



Qualité et sécurité des soins :

qui mieux pour en parler
que les patients
et les professionnels ?

Conférence de presse du 24 novembre 2015

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes



Sommaire

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

- Pourquoi des IQSS ?
- Les résultats marquants
 - Le bilan des résultats 2015
 - Les résultats par indicateur : infections nosocomiales, AVC, hémorragie du post-partum, infarctus du myocarde, patients hémodialysés
- Les axes forts de développement et les perspectives
 - Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)
 - L'association des indicateurs de processus et de résultats en chirurgie ambulatoire
 - La validation des indicateurs de résultats issus du PMSI
 - Le développement de la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (e-Satis)
 - La « dynamisation » de la liste des IQSS
 - Une nouvelle version de Scope Santé

SSP 2015 : la sécurité des patients aux points de transition tout au long de leurs parcours de soins

- L'objectif de l'opération
- L'illustration concrète des 3 thèmes 2015
 - La lettre de liaison
 - L'identito-vigilance
 - La conciliation médicamenteuse

Le regard du CISS

- Le concours d'affiches « Un mot, une image »
- Les événements de l'opération 2015
- L'opération en région

Qualité et régulation des soins

- L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)
- Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)
- L'amélioration de la pertinence des soins
- Le programme SIMPHONIE

Les annexes



La sécurité des soins est une exigence, croissante et légitime, de tous les usagers de la santé et pour tous les patients.

C'est dans cet esprit qu'est organisée depuis 5 ans la semaine de la sécurité des patients – pilotée par la direction générale de l'offre de soins (**DGOS**, ministère chargé de la santé) – qui encourage les professionnels à s'engager dans un dialogue entre soignants et soignés.

L'opération, co-organisée comme chaque année par le ministère et la haute autorité de santé (**HAS**), se tient cette année du 23 au 27 novembre. Pour cette 5^{ème} édition, le ministère a choisi de traduire son engagement auprès des usagers et de leurs représentants par un partenariat avec le collectif interassociatif sur la santé (**CISS**) et de mettre l'accent sur **la coordination aux points de transition tout au long des parcours de soins**, en cohérence avec le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Au-delà du rendez-vous annuel de la présentation des résultats des indicateurs, un panorama plus large des projets et des dispositifs visant à la qualité et à la sécurité de la prise en charge est présenté.

Par ailleurs, la semaine sera ponctuée par des événements qui viendront illustrer cet engagement pour la qualité et la sécurité des soins : **un colloque** co-organisé avec l'organisation mondiale de la santé (**OMS**) pour lancer **le guide pédagogique pour la sécurité des patients**, **un événement** centré plus particulièrement sur les représentants des usagers dans les établissements de santé, ainsi que **la remise de leurs prix** aux lauréats du concours d'affiches de cette édition 2015.



Les indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS)

Depuis 2003, la HAS et la DGOS coordonnent le dispositif national de mise à disposition d'indicateurs de qualité et de sécurité de soins (IQSS) en établissement de santé. Le 1^{er} d'entre eux a été dédié à la lutte contre les infections nosocomiales (« ICALIN ») et a été rendu public dès 2006. Cette politique a donné lieu à une montée en charge progressive du nombre d'indicateurs et des secteurs d'activité concernés : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), soins de longue durée.

◆ Pourquoi des IQSS ?

Ces IQSS évaluent actuellement la mise en œuvre d'organisations et d'actions de prise en charge (indicateurs de processus) comme, par exemple, la tenue du dossier du patient, la traçabilité de la douleur, les activités de lutte contre les infections nosocomiales, l'accès à la transplantation rénale.

La mesure et le suivi des IQSS dans les établissements de santé ont pour objectif de fournir des outils pour :

- **aider les établissements de santé** à piloter la qualité et la sécurité des soins pour l'amélioration interne
- **informer les usagers** sur la qualité des prises en charge hospitalières
- **éclairer les décisions des pouvoirs publics** aux échelons régional et national.

Les résultats des IQSS sont diffusés sur Scope Santé (www.scopesante.fr), site internet d'information piloté par la HAS. Depuis 2010, les établissements de santé ont l'obligation de mettre à disposition du public les résultats des indicateurs les concernant. Ceci doit notamment permettre d'accroître, d'une part, l'information et la participation des usagers au fonctionnement du système de soins et, d'autre part, l'efficacité et l'efficience de ce système en créant des incitations à l'amélioration de la qualité des soins.

En outre, la diffusion des résultats des IQSS permet une mesure comparative de la qualité et de la sécurité des soins, entre les établissements de santé et dans le temps.

Au-delà de cette diffusion, les IQSS sont notamment utilisés dans la certification des établissements de santé, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et pour l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

◆ Les résultats marquants

– Le bilan des résultats 2015

L'année 2015 est marquée par **une réduction nette du nombre d'établissements qui ne participent pas aux campagnes**, avec des résultats qui atteignent la quasi-exhaustivité sur tous les thèmes (+ de 99% des établissements concernés). Pour la 1^{ère} fois en 2015, les résultats sont présentés sous forme d'une cartographie dynamique accessible sur le site de la HAS. Ces cartes seront intégrées au site Scope santé en 2016.

Les campagnes 2015 des IQSS confortent **la progression régulière des indicateurs, avec des progrès sensibles sur certains points critiques** comme la lutte contre les infections du site opératoire (+ 6%), la surveillance clinique minimale après l'accouchement (+ 12%) ou l'évaluation de l'accès à la transplantation rénale (+ 18%).

Ces résultats, très satisfaisants au niveau national, ne doivent pas masquer le risque au niveau de chaque établissement. En effet, pour la grande majorité des cas, des établissements restent en nombre



non négligeable à un niveau insuffisant, à savoir significativement en dessous de l'objectif de performance. Ce constat n'est cependant pas observé pour les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales (TdBIN). Pour autant, afin de maintenir la dynamique de mobilisation des équipes, **une réflexion globale est engagée par la DGOS et la HAS sur l'évolution du dispositif** pour cibler les actions prioritaires selon les établissements en fonction :

- de l'évolution des enjeux de santé publique
- des marges d'amélioration et de la variabilité persistantes entre les établissements
- des tendances temporelles des indicateurs.

- **Les résultats par indicateur**

◆ **Le tableau de bord des infections nosocomiales (TdBIN)**

En 2015, l'alternance tous les 2 ans du recueil des indicateurs du TdBIN s'est poursuivie : le recueil a concerné le binôme ICALIN.2 (lutte contre les infections nosocomiales) et ICALISO (lutte contre les infections du site opératoire) pour l'exercice 2014.

L'indicateur ICSHA.2 (consommation des produits hydro-alcooliques) a été maintenu en recueil annuel.

	Indicateurs TdBIN	Cotation A* Scope Santé 2012	Cotation A Scope Santé 2013	Cotation A Scope Santé 2014
Infections nosocomiales	Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 2 : ICSHA.2	76,8%	76,6%	82,5%
	Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales version 2 : ICALIN.2	85,4%		91,2%
	Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoires: ICA-LISO	84,6%		90,1%

* La lettre « A » du site Scope Santé regroupe des établissements en classes A et B pour les indicateurs du TdBIN.

Les principaux résultats

Le bilan du TdBIN 2014 est marqué par une nette progression des établissements classés A et B pour les 3 indicateurs recueillis. Seuls 0,9%, 2% et 2,4% des établissements sont classés E respectivement pour ICSHA.2, ICALIN.2, ICALISO. Ces indicateurs étant les plus anciens du TdBIN, les résultats 2014 soulignent une maturité incontestable des établissements en matière d'organisation, de moyens et d'actions mis en œuvre pour la gestion du risque infectieux.

Néanmoins, **certains domaines restent perfectibles**, notamment l'atteinte du ratio de personnels médical et paramédical des équipes opérationnelles d'hygiène (ICALIN.2) ou l'utilisation du système d'information hospitalier pour le suivi des infections du site opératoire (ICALISO). Ces domaines sont intégrés aux objectifs du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).

Une réflexion est en cours sur le maintien d'indicateurs dont la marge de progression est devenue très réduite.

Pour en savoir plus : www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats.html

Les perspectives

En 2016, le TdBIN concernera le recueil en alternance du binôme d'indicateurs relatifs au bon usage des antibiotiques (ICATB.2) et à la maîtrise des bactéries multi-résistantes (ICABMR). L'indicateur



ICSHA.2 sera recueilli une dernière fois et le nouvel indicateur ICSHA.3 sera recueilli en simulation par la mesure des produits délivrés et non des produits commandés, comme actuellement : outre un résultat global par établissement, il proposera des résultats par grands secteurs d'activité, en réponse à l'attente des usagers.

Le nouvel indicateur « Bactériémie nosocomiale à SARM », en simulation en 2014 et 2015, sera en diffusion publique en 2016, avec l'objectif de faire tendre vers zéro ces événements graves lorsqu'ils sont analysés « évitables ».

Enfin, 2016 marquera le transfert du TdBIN de la DGOS à la HAS, après celui d'I-Satis, effectif dès 2015. **Les campagnes de l'ensemble des IQSS sont donc totalement confiées à la HAS**, qui en assurera la maîtrise d'ouvrage, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en effectuant la maîtrise d'œuvre.

Ainsi, la DGOS se recentrera sur sa mission d'orientation stratégique et d'impulsion de la politique des indicateurs, la mise en œuvre de cette politique restant sous co-pilotage DGOS/HAS.

● La prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC)

Chaque année, environ 130 000 personnes sont victimes d'un AVC : 40 000 décéderont de ses suites et 30 000 garderont des séquelles lourdes. L'AVC constitue la 1^{ère} cause de décès chez la femme, la 3^{ème} chez l'homme, ainsi que la 1^{ère} cause de handicap acquis non traumatique en France. C'est également la 2^{ème} cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

Une prise en charge immédiate avec traitement et rééducation rapide, puis adaptée tout au long du parcours du patient, permet de diminuer la mortalité et le handicap suite à un AVC.

Les principaux résultats

Les résultats des indicateurs recueillis pour la 3^{ème} fois continuent de progresser : toutefois il existe encore de grands écarts entre établissements et entre régions pour presque tous les indicateurs. Des efforts restent attendus.

En outre, les établissements disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV) présentent de meilleurs résultats que les autres établissements (environ 10 points de plus en moyenne).

Focus sur les 3 indicateurs diffusés publiquement

- *Pour définir l'éligibilité du patient à la thrombolyse, connaître la date et l'heure de survenue de l'AVC est un élément fondamental. Cette information a été tracée ou recherchée dans 87% des cas (84% en 2013).*
- *L'évaluation par un professionnel de la rééducation permet de définir la prise en charge la plus adaptée et d'orienter les patients en fonction de leurs besoins. Cette évaluation a eu lieu dans 77% des cas (74% en 2013 et 41% en 2011) durant le séjour. Elle n'est cependant tracée que dans 22% des dossiers le 1^{er} jour.*
- *Le dossier du patient permet d'assurer la coordination et la continuité des soins. Certaines informations attendues dans la 1^{ère} heure de prise en charge sont retrouvées dans 82% des dossiers.*

(Résultats recueillis sur l'ensemble des établissements de santé prenant en charge plus de 10 AVC par an soit 544 établissements)

Les priorités d'amélioration

Les patients qui ne sont pas pris en charge en UNV doivent bénéficier d'une expertise neuro-vasculaire afin de définir la meilleure prise en charge.

Fondamentale pour diminuer le handicap, la prise en charge précoce en rééducation devrait pouvoir être proposée à tous les patients. L'évaluation par un professionnel de la rééducation le 1^{er} jour doit devenir une priorité pour tous les établissements.

Le dépistage des troubles de la déglutition – 60% cette année – doit être systématisé afin d'éviter les pneumopathies d'inhalation et d'adapter l'alimentation des patients, si besoin.



La programmation d'une consultation post AVC en sortie d'établissement MCO est faible – 49% cette année – et doit être systématisée.

Pour retrouver l'intégralité des résultats de ce thème ainsi que la cartographie des résultats par région : www.has-sante.fr/portail/

● La prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum

7

L'hémorragie du post-partum (HPP) est l'une des complications obstétricales les plus graves et concerne aujourd'hui 6% des accouchements. Elle se définit par une perte de sang supérieure à 500 ml survenant dans les 24 heures après l'accouchement.

Parmi les femmes décédées à la suite d'une hémorragie grave du post-partum, 80% de ces décès sont estimés évitables. Des actions concrètes peuvent être mise en place pour prévenir ces hémorragies et améliorer la prise en charge lorsque cela se produit.

C'est pourquoi les indicateurs recueillis mesurent d'une part la prévention – actions menées pour diminuer l'incidence – et d'autre part la prise en charge si une hémorragie a lieu – actions menées pour limiter le risque de complications –.

Les principaux résultats

Les maternités sont indubitablement entrées dans une démarche d'amélioration de leur pratique en suivant les recommandations, comme le démontre l'amélioration de leurs résultats de cette 3^{ème} campagne de recueil.

Les actions de prévention s'améliorent encore en 2015 : les mesures préventives autour de la délivrance sont mises en place et tracées dans 85% des cas. 97% des maternités recommandent à leurs équipes l'utilisation d'un sac de recueil pour quantifier les pertes sanguines et 8 sur 10 demandent qu'il soit utilisé dès l'expulsion fœtale.

La surveillance clinique minimale en salle de naissance est mieux suivie et tracée. Le score des établissements augmente de 12 points en 2015 (65% versus 53% en 2013).

Les 1^{ères} actions pour limiter les complications graves de l'hémorragie du post-partum sont davantage réalisées et tracées : 74% en 2015 (contre 67% en 2013 d'après simulations). Près de 9 maternités sur 10 ont mis en place une fiche de surveillance chronologique de suivi en cas d'HPP et près de 4 sur 10 l'ont intégrée à leur dossier de manière systématique.

La traçabilité des évaluations pluriprofessionnelles sur la thématique progresse cette année également, tout comme l'élaboration d'analyses rétrospectives de dossiers (revues de morbi-mortalité) en obstétrique.

(Résultats recueillis sur l'ensemble des maternités autorisées en France soit 518 établissements et sur plus de 47 700 dossiers analysés)

Les priorités d'amélioration

Si toutes les moyennes nationales sont en progression, des éléments sont encore à améliorer.

En termes de surveillance clinique après l'accouchement mais aussi de réalisation des 1^{ères} actions permettant de limiter les complications graves, les actions doivent être systématisées et mieux tracées dans les dossiers.

Concernant la prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement, des marges d'amélioration sont encore possibles puisque l'absence totale de trace d'une prophylaxie par ocytocine est encore constatée dans 11% des dossiers (3 417 dossiers), bien que cette molécule soit reconnue comme un élément majeur de la prévention de la survenue d'HPP.



Environ 4 dossiers sur 10 ne contiennent toujours pas l'ensemble des éléments demandés et jugés comme le minimum indispensable composant la surveillance après l'accouchement. 50% des maternités ont moins de 8 dossiers sur 10 dans lesquels la surveillance clinique minimale après l'accouchement est complète.

Seules 7 femmes sur 10 ont un dossier contenant l'ensemble des éléments demandés pour la prise en charge initiale de cette hémorragie.

Pour retrouver l'intégralité des résultats de ce thème ainsi que la cartographie des résultats par région : www.has-sante.fr/portail/

◆ La prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe

L'infarctus du myocarde – plus communément appelé « crise cardiaque » – reste un problème de santé publique, touchant 100 000 personnes par an en France. Bien que la mortalité précoce ait été réduite de 65 % en 15 ans grâce aux progrès thérapeutiques et à la coopération entre urgentistes et cardiologues à la phase aigüe, de nombreuses actions restent à mener pour :

- augmenter l'accès des patients à la prise en charge recommandée (médicamenteuse et non médicamenteuse)
- réduire encore la mortalité et améliorer la qualité de vie après infarctus.

Les principaux résultats

Les résultats 2015 témoignent des progrès par rapport à 2013 mais avec une marge d'amélioration importante. En moyenne, 9 patients sur 10 hospitalisés pour un infarctus du myocarde sortent avec une prescription appropriée des 4 traitements recommandés, soit un résultat en progrès de 6 points par rapport à 2013. Pour 23 % des établissements, les résultats restent toutefois encore en dessous de cet objectif de performance.

Une trace de la délivrance de conseils hygiéno-diététiques au patient est retrouvée dans 74 % des dossiers, contre 66% en 2013. Cependant, 49% des établissements ont un résultat en dessous de l'objectif de performance, fixé à 80%. En outre, on remarque que 16 % des fumeurs sont sortis de l'établissement sans aucune forme de sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques tracée, alors que l'arrêt du tabac diminue considérablement le risque de récurrence d'infarctus du myocarde et la mortalité

(Résultats recueillis sur l'ensemble des établissements de santé prenant en charge plus de 10 infarctus du myocarde par an soit 366 établissements, 3 établissements n'ayant pas participé)

Les priorités d'amélioration

La délivrance d'une prescription appropriée doit être assurée à tous les patients à leur sortie de l'établissement.

Des actions de prévention et d'information doivent être initiées envers les patients avant la sortie – règles hygiéno-diététiques, accès aux prises en charges non médicamenteuses et notamment aux programmes de réadaptation cardiovasculaires – afin d'éviter les récurrences et d'améliorer leur qualité de vie.

Pour retrouver l'intégralité des résultats de ce thème ainsi que la cartographie des résultats par région : www.has-sante.fr/portail/

◆ La prise en charge des patients hémodialysés chroniques

L'insuffisance rénale chronique terminale touche en France plus de 76 000 personnes nécessitant un traitement de suppléance, la dialyse ou la greffe. **Si la greffe rénale constitue, dans l'absolu, la meilleure option thérapeutique, elle ne peut être réalisée pour l'ensemble des patients en**



insuffisance rénale terminale pour de nombreuses raisons : comorbidités associées, faible disponibilité de greffons... Ainsi, 56% des patients bénéficient d'un traitement par épuration extra-rénale, dont 93% par hémodialyse.

Traitement lourd, la dialyse est une condition à la survie des patients et la qualité de vie dépend en partie de la qualité de la prise en charge. Les professionnels ont distingué des éléments qualité relatifs à l'hémodialyse à surveiller – dose de dialyse, suivi biologique et suivi nutritionnel des patients en particulier – ainsi qu'une évaluation de l'accès à la transplantation pour tous les patients.

Les principaux résultats

Entre 2013 et 2015, tous les indicateurs ont progressé et certains de façon très importante. Toutefois, si les résultats des indicateurs sont tous supérieurs à 80% – voire même 90% pour certains d'entre eux – de grands écarts persistent entre les régions et entre les établissements.

Le résultat global mesurant la qualité du suivi des patients hémodialysés s'élève à 88 % au niveau national. Ce score a mesuré :

- la surveillance du fer dans l'organisme des patients hémodialysés qui souffrent souvent d'anémie (tracé dans 80% des cas)
- l'analyse des concentrations de calcium et de phosphore dans le sang (tracé pour 92% des patients)
- la surveillance des hépatites pour ces patients plus sensibles aux infections en raison de leur système immunitaire dysfonctionnant (mentionné dans le dossier patient dans 93% des cas)
- le suivi nutritionnel, indispensable à cause du risque de dénutrition (tracé dans 87% des dossiers, la consultation avec une diététicienne n'étant en revanche tracée que dans 43% des cas).

La qualité de la dialyse atteint une moyenne nationale de 85%. Ce score prend en compte le nombre de séances recommandé par patient : soit, au minimum, 3 séances et 12 heures hebdomadaires par semaine (avéré dans 81% des dossiers patients cette année). Mais également, la mesure de la dose de dialyse effectuée (tracée dans 89% des dossiers).

Enfin, 88% des patients hémodialysés chroniques ont bénéficié d'une évaluation afin d'estimer s'ils pouvaient avoir un accès à la transplantation ou s'ils avaient une contre-indication définitive.

(Résultats recueillis sur l'ensemble des établissements prenant en charge des patients hémodialysés chroniques soit 305 établissements, 4 structures n'ayant pas participé)

Les priorités d'amélioration

Si les moyennes nationales sont élevées pour chaque indicateur, les résultats de certains établissements restent insuffisants notamment en termes de traçabilité des informations dans les dossiers des patients.

Même si le nombre de patients en bénéficiant a augmenté entre les 2 recueils, les taux de consultation avec une diététicienne pour les patients à risque de dénutrition sont encore insuffisants.

La réévaluation annuelle de la situation des patients en vue de la transplantation est indispensable pour actualiser la liste des patients en attente de greffe et doit être systématisée.

Pour retrouver l'intégralité des résultats de ce thème ainsi que la cartographie des résultats par région : www.has-sante.fr/portail/

Les axes forts de développement et les perspectives

- **Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)**



Le PROPIAS, diffusé en juillet 2015, vise à favoriser la mutualisation des moyens, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long du parcours de santé. Cela, en se focalisant sur les activités les plus à risque entraînant une prise en charge partagée au sein des différents secteurs de l'offre de soins.

Le programme s'articule autour de **3 axes** qui reflètent les priorités actuelles en matière de prévention des infections associées aux soins dont le patient et son parcours constituent le fil conducteur :

- **développer la prévention des infections associées aux soins**
- **renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance**
- **réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.**

La mise en œuvre du PROPIAS s'appuie sur l'évolution en cours des comportements, sur le décroisement des secteurs de l'offre de soins et sur la levée des freins, sources de résistance au changement.

La gouvernance du PROPIAS repose sur un comité de pilotage conjoint des 3 directions générales concernées au sein du ministère chargé de la santé (DGOS, DGCS et DGS) : celles-ci décident des orientations, des priorités – antibiorésistance et signalement des IAS – et des évolutions du programme. En outre, un comité de suivi accompagne la mise en œuvre du programme et assure la concertation des parties prenantes, dont les représentants d'usagers.

Pour en savoir plus : www.sante.gouv.fr/propias

◆ **L'association des indicateurs de processus et de résultats en chirurgie ambulatoire**

La pratique de la chirurgie ambulatoire reste insuffisamment développée en France par rapport à d'autres pays comme les Etats-Unis ou le Royaume-Uni, par exemple. Le développement quantitatif – souhaité – de la prise en charge de patient en chirurgie ambulatoire doit nécessairement s'accompagner d'un volet qualitatif. Quand elle est maîtrisée, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif par une prise en charge centrée sur le patient, se révèle efficiente en matière d'organisation et d'utilisation des ressources et apporte une source de satisfaction aux patients comme aux professionnels de santé.

Ainsi, la HAS lance en décembre 2015 une expérimentation d'indicateurs, développés avec les professionnels afin de valider un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats qui accompagnera le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire.

Ce tableau de bord d'indicateurs qualité et sécurité des soins comprendra :

- **un jeu d'indicateurs de processus optimisant des points clés du processus de prise en charge des patients**, y compris l'information sur le suivi recommandé après la sortie
- **des indicateurs de résultats mesurant le taux de conversion en hospitalisation complète et le taux de réadmission dans les 3 jours.**

Le développement d'indicateurs de résultats, couplé à des indicateurs de processus, contribuera à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, des pratiques cliniques et organisationnelles, du codage dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ainsi qu'à la mesure de l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre.

La chirurgie ambulatoire représente un bon modèle pour une évaluation du parcours du patient fondée sur des indicateurs de qualité et de sécurité des soins couplant processus et résultats. Cette évaluation et le suivi constituent un outil de pilotage de la qualité et de la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire.

◆ **La validation des indicateurs de résultats issus du PMSI**



Le développement des indicateurs de résultats cliniques mesurés à partir des bases médico-administratives est en cours. Les travaux associent la DGOS, l'ATIH et la HAS et se heurtent à un certain nombre de limites méthodologiques liées à la qualité de l'information codée dans le PMSI. En effet, de par leur construction, et en raison des biais de codage, il est nécessaire de vérifier que les résultats traduisent bien ce qui figure dans les dossiers des patients. Les 1^{ers} résultats montrent que la capacité à correctement traduire le contenu du dossier du patient (VPP ou valeur prédictive positive de l'indicateur) et donc de ne pas se tromper sur le niveau de qualité pour un établissement est insuffisante pour une diffusion publique. Ainsi, dans un 1^{er} temps, ils pourraient n'être utilisés qu'à des fins d'alerte pour l'établissement en vue de déclencher une démarche d'analyse interne, valorisée dans le cadre de la certification et ce, tant que la VPP de l'indicateur est insuffisante. Cela, tout en mettant en œuvre une action d'amélioration du codage de manière à optimiser la VPP.

Le 1^{er} indicateur de type PSI (Patient Safety Indicators) – en cours de validation pour une mesure nationale, sans diffusion publique – est le taux de thromboses veineuses profondes ou d'embolies pulmonaires associées à la pose de prothèse totale de hanche ou de genou.

Sa mise en œuvre automatisée en établissement sera accompagnée de consignes de codage spécifiques et d'un outil d'amélioration des pratiques recommandées de prévention des événements thromboemboliques. Il servira de modèle de développement, de validation et d'interprétation de ce type d'indicateurs au bénéfice de tous les acteurs concernés.

Concernant les autres indicateurs de résultats, des travaux DGOS/HAS sur la mortalité sont en cours de développement sur la mesure de la mortalité hospitalière à partir du PMSI (RNMH¹). D'autres travaux ont étudié la contribution complémentaire du SNIIRAM pour mesurer la mortalité à « X » jours de l'intervention afin d'éviter notamment les biais relatifs à la politique de sortie. L'ensemble de ces indicateurs nécessitent aussi une validation en comparant les données issues du PMSI – entre autre les caractéristiques des patients qui influent sur le risque de décès – aux données retrouvées au sein des dossiers cliniques des patients afin de ne pas risquer des conclusions erronées et à risque.

◆ **Le développement de la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (e-Satis)**

Le nouveau recueil de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (e-Satis) a débuté en continu et en mode web depuis le 7 septembre 2015, 9 mois après le transfert de cette mission par la DGOS à la HAS.

Cette mesure de la satisfaction est réalisée à partir d'un questionnaire – expérimenté en vie réelle et méthodologiquement validé – envoyé par courriel à tous les patients concernés, 2 semaines après leur sortie d'hospitalisation. L'appréciation des patients sur la qualité des différentes composantes humaines, techniques et logistiques de leur prise en charge recueillie en continu tout au long de l'année, établissement par établissement, est un levier pour l'amélioration de la prise en charge. La finalité est de contribuer à améliorer la qualité de l'offre de soins au plus près des attentes des patients. L'implication forte de chaque partie prenante autour d'e-Satis – experts de la mesure de satisfaction, fédérations hospitalières et établissements de santé MCO, CISS et représentants d'usagers, DGOS, ATIH, HAS – a permis **la réussite de la campagne de recueil 2015**.

Les résultats de cet indicateur de satisfaction seront publiés dans le courant de 2016. Un niveau d'engagement des établissements de santé est publié dès aujourd'hui sur Scope Santé.

e-Satis 2015 : quelques chiffres

¹ Projet de ratio normalisé de mortalité hospitalière



- Sur les 91 400 patients ayant communiqué une adresse électronique au 17 novembre, 13 500 ont déjà répondu au questionnaire en ligne (taux de réponse de 15 %)
- 84 % des 1 497 sites géographiques concernés (séjours MCO de plus 48h) ont participé au recueil 2015.

Si l'indicateur e-Satis est recueilli depuis septembre et sera publié courant 2016, la mesure de la satisfaction doit être impulsée et développée davantage encore :

- **communiquer avec le CISS auprès du grand public** pour informer et motiver les usagers à s'exprimer
- **disposer d'une mesure de la satisfaction validée** en termes de faisabilité, de qualités métrologiques, et de pertinence qui pourra être utilisée dans l'ensemble des dispositifs, notamment la certification des établissements de santé ou encore l'incitation financière à l'amélioration de la qualité
- **consolider la démarche pour être directement appropriable** par les acteurs de terrain et proposer une pédagogie simple et adaptée pour faciliter l'utilisation de ces indicateurs par chaque acteur concerné
- **élargir le dispositif national e-Satis** à d'autres secteurs d'activité – par exemple la chirurgie ambulatoire, l'HAD... – en fonction des priorités.

◆ La « dynamisation » de la liste des IQSS

En une dizaine d'années, les établissements de santé se sont appropriés les indicateurs de processus mis à leur disposition dans le cadre du dispositif coordonné DGOS/HAS : ils les ont intégrés à leur politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Mais **la liste de ces indicateurs croît sans nécessairement prendre en compte que, pour certains indicateurs, la marge de progression diminue, compte tenu de l'amélioration globale des résultats** – comme par exemple ceux du TdBIN 2015 –.

C'est pourquoi la DGOS, en partenariat avec la HAS, a mis en place un groupe de travail dénommé « gestion dynamique des IQSS », dédié à l'actualisation de la liste existante des IQSS. Ce groupe, qui a débuté ses travaux en février 2015, a entre autre pour mission de proposer des évolutions de la politique nationale des IQSS au regard des objectifs nationaux de santé, en prenant en compte la pertinence de ces indicateurs et la nécessité de disposer d'indicateurs en nombre maîtrisé. Le groupe pourra également proposer, par substitution notamment, des indicateurs manquant dans la liste actuelle.

Par ailleurs, des indicateurs de résultats, issus des données médico-administratives hospitalières – donc sans charge de travail supplémentaire pour les établissements – sont actuellement à l'étude.

◆ Une nouvelle version de Scope Santé en mai 2016

A ce jour, le site Scope Santé rassemble des données sur la qualité et l'activité de plus de 4 000 sites hospitaliers publics et privés. **La HAS travaille sur une version simplifiée du site** qui sera mise en ligne en mai 2016. Les 1^{ers} résultats de la certification V2014 seront intégrés, dans un format plus synthétique qui fera apparaître des données plus discriminantes. Une refonte ergonomique offrira une vision plus lisible des résultats par établissement et facilitera les possibilités de comparaison. Un accompagnement de l'utilisateur sera proposé tout au long de la navigation.

SSP 2015 : la sécurité des patients aux points de transition tout au long de leurs parcours de soins

La semaine de la sécurité des patients a été lancée dès 2011, alors que le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) était encore en préparation. Elle s'inscrit toutefois pleinement dans son esprit, dont elle est **une illustration phare**.

◆ L'objectif de l'opération



Cette opération annuelle poursuit différents objectifs : promouvoir l'expression des patients et leur participation à la sécurité des soins, sensibiliser à l'impact de la qualité de la communication sur la sécurité des soins, qu'il s'agisse de la communication entre professionnels ou entre patients et soignants.

En pratique, la semaine est un rendez-vous au cours duquel les professionnels de santé, les usagers et les structures peuvent, sur leur base du volontariat, profiter d'**un temps dédié pour échanger sur des aspects très concrets de la sécurité des soins**. Les initiatives des agences régionales de santé (ARS), des structures d'appui à la qualité, des professionnels de santé et des associations sont très nombreuses et innovantes, dépassant souvent le thème « officiel » de la campagne pour mettre en avant des expériences locales relevant de politiques d'établissements ou régionales en faveur de la sécurité des soins.

L'engagement des acteurs de santé, la diversité des initiatives – largement mutualisées grâce au site internet du ministère – est le signe d'une véritable attente au regard de ce thème de la sécurité, particulièrement peut-être de la part des professionnels. La participation du CISS contribue à la sensibilisation des usagers. **En santé comme ailleurs, la sécurité est l'affaire de tous.**

◆ L'illustration concrète des 3 thèmes 2015

◆ La lettre de liaison

Il s'agit d'un outil de la continuité des soins porté dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Document destiné au patient et à son médecin traitant, il permet d'assurer la continuité immédiate des soins entre la ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Cette lettre doit contenir les informations nécessaires pour la prise en charge du patient et pour sa propre information. Rédigée par le médecin de ville, elle accompagne la demande d'hospitalisation d'un patient pour qu'il soit pris en charge de façon optimale dès son arrivée. Le jour de la sortie du patient, la lettre de liaison lui est remise par le médecin hospitalier et adressée à son médecin traitant : elle résume sa prise en charge à l'hôpital et garantit ainsi la continuité des soins.

Dans l'optique de favoriser la mise en œuvre de la loi, la HAS a coordonné au 1^{er} semestre 2015 l'expérimentation du recueil de l'indicateur « Qualité du document de sortie » (QDS) dans 64 établissements MCO volontaires. Cet indicateur sera renommé « Qualité de la lettre de liaison », une fois que la loi aura entériné ce terme.

Construit à partir du référentiel HAS portant sur le « document de sortie - contenu métier », cet indicateur vise à évaluer à la fois la qualité du document de sortie² ainsi que sa transmission au patient et au médecin destinataire le jour de la sortie d'hospitalisation.

Au niveau national, le résultat recueilli suite à l'expérimentation est en moyenne de 31% : la marge d'amélioration est donc importante et la variabilité des résultats obtenus par chaque établissement confirme la pertinence de l'indicateur au regard des marges d'amélioration possibles et de l'intérêt à généraliser cet indicateur. Il le sera dès 2016 sans diffusion publique et, en 2018, avec diffusion publique pour chaque établissement (après concertation).

◆ L'identito-vigilance

² La dénomination « document de sortie » s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour (compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie (Article R 1112-1 et 2 CSP), lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation...).



Le défaut d'identification d'un patient est source d'erreurs potentiellement graves, souvent liées à un facteur humain – intervenants différents autour d'un patient, difficultés de communication... –. Les plus fréquentes sont en rapport avec l'orthographe du nom, le changement de nom marital et la date de naissance.

Il est nécessaire de maintenir le dialogue direct entre les professionnels de santé et les patients : entre autre, par le questionnement actif du patient avant chaque soin ou chaque acte en demandant au patient de se présenter et de décliner nom, prénom et date de naissance. L'identification doit être sécurisée à chaque étape du parcours du patient pour prévenir un défaut d'identification et fiabiliser les documents le concernant : c'est l'identito-vigilance.

C'est pour ces différentes raisons que la HAS a fait de l'identito-vigilance un critère obligatoire de la certification des établissements de santé. Chacun d'eux doit élaborer et décrire sa stratégie en la matière au sein du « compte qualité »³ (outil d'échange entre l'établissement et la HAS) en identifiant ses risques, en analysant ses résultats et en mettant en œuvre des actions d'amélioration. Ce travail doit être mené avant la visite de certification déclenchée par la HAS, afin que les experts visiteurs puissent vérifier l'existence et l'efficacité de ce qui est fait en matière d'identito-vigilance, au niveau global de l'établissement ou, plus spécifiquement, au travers d'autres critères de contrôle comme ceux du bloc opératoire, des secteurs à risques, du dossier patient, du médicament...

En parallèle, la HAS a rendu obligatoire, dans ses critères de certification des logiciels d'aide à la prescription hospitaliers et des logiciels d'aide à la dispensation d'officine, l'utilisation du nom de famille pour l'identification des patients, la saisie et l'affichage permanent du nom de naissance en sus du nom marital.

Outre le corpus réglementaire existant, la montée en charge du programme Hôpital numérique permettra de sécuriser les organisations et, notamment, les transmissions d'information par le développement des systèmes d'information. De plus, **des initiatives nationales – comme la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » de la HAS, par exemple – ou des initiatives locales ou régionales sont mises en œuvre pour sécuriser ce risque.** Comme la reconnaissance biométrique des patients ou le bracelet d'identité qui, même si son utilisation soulève des questions éthiques, semble devenir l'un des outils majeurs pour assurer la sécurité de l'identité des patients.

◆ La conciliation médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse constitue un problème de santé publique majeur. Elle concerne tous les secteurs de soins hospitaliers et ambulatoires et toutes les étapes du parcours de soins des patients.

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament et peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. **Les erreurs médicamenteuses sont consécutives à l'organisation de la prise en charge du médicament et, par définition, évitables.**

L'une des réponses pour réduire le risque d'erreurs médicamenteuses lié à la prescription consiste à réaliser la conciliation des traitements médicamenteux aux points de transition du parcours de soins. Pour la 1^{ère} fois en France et à la suite de l'expérimentation MED'REC menée par la HAS, la conciliation des traitements médicamenteux est définie comme **un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient.** Elle associe le patient, repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, **aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.**

A l'admission, un historique de tous les médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation permet d'établir un bilan médicamenteux optimisé (BMO). La conciliation permet alors

³ Mis en place dans le cadre du lancement cette année de la nouvelle version de certification dite « v2014 »



d'assurer la prise en compte du traitement médicamenteux préexistant du patient avec une nouvelle prescription.

A la sortie, la conciliation des traitements médicamenteux garantit la continuité du traitement médicamenteux, que le patient rentre à son domicile ou qu'il soit transféré vers un autre établissement de santé.

◆ Le regard du CISS

Quelles attentes des associations de patients et des patients ?

Le ministère chargé de la santé, la HAS, les agences sanitaires, nombre de sociétés savantes et les professionnels de la sécurité des patients œuvrent chaque jour à l'amélioration des pratiques et à la diminution de la iatrogénie, toutes causes confondues. Cependant, chaque jour en France, sur 1 480 personnes déclarées décédées officiellement, plus de 100 meurent prématurément d'une erreur médicale, tragédies dont 50% seraient évitables. Véritable fléau de santé publique, ces décès prématurés par erreur médicale ne sont pas véritablement répertoriés. Ce chiffre est d'environ 10 fois supérieur à celui des décès par accident sur la voie publique, accidents que l'on connaît à l'unité près (3 384 en 2014) et dont on parle beaucoup plus, tel un enjeu politique puisque le Premier ministre en personne est intervenu disant que « *les routes de France ne sauraient être un cimetière* ». Il a raison.

Il est évident que les erreurs médicales tuent plus que les accidents de la route. C'est pourquoi, au-delà des efforts déjà engagés sur ce terrain notamment grâce au programme national de sécurité des patients lancé par Madame la Ministre en 2013 et grâce à la nouvelle version de la certification qui devrait donner lieu à des « non certifications » d'établissement de santé s'ils sont devenus dangereux et à des sanctions sévères, nous attendons une vraie connaissance et reconnaissance des décès prématurés par erreurs médicales, de leurs causes et du niveau de sécurité de chaque établissement, pour promouvoir une meilleure sécurité dans le système de santé, en ville ou à l'hôpital.

Ainsi, nous souhaitons que soient définis quelques indicateurs de résultats : c'est certainement possible à type de population identique pour une même discipline, voire par type d'établissement. Et sur la question des indicateurs déjà disponibles, il serait temps de passer d'indicateurs par établissement à des indicateurs par pôle, voire par unité, du moins en interne pour une meilleure gouvernance de la qualité des soins. La publication d'indicateurs de résultats permettrait aux autorités un pilotage ciblé sur les difficultés et de faire levier sur la qualité des soins. Et aux patients, de faire quelques choix en toute connaissance de cause.

Si l'on prend les travaux disponibles actuellement aux USA (Institute of Medicine, IOM), on sait que les causes majeures de ces morts prématurées sont d'une part, les erreurs de diagnostics (rapport IOM du 25 septembre 2015) et d'autre part, les moments de transition dans les soins (USA-Canada), c'est-à-dire lorsque le patient change de professionnels ou de structures, entre ville et hôpital, avec notamment un impact très fort sur la sécurité médicamenteuse.

C'est la raison pour laquelle la semaine de la sécurité des patients a ciblé 3 actions visant à mobiliser professionnels, associations de patients et patients sur les risques liés aux transitions dans les soins. La vérification de l'identité pour le bon soin, la bonne intervention ou le bon examen pour le bon patient. On ne dira jamais assez aux patients qu'ils doivent prendre la parole et s'exprimer pour dire leur nom et prénom eux-mêmes ainsi que leur intervention en arrivant dans un bloc opératoire. Il existe des homonymes et aussi des erreurs de transcription ou de dossiers : c'est pourquoi le port du bracelet d'identification est comme la ceinture de sécurité en voiture. Il participe à la sécurité de la personne.

La concordance entre les différents traitements des patients, prescrits par les généralistes ou les autres spécialistes, entre ville et hôpital ou en transfert entre établissements, est capitale. Aux USA, les



patients de certains réseaux (vétérans, medicare, bientôt medicaid) disposent de la possibilité de télécharger leurs traitements et les données essentielles des examens directement sur leurs portable et en disposent à tout moment. Il s’agit du « Blue Button » pour lequel le LIEN milite en France depuis 2 ans. Le Royaume-Uni vient de le programmer pour 2018. Madame la ministre en a fait état le 13 octobre dernier lors de la remise du rapport sur le numérique en santé.

Et aussi, la lettre de liaison ville/hôpital entre professionnels, avec copie patient dès le jour de sa sortie, est un autre élément de partage d’information indispensable à sa bonne prise en charge.

Bien entendu, on ne peut passer sous silence un autre fléau de santé publique, celui de l’antibiorésistance pour lequel nous disposons d’un bilan (étude Burden). Quelques chiffres : 158 000 cas d’infections à BMR en France par an – dont 16 000 infections invasives graves (méningites, bactériémies/septicémies) – et 12 500 décès par an directement associés à ces infections dont 2 700 liés à des infections invasives.

La prise de conscience de la gravité de la situation n’est pas au rendez-vous, alors que le lien entre surconsommation d’antibiotiques et antibiorésistance est aujourd’hui bien établi. On sait aussi que nous sommes en pénurie de nouvelles molécules antibiotiques et qu’il y a de plus en plus d’échecs thérapeutiques pour des infections hier encore traitées en médecine de ville et aujourd’hui hospitalisées en réanimation, comme les cystites à bactéries toto résistantes. Il nous paraît urgent de mettre en place un permis de prescrire des antibiotiques pour tous les prescripteurs, ce permis pourrait passer par exemple, par l’obligation de tests rapides de dépistage quand ils existent, ainsi que par l’avis des référents antibiotiques dans les ARS pour la médecine de ville et dans les établissements de santé. L’antibiotique doit sortir de sa banalisation.

Enfin, il reste un sujet très difficile à traiter, qui impacte à la fois la sécurité des patients et la bonne utilisation des ressources financières en santé. C’est celui de la pertinence de la prise en charge. Les soins, les actes et les hospitalisations inutiles entraînent de toute évidence des souffrances injustifiées, des accidents évitables dans environ 30 % des cas – selon l’analyse de l’association le LIEN à partir des dossiers d’accidents médicaux qu’elle reçoit – et des dépenses inutiles. Si l’on prend en considération soit les quelques études françaises ciblées sur des actes précis soit les études américaines (IOM), il y aurait en moyenne 30 % des actions inutiles en soins de santé, interventions, examens, prescriptions et hospitalisations. Si l’on rapporte cette donnée au montant de l’ONDAM fixé par la loi de financement de l’assurance maladie (182,3Md€ en 2015, en révision), ce sont en fait quelques dizaines de milliards de dépenses évitables, auxquelles on pourrait rajouter le chiffre des soins non remboursés ou à la charge des complémentaires et celui de la iatrogénie liée à des soins inutiles. Le différentiel pourrait financer des programmes plus soutenus de qualité des soins, un meilleur financement des actes « utiles » et une meilleure évaluation du système de santé.

Claude Rambaud (Le CISS/Le LIEN)

◆ **Le concours d’affiches « Un mot, une image »**

Un concours, ouvert aux usagers comme aux professionnels de santé, a été organisé conjointement par le CISS et par la DGOS pour la réalisation d’affiches sur le thème de l’opération 2015 : **la sécurité des patients aux points de transition de leur parcours de soins.**

L’objectif de ces affiches est de promouvoir la sécurité et la qualité des soins lors des situations potentiellement à risque que sont les points de transition des parcours inter-établissements (transfert de service à service) ou inter-secteurs (sanitaire/ville/médico-social) :

- en sensibilisant les professionnels de santé et les usagers à **l’identification des risques spécifiques aux points de transition**



- en rappelant aux professionnels de santé les **bonnes pratiques de sécurité à respecter lors des points de transition** (lettre de liaison, conciliation médicamenteuse, identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge...)
- en s'adressant au patient et à son entourage ou au professionnel de santé, dans l'idée d'engager un **dialogue**
- en recourant à **une rédaction, à une narration et à un visuel simples et pédagogiques** afin de faciliter la compréhension par un public large.

Un jury composé de représentants des usagers et du ministère et de professionnels de santé a procédé à la **sélection des 7 lauréats parmi les 136 projets reçus**.

Une exposition est organisée au ministère chargé de la santé du 23 au 27 novembre 2015, pendant la semaine de la sécurité des patients et mettra à l'honneur les lauréats du concours. Les projets non sélectionnés seront mis en ligne sur le site du ministère au sein du dossier consacré à l'opération.



◆ Les événements de l'opération 2015

La conférence de presse du 24 novembre 2015, organisée en partenariat avec la HAS et le CISS, marque le lancement, sur l'ensemble du territoire, d'un temps dédié à la qualité et la sécurité des soins. Le rendez-vous de cette conférence permet un tour d'horizon des orientations et des projets en matière de qualité et de sécurité des soins.

Ce même jour, la DGOS organise au ministère chargé de la santé, en lien avec l'OMS, un **colloque intitulé « Sécurité des patients : tous responsables, tous formateurs »**, dont l'objet est le **lancement en langue française du guide pédagogique pour la sécurité des patients**. Ce guide conçu par l'OMS comme un outil « multi-professionnel » illustre combien l'approche transversale, systémique et organisationnelle des questions de sécurité s'impose désormais. Directement inspiré de la pratique

clinique, ce guide s'appuie sur la réalité complexe des organisations de soins, telles qu'elles sont au quotidien, pour former les étudiants et les professionnels aux principes de la sécurité des patients et à leur mise en œuvre.

Ce guide réunit des qualités qui devraient faire de lui un outil fédérateur. Sa mise à disposition correspond à l'une des actions du programme national pour la sécurité des patients 2013-17, pour laquelle le Pr Bertrand Millat (CHU de Montpellier) a été missionné.

Le guide sera en libre accès sur les sites de l'OMS, du ministère chargé de la santé et de la HAS.

Le 26 novembre, le CISS et la DGOS organisent un événement autour d'une **rencontre avec les représentants des usagers** et de la **remise de leurs prix aux lauréats du concours d'affiches**.

2 outils conçus pour les représentants des usagers afin de faciliter l'accomplissement de leurs missions seront présentés :

- **un support pour favoriser le dialogue des représentants des usagers avec les professionnels de santé sur les questions liées à la sécurité des patients.** Cet outil a été élaboré dans le cadre d'une expérimentation réalisée par des représentants des usagers et des établissements volontaires. 11 représentants des usagers et près de 50 professionnels répartis dans 8 établissements se sont impliqués dans ce travail : l'évaluation très positive de cette expérimentation a conduit à la décision de mettre cet outil à la disposition de tous. L'objectif poursuivi par ce projet est en pleine cohérence avec l'esprit de la loi de modernisation de notre système de santé au regard de la représentation des usagers : accompagner le représentant des usagers pour qu'il puisse se sentir pleinement légitime et pertinent dans ses fonctions. Il s'agit d'une action du programme national pour la sécurité des patients.
- **un guide à destination des représentants des usagers pour leur permettre de s'impliquer dans la certification des établissements de santé de la HAS.** Ce guide constitue une référence et un appui pour les représentants des usagers dès lors que leur établissement entre dans la procédure de certification.

Les prix du concours d'affiches sur la thématique de la sécurité aux points de transition des parcours seront décernés par le CISS et la DGOS. Ce concours a rencontré un succès désormais habituel, avec 136 affiches proposées pour illustrer les thèmes de l'identito-vigilance, de la lettre de liaison et de la conciliation médicamenteuse.

◆ L'opération en région

Des manifestations telles que les « cafés SSP », lancés en 2014, des séminaires ou des temps de rencontre pourront permettre aux usagers, aux professionnels et à l'ensemble des acteurs de santé de s'informer et de dialoguer sur des sujets liés à la sécurité des soins.

En région, de nombreux événements d'information et de sensibilisation sont organisés dans toute la France : d'ores et déjà, **la DGOS se félicite de la mobilisation – perceptible par le nombre des structures inscrites – et encourage toutes leurs initiatives.**

Quelques exemples d'actions menées en région

- *« la chambres des erreurs » dans les régions Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine et Centre*
- *des café SSP entre autre en Languedoc-Roussillon, en Basse-Normandie ou en Alsace*
- *de nombreuses journées organisées par les ARS et par les structures régionales d'appui à la qualité dont, par exemple, une journée d'évaluation des pratiques professionnelles en Midi-Pyrénées*
- *une conférence sur la thématique « ville/hôpital, engageons-nous pour des soins plus sûrs » en Rhône-Alpes*

Le calendrier des manifestations : www.sante.gouv.fr/ssp



Qualité et régulation

Les indicateurs de qualité et sécurité des soins sont d'ores et déjà mobilisés dans plusieurs dispositifs comme la certification des établissements, les CPOM des établissements ou le contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Aujourd'hui, ils servent également la mise en œuvre de la régulation de notre système de soins par la qualité et l'efficacité.

◆ L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Depuis plusieurs années, le ministère chargé de la santé porte avec la HAS une politique de généralisation d'indicateurs destinée à mesurer la qualité des soins hospitaliers. Pour autant, notre système prenait jusqu'ici peu en compte cette dimension dans le financement du secteur hospitalier, alors même que le paiement à la performance tend à se généraliser au niveau international. **Un tel système encourage, en effet, les efforts fournis par les établissements de santé et impacte donc positivement la qualité de la prise en charge de leurs patients.**

Le contexte actuel de fort développement des indicateurs de qualité permet de créer un environnement favorable pour la mise en place d'un système de paiement à la performance.

La DGOS a donc tenu à ce qu'un nouveau levier d'ordre financier puisse être mobilisé pour renforcer la politique d'amélioration de la qualité. L'expérimentation lancée en 2012 puis la montée en charge des travaux en 2015 permettent d'aboutir à un modèle qui sera généralisé en 2016 à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité MCO.

Les grands principes retenus sont :

- la prise en compte des indicateurs de qualité et de sécurité des soins généralisés et la procédure de certification
- la prise en compte à la fois du niveau atteint – c'est-à-dire le résultat des indicateurs – et de leur évolution pour inciter les établissements à s'améliorer et ce, quel que soit le niveau de départ
- une incitation financière positive : c'est précisément ce caractère incitatif qui a séduit les équipes hospitalières et constitué un levier de mobilisation fédérateur.

La généralisation de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité a vocation à se déployer aux autres secteurs que celui du MCO : il le sera vraisemblablement en 2017 sur le secteur des SSR.

Pour en savoir plus : www.sante.gouv.fr/ifaq

◆ Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)

Alors qu'est généralisé à l'ensemble des établissements de santé le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), les établissements qui ne seraient pas concernés par ce dispositif purement incitatif doivent également être accompagnés et, notamment, ceux d'entre eux les moins performants sur ce plan. **Il est en effet de notre responsabilité collective d'assurer aux patients qu'ils sont pris en charge dans des établissements de santé dont le niveau de qualité et de sécurité des soins fait l'objet d'un suivi.**

C'est la raison pour laquelle a été mis en place, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé. Le CAPES constitue essentiellement un outil de ciblage des établissements pour lesquels les enjeux de qualité et de



sécurité des soins doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier. **Il permet de suivre les établissements les moins performants sur le plan de la qualité et la sécurité de certaines pratiques.**

Objectif du contrat : demander aux ARS de cibler certains établissements pouvant présenter un risque lié à la qualité et à la sécurité des soins – risque infectieux, risque médicamenteux et risque de rupture de parcours – au moyen d'un plan d'actions d'amélioration partagé, afin de garantir aux patients une prise en charge sécurisée. En l'absence de résultats, une sanction pourra intervenir en dernier recours mais elle n'est pas une fin en soi.

◆ L'amélioration de la pertinence des soins

Le recours aux soins peut être très variable entre les territoires de santé ou entre les régions. Pour les pouvoirs publics, il est important de s'interroger pour savoir si ces écarts sont dus à l'état de santé de la population locale ou bien à une proportion d'actes dits « non pertinents ». **Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient**, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes, nationales et internationales.

Depuis 2010, la DGOS pilote un groupe technique sur la pertinence composé de la HAS, de l'ATIH et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) : dans ce cadre, celles-ci ont déjà retenu 33 activités nationales prioritaires. Par exemple, devant l'hétérogénéité des pratiques liées à **la césarienne programmée à terme** (de 2 à 20%), un programme d'optimisation de la pertinence de cette activité est en cours d'évaluation mais ses 1^{ers} résultats démontrent que les variations observées ont fortement diminué.

Sur la base des priorités nationales et grâce aux outils fournis par le groupe technique, les ARS élaborent aujourd'hui des plans régionaux d'amélioration de la pertinence des soins et travaillent avec les professionnels pour modifier les pratiques.

Enfin, dans le cadre des travaux menés sur l'amélioration de la pertinence des soins, le groupe technique, en partenariat avec l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), s'est engagé dans **l'élaboration du 1^{er} atlas national sur les variations de pratiques médicales**.

Pour en savoir plus : www.sante.gouv.fr/pertinence-des-soins,16661.html

◆ Le programme SIMPHONIE

Le programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées) est une illustration concrète de l'amélioration de la performance hospitalière au service du patient.

Ce dispositif de simplification est centré sur le parcours hospitalier du patient, depuis son accueil jusqu'à un éventuel paiement d'un reste à charge. Cette simplification se traduit par exemple par un service d'admission en ligne depuis le domicile, avant l'entrée à l'hôpital, pour éviter l'attente administrative à l'accueil. Ou bien, à l'arrivée à l'établissement, par une admission accélérée avec la vérification en ligne des droits du patients – prise en charge à 100% par la sécurité sociale, prise en charge par la complémentaire... – permettant de réduire fortement l'attente (ciblée à moins de 5 minutes), quelle que soit l'affluence. Ou encore, pour les patients hospitalisés, par une information assurée par l'établissement tout au long du séjour sur l'évolution éventuelle du reste à charge – coût



de la chambre particulière en fonction de la durée du séjour... – et l'absence de passage en caisse pour tous les assurés sociaux sans reste à charge.

Le programme permettra également aux établissements de santé de remettre aux patients, avant leur sortie, **un document indiquant le montant total facturé au titre de la prise en charge, en distinguant la part revenant à l'assurance maladie obligatoire, la part prise en charge par une éventuelle complémentaire et, enfin, l'éventuel reste à charge patient**, conformément à l'article 23 du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

En pratique, SIMPHONIE a vocation à simplifier le dialogue entre le patient, sa caisse d'assurance maladie et sa complémentaire, avec une prise en charge systématique en tiers-payant. Mais aussi, de simplifier le dialogue sur le reste à charge entre les établissements de santé et les patients.

Le programme est constitué de 14 projets : certains sont déjà en cours de déploiement, les autres le seront jusqu'en 2020.

Pour en savoir plus : www.sante.gouv.fr/symphonie



Les annexes

◆ Les références juridiques

- [L'article R. 6111-8 du code de la santé publique](#)
- [Le décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009](#) relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- [L'arrêté du 7 avril 2011 modifié](#) relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- [L'arrêté du 20 février 2015](#) fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- [L'instruction DGOS/PF2 n° 2015-67 du 11 mars 2015](#) relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2014
- [L'instruction N° DGOS/PF2/2015/139 du 27 avril 2015](#) relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

◆ Les liens utiles

- La page SSP : www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2014-ensemble-engageons-nous-pour-des-soins-continus-entre-la-ville-et-l-hopital.html
- La page IQSS du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante.html
- La page TdBIN du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-du-tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales,12545.html
- La page I-SATIS du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis,11357.html
- La page conciliation médicamenteuse de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/initiative-oms-high-5s
- Les pages programme national pour la sécurité des patients (PNSP)
 - du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html
 - de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505131/fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp



◆ Notes



