



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Dossier de presse

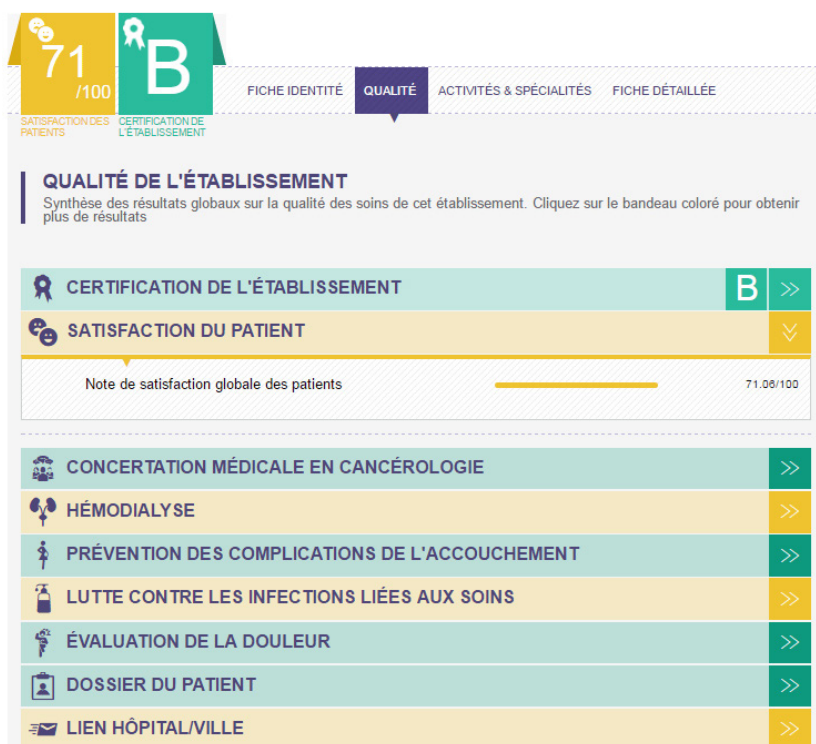
**Satisfaction des patients hospitalisés
&
résultats 2016 qualité et sécurité
des soins dans les hôpitaux et
cliniques en France**

15 décembre 2016

Les résultats contenus dans ce dossier proviennent :

- des résultats nationaux de la campagne 2016 des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (*en partenariat avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ATIH*) :
 - mesure de la satisfaction des patients hospitalisés + de 48h en médecine, chirurgie, obstétrique,
 - dossiers patient et d'anesthésie en médecine, chirurgie, obstétrique,
 - dossier patient en santé mentale adulte,
 - dossier du patient en hospitalisation à domicile,
 - dossier patient en soins de suite et de réadaptation,
 - infection associées aux soins (ex-tableau de bord des infections nosocomiales),
 - réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ;
- des résultats de certification v2014, dont les visites ont débuté en 2015 (Décisions de certification pour 845 établissements de santé au 01/12/2016).

Retrouvez les résultats qualité et sécurité actualisés dès aujourd'hui, établissement par établissement, sur www.scopesante.fr



www.scopesante.fr

Service presse de la Haute Autorité de Santé

Responsable du service : Florence GAUDIN

Contact presse : Xabi VELAZQUEZ – 01 55 93 73 18

contact.presse@has-sante.fr

Sommaire

FOCUS SUR LES RÉSULTATS DE SATISFACTION

Fiche 1. Satisfaction des patients en 2016.....	6
Mesurer la satisfaction pour améliorer la qualité des soins et l'information de tous.....	6
Résultats de satisfaction.....	7
Un engagement des établissements et des patients pour le recueil de la satisfaction.....	8

RÉSULTATS 2016 SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS DANS LES HÔPITAUX & CLINIQUES

Fiche 2. De bons résultats.....	10
1. Renseignement du dossier patient.....	10
2. Évaluation et gestion de la douleur.....	11
3. Collaboration entre les différents professionnels de santé.....	11
Fiche 3. Des résultats qui progressent mais des améliorations encore attendues.....	13
4. Évaluations et examen médical du patient.....	13
5. Respect des droits des patients.....	14
6. Infections associées aux soins (nosocomiales).....	16
Fiche 4. Des priorités d'amélioration.....	18
7. Sortie de l'hôpital et continuité des soins.....	18
8. Médicaments.....	19
9. Bloc opératoire.....	20
10. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.....	21

FOCUS SUR LES RÉSULTATS DE SATISFACTION

Fiche 1. Satisfaction des patients en 2016

La satisfaction est une des dimensions incontournables de mesure de la qualité. C'est pourquoi après plusieurs années d'expérimentation – et en complément de ses dispositifs d'évaluation déjà existants (autres indicateurs de qualité et sécurité des soins, certification) – la HAS a lancé une mesure nationale de la satisfaction des patients hospitalisés.

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

Comment cela fonctionne ?

Depuis septembre 2015, chaque patient est sollicité pour communiquer son adresse électronique lors de son admission dans un établissement de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Puis, pour toute hospitalisation de plus de 48 h, le patient reçoit, par courriel deux semaines après sa sortie, un lien vers un questionnaire de satisfaction sécurisé et anonymisé. Ce délai de 15 jours permet de réaliser l'enquête « à froid », avec du recul et à domicile, à l'aide d'un questionnaire complet en vue d'apporter des informations précises aux établissements de santé pour dégager des axes d'amélioration.

En 10 minutes environ, le patient (ou son entourage) peut donner son avis sur 4 dimensions de son hospitalisation :

- 1. son accueil dans l'établissement ;
- 2. sa prise en charge ;
- 3. sa chambre et ses repas ;
- 4. l'organisation de sa sortie.

Comment sont utilisés ces résultats ?

Les résultats anonymisés de ces questionnaires :

- sont transmis aux établissements de santé pour qu'ils disposent de retours de leurs patients, comprennent leurs points forts et leurs points faibles et sachent comment s'améliorer. Ils disposent pour ce faire des données quantitatives ainsi que des verbatims des patients,
- servent à calculer un score de satisfaction globale par établissement, qui est publié aujourd'hui pour la première fois sur www.scopesante.fr.

Ce score – qui se présente sous la forme d'une note sur 100 – est un élément d'information supplémentaire pour tous les Français sur la qualité des soins dans les établissements de santé en France.

Et dans les prochaines années ?

Chaque année, les établissements auront un nouveau score permettant de se comparer entre eux et d'une année sur l'autre. Des extensions de la mesure de la qualité à d'autres séjours que ceux de plus de 48 h sont déjà à l'étude, notamment pour les prises en charge en ambulatoire.

Résultats de satisfaction

56 759 patients ayant été hospitalisés au sein de 983 établissements de santé ont répondu à l'enquête depuis avril dernier¹.

Attention

Les scores de satisfaction donnés ci-après ne représentent pas un pourcentage de patients satisfaits : il s'agit d'une « note » sur 100, calculée à partir des réponses des patients au questionnaire de satisfaction.

Scores de satisfaction au niveau national

Un niveau de satisfaction des patients...

... bon pour la prise en charge

Le score moyen des établissements pour la dimension «Prise en charge» enregistre le meilleur résultat, c'est un bon score : 80,7 sur 100.

Quelques exemples des réponses ayant permis de calculer ce score :

- 87 % des patients ont reçu des réponses à leurs questions et 91% ont été satisfaits de leur clarté (satisfaction bonne à excellente) ;
- 83,5 % des patients ont bénéficié d'une écoute attentive de la part des médecins ou chirurgiens (satisfaction bonne à excellente) ;
- 76,6 % se sont sentis soutenus par les infirmiers et aides-soignants quand ils ont ressenti de l'anxiété (réponse « souvent » à « toujours » à la question).

... moyen pour l'accueil dans l'établissement

Pour la dimension de l'accueil, les établissements ont obtenu un score de satisfaction passable : 72,7 sur 100.

Quelques exemples des réponses ayant permis de calculer ce score :

- 88,4 % des patients ont bénéficié d'un accueil bon ou excellent par le personnel administratif et 91,9 % par les services de soins ;
- l'accessibilité de l'établissement (transport, parking, signalétique) n'a été jugée bonne ou excellente que par 63,3 % des patients ;
- 91,4 % des patients ont jugé les horaires de visite bons ou excellents.

... et insuffisant pour l'organisation de la sortie, et la chambre et les repas

L'organisation de la sortie est la dimension pour laquelle les établissements ont un score insuffisant : 62,6 sur 100. Il s'agit du score le plus faible. La chambre et les repas est une dimension qui recueille également un score de satisfaction insuffisant : 66,7 sur 100.

Quelques exemples des réponses ayant permis de calculer ces deux scores :

- 24 % des patients se sont déclarés insatisfaits de l'organisation de leur sortie ;
- seulement 46,8 % ont jugé la qualité de leurs repas bonne ou excellente (29,4 % moyenne et 11,6 % mauvaise) ;
- 71,1 % des patients ont estimé être satisfaits du calme et de la tranquillité de leur chambre (satisfaction bonne ou excellente).

Résultat global, 4 thématiques confondues


Le score de satisfaction des patients toutes thématiques confondues peut être jugé comme un score acceptable (score de 72,7 sur 100). Il montre que si les patients en France sont en partie satisfaits de leur hospitalisation, un certain nombre d'actions d'amélioration ciblées doivent être mises en œuvre par les établissements.

1. Les 55 000 questionnaires récoltés entre septembre 2015 et mars 2016 ont servi à tester et consolider le questionnaire ; leurs résultats ont été transmis aux établissements de santé mais n'ont pas été intégrés aux calculs des scores de satisfaction.

Scores de satisfaction par établissement

Par établissement, un score de satisfaction a pu être calculé pour 403 d'entre eux (les données étaient insuffisantes pour les autres établissements qui avaient moins de 30 questionnaires exploitables)².

Quatre groupes d'établissements homogènes en matière de satisfaction du patient ont été définis. Ils permettent un classement relatif des établissements des meilleurs au moins bons. Ce classement permet de les positionner les uns par rapport aux autres et, pour les équipes de professionnels, de s'interroger sur leurs résultats³.

	Niveau de satisfaction	% d'établissements
Les meilleurs 	-> Score au-dessus de 77,3	11 % (44 établissements au total)
	-> Score entre 74 et 77,3	24 % (98 établissements au total)
	-> Score entre 70,7 et 74	41 % (166 établissements au total)
	-> Score en-dessous de 70,7	24 % (95 établissements au total)
Les moins bons		

Pour les 11 % d'établissements du groupe des meilleurs : 76 % des patients recommanderaient « certainement » l'établissement à leurs proches et 80 % reviendraient s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison.

Pour les 24 % d'établissements du groupe des moins bons : seulement 47 % des patients recommanderaient « certainement » l'établissement à leurs proches et seulement 57 % reviendraient s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison.

Un engagement des établissements et des patients pour le recueil de la satisfaction

Un fort engagement des établissements de santé en un temps restreint

L'impératif de recueil des adresses électroniques des patients – indispensables pour la participation au recueil de la satisfaction – a demandé aux établissements de santé des évolutions de leurs systèmes d'information. Cette année, plus de 80 % des hôpitaux et cliniques concernés participent au recueil de la satisfaction (1 152 établissements de santé au total).

Une participation des patients honorable pour un dispositif encore peu connu

17,2 % des patients ont répondu au questionnaire de satisfaction, ce qui représente un chiffre honorable dans le cadre de la montée en charge du dispositif et largement supérieur aux taux de réponse habituels en population générale. Des efforts de communication seront poursuivis par la HAS en collaboration avec les parties prenantes, notamment le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) afin de faire connaître cette possibilité offerte aux patients, et viser à ce que la communication d'une adresse électronique lors d'une admission en établissements de santé devienne un réflexe.

La prochaine campagne nationale de mesure de la satisfaction est d'ores-et-déjà lancée depuis le 7 novembre 2016 (déjà 7 000 répondants).

2. Le score de satisfaction par établissement est ajusté en fonction de caractéristiques des patients qui peuvent faire varier la satisfaction sans que la qualité des soins varie (par exemple, leur satisfaction vis-à-vis de la vie en général) de manière à permettre la comparaison du résultat entre établissements.

3. Cette méthodologie a été validée par un comité d'experts nationaux de la mesure de la satisfaction et de l'expérience patient.

RÉSULTATS 2016 SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS DANS LES HÔPITAUX & CLINIQUES

Fiche 2. De bons résultats

1. Renseignement du dossier patient

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. C'est un outil fondamental pour assurer le suivi des patients au quotidien, la coordination entre les différents professionnels de santé et la continuité des soins après l'hospitalisation. La bonne tenue du dossier contribue à la continuité et la sécurité des soins. Elle est le reflet des pratiques cliniques et de leur qualité.

Les résultats 2016 montrent que pour tout type d'activité, les dossiers des patients sont dans leur quasi-totalité organisés.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	• Dossier organisé et classé : 97 %
Santé mentale	• Dossier organisé et classé : 97 %
Hospitalisation à domicile	• Dossier organisé et classé : 96 %
Soins de suite et de réadaptation	• Dossier organisé et classé : 98 %

Les dossiers contiennent, dans la très grande majorité des cas, des prescriptions médicamenteuses rédigées selon les règles de bonne pratique...

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	• Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses : 87 %
Santé mentale	• Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses : 94 %
Hospitalisation à domicile	• Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses : 94 %
Soins de suite et de réadaptation	• Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses : 90 %

... quand il y a eu une anesthésie, une opération chirurgicale, le dossier d'anesthésie et les comptes rendus opératoires sont le plus souvent retrouvés dans le dossier.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un ou des comptes rendus opératoires : 93 % • Présence du dossier d'anesthésie : 95 % • Mention du type d'anesthésie proposée au patient : 95 %

L'engagement des établissements sur ce thème transparait également dans les premiers résultats de certification en v2014, applicable depuis 2015. La gestion du dossier du patient obtient en effet un bon niveau de conformité aux exigences de la HAS, supérieur même au niveau moyen des autres thématiques investiguées. Seuls 6 % des établissements font l'objet d'une obligation d'amélioration et guère plus de 1 % d'une réserve.

2. Évaluation et gestion de la douleur

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique et une obligation inscrite dans le Code de la santé publique : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur* ». La douleur ralentit et complique le rétablissement du patient. C'est pourquoi elle doit être systématiquement évaluée par les professionnels de santé et le patient doit être soulagé lorsqu'il souffre.

De nombreux progrès ont été faits par les professionnels de santé, notamment par l'utilisation d'une échelle validée pour mesurer la douleur, ainsi :

- l'évaluation de la douleur des patients a progressé de 5 points par rapport à 2014 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, de 6 points en soins de suite et de réadaptation, et de 4 points en hospitalisation à domicile ;
- plus spécifiquement, l'évaluation de la douleur après une opération chirurgicale a progressé de 13 points.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la douleur : 86 % • Évaluation de la douleur après une opération : 73 %
Hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la douleur : 80 %
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la douleur : 89 %

Le recueil de l'expérience et de la satisfaction des patients apporte un éclairage complémentaire. Si 86 % des patients ont ressenti des douleurs – dont un tiers des douleurs « extrêmement intenses » ou « intenses » – 87 % d'entre eux sont satisfaits de la façon dont leur douleur a été prise en charge.

Satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> • 87 % des patients ayant ressenti des douleurs sont satisfaits de la prise en charge de leurs douleurs.
---------------------------	--

3. Collaboration entre les différents professionnels de santé

La collaboration entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient (médecins de ville ou d'une autre structure adressant le patient à l'établissement de santé, anesthésistes, chirurgiens, psychiatres, etc.) favorise une prise en charge concertée et coordonnée et *in fine* des soins de meilleure qualité.

À l'admission, prise en compte des rapports médicaux des professionnels qui ont suivi le patient avant son arrivée

On observe qu'en 2016, les motifs justifiant l'hospitalisation (provenant du médecin de ville, de l'établissement précédent transférant le patient, de l'urgentiste, etc.) sont retrouvés dans le dossier du patient.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	• Présence d'un document médical relatif à l'admission (médecin de ville ou d'un autre établissement) : 93 %
Santé mentale	• Document d'un médecin de ville relatif à l'admission : 88 %
Hospitalisation à domicile	• Accord du médecin traitant pour l'HAD (à l'entrée) : 79 %
Soins de suite et de réadaptation	• Présence d'un document médical relatif à l'admission (médecin de ville ou d'un autre établissement) : 77 %

Ces résultats sont stables ou en légère progression par rapport à 2014.

Pendant l'hospitalisation, entre les professionnels de santé de l'établissement

L'organisation de réunions associant les professionnels de santé impliqués est cruciale pour discuter la situation des patients, notamment pour les plus complexes.

Les particularités des activités d'hospitalisation à domicile induisant une organisation spécifique ou des activités de soins de suite et de réadaptation au sein desquels la durée d'hospitalisation peut être longue, rendent indispensable cette concertation pluriprofessionnelle.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Hospitalisation à domicile	• Réunion de synthèse pluri-professionnelle : 80 % • Protocole de soins renseigné et daté : 81 %
Soins de suite et de réadaptation	• Au moins une réunion pluri-professionnelle : 73 %

Pour les patients atteints de cancers, une discussion entre les médecins des spécialités concernées doit aussi être menée pour analyser les bénéfices/risques des différentes prises en charge qui pourraient être proposées. Suite à cette analyse, un plan personnalisé de soins est proposé et expliqué au patient.

Les résultats de 2016 montrent que plus de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une concertation pluridisciplinaire associant au moins 3 professionnels de différentes spécialités (82 % contre 79 % en 2014).

Cancérologie	• Réunion de concertation pluridisciplinaire associant au moins 3 professionnels : 82 %
--------------	---

Fiche 3. Des résultats qui progressent mais des améliorations encore attendues

4. Évaluations et examen médical du patient

Examen médical du patient

À l'admission dans un établissement de santé, le patient doit être examiné afin de faire un point sur sa situation, son histoire médicale, etc. mais il doit aussi être destinataire de l'information nécessaire sur sa prise en charge. Malgré des progrès, cet examen n'est pourtant pas encore systématique dans tous les établissements de santé. Par exemple, un peu plus d'un patient adulte sur deux seulement bénéficie d'un examen psychiatrique à 24 h dans les établissements de santé mentale ou d'une visite pré-anesthésique dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique avant un acte sous anesthésie.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none">● Examen médical d'entrée : 75 %● Visite pré-anesthésique : 64 %
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none">● Présence d'un examen psychiatrique dans les 24 h : 64 %
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none">● Examen médical : 76 %

Évaluations spécifiques pour une bonne prise en charge

Selon les cas, des évaluations particulières doivent être menées pour chaque patient, afin de :

- vérifier son état de santé au cours de sa prise en charge dans l'établissement (par exemple, surveillance évolutive des symptômes, surveillance des constantes physiologiques, du poids ou de la température, autant d'éléments qui peuvent constituer des signaux d'alerte) ;
- vérifier que la prise en charge proposée est adaptée (par exemple, évaluer les modalités d'anesthésie en fonction des traitements médicamenteux du patient) ;
- prévenir certaines conséquences de l'hospitalisation (par exemple, évaluer le risque d'escarre pour les patients qui seront alités sur de longues périodes de la journée et mettre en place des mesures de prévention).

Si les résultats démontrent la progression des pratiques dans certains établissements, d'autres ont encore une marge d'amélioration, notamment évaluation du risque d'escarre en court séjour ; suivi du poids en hospitalisation à domicile ou encore évaluation psychologique en soins de suite et de réadaptation, en fonction de la situation clinique du patient.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Une mesure du poids et un calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) (ou évolution du poids avant admission) : 75 % • Évaluation du risque d'escarre : 48 % • Évaluation du risque anesthésique : 94 % • Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement : 95 %
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi hebdomadaire psychiatrique : 87 %
Hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la dépendance : 85 % • Évaluation du risque d'escarre : 82 % • Suivi du poids : 71 %
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation psychologique : 74 % • Évaluation de l'autonomie : 90 % • Évaluation du risque d'escarre : 81 % • Deux mesures du poids sous 15 jours et un calcul de l'IMC (ou évolution du poids avant admission) : 80 %

5. Respect des droits des patients

Chaque établissement de santé doit s'organiser pour respecter les droits du patient : droit à l'information sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés, droit à désigner une personne de confiance, participation à sa prise en charge, respect de son intimité, de la confidentialité, etc.

Information du patient et association à sa prise en charge

Depuis la loi du 4 mars 2002, être informé sur son état de santé est un droit pour tous. L'information délivrée est destinée à éclairer le patient sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre des décisions concernant sa santé et ses soins en fonction de ce qu'il estime être dans son intérêt. Il s'agit du principal sujet de préoccupation des patients hospitalisés.

Le retour d'expérience des patients montrent que plus de 70 % des patients ont reçu des explications spontanées sur leur état de santé, traitements et prise en charge. Lorsque ceux-ci ont posé des questions, l'information que les professionnels leur ont donnée était suffisamment claire (bonne 53,5 % et excellente 37,6 %). Sur la moitié des patients ayant souhaité participer à une prise de décision sur leur soins, 7 sur 10 ont pu le faire de manière régulière (souvent 32,1 % et toujours 38,6 %).

Satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> • 71,8 % des patients ont reçu souvent ou toujours des explications spontanées sur leur état de santé, leur traitement, leurs soins, etc. • Lorsque les patients ont demandé des explications, 86,8 % ont reçu des réponses, et dans 91,1% des cas, la clarté des réponses données par les médecins ou les chirurgiens ont été jugées bonnes ou excellentes par les patients • Sur les 50,1% des patients qui ont souhaité participer aux décisions concernant leurs soins ou leur traitement, 70,7 % d'entre eux ont pu le faire souvent ou toujours
---------------------------	---

La HAS analyse aussi d'autres dimensions telles que l'accord et l'association du patient et de son entourage dans les cas particuliers de l'hospitalisation à domicile (qui mobilise les proches du patient tout au long de l'hospitalisation) et des soins de suite et de réadaptation (qui comprend une rééducation à laquelle le patient doit adhérer pour en assurer la réussite).

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Accord du patient et de l'entourage pour la prise en charge : 85 %
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Participation ou accord du patient à son projet thérapeutique : 61 %

Mention de la personne de confiance ou des personnes désignées en santé mentale

Le Code de santé publique permet depuis 2005 que chaque patient désigne une personne de confiance qui pourra être consultée par les médecins si le patient n'est plus en état de donner son avis. Il revient aux professionnels dans les établissements de demander aux patients s'ils ont désigné une personne de confiance, et le cas échéant de leur expliquer l'intérêt de cette démarche.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Mention de l'identité de la personne de confiance : 66 %
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées : 58 %
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Mention de la personne de confiance : 69 %

La mention de la personne de confiance est mesurée pour la première fois cette année pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et de soins de suite et de réadaptation. Elle n'est retrouvée dans le dossier que pour 2 patients sur 3. En psychiatrie, si le résultat a augmenté de 5 points par rapport à 2014, la mention de la protection judiciaire et des personnes désignées reste encore trop faible (6 patients sur 10).

Respect de l'intimité et de la confidentialité

Deux autres éléments fondamentaux des droits des patients sont le respect de l'intimité et du secret professionnel. Ainsi que l'expose la Charte de la personne hospitalisée, l'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites. Le secret professionnel est garanti quant à lui par le Code pénal, le Code de la santé publique, la loi et les divers codes de déontologie des professions de santé.

Sur ces 2 points particuliers, la satisfaction des patients atteint de très bons résultats : 9 patients sur 10 sont satisfaits.

Satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> • 88,3 % des patients estiment que leur intimité a été respectée de manière bonne ou excellente • 93,9 % des patients considèrent que la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés de manière bonne ou excellente
---------------------------	---

Les premières visites de certification en v2014 pointent toutefois des dysfonctionnements sur cette thématique mais qui sont le plus souvent liées à des locaux ou à des équipements inadaptés pour assurer le respect de la dignité de l'intimité et de la confidentialité, plutôt qu'à l'attitude des professionnels de santé.

Respect des libertés individuelles

Les visites de certification v2014 ont montré – particulièrement dans les établissements psychiatriques mais pas uniquement – un nombre significatif de dysfonctionnements concernant le respect des libertés individuelles et un recours trop important aux mesures de restriction de liberté (isolement et contention). En effet, cette thématique concentre à elle seule 18 % des non conformités observées par la HAS.

L'observation de ces situations a pu conduire à des décisions de non certification ou à la mise en œuvre de mesures de suivi très rapprochées et ce en lien avec les Agences Régionales de Santé concernées. La HAS insiste sur l'obligation d'amélioration des établissements sur cette thématique, et particulièrement ceux en santé mentale en accord avec les recommandations élaborées dans le cadre de son programme de travail psychiatrie et santé mentale initié en 2013.

6. Infections associées aux soins (nosocomiales)

Les infections associées aux soins (IAS) sont celles qui surviennent au cours ou à la suite de la prise en charge d'un patient aussi bien en ville, à domicile que dans un établissement de santé ; elles sont alors dites « nosocomiales ».

Ces infections sont des complications fréquentes du parcours de soins des patients pouvant se retrouver dans une hospitalisation sur vingt selon la dernière enquête nationale de prévalence. Ce sont des événements indésirables graves parfois inévitables, qui conduisent à une augmentation de la durée de séjour, à l'initiation d'un traitement anti-infectieux, à des ré-interventions, à des ré-hospitalisations, mais peuvent également conduire au décès du patient ou des situations de handicap.

Depuis les années 1990, la lutte contre les infections nosocomiales est une priorité nationale, et en 2015 le dernier plan national⁴ a fixé, trois priorités :

- **Axe 1** : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents ;
- **Axe 2** : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ;
- **Axe 3** : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Les établissements déclinent le programme national, les recommandations de bonnes pratiques, et leurs obligations réglementaires dans un plan local de lutte contre les infections associées aux soins, et évalués au travers des indicateurs.

Le programme national fournit des objectifs chiffrés qui ont été atteints comme l'information du patient qui a contracté une bactérie multirésistante faite dans 97 % des établissements de santé (pour une cible à 100 %). De manière globale, la maîtrise de la multirésistance dans les établissements de santé est une thématique plutôt bien maîtrisée avec un indicateur de la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes satisfaisant pour 93 % des structures.

Des axes du programme national ne sont pas aussi avancés comme la prévention de l'antibio-résistance, la maîtrise de la consommation des antibiotiques, à un niveau acceptable dans 82 % des établissements de santé, ou l'hygiène des mains. En effet, si certains établissements ont dépassé leur objectif (1/3), plus d'un tiers n'ont pas atteint leurs objectifs minimums de consommation de produits hydro-alcooliques, élément pourtant central de la lutte contre la transmission croisée des bactéries dans les secteurs de soins.

De manière plus détaillée d'autres paramètres nécessitent encore des améliorations, particulièrement dans le champ du bon usage des antibiotiques :

<p>Infections associées aux soins</p>	<p>Bon usage des antibiotiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La prescription des antibiotiques est informatisée : 79 % ● Le ou les référent(s) en antibiothérapie a (ont) une compétence adaptée à ses missions : 76 % ● Ses compétences sont actualisées régulièrement : 68 % ● Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient : 78 % ● Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques : 69 % ● Surveillance de la posologie de l'antibiotique : 72 % ● Surveillance la durée de l'antibiothérapie : 77 %
--	--

4. Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015

■ Droits des patients

La HAS contribue au développement des droits des patients au travers de la certification depuis le premier référentiel de certification et y a intégré l'évolution de la loi au fur et à mesure. Dans la V2014, une nouvelle méthode – dite du patient traceur – a été développée pour les visites de certification visant à fonder l'observation des experts sur l'expérience de patients en situation réelle. Le principe est d'analyser le parcours intrahospitalier du patient d'une part avec l'équipe qui le prend en charge, son dossier médical à l'appui et de d'autre part, au travers d'un entretien avec lui de manière à intégrer son point de vue. Pour en savoir plus, cliquer [ici](#).

La participation de représentants d'usagers à la mise en œuvre de la certification dans les établissements de santé contribue également à la mobilisation autour de cet enjeu des droits du patient. De manière à faciliter l'implication de ces acteurs, la HAS a publié en 2015 un [guide](#) et a mené une enquête de terrain visant à aborder les différentes modalités pour [faire valoir le point de vue des usagers dans la certification](#).

Dans le cadre de son [programme « Psychiatrie et santé mentale »](#) initié depuis 2013, la HAS publie différents travaux. Elle a publié en novembre des outils destinés aux professionnels pour comprendre, prévenir et mieux gérer – individuellement, collectivement et en alliance avec le patient – [les épisodes de violence en établissements psychiatriques](#). Elle publiera au premier trimestre 2017 une recommandation de bonne pratique sur la [place de la contention et de l'isolement en psychiatrie](#).

■ Infections associées aux soins

Les indicateurs sur les infections associées aux soins sont anciens et l'amélioration constante des résultats de ces indicateurs demande aujourd'hui la mise au point d'une nouvelle génération d'indicateurs. En 2017, un groupe de travail se positionnera sur les orientations à donner en lien avec le programme de prévention des IAS. La HAS travaille d'ores et déjà sur des propositions issues de l'expérimentation menée en 2016 de plusieurs indicateurs et sur un indicateur de résultat, issu des bases médico-administratives, relatif aux infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche ou de genou.

Fiche 4. Des priorités d'amélioration

7. Sortie de l'hôpital et continuité des soins

La sortie d'hospitalisation est un moment où les risques de rupture de continuité des soins sont importants avec pour conséquences des ré-hospitalisations non programmées, une aggravation de l'état de santé du patient, des situations d'anxiété inutiles mais aussi des insatisfactions du patient.

Le courrier de fin d'hospitalisation ou - depuis janvier 2016 - la « lettre de liaison à la sortie », est un élément clé de la continuité des soins. Document signé par un médecin de l'établissement, il est adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, et remis au patient le jour de sa sortie. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

Existence d'une lettre de liaison ou d'un courrier de fin d'hospitalisation

L'analyse des dossiers a montré qu'en 2016, un courrier de fin d'hospitalisation était retrouvé pour 79 % des patients en hospitalisation à domicile, jusqu'à 87 % des patients en soins de suite et de réadaptation.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	• Lettre de liaison à la sortie du patient (retrouvée dans le dossier) : 82 %
Santé mentale	• Compte-rendu ou courrier de fin d'hospitalisation : 82 %
Hospitalisation à domicile	• Courrier fin d'hospitalisation : 79 %
Soins de suite et de réadaptation	• Courrier de fin d'hospitalisation comprenant les éléments minimums : 87 % • Rédaction d'un traitement de sortie : 81 %

Contenu des documents pour la continuité des soins en ville et délais d'envoi ou de remise au patient

Toutefois, si un courrier de fin d'hospitalisation ou une lettre de liaison⁵ est retrouvé dans la grande majorité des cas, plusieurs problèmes persistent :

- son contenu est incomplet ;
- sa remise au patient n'a pas lieu à la sortie ;
- son envoi au médecin de ville ou à la structure de transfert est trop tardif.

5. Cette année, la mise en place de la lettre de liaison à la sortie (en anticipation de l'application de l'article R11.12-1-1 et suivants du CSP (Loi de Santé de janvier 2016) au 1^{er} janvier 2017) a été mesurée dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique. En soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile et en santé mentale, c'est l'indicateur « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » qui a encore été évalué.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre de liaison <ul style="list-style-type: none"> ▸ Remise de la lettre de liaison au patient : 27 % ▸ Traitements médicamenteux présents dans la lettre de liaison : 33 % ▸ Risques liés à l'hospitalisation dans la lettre de liaison : 20 % ▸ Destination du patient à la sortie dans la lettre de liaison : 64 %
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Courriers remis au patient ou envoyés dans les 8 jours et comportant les éléments indispensables : 55 % • Conformité du courrier de fin d'hospitalisation : 77 %
Hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie : 61 %
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation : 80 %

Les résultats montrent qu'il s'agit d'une priorité d'amélioration pour les établissements de santé, notamment en médecine, chirurgie, obstétrique (1 patient sur 4 seulement part avec sa lettre de l'établissement, et cette lettre est souvent insuffisamment documentée pour assurer la continuité des soins), en santé mentale (seulement 1 patient sur 2 a un courrier remis à la sortie ou envoyé à son médecin dans les 8 jours), et en hospitalisation à domicile (seulement 6 patients sur 10 voient les informations nécessaires à la poursuite des soins transmises à leur médecin).

Il est intéressant de noter que l'organisation de la sortie est également un point de non satisfaction exprimé par les patients eux-mêmes. En effet, 1 patient sur 4 se déclare insatisfait et le score des établissements au niveau national dépasse à peine les 60 sur 100.

Satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Score de satisfaction sur la thématique « Organisation de la sortie » des établissements au niveau national : 62,6 sur 100 • 24 % des patients ne sont pas satisfaits de la façon dont leur sortie a été organisée
---------------------------	---

8. Médicaments

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions. À l'hôpital le médicament suit un circuit long et complexe avant d'arriver au patient (prescription, préparation, stockage, dispensation, administration au patient) et de nombreux professionnels interviennent à chaque étape.

Il convient en outre de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'intégralité du traitement médicamenteux lors des éventuels transferts vers d'autres services et au moment de la sortie, et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

Si les prescriptions médicamenteuses sont globalement consignées et de manière conforme dans les dossiers des patients (cf. point 1 fiche 2), les résultats mesurés en 2016 restent nettement insuffisants concernant la qualité de l'administration des médicaments, les traitements de sortie et leur communication au médecin de ville en charge de suivre le patient.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation : 60 % • Rédaction d'un traitement de sortie : 56 % • Traitements médicamenteux présents dans la lettre de liaison : 33 %
Hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du traitement médicamenteux : 73 %

La prise en charge médicamenteuse est également l'une des thématiques pour laquelle les visites de certification de la HAS observent le plus de dysfonctionnements. La conciliation des traitements médicamenteux est une façon de répondre aux exigences de la certification pour intercepter et éviter les erreurs médicamenteuses, mais n'est pour le moment que très peu déployée. Sur les 845 établissements visités depuis 2015 avec la dernière version de certification (v2014), la HAS a constaté des problèmes de prise en charge médicamenteuse pour 48 % d'entre eux.

	Principaux dysfonctionnements observés
Certification v2014 des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les bonnes pratiques ne sont pas respectées à toutes les étapes du circuit, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ▶ l'accès à la pharmacie à usage intérieur n'est pas réservé qu'aux seuls professionnels habilités ; ▶ le stockage des médicaments dans les armoires en pharmacie n'est pas sécurisé ; ▶ le classement des médicaments dans les armoires ne permet pas de prévenir le risque de confusion ou d'erreur ; ▶ au lieu d'utiliser la prescription initiale, les infirmiers la recopient créant ainsi un risque d'erreur ; ▶ les médicaments sont administrés sans se référer systématiquement à la prescription du médecin. • Dans un nombre important de cas, les professionnels sont insuffisamment sensibilisés et formés au risque d'erreur médicamenteuse.

9. Bloc opératoire

Le bloc opératoire est un lieu complexe, impliquant de nombreux intervenants, à risque pour la sécurité du patient. C'est pourquoi l'organisation des professionnels au bloc opératoire est cruciale.

Le bloc est une des thématiques où l'on observe le plus de dysfonctionnements *via* les visites de certification de la HAS. Ainsi, sur les 317 établissements de santé disposant d'un bloc et visités par la HAS depuis 2015 via la procédure v2014, 56 % présentaient des dysfonctionnements.

Bien que, depuis les certifications précédentes (certification v2010, visites de 2011 à 2014), des évolutions notables soient observées en matière de sécurisation des activités opératoires, des problèmes récurrents demeurent. Les principaux sont les suivants :

	Principaux dysfonctionnements observés
Certification v2014 des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les bonnes pratiques ne sont pas respectées, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▸ l'absence de mise en œuvre ou mise en œuvre partielle de la <i>check-list</i> « Sécurité du patient au bloc opératoire », outil qui permet aux professionnels d'éviter les erreurs et sécuriser les opérations ; ▸ la sortie trop rapide de la salle de réveil après anesthésie et parfois sans avis médical. • Le travail attendu des professionnels d'identifier les principaux risques liés à l'activité chirurgicale demeure insuffisante. • Les locaux ou les équipements sont encore parfois inadaptés. • Des problèmes d'effectifs persistent notamment des effectifs d'anesthésie insuffisants qui fragilisent la continuité des soins et/ou induisent des glissements de tâches (par exemple, réalisation par un infirmier d'un acte qui aurait dû être réalisé par un médecin).

10. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chacune de ses venues dans l'établissement permet de relier toutes les données du patient dans le temps et de toujours délivrer l'acte ou le traitement prescrit à la bonne personne. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de médicament, erreur de résultats de laboratoire, erreur de côté, etc.).

On observe pourtant qu'en 2016, seuls 7 patients sur 10 sont identifiés correctement (nom, prénom, date de naissance, sexe) dans leur dossier en médecine, chirurgie, obstétrique.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • Identification du patient dans son dossier : 72 % • Identification du patient sur la lettre de liaison : 73 %

Les premiers résultats de la certification v2014 montrent également que l'identification des patients dysfonctionne encore trop souvent : c'est le cas pour 50 % des établissements investigués sur cette thématique par la HAS.

	Principaux dysfonctionnements observés
Certification v2014 des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de santé ne respectent pas les bonnes pratiques en matière d'identification du patient, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ▸ les piluliers ne sont pas identifiés au nom du patient mais selon le numéro de la chambre ; ▸ l'ensemble des pièces d'un dossier patient ne comportent pas l'identité du patient ; ▸ le port du bracelet d'identité n'est pas réalisé en secteur à risques. • Il n'existe pas de dispositif d'évaluation permettant de s'assurer que l'organisation et les pratiques garantissent pour tout acte une parfaite identification du patient : les professionnels ne mettent pas en place d'audit, de contrôle ou d'exploitation des événements indésirables pour en tirer des enseignements. • Les professionnels de santé sont insuffisamment formés et sensibilisés aux enjeux de l'identification du patient.

■ Organisation de la sortie et parcours de soins

La HAS a mené différents travaux pour déterminer le contenu du document de sortie avec lequel le patient doit sortir de l'hôpital.

Elle a ainsi élaboré un référentiel sur le [document de sortie d'hospitalisation supérieur à 24 h](#). Elle a également mis en place un [indicateur](#) qui regarde la qualité du document remis aux patients au travers de plusieurs critères : le document est remis le jour de la sortie de l'hôpital et son contenu respecte les 5 catégories obligatoires (motif de l'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, résultats des actes et examens complémentaires réalisés, traitements médicamenteux prescrits, suivi médical préconisé).

Elle a également élaboré différents outils adaptés aux différentes transitions du parcours de soins des malades. Elle a mis en place une [check-list sortie d'hospitalisation](#) et a élaboré un modèle de [programme personnalisé de soins](#) adapté aux personnes âgées.

Elle a par ailleurs élaboré des [documents spécifiques](#) sur la fin de vie destinés à améliorer la sortie de l'hôpital et faciliter le maintien à domicile des patients adultes relevant des soins palliatifs.

Enfin, pour améliorer la coordination des soins en ville, la méthode du patient traceur a été étendue à la [ville](#).

■ Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé

La HAS a publié de nombreux guides et outils sur cette thématique qui reste un sujet de dysfonctionnements trop fréquent dans les établissements :

- des outils pour autoévaluer et [sécuriser l'étape de l'administration du médicament](#) dans les établissements ;
- un guide pour limiter les [interruptions de tâches](#) et en limiter l'impact, c'est-à-dire les moments où la personne en train de préparer les médicaments est interrompue dans sa tâche pour répondre à un confrère, aller au chevet d'un malade, etc.

La HAS a aussi mené des travaux sur la conciliation des traitements médicamenteux, son intérêt en tant que démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses étant démontré. Il s'agit de confronter les prescriptions du patient avant son arrivée à l'hôpital, celles qu'il reçoit au fur et à mesure et potentiellement émanant de différents professionnels de sortie et à la fin de son hospitalisation. La HAS vient de terminer un [guide sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé](#) prenant en compte l'articulation ville-hôpital, comprenant des outils destinés à permettre la réplique et le déploiement de la procédure de conciliation dans l'ensemble des établissements de santé qui le souhaitent. Ce guide sera publié avant la fin de l'année 2016.

■ Bloc opératoire

La HAS a adapté et déployé la [check-list](#) au bloc-opératoire dans l'ensemble des établissements de santé français. Sa [version 2016](#) est adaptée à la chirurgie infantile :

Cette nouvelle version se substitue à la version 2011 des documents. En vue de favoriser son appropriation par les professionnels, cette [check-list](#) générique peut être adaptée en fonction du contexte local et des spécificités des disciplines.

Elle a également produit des outils autour de la coopération entre chirurgiens et anesthésistes, car la qualité du travail en équipe et [notamment de la communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens](#), représente un enjeu majeur pour la sécurité du patient.

■ Identification du patient

La [check-list](#) déployée par la HAS comporte des éléments de vigilance sur l'identité des patients et sa vérification. Voir ci-dessus.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Décembre 2016