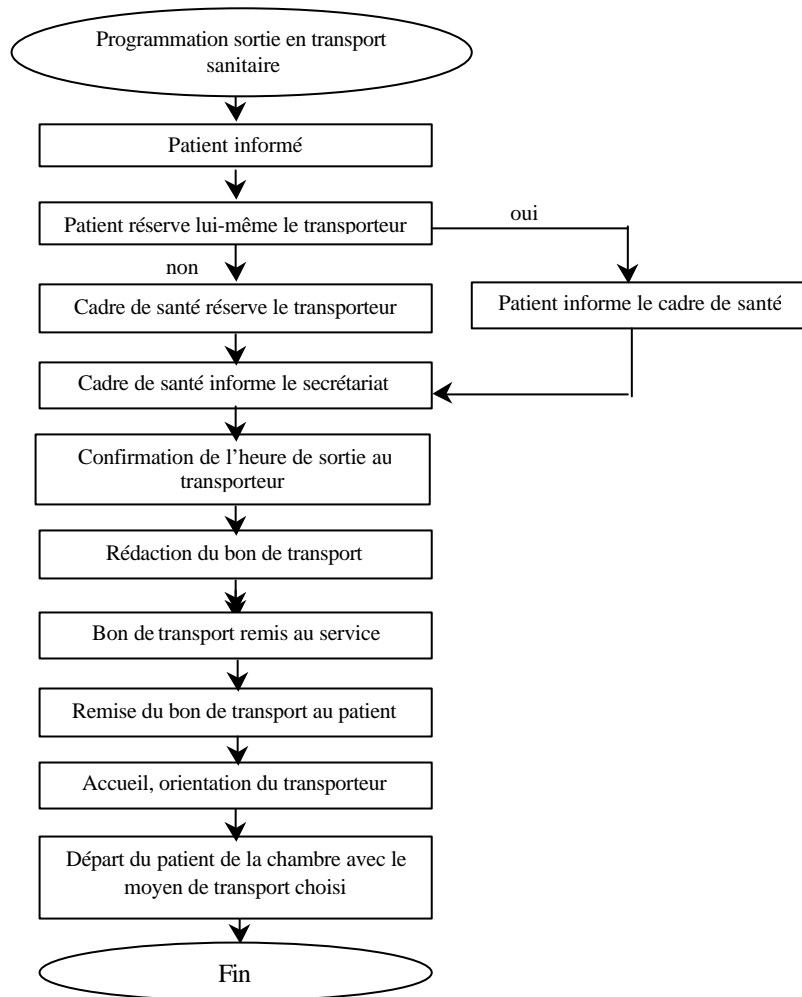


Figure 6. Exemple¹ de logigramme² d'organisation du transport pour un retour au domicile.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents

II.2. Identification des dysfonctionnements et recueil des données

Le processus étant décrit dans sa réalité il est nécessaire d'analyser les dysfonctionnements qui peuvent survenir lors de son déroulement, d'en rechercher les causes, qui ne sont pas toujours les plus apparentes, de mesurer leur fréquence, et de proposer des actions ciblées sur les problèmes le plus souvent rencontrés.

L'analyse des dysfonctionnements peut se faire avec l'outil QQQQCP³ (qui, quoi, où quand, comment, pourquoi) [il permet d'expliciter les dysfonctionnements. L'objectif n'est pas d'être exhaustif mais d'être le plus factuel possible.] Cette analyse doit souvent être complétée par une mesure objective des causes des dysfonctionnements. Certains outils comme le diagramme de Pareto⁴ permettent de visualiser les données et de classer ces causes par ordre de fréquence.

Causes des retards de sortie du patient

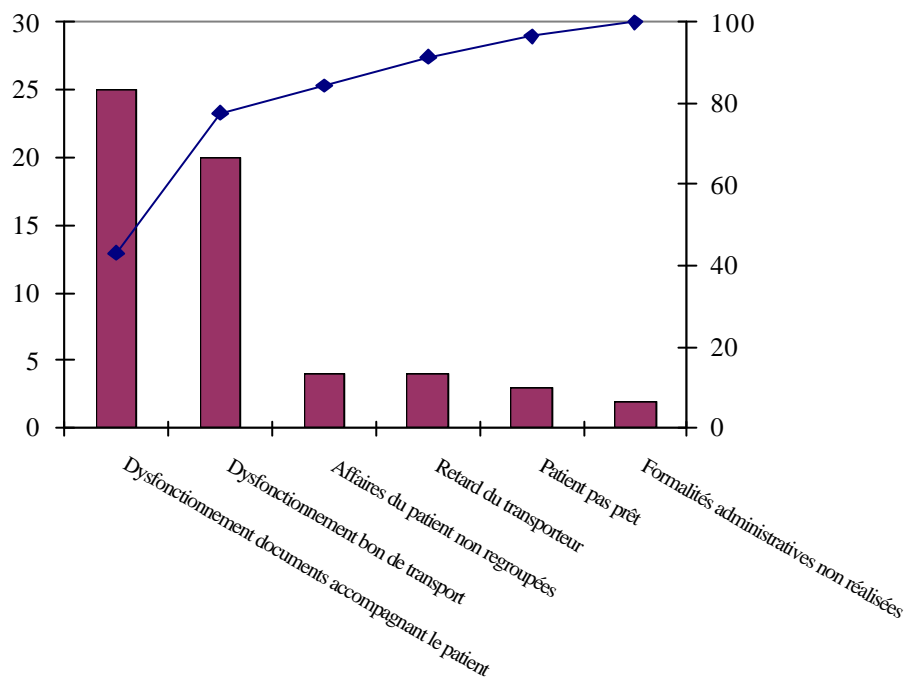


Figure 7. Exemple¹ de diagramme de Pareto⁴ appliqué à la programmation de la sortie en transport sanitaire.

Le diagramme de Pareto permet de représenter l'importance relative des différentes causes mesurées, le principe étant qu'en traitant un nombre limité de causes on peut résoudre une grande partie du problème. Dans l'exemple présenté ci-dessus on peut remarquer que les 2 principales causes de dysfonctionnement se situent au niveau des documents accompagnant le patient et au niveau du bon de transport, et représentent près de 80 % des

², ³ et ⁴ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » ANAES (65).

causes de retard de sortie du patient. Cette présentation permet de hiérarchiser les dysfonctionnements.

II.3. Analyse de l'origine des dysfonctionnements

L'origine du dysfonctionnement peut apparaître parfois de façon évidente lors de la description du processus : il peut alors être corrigé d'emblée. Cependant il sera souvent nécessaire de pousser plus loin l'analyse afin de retrouver l'origine réelle du dysfonctionnement de façon à mettre en place une solution appropriée. Il sera dans ce cas nécessaire d'utiliser d'autres outils, voir d'autres méthodes. Le diagramme causes-effets⁵ est un outil très utile à ce stade du processus, il permet au groupe de repérer et présenter de façon claire les causes de dysfonctionnement.

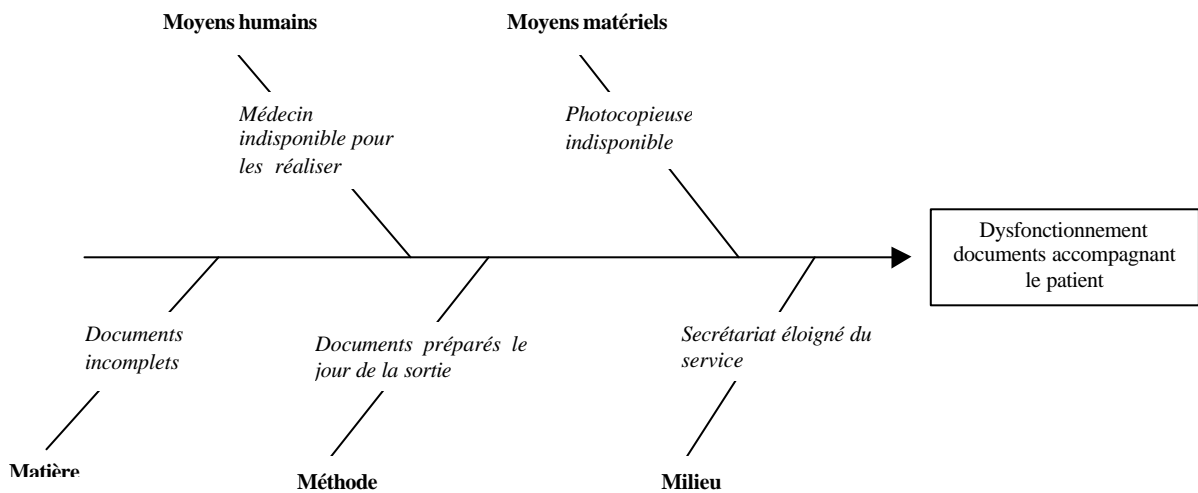


Figure 8. Exemple¹ de diagramme causes-effets⁴ représentant les causes de dysfonctionnement portant sur les documents devant accompagner le patient.

III. ÉTAPE 3 : CONSTRUCTION DU NOUVEAU PROCESSUS

L'étape précédente a permis de mettre en évidence et de quantifier les faiblesses du processus et de rechercher l'origine des dysfonctionnements. Il est nécessaire de hiérarchiser les dysfonctionnements afin de définir des axes prioritaires d'amélioration. On évitera de mettre en place plusieurs actions d'amélioration en même temps afin de pouvoir mesurer l'efficacité de chacune, de plus cela favorisera leur acceptation.

III.1. Caractériser

Lors de cette étape on définira les critères contribuant à la qualité des segments du processus. Les critères d'évaluation du guide présentent à ce moment tout leur intérêt, puisqu'ils listent l'ensemble des critères qui contribuent à une sortie réussie. Les critères sont classés en 2 catégories : des critères majeurs et des critères de consensus professionnel.

Critère majeur :

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

⁵ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » ANAES (65).

si le patient a été transfusé, un document écrit le précisant lui est remis.

Critères de consensus professionnel :

les rendez-vous de soins (pansements, ablations de fils...) et de consultation sont pris et le patient est informé.

III.2. Établir des priorités

La description du processus révèle souvent de nombreux points pouvant être améliorés. Tous les points ne peuvent l'être en même temps, il est nécessaire de fixer des priorités. Les critères, définis dans le guide, peuvent aider à fixer des priorités, on peut s'attacher, dans un premier temps, à améliorer les points de non-conformité à la réglementation, mais d'autres considérations peuvent être prises en compte pour fixer des priorités. Un diagramme multicritères⁶ peut être un outil utile à la décision.

	Non-conformité réglementaire	Risque pour le patient	Désorganisation du service	...	Total	Priorités
Pondération des critères	4	5	3			
Ordonnance de sortie n'est pas prête au moment du départ			3		3	4
Résumé d'hospitalisation n'est pas remis au patient		5			5	2
Le patient n'a pas reçu de consignes écrites de surveillance et de prévention des rechutes		5			5	2
La lettre de sortie n'est pas remise au patient	4	5			9	1

Figure 9. Exemple¹ de diagramme multicritères⁶ de priorisation des points à améliorer

III.3. Choisir des axes d'amélioration

Ce choix doit être validé par le comité de pilotage (ou la structure équivalente) en liaison avec la direction de l'établissement. Dans le cadre de ce projet les axes d'amélioration peuvent impliquer des changements d'organisation qui auront un impact pour des professionnels qui n'ont pas été impliqués dans le projet, voire pour l'ensemble de l'institution, il convient donc que la direction valide ces choix et puisse ensuite les soutenir. D'autant plus que l'amélioration de certains axes peut avoir un coût en fonction des actions qui seront mises en place. Le choix des axes d'amélioration conduit à la définition d'actions à mettre en œuvre. Les actions sont déterminées par les membres du groupe de travail en associant et en informant au maximum tous les acteurs qui sont concernés par les changements. La mise en œuvre des actions est planifiée dans le temps.

Exemples¹ d'axes d'amélioration

Améliorer la disponibilité de l'ensemble des documents accompagnant le patient à l'heure où sa sortie est prévue.

Améliorer le regroupement des effets personnels du patient.

Faciliter les démarches administratives et pratiques pour les patients.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

⁶ Outil présenté sous forme d'une fiche synthétique dans le document « Méthode et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » ANAES (65).

Exemples¹ d'actions à mettre en œuvre

Axe : améliorer la disponibilité de l'ensemble des documents accompagnant le patient à l'heure où sa sortie est prévue.

Action 1 :

les documents à remettre au patient lors de sa sortie sont préparés la veille de la date prévue de la sortie.

Action 2 :

les documents à remettre au patient sont validés et/ou signés par le médecin lors de la visite le matin avant la sortie.

Action 3 :

les documents à remettre au patient sont validés et/ou signés par le cadre de santé de l'unité le matin avant la sortie.

Action 4 :

la disponibilité des documents à remettre au patient est vérifiée par le cadre de santé de l'unité ou l'infirmière le matin avant la sortie du patient.

IV. ÉTAPE 4 : AMÉLIORATION DU PROCESSUS

À l'étape précédente on a défini le nouveau processus à mettre en œuvre afin d'améliorer la préparation de la sortie du patient. L'étape 4 consiste en la conduite des actions définies et la mise en place de la mesure de leur efficacité.

IV.1. Conduite des actions d'amélioration

La mise en œuvre des actions d'amélioration n'attendra pas forcément cette étape formelle, en effet lors de la description du processus certaines actions pourront être mises en œuvre immédiatement. Toutefois, elle est importante pour planifier dans le temps les actions à instaurer et les prioriser. En effet, les actions doivent être mises en place indépendamment les unes des autres pour mesurer l'efficacité de chacune. Il faut par ailleurs tenir compte des capacités de changement de l'institution et agir de façon progressive afin de faciliter l'appropriation.

Pour déterminer les priorités de mise en œuvre des actions on pourra utiliser un diagramme multicritères⁵. Les critères pourront être d'ordre économique (par exemple coût), technique (par exemple faisabilité) ou sociaux (par exemple acceptabilité par les professionnels).

L'amélioration recherchée peut conduire à identifier plusieurs actions, dans ce cas on pourra tester les différentes solutions afin de définir celle qui sera la plus efficace. Le test se fera à petite échelle et sur une courte période. Les actions ayant montré leur efficacité seront retenues.

Il sera nécessaire de formaliser le nouveau processus de façon qu'il soit stabilisé et que chaque intervenant concerné puisse se l'approprier et le mettre en œuvre.

À cette étape les critères d'évaluation peuvent être utilisés pour vérifier que chaque action corrige un point qui avait été identifié comme devant faire l'objet d'une amélioration.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

Pour chacune des actions d'amélioration on respectera les principes suivants : des responsabilités clairement définies, des échéances précises, des indicateurs de suivi. On pourra utiliser des fiches action qui permettent d'assurer la traçabilité des travaux et de mesurer les résultats obtenus.

FICHE ACTION	n° 1						
	Date : 02/2001						
<p>PROJET : Amélioration de la préparation de la sortie du patient Titre : préparer la sortie dès la préadmission</p> <p>Descriptif de l'action : Organiser la distribution d'une fiche récapitulative des documents à fournir au moment de la sortie Date de lancement : 01/02/2001</p>							
<p>Personne responsable du suivi : M^mc V. H. responsable du service des admissions</p> <p>Autres acteurs :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 – M. A. C. agent administratif</td> <td style="width: 50%;">4 – M^mc M. J. agent administratif</td> </tr> <tr> <td>2 – M^mc L. D. agent administratif</td> <td>5 – M^mc N. V. agent administratif</td> </tr> <tr> <td>3 – M^mc A. L. agent administratif</td> <td></td> </tr> </table>		1 – M. A. C. agent administratif	4 – M ^m c M. J. agent administratif	2 – M ^m c L. D. agent administratif	5 – M ^m c N. V. agent administratif	3 – M ^m c A. L. agent administratif	
1 – M. A. C. agent administratif	4 – M ^m c M. J. agent administratif						
2 – M ^m c L. D. agent administratif	5 – M ^m c N. V. agent administratif						
3 – M ^m c A. L. agent administratif							
<p>Objectifs Lors de la sortie les patients disposent de tous les éléments nécessaires à sa réalisation.</p> <p>Résultats attendus Que tous les patients réalisant une préadmission disposent d'une liste des documents dont ils auront besoin pour réaliser leur sortie. Que lorsque la liste des documents nécessaires à la sortie est remise au patient, l'objectif lui est expliqué.</p>							
<p>Phases de l'action</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Définir la liste des documents nécessaires au moment de la sortie (5 au 11 février) 2 – Réaliser la fiche récapitulative (12 au 25 février) 3 – Tester la fiche (26 février au 18 mars) 4 – Correction de la fiche (19 mars au 25 mars) 5 – Distribution systématique de la fiche à tous les patients passant en préadmission (à partir du 26 mars) 							
<p>Bilan et recommandations</p> <p><u>Date d'achèvement</u> :</p> <p><u>Résultats obtenus</u> :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Quantitatifs :</td> <td style="width: 50%;">Qualitatifs :</td> </tr> </table> <p><u>Observations</u> :</p>		Quantitatifs :	Qualitatifs :				
Quantitatifs :	Qualitatifs :						

IV.2.

Une mesure de l'efficacité de chaque action sera mise en place, on choisira une mesure simple à suivre et facile à comprendre de façon à favoriser son appropriation. Le responsable de l'action qui coordonne sa mise en œuvre effective assurera le suivi de sa mesure, il s'agit d'un acteur directement concerné par l'amélioration recherchée.

La mesure sera suivie à intervalles rapprochés au début de la mise en œuvre de l'action afin de vérifier son suivi, lorsqu'elle sera passée dans le fonctionnement habituel de l'établissement la mesure pourra s'espacer. Des indicateurs plus globaux, qui permettront d'assurer le suivi de plusieurs actions, pourront alors être mis en place.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

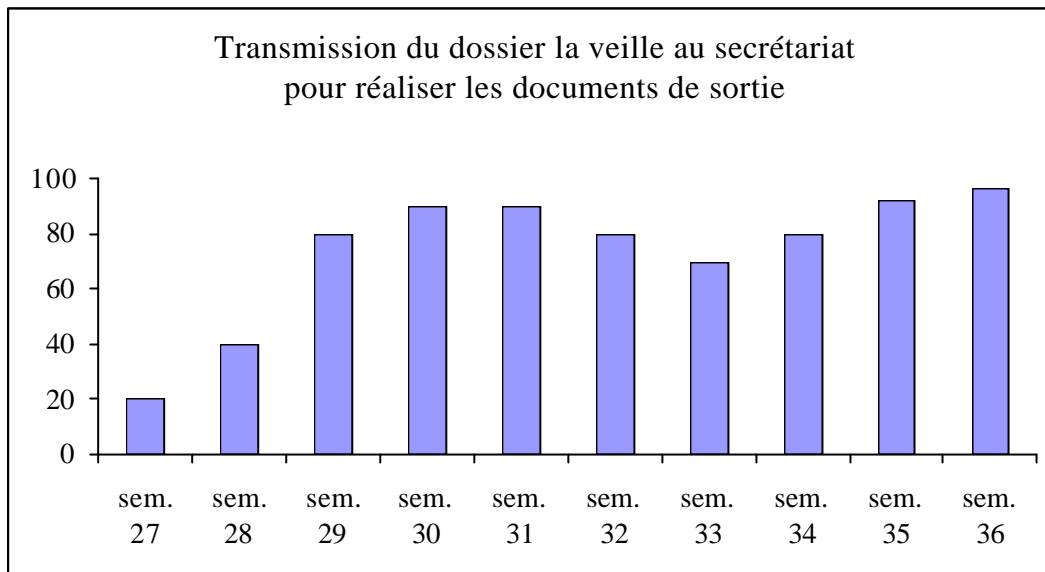


Figure 11. Exemple¹ d'indicateur de suivi d'une action.

À cette étape les critères d'évaluation peuvent être utilisés pour vérifier que les actions permettent une amélioration des résultats.

IV.3. Évaluation du projet

On réalisera une évaluation du projet qui permettra de définir si l'on a atteint les objectifs fixés au départ. Dans le cas contraire on pourra définir de nouvelles actions à mettre en œuvre pour améliorer les segments de processus qui permettront d'atteindre les objectifs. À cette étape, le référentiel peut être utilisé pour comparer le nouveau processus avec les recommandations. Il permet ainsi de définir les points sur lesquels de nouvelles actions d'amélioration devront porter.

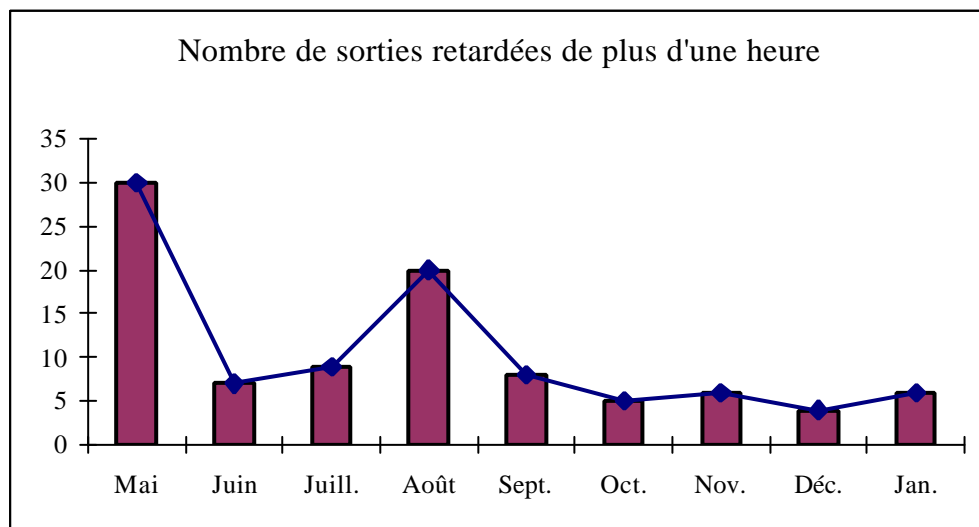


Figure 12. Exemple¹ d'indicateur de suivi du projet.

¹ Les exemples présentés font référence à des projets de préparation de la sortie différents.

ANNEXE 2. GRILLE D'ÉVALUATION

Établissement :	Grille n° :
Service :	
Unité fonctionnelle :	
Date de l'évaluation :	
Fonction de l'évaluateur :	

Critères	OUI	NON	Non applicable
Avant une hospitalisation programmée ou au moment de l'hospitalisation			
1. Une concertation est établie (échange téléphonique, documents écrits) entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers pour préciser : - les objectifs de l'hospitalisation, - le contexte habituel de vie (insertion sociale, étayage soignant, état du logement...), - le projet d'avenir. (cocher non si un seul élément est manquant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours du séjour			
I- Organisation – Confort – Commodité			
2. La planification de la sortie est envisagée dès que possible au cours du séjour (ou avant l'hospitalisation quand celle-ci est programmée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le projet de sortie est actualisé au cours du séjour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La situation du patient est régulièrement évaluée, dans la perspective de la sortie, sur le plan : - somatique, - psychique et thymique, - cognitif, - des handicaps et de la dépendance, - social. (cocher non si un seul élément est manquant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le projet de vie personnel du patient est pris en compte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le point de vue de la famille et de l'entourage quant au projet de vie du patient est pris en compte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le projet de sortie est discuté par le médecin avec l'équipe soignante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le projet de sortie est discuté avec l'assistante sociale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le projet de sortie est compatible avec les ressources du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critères	OUI	NON	Non applicable
10. L'assistante sociale demande les aides financières dont le patient aura besoin et auxquelles il a droit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Une visite au domicile est organisée, afin d'étudier l'état du logement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Le logement est aménagé pour l'adapter si nécessaire aux besoins du patient : - installation de barres d'appui, - aménagement des toilettes, - élargissement des portes pour permettre le passage d'un fauteuil roulant, - installation d'une douche à la place de la baignoire, - élimination des tapis, - installations de robinets mitigeurs...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les différents services à domicile : - HAD, - soins infirmiers, - séances de kinésithérapie, - aide soignante pour la toilette, - aide ou auxiliaire de vie pour le ménage et les courses, - livraison de repas, - système de téléalarme, - livraison des courses après entente avec les commerçants du quartier, - bibliothèque, - visites de bénévoles, - ... - sont envisagés, - sont proposés au patient et à sa famille, - sont organisés le cas échéant.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Le matériel spécialisé est prescrit et commandé à l'avance, afin d'être disponible au domicile du patient le jour de la sortie : - cannes, - déambulateur, - fauteuil roulant, - chaise-pot, - lit médicalisé, - matelas, - barrière, - lève-malade électrique, - pilulier...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Une visite dans l'établissement d'accueil* est proposée au patient et à sa famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'autorisation écrite des parents (ou du tuteur) figure dans le dossier quand une tierce personne vient chercher le mineur à sa sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pour les enfants scolarisés, la poursuite de la scolarité a été envisagée au décours de l'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Établissement d'accueil : établissement dans lequel le patient est transféré : long séjour, soins de suite et de réadaptation, maison de retraite...

Critères	OUI	NON	Non applicable
18. Les sorties en fin de semaine sont évitées ou programmées en fonction de la disponibilité des aidants naturels pour recevoir le patient à son domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Les date et heure de sortie choisies sont compatibles avec l'accueil du patient à son domicile ou dans l'établissement d'accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Le mode de transport est envisagé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Si nécessaire le véhicule est réservé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Une consultation ou un contact téléphonique sont prévus en tant que de besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Information – Communication			
23. Le patient et/ou son entourage adhèrent au projet de sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Le patient et/ou son entourage ou les parents (ou le représentant légal) sont prévenus à l'avance du jour et de l'heure de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les coordonnées du praticien désigné par le malade figurent dans le dossier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Le praticien désigné par le malade est informé de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Le praticien désigné par le malade est informé de l'état de son patient à sa demande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Les intervenants extérieurs habituels sont prévenus du jour de la sortie - l'HAD, - l'infirmière à domicile, - l'aide ménagère, - le kinésithérapeute, - les voisins éventuellement, - ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Des informations sont disponibles sur les associations d'aide aux patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III - Continuité des soins			
30. Le praticien désigné par le malade est prévenu du retour à domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Des dispositions sont prises pour s'assurer que la prescription pourra être honorée au moment de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Les intervenants extérieurs habituels sont recontactés la veille de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. L'établissement d'accueil est prévenu à l'avance du transfert du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. L'établissement d'accueil est informé de la charge en soins du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critères	OUI	NON	Non applicable
35. La mère a été éduquée : - pour son nouveau-né : - aux soins nécessaires, - à la surveillance de son état de santé, - à son mode d'alimentation ; - à ses propres soins (périnée, seins...). (cocher non si un seul élément est manquant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. En cas de sortie « précoce » de la maternité d'une mère et de son bébé : - les critères médicaux autorisant une sortie précoce sont remplis : - pour la mère, - pour l'enfant ; - un suivi téléphonique est assuré ; - des visites à domicile sont proposées dans les jours suivant la sortie ; - la mère dispose des coordonnées précises d'une personne référente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jour de la sortie			
I- Organisation – Confort – Commodité			
37. Le mode et l'heure de transfert sont confirmés à la société de transport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Les démarches administratives et pratiques sont facilitées et leur réalisation adaptée aux possibilités de mobilité du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Les effets personnels du patient et/ou les objets déposés au coffre sont regroupés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Les horaires sont respectés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Le contenu du dossier du patient est vérifié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Le dossier est classé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Le dossier de transfert est clos et remis au moment de la sortie au transporteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II - Information – Communication			
44. Le patient (et/ou son entourage) est (sont) informé(s) en langage clair des modalités de suivi et de surveillance ultérieurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. La compréhension du patient est vérifiée vis -à-vis : - des modalités de prise des médicaments, - des signes et symptômes qui doivent l'alerter, - des précautions à prendre pour la reprise de toutes activités physiques, - des conseils diététiques et d'hygiène de vie, - de la surveillance de son état de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Le patient (et/ou son entourage) est (sont) muni(s) de consignes écrites de surveillance et de prévention des rechutes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Le patient remplit, s'il le souhaite, un questionnaire de sortie qui lui a été remis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critères	OUI	NON	Non applicable
III - Continuité des soins A - Les documents de sortie			
48. L'ordonnance de sortie : - est prête au moment du départ, - est lisible, - est remise en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage, - est expliquée au patient et/ou à son entourage, - comporte le nom du médecin responsable du patient en cours d'hospitalisation et ses coordonnées. (cocher non si un seul élément est manquant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Les prescriptions d'examens complémentaires : - sont prêtes au moment du départ, - sont lisibles, - sont remises en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage, - sont expliquées au patient et/ou à son entourage. (cocher non si un seul élément est manquant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Si le patient a été transfusé un document écrit le précisant lui est remis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Si le patient a été transfusé, le praticien désigné par le patient en est informé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Si le patient a été transfusé, il est informé de la nécessité du suivi biologique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Les rendez-vous de suite de soins (pansements, ablation des fils...) et de consultation sont pris et le patient est informé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Un résumé d'hospitalisation comportant les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie est remis au patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Une fiche de transmission infirmière ou un résumé de soins infirmiers ou une fiche de synthèse infirmière est confiée au patient ou jointe à son dossier en cas de transfert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Le bon de transport est rédigé et signé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Le praticien désigné par le patient est destinataire dans un délai inférieur à 8 jours suivant la sortie du patient : - du compte rendu d'hospitalisation, - des prescriptions établies à la sortie, - de la fiche de synthèse infirmière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Le traitement de sortie			
58. Les médicaments prescrits à la sortie sont disponibles pour son retour au domicile ou dans l'établissement d'accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 3. EXTRAITS DU MANUEL D'ACCREDITATION

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT (DIP)

DIP- Référence 3

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour.

- DIP.3.a.* L'établissement prend des mesures pour faciliter l'expression et la compréhension des patients qui ne peuvent s'exprimer en français.
- DIP.3.b.* Le patient reçoit des informations pratiques concernant son séjour.
- DIP.3.c.* Le patient est informé des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.
- DIP.3.d.* Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui.
- DIP.3.e.* L'établissement favorise toute démarche permettant au patient de bénéficier de l'aide des services sociaux.

DIP- Référence 4

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.

- DIP.4.a.* Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informée(s).
- DIP.4.b.* Les professionnels informent le patient ou la(les) personne(s) qu'il a désignée(s) sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés ; ils facilitent la demande d'information du patient.

DIP- Référence 5

Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.

- DIP.5.a.* Le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical (excepté si son état rend nécessaire un acte auquel il n'est pas à même de consentir) ; dans cette démarche, le patient est informé des bénéfices et des risques des actes envisagés.
- DIP.5.c.* Le patient mineur donne son avis, dont il est tenu compte dans toute la mesure du possible. En dehors de certaines dispositions particulières les détenteurs de l'autorité parentale donnent leur consentement de manière écrite.

DIP- Référence 6

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation.

- DIP.6.a.* Le patient est examiné et peut obtenir les réponses aux questions qu'il pose dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.
- DIP.6.b.* Le patient dispose de ses effets personnels durant son séjour [...]. Le dépôt et le retrait des objets personnels sont organisés.

DIP.6.g. Le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques qu'il court, sauf si des raisons réglementaires (qui peuvent être par exemple une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers) s'y opposent. La demande de sortie d'un patient contre avis médical est formalisée par l'établissement.

DIP- Référence 7

Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient.

DIP.7.b. Le secret professionnel est garanti et les moyens sont mis en œuvre à cet effet dans l'établissement.

DOSSIER DU PATIENT (DPA)

DPA-Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

DPA.1.a. Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins.

DPA.1.c. Une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques.

DPA.1.d. L'établissement s'organise pour assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.

DPA-Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA-Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

DPA.5.f. Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.

DPA.5.g. Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (OPC)

⇒ **Coordination de la prise en charge**

OPC-Référence 4

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé.

OPC.4.a. Les données issues d'une consultation préalable, d'une hospitalisation antérieure ou du passage au service d'urgences sont disponibles.

OPC.4.b. Les besoins du patient sont identifiés et pris en compte.

OPC.4.c. Les examens complémentaires et les soins sont programmés à partir d'un examen médical.

OPC.4.e. L'état de santé du patient fait l'objet d'évaluations régulières et de réajustements de la prise en charge, si nécessaire.

OPC-Référence 5

Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.

OPC.5.b. Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge.

OPC.5.d. Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement.

OPC.5.e. Le patient bénéficie des actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins.

OPC-Référence 6

La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité clinique.

OPC.6.d. En cours d'hospitalisation, l'information du médecin traitant est assurée.

OPC-Référence 7

La continuité des soins est assurée.

OPC.7.e. La continuité des soins est assurée entre secteurs d'activité.

OPC.7.f. Le transport des patients entre secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et du respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.

⇒ **Sortie**

OPC-Référence 12

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

OPC.12.a. La planification de la sortie est envisagée dès l'arrivée du patient et actualisée au cours du séjour.

OPC.12.b. Le patient est orienté vers le circuit de prise en charge approprié à sa situation.

OPC.12.c. La sortie est organisée avec le patient et son entourage.

OPC.12.d. Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge (les informations fournies au patient doivent lui permettre de participer activement à son traitement après sa sortie de l'établissement).

OPC.12.e. Le médecin traitant est informé du retour à domicile ; cette information est communiquée préalablement à la sortie lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.

OPC.12.f. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert du patient.

GESTION DES FONCTIONS LOGISTIQUES (GFL)

GFL- Référence 8

L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

GFL.8.a. L'établissement organise la conservation des biens des patients.

GESTION DE LA QUALITÉ ET PRÉVENTION DES RISQUES (QPR)

QPR- Référence 2

Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des « clients » est en place.

QPR.2.a. Des dispositions sont prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients et des correspondants médicaux externes.

VIGILANCES SANITAIRES ET SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE (VST)

VST- Référence 4

L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.

VST.4.e. L'information et le suivi des patients transfusés sont associés. Le médecin traitant est informé.

RÉFÉRENCES

1. Daubech L. La fin de l'hospitalisation. In: La sortie du malade. Le malade à l'hôpital. Droits, garanties et obligations. Ramonville: Erès; 2000. p. 861-80.
2. Hickey ML, Kleefield SF, Pearson SD, Hassan SM, Harding M, Haughie P, et al. Payer-hospital collaboration to improve patient satisfaction with hospital discharge. *Jt Comm J Qual Improv* 1996;22:336-44.
3. Reiley P, Pike A, Phipps M, Weiner M, Miller N, Stengrevics SS, et al. Learning from patients: a discharge planning improvement project. *Jt Comm J Qual Improv* 1996;22:311-22.
4. Pryce-Jones M. Assessing the quality of discharge procedures for elderly people. *Health Serv Manage* 1992;88:23-6.
5. McBride RC. An audit of current discharge planning arrangements and their effectiveness on elderly care wards and community nursing services together with aspects of client satisfaction. *J Nurs Manag* 1995;3:19-24.
6. Tennier LD. Discharge planning: an examination of the perceptions and recommendations for improved discharge planning at the Montreal General Hospital. *Soc Work Health Care* 1997;26:41-60.
7. Mathura E. Planned hospital patient discharge - Or an ejector seat? *J Integr Care* 1999;3:84-9.
8. François P, Bertrand D, Beden C, Fauconnier J, Olive F. Évaluation du taux de réadmissions précoces comme indicateur de la qualité des soins à l'hôpital. *Rev Épidémiol Santé Publ* 2001;49:183-91.
9. Vergnenegre A, Séné E, Genet D, Bonnaud F. Étude du taux de réadmissions imprévues comme indicateur de qualité des soins dans un service hospitalier. *Gesti Hosp* 1995;344:242-5.
10. Chaput E, Czernichow P, Froment L, Barco P, Desechalliers JP. Les réhospitalisations précoces imprévues sont-elles évitables? *Rev Épidémiol Santé Publ* 1996;44:221-7.
11. Townsend J, Piper M, Frank AO, Dyer S, North WRS, Meade TW. Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomised controlled trial. *BMJ* 1988;297:544-7.
12. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281:613-20.
13. Anttila SK, Huhtala HS, Pekurinen MJ, Pitkälä J, Pitkälä TK. Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. Prospective follow-up of hospital and nursing home use in project elderly and randomized controls. *Scand J Public Health* 2000;28:41-6.
14. Fahs MC, Wade K. An economic analysis of two models of hospital care for AIDS patients: implications for hospital discharge planning. *Soc Work Health Care* 1996;22:21-34.
15. Cox CB. Discharge planning for dementia patients: factors influencing caregiver decisions and satisfaction. *Health Soc Work* 1996;21:97-104.
16. Houghton BA. Discharge planners and cost containment. *Nurs Manag* 1994;25:78-80.
17. Hira K, Fukui T, Endoh A, Rahman M, Maekawa M. Influence of superstition on the date of hospital discharge and medical cost in Japan: retrospective and descriptive study. *BMJ* 1998;317:1680-3.
18. Scott A, Shiell A, Farnworth MG. The value of early discharge: dispelling some myths. *Health Policy* 1993;26:81-91.
19. Townsend J. Early and supported hospital discharge : the hospital and community interface. *J R Soc Med* 1994;87:348-51.
20. Beech R, Rudd AG, Tilling K, Wolfe CD. Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. *Stroke* 1999;30:729-35.
21. Soliman A. Discharging our duty? *Elder Care* 1997;9:39.
22. Weaver FM, Perloff L, Waters T. Patients' and caregivers' transition from hospital to home: needs and recommendations. *Home Health Care Serv Q* 1998;17:27-48.
23. Vaughan CJ, Burn JPS, Bakheit AMO, Hanspal R. Patient and carer satisfaction with inpatient rehabilitation and discharge planning: an audit. *Br J Ther Rehabil* 1996;3:49-52.

24. Hurlimann C, Ungerer C, Berthel M, Kuntzmann F. Sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées : une enquête transversale en Alsace. *Santé Publ* 1997;9:413-23.
25. Closs SJ, Stewart LS, Brand E, Currie CT. A scheme of early supported discharge for elderly trauma patients: the views of patients, carers and community staff. *Br J Occup Ther* 1995;58:373-6.
26. Patterson CJ, Mulley GP. The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: a systematic review. *Clin Rehabil* 1999;13:101-4.
27. Hunter J, Weir AM, Macpherson K, Mercer S. Is a pre-discharge checklist useful? *J R Coll Physicians Lond* 1996;30:162-3.
28. McHale K. The essential guide to principles of discharge planning. *Macmillan Magazines* 1997.
29. Réseaux de santé et filières de soins. *Actu Doss Santé Publ* 1998;24:12-52.
30. Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. *Journal officiel*;16 janvier 1974.
31. Durin L. L'enfant à l'hôpital. *Cahiers Hospitaliers* 2000;157:17-20.
32. Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs. *Journal officiel* 1968;11.839.
33. Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge des détenus et de leur protection sociale. Paris : ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville; 1994.
34. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1). *Journal officiel*; 30 juin 1990.
35. Ducher A. Vade-mecum de la prévention des problèmes médico-légaux aux urgences à l'usage des personnels médicaux soignants et administratifs. Paris : *Études Hospitalières*; 2000.
36. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (1). *Journal officiel*; 30 juillet 1990.
37. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris: ANAES; 1999.
38. Agence Française de Sécurité Sanitaire de Santé. Les médicaments antivitaminé K (AVK). Enquête réalisée dans des pharmacies d'officine auprès de malades traités par antivitaminés K par l'Association Française des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. 2001. Available from: www.agmed.sante.gouv.fr
39. François P, Bertrand D, Weil G, Fauconnier J. Évaluation des courriers de fin de séjour hospitalier. *J Éco Méd* 1996;14:379-83.
40. Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. *J R Coll Physicians Lond* 1995;29:307-10.
41. Clements D. An improved 'interim discharge letter' a successful outcome from audit. *J R Coll Physicians Lond* 1992;26:169-71.
42. Macaulay EM, Cooper GG, Engeset J, Naylor AR. Prospective audit of discharge summary errors. *Br J Surg* 1996;83:788-90.
43. Essex B, Doig R, Rosenthal J, Doherty J. The psychiatric discharge summary: a tool for management and audit. *Br J Gen Pract* 1991;41:332-4.
44. Farrington W, Bromwich E, Cosgrove C, Walker A, Wilkins D. Improving discharge communication to general practitioners. *Audit Trends* 1998;6:59-62.
45. Isles C, Campbell J, Reece C. Communicating with general practitioners: an audit of the formal discharge summary in a district general hospital. *Health Bull* 1998;56:484-7.
46. Dawson R, Iyengar N, Ferguson CJ. How good are interim discharge summaries? A prospective audit. *Ann R Coll Surg Engl* 1998;80 (Suppl):229-31.
47. Adams DC, Bristol JB, Poskitt KR. Surgical discharge summaries: improving the record. *Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:96-9
48. Bolton P. A review of the role of information technology in discharge communications in Australia. *Aust Health Rev* 1999;22:56-64.
49. Bell DA, Abdullah RA. Rapid discharge summaries: meeting modern guidelines with a computerized system [abstract]. *J R Coll Surg Edinburgh* 1998;43:213.
50. Paterson JM, Allega RL. Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary. *Can Fam Physician* 1999;45:2893-9.

51. Smith M. Are older people satisfied with discharge information? *Nurs Times* 1997;93:52-3.
52. Chabrol A. Associations de patients. Les nouveaux partenaires de la santé. *Associations de patients. Bull Ordre Méd* 1999;8:10-2.
53. Beyl C, Brument A, Got C, Guerza AK. Accompagner les personnes hospitalisées d'un établissement à un autre. Une démarche régionale. *Gest Hosp* 2000;161:321-31.
54. Charte du patient hospitalisé (annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995). Paris : Direction des journaux officiels; 1995.
55. Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique. *Journal officiel*; 1^{er} avril 1992.
56. Ministère du Travail et des Affaires sociales. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *Journal officiel*; 25 avril 1996.
57. Décret n° 96-925 du 18 octobre 1996 relatif au carnet de santé institué par l'article L.162-1-1 du Code de la sécurité sociale et modifiant ce Code. *Journal officiel*; 20 octobre 1996.
58. Sala JN. Pertinence des ordonnances de sortie à l'hôpital. Une étude sur le département de médecine interne de l'hôpital Cochin [thèse]. Paris : Université René-Descartes, Faculté de Médecine Cochin Port-Royal; 1989.
59. Aubert MN. À propos de « la Charte du meilleur moment de sortie des établissements d'hospitalisation » : la prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation hôpital-pharmacies d'officine [thèse]. Nancy : Université Henri-Poincaré. Faculté de Pharmacie; 1999.
60. Anderson S. Completing the clinical audit cycle: discharge medication. *Int J Health Care Qual Assur* 1994;7:4-8.
61. Turner D. Can telephone follow-up improve post-discharge outcomes? *Br J Nurs* 1996;5:1361-5.
62. Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2000.
63. Le dossier de soins. Guide du service infirmier. *Bulletin officiel* 1985;85-7bis. Série soins infirmiers. N°1.
64. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'audit clinique. Base méthodologique de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris: ANAES; 1999.
65. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.
66. Maders HP, Clet E. Le management d'un projet. Paris: Éditions d'Organisation; 1995.
67. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Paris: ANDEM; 1996.