



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DOSSIER DE PRESSE

**Satisfaction des patients hospitalisés
&
résultats 2017 qualité et sécurité
des soins dans les hôpitaux et
cliniques en France**

19 décembre 2017

Les résultats contenus dans ce dossier proviennent des résultats nationaux de la campagne 2017 des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

- [Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés + de 48h en médecine, chirurgie, obstétrique](#) ;
- [Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum](#) ;
- [Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral](#) ;
- [Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques](#) ;
- [Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte](#).

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



Retrouvez les résultats qualité et sécurité actualisés, établissement par établissement, sur www.scopesante.fr (et en open data à partir du 15 janvier prochain sur www.data.gouv.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

LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN 2017	5
La satisfaction des patients hospitalisés en MCO en France en 2017	7
Un bon niveau de satisfaction : la prise en charge paramédicale et médicale	7
Un niveau de satisfaction moyen : l'accueil et la chambre	9
Un niveau de satisfaction insuffisant : l'organisation de la sortie et les repas.....	10
Les hôpitaux et cliniques en France et leur niveau de satisfaction	11
Quatre niveaux de satisfaction.....	11
Comment connaître le résultat de son hôpital ou de sa clinique ?	12
QUALITÉ DE QUATRE PRISES EN CHARGE À RISQUE	
L'hémorragie du post-partum	14
L'hémodialyse des patients en insuffisance rénale chronique	15
L'accident vasculaire cérébral (AVC)	15
La chirurgie de l'obésité	17
PERSPECTIVES ET AMBITIONS DE LA HAS À 2020	18
Mesurer le niveau de qualité des soins délivrés au patient	18
Prendre en compte l'intégralité du parcours du patient	19
Favoriser la pertinence des soins, enjeu de qualité et de sécurité	19
Associer les patients à la mesure des résultats	20
Liste récapitulative des travaux HAS à venir	21

LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN 2017

La satisfaction des patients est l'une des dimensions incontournables à prendre en compte pour évaluer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques.

Depuis avril 2016, la HAS mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en « médecine, chirurgie, obstétrique » (il s'agit des courts séjours hospitaliers, qu'ils soient liés à une intervention chirurgicale, un accouchement, une investigation pour un diagnostic ou l'initiation d'un traitement). C'est une mesure par enquête nationale en continu auprès des patients hospitalisés. Les résultats de cette enquête, connue des établissements de santé sous le nom de e-Satis, sont publiés annuellement.

Pour la première fois cette année, les résultats publiés couvrent une année complète, de novembre 2016 à novembre 2017 (la première mesure publiée en décembre 2016 n'avait été effectuée que sur 6 mois).

Comment la satisfaction du patient est-elle recueillie ?

À son arrivée dans l'hôpital ou la clinique, chaque patient est sollicité pour communiquer son adresse électronique. L'établissement est chargé de déposer les adresses collectées sur une plateforme de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Celle-ci envoie par courriel aux patients, dès 15 jours après leur sortie, un lien vers un questionnaire de satisfaction sécurisé et anonymisé. En 10 minutes, le patient répond à des questions précises sur différents aspects de son hospitalisation, permettant de mesurer sa perception :

- de l'accueil ;
- de la prise en charge et des soins par les médecins, chirurgiens, infirmiers, aide-soignants ;
- de la chambre et des repas ;
- de l'organisation de la sortie ;
- de son hospitalisation en général.

Il peut également exprimer de manière ouverte ce qu'il a retenu de positif et de négatif concernant son hospitalisation.

Comment la satisfaction est-elle calculée ?

Les réponses au questionnaire permettent de calculer, par patient, une note de satisfaction sur 100. La note prend en compte l'importance de certains aspects de l'hospitalisation par rapport à d'autres (par exemple : la perception de la prise en charge médicale pèse davantage dans la note globale que l'avis sur la chambre). Afin de les rendre comparables entre elles, les notes de chaque patient sont ajustées compte tenu de deux paramètres qui influent sur la façon de répondre aux questions : le niveau de satisfaction par rapport à la vie en général et la perception qu'il a de son état de santé.

La moyenne des notes des patients hospitalisés dans un établissement de santé constitue la note de satisfaction attribuée à cet établissement.

À quoi ça sert ?

Les résultats anonymisés :

- sont transmis aux hôpitaux et cliniques qui peuvent ainsi analyser les retours des patients hospitalisés chez eux et mettre en place le cas échéant des actions d'amélioration ; pour mener ce travail, l'établissement dispose aussi des verbatims des patients (réponses aux questions ouvertes du questionnaire sur les points positifs et négatifs) ;
- permettent de calculer des résultats pour chaque établissement (note de satisfaction, classement en couleur, pourcentage de patient qui recommanderaient certainement l'établissement) qui sont mis en ligne, à l'attention du grand public, sur le site www.scopesante.fr.

Combien de patients ont participé en 2017 ?

- Plus de 700 000 adresses électroniques de patients ont été recueillies par les hôpitaux et cliniques, sur un total estimé de 5 millions de patients hospitalisés en court séjour en 2017. Environ 15 % des patients éligibles à l'enquête ont donc reçu le questionnaire.
- 122 060 patients, hospitalisés dans les 1 101 établissements de santé concernés par l'enquête, ont complété le questionnaire dans son intégralité, soit 17,6 % des quelques 700 000 patients interrogés.

La HAS invite les établissements à recueillir davantage d'adresses électroniques de patients et à les déposer de façon plus régulière sur la plateforme nationale sécurisée pour obtenir l'année prochaine une participation plus importante. Elle appelle également tous les patients à se saisir de ce dispositif et à participer encore plus largement.

La satisfaction des patients hospitalisés en MCO en France en 2017

(+ de 48h en médecine chirurgie obstétrique)

En 2017 :

- 24 % des patients déclarent avoir une excellente opinion générale sur l'ensemble de leur séjour, 61% une bonne opinion, 11% une opinion moyenne et 4% une opinion mauvaise ou faible.
- 60 % des patients recommanderaient certainement l'établissement où ils ont été hospitalisés. 5% ne le recommanderaient pas.
- En moyenne, les patients ont donné la note de satisfaction globale de 73,2 sur 100 pour leur hospitalisation (un quart des patients ont donné une note entre 0 et 66, un autre quart une note entre 82 et 100).

Les résultats nationaux de satisfaction des patients 2017 confirment ceux mesurés en 2016 et varient de façon marginale¹. Certains aspects de l'hospitalisation (détaillés plus précisément cette année) recueillent une meilleure satisfaction que d'autres.



Un bon niveau de satisfaction

La prise en charge par les infirmier(e)s et les aide-soignant(e)s

(note de satisfaction 81 sur 100)

Les infirmiers aidés par les aides-soignants prennent en charge le patient au quotidien durant son hospitalisation, recueillent des informations sur son état de santé, les effets des éventuels traitements et l'évolution de la maladie. Ils ont notamment la responsabilité d'accueillir le patient dans sa chambre, lui délivrer les médicaments, réaliser les piqûres, les poses de perfusions, les prises de sang, les pansements, les soins d'hygiène et de confort.

Les points forts

C'est l'aspect de l'hospitalisation qui recueille le plus haut niveau de satisfaction, et globalement plus de 9 patients sur 10 s'en disent satisfaits ou très satisfaits.

- **Soutien et écoute** : près de 9 patients sur 10 ont salué l'écoute attentive des infirmiers ou des aides-soignants (89 % satisfaits ou très satisfaits) et près de 8 patients sur 10 ont salué leur soutien (78 % satisfaits ou très satisfaits).
- **Aide pour les activités courantes** : parmi les 40 % des patients qui ont indiqué avoir eu besoin d'aide pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer, etc.), 84 % ont jugé l'aide apportée comme bonne ou excellente.

1. + 0.5 point pour la note globale de satisfaction, + 0.4 points pour l'accueil, +0.3 points pour la prise en charge par les médecins, +0.5 points pour la prise en charge par les infirmiers/aides-soignants, +0.3 points pour la chambre, +0.8 points pour le repas, +0.4 points pour l'organisation de la sortie.

- **Respect de l'intimité et de la confidentialité** : la quasi-totalité des patients se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits du respect de leur intimité (89 %) et de la confidentialité et du secret professionnel (94 %).

Les points faibles

- **Prise en charge des inconforts** : plus d'un patient sur 4 (27 %) considère que les inconforts qu'il a connus (nausée, mauvaise position, vertiges, etc.) ont été mal, faiblement ou moyennement pris en charge.
- **Attente pour obtenir de l'aide** : un patient sur 4 considère que le délai d'attente pour obtenir de l'aide de façon urgente (malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller aux toilettes, etc.) a été mauvais, faible ou moyen.

La prise en charge par les médecins et les chirurgiens

(note de satisfaction 80 sur 100)

Les médecins et les chirurgiens sont responsables de la prise en charge médicale du patient, qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale, d'un acte invasif, d'un accouchement ou d'une prise en charge incluant la prescription d'un traitement ou de soins. Leur rôle est de délivrer une expertise médicale au patient, de l'associer aux décisions en l'interrogeant sur ses préférences, de mettre en place le traitement nécessaire ou réaliser l'opération ou autre acte médical et de surveiller l'état de santé du patient jusqu'à sa sortie.

Les points forts

Globalement 92 % des patients jugent la prise en charge des médecins et chirurgiens bonne ou excellente

- **Réponses aux questions** : plus de 9 patients sur 10 (96 %) ont reçu des réponses à leurs questions par les médecins et chirurgiens, et dans 92 % des cas, les réponses apportées ont été jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes par les patients interrogés.
- **Écoute et considération** : 84 % des patients estiment qu'ils ont bénéficié d'une écoute attentive et 88 % indiquent que ces médecins n'ont jamais ou rarement parlé devant eux comme s'ils n'étaient pas là.
- **Gestion de la douleur** : presque 9 patients sur 10 (86 %) ont ressenti des douleurs au cours de leur hospitalisation. Elles sont jugées « intenses » à « extrêmement intenses » dans un tiers des cas. Les patients ayant ressenti des douleurs sont 88 % à être satisfaits ou très satisfaits de la façon dont elles ont été prises en charge.

Les points faibles

- **Explications spontanées** : plus d'un patient sur 4 (27 %) n'a pas reçu d'explications spontanées sur son état de santé, son traitement, ses soins, etc.
- **Participation du patient aux décisions médicales** : si un patient sur 2 a souhaité prendre part aux décisions concernant ses soins ou son traitement, seuls 70 % d'entre eux ont eu la possibilité de le faire « souvent » ou « toujours ».
- **Soutien** : plus d'un tiers des patients a ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de son séjour et parmi eux, plus d'un patient sur 4 (27 %) a jugé le soutien reçu par les médecins et chirurgiens mauvais, moyen ou faible.



Un niveau de satisfaction moyen

L'accueil

(note de satisfaction 73 sur 100)

L'accueil est un moment d'écoute et d'informations pour le patient et son entourage, favorisant une relation de confiance importante pour le vécu de l'hospitalisation. Accessibilité de l'hôpital, informations données à l'entrée, identification des personnes à qui s'adresser mais aussi possibilités de visite de ses proches sont des éléments importants pour une hospitalisation dans les meilleures conditions.

Les points forts

- **Accueil par les personnels** : près de 9 patients sur 10 (89 %) pensent que l'accueil qui leur a été réservé par le personnel administratif et/ou dans les services de soins est bon ou excellent.
- **Horaires de visites** : plus de 9 patients sur 10 (92 %) sont satisfaits ou très satisfaits des horaires de visites proposés par leur établissement.
- **Identification des personnes à qui s'adresser** : 8 patients sur 10 considèrent que les personnes travaillant dans les services de soins (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.) sont bien identifiés (badges, présentation, etc.).

Les points faibles

- **Accessibilité de l'établissement** : c'est le point (qu'il s'agisse de l'accessibilité en transport, du parking, de la signalétique) qui génère le moins de satisfaction. Plus d'un tiers des patients (37 %) n'en est pas satisfait ou en est moyennement.
- **Information sur l'existence de représentants d'usagers** : plus de 8 patients sur 10 (83 %) n'ont pas été informés de l'existence de ces représentants au sein de l'hôpital et de la clinique, qui sont pourtant leurs interlocuteurs privilégiés en cas de difficulté ou de réclamation, pour dialoguer avec l'établissement.

La chambre

(note de satisfaction de 72 sur 100)

Lieu de repos et de rétablissement après une opération notamment, la chambre est un élément de préoccupation majeur pour les patients. C'est l'endroit où il recevra les visites des équipes soignantes et médicales, mais aussi de ses proches, où il passera plusieurs nuits et se rétablira.

Les points forts

Globalement près de 8 patients sur 10 (78 %) se disent satisfaits ou très satisfaits de leur chambre.

- **Propreté** : plus de 8 patients sur 10 (86 %) ont jugé la propreté de leur chambre bonne ou excellente.
- **Confort et calme des chambres individuelles** : lorsqu'ils se trouvent dans une chambre individuelle (73 % des patients interrogés), le confort de la chambre est salué par 80 % des patients et le calme et la tranquillité par 76 %.

Les points faibles

- **Température** : 1 patient sur 4 (24 %) a jugé la température de sa chambre mauvaise, faible ou moyenne.
- **Confort et calme des chambres doubles** : lorsque les patients sont en chambre double (27 % des patients interrogés), leur satisfaction est nettement moins bonne qu'en chambre simple : 4 patients sur 10 se disent pas, peu ou moyennement satisfaits du calme et de la tranquillité de la chambre ou de son confort.



Un niveau de satisfaction insuffisant

L'organisation de la sortie

(note de satisfaction de 63 sur 100)

La sortie est une période de fragilité pour le patient avec un risque de rupture de la continuité des soins : c'est une étape clé, qui doit être organisée et envisagée comme un acte de soins à part entière.

Le patient doit être informé et accompagné pour son retour à domicile ou son transfert dans un autre établissement : traitement à poursuivre ou à arrêter, paramètres à surveiller, contact hospitalier en cas de problème, consignes de soins voire de suivi à coordonner avec la médecine de ville, conditions de retour au travail, etc.

Les points faibles

Près d'1 patient sur 4 juge mauvaise, faible ou moyenne la façon dont la sortie a été organisée (annonce de la date de sortie, destination à la sortie, etc.).

- **Information sur la reprise d'activité** : 1 patient sur 3 (34 %) n'a reçu aucune information sur la reprise d'activité (travail, sport, activité habituelles) après la sortie de l'hôpital.
- **Information sur les cas où le patient doit recontacter l'établissement ou son médecin traitant** : plus d'1 patient sur 3 (35 %) n'a pas reçu d'information sur les signes ou complications devant l'amener à recontacter l'hôpital, la clinique ou leur médecin.

Les points forts

- **Information sur les traitements à suivre** : 9 patients sur 10 ont reçu des informations sur le suivi (prochain rendez-vous, prochaine étape) après la sortie mais aussi sur le dosage, les horaires de prise et les effets indésirables des médicaments à prendre après leur sortie.
- **Qualité des informations lorsqu'elles sont données** : si la totalité des patients n'a pas reçu toutes les informations nécessaires à une bonne organisation de leur sortie, ceux qui les ont reçues les jugent bonnes ou excellentes à 90 %.

Les repas

(note de satisfaction de 58 sur 100)

Sujet souvent caricaturé ou objet de dérision, le repas à l'hôpital est un vrai sujet de préoccupation pour les patients. Les établissements de santé doivent quant à eux s'assurer que les repas respectent un équilibre alimentaire et s'adaptent aux caractéristiques du patient (risque de fausse route, dénutrition, allergies, interactions médicamenteuses, diabète, hypertension, troubles digestifs, etc.).

Les points faibles

- **Qualité des repas** : moins d'un patient sur 2 (48%) a jugé la qualité des repas qui lui ont été servis bonne ou excellente. 1 patient sur 4 (23 %) l'a jugée faible ou mauvaise.
- **Variété des repas** : 58 % des patients en ont été satisfaits ou très satisfaits et 16 % insatisfaits ou très insatisfaits.

Les hôpitaux et cliniques en France et leur niveau de satisfaction

Grâce à son recueil continu de la satisfaction, la HAS a calculé une note de satisfaction sur 100 pour **643 établissements de santé** différents (disposant des questionnaires complets d'au moins 30 patients). 240 établissements supplémentaires ont été classés par rapport à l'an dernier. Chaque résultat est consultable sur www.scopesante.fr.

Quatre niveaux de satisfaction

Selon leur note de satisfaction, les établissements sont classés en 4 couleurs différentes, représentant 4 niveaux de satisfaction, allant du vert à l'orange en passant par le vert clair et le jaune.

Si un établissement est classé vert, cela signifie qu'il fait partie des meilleurs établissements en matière de satisfaction, et s'il est en orange, des moins bons.

Niveau de satisfaction	Nombre d'établissements
Vert ☺ ☺ ☺ ☺ (score de satisfaction $\geq 77,3$)	73 établissements (12 %)
Vert clair ☺ ☺ ☺ (score de satisfaction entre 74 et 77,3)	181 établissements (29 %)
Jaune ☺ ☺ (score de satisfaction entre 70,7 et 74)	230 établissements (37 %)
Orange ☺ (score de satisfaction $< 70,7$)	139 établissements (22 %)

Les établissements en rouge sont ceux, pour lesquels le dispositif est obligatoire et qui n'ont pas permis à leurs patients de donner leur avis sur leur hospitalisation.

Rouge	56 établissements n'ont pas permis à leurs patients d'exprimer leur satisfaction
--------------	--

Dans les établissements classés en vert, 76 % des patients qui y ont été hospitalisés recommanderaient certainement leur établissement. Dans ceux classés en orange, c'est le cas de 47 % des patients seulement, soit moins d'1 patient sur 2. Parmi les établissements déjà classés en 2016, 70 % d'entre eux sont restés dans la même couleur, 20 % ont gagné au moins un niveau de satisfaction et 10 % sont descendus d'au moins un niveau de satisfaction.

Comment connaître le résultat de son hôpital ou de sa clinique ?

En allant sur le site [Scope Santé](#), chacun peut consulter pour l'hôpital ou la clinique de son choix :

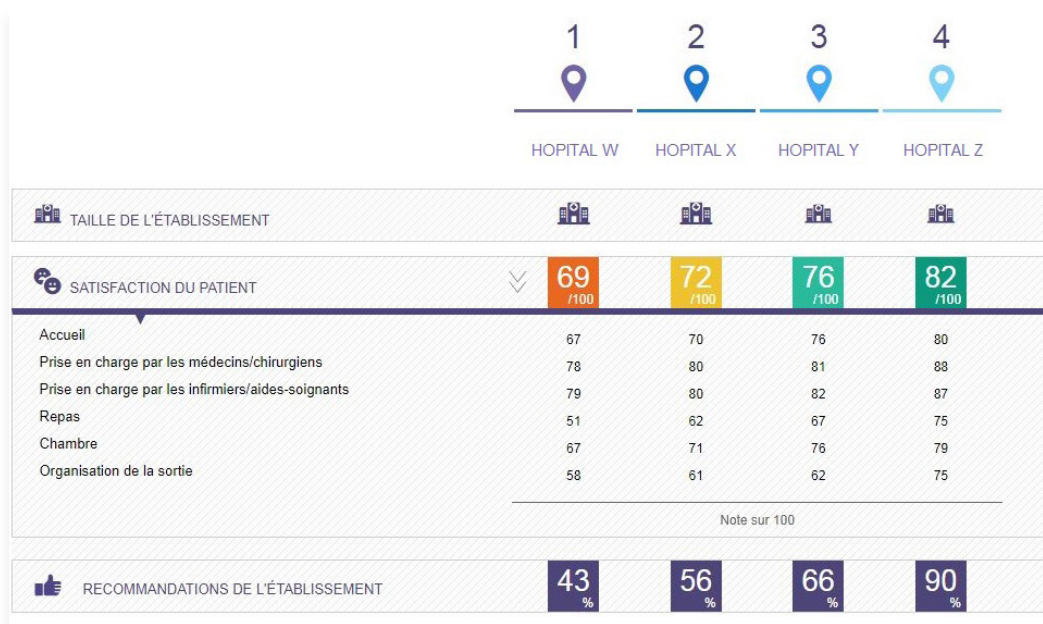
- le classement de l'établissement (vert, vert clair, jaune, orange ou rouge) et la note de satisfaction globale ;
- le pourcentage de patients qui recommanderaient certainement l'établissement :



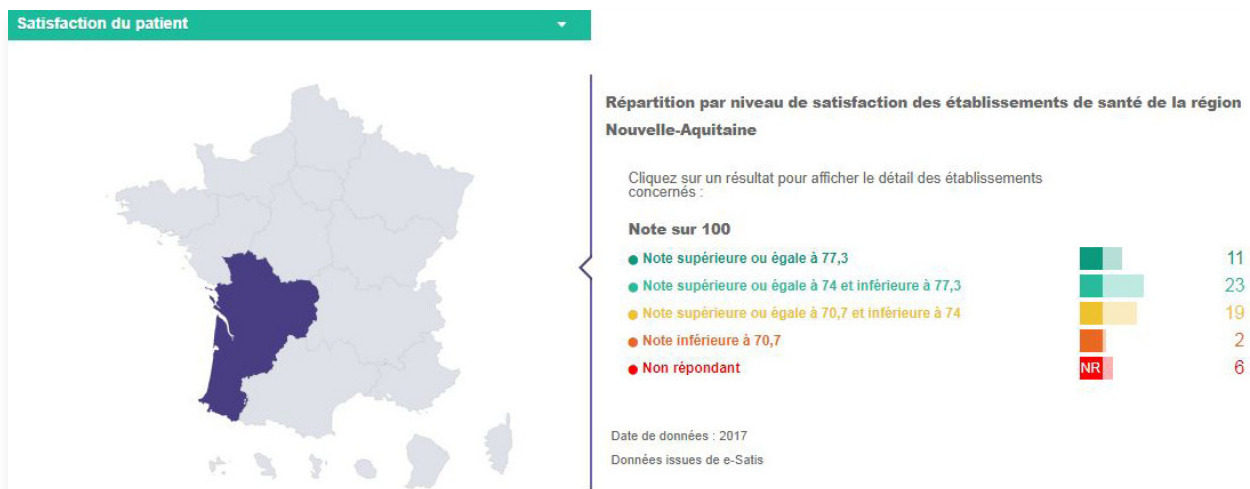
- le détail des notes de satisfaction pour chaque aspect de l'hospitalisation :

SATISFACTION DU PATIENT	
Note de satisfaction globale des patients	72/100
Accueil	71/100
Prise en charge par les médecins/chirurgiens	80/100
Prise en charge par les infirmiers/aides-soignants	81/100
Repas	50/100
Chambre	72/100
Organisation de la sortie	64/100

- il est également possible de comparer différents établissements de son choix, sur leurs résultats de satisfaction notamment :



- il est aussi possible de rechercher dans sa région des établissements selon leur classement en matière de satisfaction (vert, vert clair, jaune, orange ou rouge) :



QUALITÉ DE QUATRE PRISES EN CHARGE À RISQUE

La HAS publie également les résultats 2017 de la qualité de 4 prises en charge spécifiques, à risque ou à enjeux de santé publique que sont l'hémorragie du post-partum, l'AVC, la chirurgie de l'obésité et l'hémodialyse.

Ces indicateurs mesurent tous les 2 ans les pratiques des professionnels de santé au regard de recommandations de bonnes pratiques, en ciblant des moments clés de la prise en charge.

Ces indicateurs sont mesurés en alternance avec les indicateurs plus généraux portant sur la qualité du dossier patient, de la douleur, les prescriptions de médicaments, le respect des droits des patients, la liaison à la sortie, etc.

Les résultats sont publiés pour chaque établissement de santé sur www.scopesante.fr.



L'hémorragie du post-partum

La prévention de l'hémorragie et sa prise en charge s'améliorent, mais l'étape intermédiaire de surveillance des femmes après l'accouchement nécessite encore des efforts.

L'hémorragie du post-partum survient dans les 24 heures après l'accouchement et se caractérise par une perte de sang supérieure à 500 ml. S'il s'agit d'une des complications obstétricales les plus graves, cette hémorragie est toutefois évitable dans la majorité des cas. On considère qu'elle se produirait dans 5 % des accouchements, pourtant le taux de survenue peut atteindre 19 %² dans certaines maternités en France.

Des actions concrètes peuvent être mise en place pour prévenir ces hémorragies et améliorer la prise en charge lorsque cela se produit³.

Principaux résultats

Globalement la pratique s'est nettement améliorée en 5 ans depuis les premières mesures de la HAS ; c'est d'ailleurs ce qu'a récemment confirmé l'enquête nationale périnatale 2016 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁴.

Après l'analyse des résultats 2017 des 500 maternités du territoire, la HAS constate qu'en France :

- **89 % des femmes ont bénéficié de mesures pour prévenir la survenue de l'hémorragie** du post-partum (injection d'ocytocine à la sortie du bébé et examen de l'état du placenta), soit une amélioration de 4 points par rapport à 2015.
- Lorsque l'hémorragie survient, **les premières actions pour limiter les complications graves sont réalisées pour 80 % des femmes** (annotation de l'heure de diagnostic qui conditionne la chronologie des actions à réaliser, quantification du saignement, geste endo-utérin), soit une augmentation de 6 points par rapport à 2015.

Toutefois des efforts particuliers sont à réaliser concernant :

- la période après l'accouchement qui est un moment critique où une surveillance rapprochée de la femme doit être réalisée. Dans les 2 heures après l'accouchement et avant la sortie de la femme de la salle de naissance, on note que **30 % d'entre elles n'ont pas bénéficié de la surveillance minimale** (mesure du pouls, de la tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin, évaluation des pertes sanguines au moins à 2 reprises, examen général final).

2. Données PMSI 2016

3. Recommandations HAS de 2004, CNGOF de 2014.

4. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010, DREES, INSERM, Octobre 2017.



L'hémodialyse des patients en insuffisance rénale chronique

Des résultats qui s'améliorent globalement, mais des efforts à réaliser dans certaines régions et pour la prise en charge des patients en risque de dénutrition.

L'insuffisance rénale chronique terminale touche en France plus de 76 000 personnes nécessitant un traitement de suppléance. Il s'agit ainsi d'assurer la filtration naturelle faite par les reins jusqu'à ce que le patient bénéficie d'une greffe, ou à vie si le patient ne peut être greffé. Si la greffe rénale constitue dans l'absolu la meilleure option thérapeutique, elle ne peut pas être proposée à tous les patients en raison de comorbidités associées, ou elle peut être réalisée après une période d'attente, en raison du faible nombre de greffons disponibles.

En l'absence de greffe rénale, la dialyse demeure la seule option qui permet la survie des patients. C'est un traitement lourd et la façon dont il est délivré impacte directement l'espérance de vie et la qualité de vie des patients.

Ainsi, plus d'un patient sur deux bénéficie d'un traitement par épuration extra-rénale, dont la quasi-totalité par hémodialyse (93 %).

Principaux résultats

La HAS constate dans les 314 structures de France évaluées et prenant en charge des patients en hémodialyse en 2017 :

- qu'une **évaluation annuelle de la possibilité d'accès à la greffe rénale** a été réalisée **pour 86 % des patients**, ce qui représente une amélioration de 12 points par rapport à 2015.
- **que la surveillance globale de l'état de santé des patients est bonne** : 91 % des patients ont bénéficié d'un bilan sanguin régulier pour vérifier qu'ils ne présentaient pas une anémie et 84 % pour vérifier leurs éventuelles carences en fer (respectivement -1 point et + 4 points par rapport à 2015). Une surveillance du statut nutritionnel a été réalisée pour 93 % des patients, qui sont soumis à un régime alimentaire strict pour maîtriser les apports en eau, potassium, calcium, phosphore, sels et protéines (+ 6 points par rapport à 2015).
- **que 86 % des patients ont eu un minimum de 3 séances d'hémodialyse** par semaine comme recommandé dans les bonnes pratiques (+ 5 points par rapport à 2015).

On observe toutefois que des résultats sont encore insuffisants sur différents points :

- si le statut nutritionnel des patients est bien surveillé, ceux pour lesquels on identifie un risque de dénutrition (IMC⁵ faible, perte de poids importante) ne bénéficient pas tous d'un suivi approprié. En effet, **seuls 60 % d'entre eux ont bénéficié d'une consultation avec une diététicienne**. Même si ce taux reste faible, il est en augmentation de 17 points depuis 2015 (43 %) ;
- **les pratiques varient énormément d'un établissement à l'autre** : si l'on regarde les différents aspects de la qualité de la prise en charge mesurés par la HAS, on note que certains d'entre eux sont retrouvés pour 100 % des patients dans certains établissements et pour 0 % des patients dans d'autres ;
- **les pratiques varient également d'une région à l'autre** : les régions Corse, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion (Océan indien) présentent des résultats inférieurs, et parfois de beaucoup, à la moyenne nationale.



L'accident vasculaire cérébral (AVC)

Des améliorations concernant la prise en charge dans la phase aiguë mais les efforts sont à poursuivre notamment pour le suivi au long cours.

Chaque année, environ 130 000 personnes sont victimes d'un AVC en France : 40 000 décéderont de ses suites et 30 000 garderont des séquelles lourdes. L'AVC constitue la 1^{re} cause de décès chez la femme, la 3^e chez l'homme mais aussi la 2^e cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

5. IMC : indice de masse corporelle.

Le nombre d'AVC augmente de 5 % chaque année en France. L'AVC est une pathologie aiguë à son début qui nécessite une prise en charge en urgence puis une hospitalisation en établissement de court séjour, qui se poursuit pour 30 % des patients en établissement de soins de suites et de réadaptation.

En 2009, constatant que le sujet des AVC était méconnu et mésestimé et constituait un enjeu de santé publique majeur, un plan national a été mis en place pour les années 2010-2014. Ainsi, le nombre d'établissements disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV), service spécialisé dans la prise en charge des AVC, est passé de 117 en 2011 à 139 en 2017 et ceux disposant du télé-AVC (expertise à distance) est passé de 88 en 2015 à 152 en 2017, renforçant le maillage territorial.

Une prise en charge médicale en urgence et la mise en place rapide d'une rééducation, puis adaptée tout au long du parcours du patient, est indispensable pour diminuer la mortalité et le handicap suite à un AVC. Elle permet également le traitement des facteurs de risque pour diminuer le risque de récurrence.

Principaux résultats

Sur les 550 établissements de santé prenant en charge des AVC en 2017, la HAS a constaté que **seul 1 patient sur 3 (32 %) était arrivé dans les 4 heures suivant son AVC alors qu'une prise en charge dans les toutes premières heures suivant l'apparition des symptômes peut parfois permettre de bénéficier de traitements spécifiques**. Si ce chiffre est en progression (23,5 en 2015), il traduit la nécessité de continuer à sensibiliser la population sur les signes qui doivent faire suspecter un AVC et l'importance d'appeler le 15 (SAMU) le plus rapidement possible.

Concernant la prise en charge de la phase aiguë, la HAS a observé une amélioration nette dans la majorité des établissements :

- **79 % des patients ont bénéficié d'une expertise neuro vasculaire** par un médecin spécialiste afin de poser ou confirmer le diagnostic d'AVC, de définir les traitements et la prise en charge à mettre en œuvre ainsi que l'orientation du patient (+ 6 point par rapport à 2015) ;
- pour les patients arrivés en urgence dans l'établissement, dans les 4 heures suivant l'apparition des premiers signes de l'AVC :
 - ▶ **56 % ont bénéficié d'une IRM⁶ ou un scanner cérébral dans l'heure de leur arrivée** (+ 5 points par rapport à 2015) et 21% dans l'heure suivante. Il faudrait pourtant tendre vers un délai de 30 minutes pour la réalisation de la première imagerie (seuls 30 % en ont bénéficié dans ce délai, contre 26 % en 2015). L'imagerie permet en effet de déterminer si l'AVC est dû à une ischémie (un caillot de sang) ou à une hémorragie (comme une rupture d'anévrisme), ce qui détermine le traitement,
 - ▶ pour certains AVC ischémiques, en l'absence de contre-indications, un traitement médicamenteux d'urgence peut être administré (la thrombolyse). Celui-ci permet de dissoudre le caillot qui obstrue l'artère et limite la zone de nécrose cérébrale. Quand ce traitement est efficace, il permet de diminuer les risques de décès et de complications. La thrombolyse a été délivrée à **27 % des patients** ayant eu un AVC ischémique et arrivés dans les 4 h (+ 7 points par rapport à 2015). La France se place au second rang mondial pour le taux de thrombolyse après les Pays-Bas,
 - ▶ un autre traitement pour les AVC ischémiques se développe, mécanique cette fois et qui pourrait être réalisé jusqu'à 6 ou 7h après la survenue des premiers symptômes : **la thrombectomie. Cette technique, souvent couplée à la thrombolyse consiste à retirer, à l'aide d'une sonde, le caillot qui obstrue l'artère**. En cours de déploiement depuis 2 ans, elle a déjà été proposée à **4 % des patients ayant un AVC ischémique** en 2017 (la littérature internationale estime que 14 % des patients pourraient être éligibles) ;
- **à la phase aiguë, 80 % des patients ayant des séquelles ont bénéficié d'une évaluation d'un professionnel de la rééducation** (par un kinésithérapeute pour les troubles de la motricité et/ou de la sensibilité, par un orthophoniste pour les troubles de la parole et/ou du langage).

Des efforts particuliers sont à réaliser sur le suivi pour limiter les complications et adapter la prise en charge :

- **seuls 65 % des patients ont bénéficié**, avant de reprendre une alimentation liquide ou solide, **d'un dépistage des troubles de la déglutition** (+ 5 % par rapport à 2015) qui sont fréquents après un AVC et responsables de fausses routes et de pneumopathies d'inhalation ;

6. IRM : imagerie à résonance magnétique.

- parmi les patients transférés en rééducation, **un sur quatre ne bénéficie pas d'une prise en charge dans un établissement spécialisé** ;
- **à peine plus d'un patient sur 2 (54 %) s'est vu programmer une consultation post-AVC** (+ 5 points par rapport à 2015) pour faire un bilan de ses besoins en terme de rééducation, dépister les séquelles peu visibles (fatigue, dépression) et ajuster le traitement de prévention des facteurs de risque et ainsi prévenir les récurrences.



La chirurgie de l'obésité

Des résultats mitigés et très différents d'un établissement à l'autre, ne permettant pas de garantir à tous les patients la pertinence et la réussite de leur opération.

L'intervention chirurgicale ne peut être envisagée que pour les personnes souffrant d'obésité grave et uniquement en deuxième intention, après échec d'une prise en charge médicale comprenant un accompagnement diététique, psychologique et une activité physique. Même dans ce cas, la chirurgie de l'obésité ne doit pas être proposée systématiquement : il s'agit d'une intervention lourde qui peut entraîner des complications et qui nécessite un engagement et un suivi du patient à vie.

Pour s'assurer du bien-fondé et du succès de chaque opération, différentes étapes doivent ainsi être respectées en amont et ce qu'il s'agisse de la pose d'un anneau gastrique, d'une gastrectomie longitudinale (*sleeve gastrectomy*) ou d'un court-circuit gastrique (*bypass gastric*).

Principaux résultats

Après l'analyse des résultats des 451 établissements de santé français réalisant cette chirurgie et qui ont pour la première fois⁷ tous recueilli ces indicateurs, la HAS constate qu'en France en 2017 :

- **3 patients sur 10** n'ont pas bénéficié **à la fois d'un bilan de leurs comorbidités, d'un bilan endoscopique et d'une évaluation psychologique**, éléments minimaux indispensables pour s'assurer que l'opération est pertinente et qu'il n'y a pas de contre-indications métaboliques ou psychologiques ;
- **l'opération d'un patient sur 5 n'a pas été décidée lors d'une concertation entre professionnels de plusieurs disciplines** (chirurgien, nutritionniste, endocrinologue, diététicien, psychiatre/psychologue, anesthésiste-réanimateur, etc.) ;
- **l'opération d'un patient sur 2 seulement** a été décidée lors d'une réunion pluridisciplinaire et **a fait l'objet d'une communication au médecin traitant** ;
- **les centres spécialisés de l'obésité (CSO)⁸ et leurs partenaires**, 178 établissements au total, **obtiennent de meilleurs résultats** que les autres établissements, notamment concernant le bilan des comorbidités (réalisé pour 83 % des patients contre 73 %), pour la concertation pluridisciplinaire (réalisée pour 81 % des patients contre 72 %) et la communication au médecin traitant (réalisée pour 73 % des patients contre 59 %).

Sur la base de ces résultats recueillis pour la première fois dans tous les établissements français⁹, la HAS s'associera à l'Assurance maladie pour publier au printemps 2018, des analyses croisées et plus complètes, comprenant également le suivi post-opératoire des patients opérés.

7. Ne sont pas encore publiés établissement par établissement sur www.scopesante.fr.

8. Désignés par le ministère sur proposition des ARS : Instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).

9. Jusqu'à l'an dernier, le recueil de ces indicateurs était optionnel pour les établissements de santé.

PERSPECTIVES ET AMBITIONS DE LA HAS À 2020

Depuis sa création, la HAS participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques. Ses dispositifs de certification des établissements de santé et de mesure d'indicateurs¹⁰ visent à dresser un état des lieux des soins en France et à accompagner les professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques.

En quelques années, les établissements sont arrivés à consolider leurs organisations et à améliorer leurs pratiques. C'est ce qui pousse la HAS à franchir une nouvelle étape et avoir 4 ambitions pour 2020 : mesurer le résultat de la qualité des soins délivrés au patient, tenir compte de la continuité des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, inciter les professionnels à évaluer la pertinence de leurs pratiques et faire participer les patients à l'évaluation des résultats. Ces ambitions guideront les évolutions de ses dispositifs d'ici à 2020, qu'il s'agisse du développement de nouveaux indicateurs ou de la mise en place de la future version de certification (la v2020).

Mesurer le niveau de qualité des soins délivrés au patient

Quel enjeu ?

Jusqu'à présent, au travers de la certification, la HAS s'assurait surtout qu'une organisation adaptée était mise en place par les établissements de santé permettant de délivrer les meilleurs soins et de gérer les risques. Depuis 10 ans, le recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins a permis de compléter ce dispositif en s'intéressant aux pratiques des professionnels de santé, en vérifiant que celles-ci étaient conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

L'enjeu aujourd'hui n'est plus de prescrire des organisations aux établissements ; c'était une première étape pour l'amélioration des soins en France. L'objectif est désormais de :

- renforcer l'analyse des pratiques (Y a-t-il eu un examen d'imagerie dans un délai approprié ? Les comorbidités du patient ont-elles été évaluées ? Une consultation de suivi a-t-elle été planifiée ? etc.) ;
- et surtout de commencer à mesurer les résultats de la prise en charge pour le patient (Est-il rétabli ? Y a-t-il eu une ou des complications ? Une réhospitalisation a-t-elle été nécessaire ? Comment se sent le patient ? etc.)

Cela permet de disposer d'une mesure plus pertinente pour les professionnels de santé et plus parlante pour les patients.

Ambition de la HAS

À cet effet, les indicateurs et la prochaine certification vont se combiner plus étroitement pour permettre à la HAS d'évaluer les résultats atteints par les établissements de santé en matière de prise en charge du patient. Différents indicateurs complémentaires de ceux existants seront développés : réhospitalisations après une chirurgie ambulatoire, mortalité après un infarctus, infections après pose de prothèse de hanche et de genou, résultats de santé en cancérologie. La certification v2020 intégrera ces résultats et les complètera lors de ses visites par l'évaluation de points critiques des différentes prises en charge au travers de patients traceurs¹¹.

10. La HAS certifie tous les établissements de santé français suite à des visites d'audit réalisées par ses experts visiteurs. L'institution recueille également annuellement différents indicateurs de qualité et sécurité des soins (transversaux sur l'organisation et mais aussi spécifiques à certaines prises en charge) à partir des dossiers des patients des établissements de santé, mais aussi désormais des bases médico-administratives et de questionnaires patient.

11. Cette méthode d'investigation consiste à choisir un patient pour mener une analyse rétrospective de chaque étape de son parcours, afin d'identifier les points à améliorer dans les prises en charge de l'établissement.

Prendre en compte l'intégralité du parcours du patient

Quel enjeu ?

Si l'évaluation du parcours intra-hospitalier du patient est capitale, elle omet les étapes en amont qui l'ont guidé vers l'établissement de santé, mais aussi les étapes après sa sortie et les suites de son hospitalisation. La coordination ville-hôpital est pourtant un élément essentiel de la qualité de la prise en charge d'un patient ; celle-ci est encore insatisfaisante à ce jour.

Ambition de la HAS

Si certains indicateurs évaluent déjà la présence de documents médicaux à l'admission ou la remise d'une lettre de liaison à la sortie, la certification v2020 incitera les établissements à une coordination effective avec les acteurs de l'offre de soins sur un territoire. En structurant des partenariats entre eux, avec les structures de médecine de ville (centres et maisons de santé) et médico-sociales (Ehpad), les établissements pourront plus facilement prendre en compte l'intégralité du parcours de leurs patients : savoir d'où ils viennent d'une part et savoir mieux les orienter et accompagner leur sortie d'autre part.

En parallèle à la certification v2020, des réflexions sont en cours sur le développement d'indicateurs de qualité et sécurité des soins sur le parcours entre deux structures hospitalières (prise en charge de l'AVC en établissement de médecine, chirurgie, obstétrique MCO puis vers les établissements de soins de suite et de réadaptation SSR). La HAS a aussi la volonté de travailler avec les professionnels de santé de ville pour les outiller en termes de mesure de la qualité pour les aider à améliorer et à valoriser leurs pratiques.

Favoriser la pertinence des soins, enjeu de qualité et de sécurité

Quel enjeu ?

Un soin est pertinent s'il s'agit du bon soin, au bon moment, au bon endroit et pour le bon patient. Favoriser la pertinence des soins permet d'éviter des dépenses inutiles pour la collectivité mais aussi et surtout, d'éviter d'exposer inutilement le patient à des risques.

Il est toutefois difficile d'assurer la pertinence de chaque intervention en édictant des règles applicables partout et pour tous, car chaque situation clinique est unique et chaque patient a ses spécificités et ses préférences. La pertinence des soins repose sur un juste équilibre entre l'expérience des professionnels, les standards de la bonne pratique et la singularité du patient.

Ambition de la HAS

Afin de favoriser plus de pertinence, la HAS va :

- **inciter les professionnels de santé à s'interroger sur leurs pratiques.**

La HAS souhaite inciter les équipes dans les établissements à utiliser les données qui leur sont fournies sur leurs pratiques (taux de recours à tel ou tel acte, indicateur de qualité et sécurité des soins, etc.) et à les comparer aux moyennes des autres établissements français. L'objectif est que les professionnels s'interrogent sur leurs pratiques si leurs résultats sont atypiques, c'est-à-dire éloignés des moyennes nationales ou régionales ou de la littérature scientifique. En visite de certification, la HAS pourra interroger les équipes sur la façon dont ils se sont emparés des résultats et déclenché, le cas échéant, des actions d'amélioration.

- **aider les professionnels à mettre en place ces analyses en groupe.**

La HAS prévoit de généraliser en 2018 son Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) et de continuer à déployer l'accréditation des médecins en équipe, pour inciter les professionnels à améliorer non seulement leurs compétences individuelles mais surtout collectives. Formaliser l'analyse des pratiques et les retours d'expérience en groupe (revues de morbi-mortalité), améliorer le travail en équipe et les facteurs humains en général (communication, leadership, distribution des tâches, etc.) permettront de disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension d'un résultat atypique, d'un incident ou d'un accident, lequel est quasiment toujours la conséquence d'une succession de dysfonctionnements de plusieurs acteurs au sein de la chaîne de soins.

Associer les patients à la mesure des résultats

Quel enjeu ?

Associer le patient est indispensable pour évaluer et améliorer la qualité des soins. Outre la prise en compte de ses attentes, il peut témoigner de son expérience, détailler son parcours, donner son point de vue sur les résultats d'une intervention ou d'un traitement, signaler des complications, etc.

Ambition de la HAS

Si la HAS a déjà entrepris de mesurer la satisfaction des patients en établissements, elle va aller plus loin. Pour mesurer le résultat des prises en charge (cf. supra, « Mesurer le niveau de qualité des soins délivrés au patient ») comme la HAS l'ambitionne, le patient doit être impliqué.

La HAS va continuer à développer des indicateurs prenant en compte le point de vue des patients : dès 2018, l'enquête nationale de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en médecine, chirurgie, obstétrique sera étendue à la chirurgie ambulatoire. Dans les années suivantes, la démarche sera étendue à d'autres secteurs d'activité des établissements (soins de suite et réadaptation, santé mentale, etc.) voire à la prise en charge de certaines pathologies. Ces indicateurs pourront évaluer la satisfaction, l'expérience ou les résultats cliniques mesurés par les patients.

En parallèle dans le cadre la certification v2020, le recours aux patients-traceurs sera démultiplié dans les établissements : les patients seront interrogés sur des points considérés comme critiques de leur prise en charge.

Liste récapitulative des travaux HAS à venir concernant la mesure de la qualité et de la sécurité des soins

■ Disponibles en 2018

- De nouveaux indicateurs en chirurgie ambulatoire : satisfaction du patient, pratiques cliniques, réhospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire.
- Un indicateur de résultat sur les infections du site opératoire après pose de prothèse de hanche ou de genou.
- Des analyses complémentaires sur la chirurgie de l'obésité : description de la qualité de la prise en charge avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et collaboration avec la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques sur son registre des patients opérés dans cette indication.

■ Engagés en 2018

- Un nouvel indicateur sur la prise en charge de la douleur en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR).
- Un nouvel indicateur sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie en soins de suites et réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD).
- Des indicateurs sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral en SSR.
- Des indicateurs en cancérologie, en partenariat avec l'Institut national du cancer.
- Un indicateur de mortalité à 30 jours après un infarctus du myocarde – partenariat avec la Cnamts pour l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- Des indicateurs sur les pratiques cliniques en santé mentale.
- De nouveaux indicateurs sur la prévention des infections associées aux soins : évolution de l'indicateur sur l'hygiène des mains, pertinence de l'antibiothérapie, etc.
- Évolution de la certification des établissements de santé.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Toutes les publications de la HAS sont disponibles sur www.has-sante.fr

Décembre 2017