



Fiche Projet international High5s

■ Qu'est-ce que le projet High5s ?

✚ Historique

En décembre 2006 lors du symposium du Commonwealth Fund, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutenue par l'engagement officiel des ministres de la santé de plusieurs pays, annonçait la création d'un projet collaboratif international s'inscrivant dans son programme sur la sécurité des patients. Ce projet vise à prévenir les accidents évitables à l'hôpital grâce à des **solutions standardisées** répondant à des problèmes majeurs en termes de **sécurité des patients dans le monde**.

Le projet High5s s'est construit à partir de 2007 sur la base d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS, la *Joint Commission International* désignée comme Centre Collaborateur OMS pour la sécurité des patients par l'OMS, et les pays fondateurs (Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni). La France et Singapour se sont joints au projet en 2009, puis Trinidad et Tobago en 2011.

High5s est financé par l'agence américaine de la qualité et la sécurité en santé (*AHRQ*)¹, l'OMS et le Fonds du Commonwealth.

✚ Objectif

Le nom High 5s (Cinq solutions de sécurité prioritaires) découle de la volonté initiale des pays fondateurs du projet de **réduire de manière significative, soutenue et mesurable la fréquence** de 5 problèmes de sécurité pour le patient, prioritaires pour l'OMS dans 5 pays, sur une période de 5 ans.

Le projet High 5s a pour mission de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation d'impact de « *Standard Operating Protocols* » (SOPs) ou pratiques organisationnelles standardisées dans des établissements de santé volontaires de plusieurs pays, dans le cadre d'une **communauté internationale apprenante**.

High5s vise à **tester** pour sa **faisabilité et son efficacité** une approche de **solutions standardisées** en réponse à des problèmes fréquents et potentiellement graves de sécurité des soins.

La standardisation des processus de soins appliquée au sein d'hôpitaux dans différents systèmes de santé et contextes culturels est un des éléments clés du projet. Sont attendues la réduction de la variabilité des pratiques, la réduction des erreurs (erreurs de site ou de patients en chirurgie, erreurs médicamenteuses), l'amélioration de la sécurité des patients, avec l'ambition de faire progresser les équipes vers l'excellence et d'aller vers des organisations hautement fiables.

✚ Périmètre

Trois des cinq solutions² ont été élaborées entre 2007 et 2009 : la gestion des médicaments concentrés injectables (pilote : Royaume Uni), la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins encore appelée réconciliation médicamenteuse ou MEDREC (pilote : Canada), la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie (pilote : American College of Surgeons).

¹ US Agency for Healthcare Research and Quality

² Au décours du projet le comité de pilotage international a décidé de ne pas développer les solutions sur les erreurs de communication au cours du transfert des patients - pratique trop difficile à standardiser compte tenu de l'importance des facteurs environnementaux et culturels – et sur la lutte contre les infections associées aux soins, domaine déjà couvert par d'autres travaux de l'OMS.

Qu'est-ce qu'un «Standard Operating Protocol» SOP?

C'est une pratique organisationnelle standardisée qui a été développée sur la base des travaux de recherche et l'expertise des meilleurs spécialistes internationaux en collaboration avec les pays fondateurs. Il s'agit d'un ensemble d'instructions très concrètes permettant la mise en œuvre par de multiples professionnels d'un **processus défini d'une prise en charge** spécifique pour un patient de **façon régulière et mesurable** (par exemple : prise en charge d'un patient à opérer depuis la 1^{ère} consultation avec le chirurgien jusqu'à l'intervention).

Chaque SOP couvre un problème spécifique de sécurité des patients, comprend la définition d'un processus standardisé de soins, des outils définis, propose un plan de mise en œuvre et un plan d'évaluation. Ce dernier inclut la mesure de performance des hôpitaux expérimentateurs par rapport aux autres hôpitaux participants au projet et aux autres pays, l'analyse détaillée d'évènements spécifiques s'ils surviennent (EPR ou EIG), une évaluation qualitative via des visites et entretiens sur sites, une enquête initiale de culture de sécurité

Les principales phases du projet High5s

L'élaboration des SOPs dans leur version initiale à tester (2007 à mi 2009) a été suivi de la formation des représentants des pilotes nationaux des pays participants (cf. tableau ci-dessous) par le Centre Collaborateur OMS et les experts nationaux puis d'une phase d'implémentation « à blanc » (test sur un établissement pilote des outils et matériel).

La phase d'expérimentation proprement dite associant implémentation et évaluation, avec déploiement progressif des pratiques tous les patients éligibles a débuté mi 2010. L'évaluation, c'est-à-dire la collecte régulière des données d'évaluation par les hôpitaux, le contrôle qualité par les structures nationales pilotes, et leur transmission au Centre Collaborateur OMS pour analyse dure 4 années (juillet 2010 - juillet 2014).

La phase de capitalisation et d'élaboration de la version définitive des SOPs, intégrant les nouvelles connaissances et enseignements issus de cette expérimentation, a démarré au 2^{ème} semestre 2013 pour s'achever fin 2014.

Début 2015, les productions finales - rapport international High5s et les SOPs - seront rendus publiques par l'OMS, ayant vocation à être partagées avec la communauté mondiale pour contribuer à améliorer la sécurité des patients dans le monde.

Qui sont les partenaires internationaux ?

Ce sont l'OMS, la Joint Commission International, des experts internationaux au sein d'institutions qui contribuent aux travaux comme l'Institut of Safe Medication Practices et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, ainsi que les structures pilotes des pays (*lead technical agencies* - LTAs) qui ont engagé des établissements expérimentateurs (Cf. tableau ci-dessous).

Les représentants de toutes les institutions participantes constituent le groupe de pilotage international ; celui-ci se réunit 2 fois par an pour faire une revue des avancées du projet, décider des orientations stratégiques, acter le programme de travail, valider les productions et recommandations.

Pays participants et solution choisie, nombres d'hôpitaux (n) par pays				
Pays	Structures nationales pilotes <i>Lead Technical Agencies</i>	MEDREC	Sécurité l'opéré	Concentré injectable
Australie	Commission australienne pour la Sécurité et la Qualité des Soins	● (22)		
Pays-Bas	CBO (institut néerlandais pour l'Amélioration des Soins)	● (15)		
France	HAS /CEPPRAL & OMEDIT Aquitaine	● (9)	● (8)	
Allemagne	Aqmed (agence pour la qualité en médecine) & Coalition allemande pour la Sécurité du Patient)	● (8)	● (16)	
Trinidad et Tobago	Ministère de la santé		● (5)	
Singapour	Ministère de la santé		● (7)	
USA	AHRQ American College of Surgeons	● 2 (2013)	● (7)	
Royaume Uni	ex NPSA			● 4 (arrêt en 2011)

■ Quand et pourquoi la France a-t-elle rejoint ce projet ?

La HAS, qui coordonne ce projet pour la France, **s'est engagée en 2009** dans le projet High5s avec l'appui du Ministère de la santé. Elle a retenu deux pratiques prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins portées par la certification et l'accréditation des médecins :

- 1) **La sécurité de l'opéré ou la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie** (solution 1) (Performance of correct procedure at correct body site)
- 2) **la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins** encore appelée **MedRec ou réconciliation médicamenteuse** (solution 2) (Medication accuracy at transition):

La HAS coordonne ce projet pour la France en concertation avec la DGOS et les Agences régionales de santé concernées. Elle s'appuie sur des structures régionales : le CEPPRAL (Coordination pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône Alpes) pour la solution 1, l'OMEDIT Aquitaine (2010-2015) pour la solution 2, antérieurement EVALOR (Evaluation en Lorraine) 2009-2011. Ces structures accompagnent aux plans méthodologique et organisationnel chacune les 8 établissements de santé sélectionnés, dans la mise en œuvre et l'évaluation d'une solution. La HAS est liée contractuellement avec le CEPPRAL et l'OMEDIT Aquitaine jusqu'en juillet 2015.

Quels intérêts stratégiques pour la HAS ?

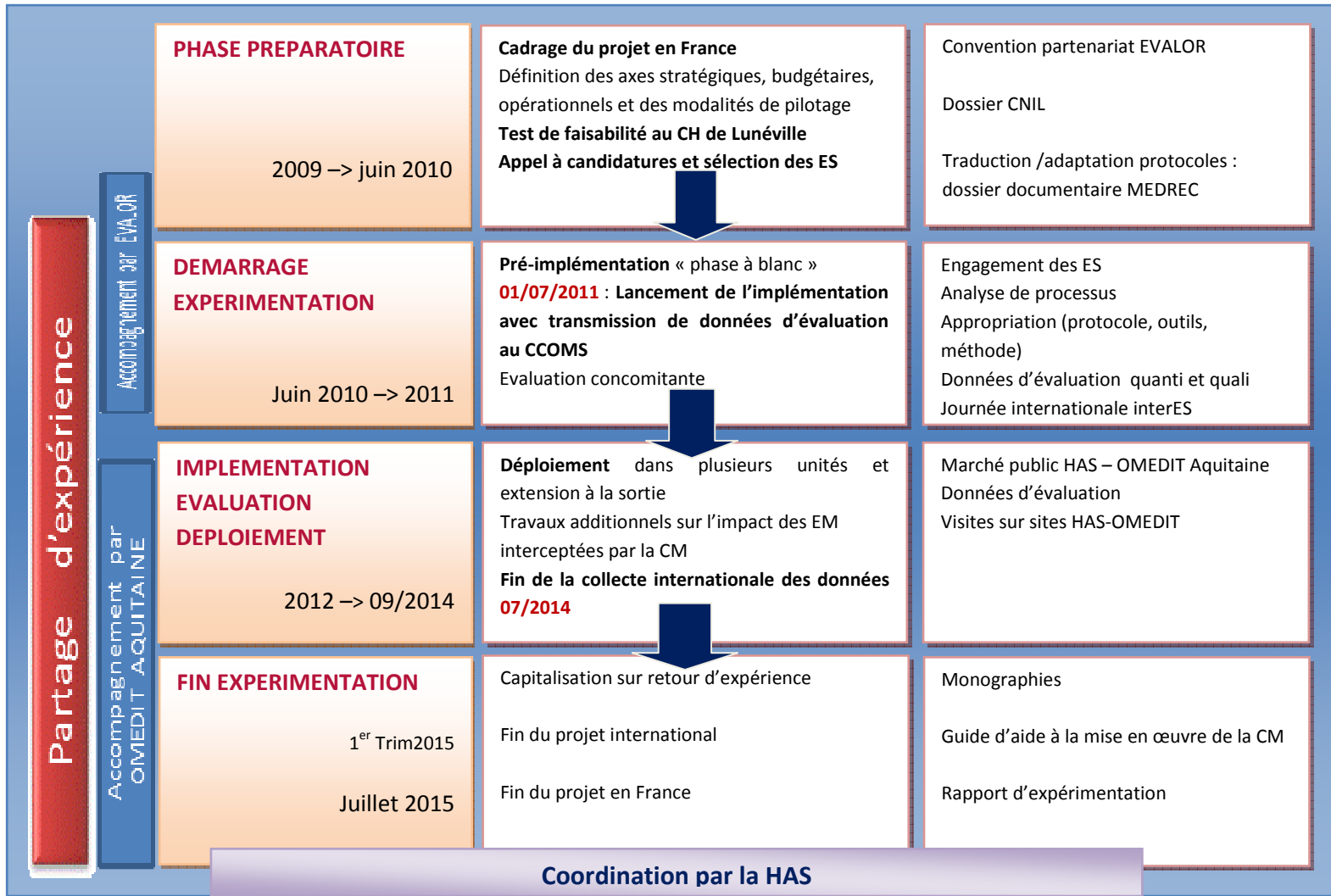
- 1. Mieux appréhender les conditions de mise en œuvre de 2 pratiques choisies en établissement de santé en bénéficiant d'un partage d'expériences internationales.** La HAS dispose de données internationales concernant les difficultés et les stratégies de mise en œuvre des protocoles à l'échelle de chaque pays.
- 2. Être partie prenante d'une communauté apprenante internationale** (« *Active Online Learning Community* ») organisée autour de chaque solution.
- 3. Bénéficier d'un travail rigoureux d'analyse multidimensionnelle de l'impact.**
- 4. Participer, via le retour d'expérience français, à l'évolution de protocoles dont l'ambition est d'être généralisable à la fin du projet.**
- 5. Acquérir un savoir-faire et une expertise avec l'OMEDIT Aquitaine et le CEPPRAL en matière d'accompagnement d'établissements** pour la mise en œuvre des bonnes pratiques retenues, pouvant être transférés ..
- 6. Elargir au niveau européen** dans le cadre de l'action conjointe PaSQ coordonnée par la HAS. la mise en œuvre des bonnes pratiques High 5s

■ Qui sont les établissements français expérimentateurs ?

	Solution 1 : sécurité de l'opéré	Solution 2 : MEDREC
CHU	Centre Léon Bérard (Lyon) CHU de Nice (unité de neurochirurgie) <i>CHU de Toulouse (abandon 2011)</i>	CHU Nîmes, HUS Grenoble, CHU Strasbourg, Bichat - Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaire Paris Nord Val de Seine CHU Bordeaux (entré octobre 2013)
CH	CH St Joseph-St Luc (Lyon) CH de Bourg en Bresse CH de Chambéry CH Quimper Cornouaille-Concarneau	CH Saint Marcellin, CH Compiègne CH Lunéville CH d'Aubusson (ex Association clinique la Croix Blanche Moutier Rozeille) <i>CH Mont de Marsan (abandon en 2011)</i>
Privé	Clinique du Cambrésis (Cambrai)	
ESPIC	Hôpital Joseph Ducuing (Toulouse) Centre Léon Bérard (Lyon)	

■ ANNEXES

Annexe 1 : Principales étapes du projet MEDREC en France



Annexe 2 : solution prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie

L'absence de mesures préventives essentielles pendant la période préopératoire, souvent inscrites dans la politique des établissements mais non mises en œuvre systématiquement, apparaît clairement comme la cause la plus fréquente d'erreur dans les études internationales.

Ce protocole, coordonné avec la mise en place de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, a pour objectif de prévenir les erreurs de patient, de site opératoire et de procédure chez tout patient hospitalisé pour une intervention chirurgicale. Il comprend **trois types d'actions complémentaires réalisées en période préopératoire** :

- un processus de vérifications systématiques préopératoires détaillées à partir de la décision d'intervention lors de la consultation avec le chirurgien jusqu'au moment de l'incision,
- le marquage du site opératoire,
- une vérification finale pendant la pause précédant immédiatement le début de la procédure opératoire souvent appelé « Time out »

La mise en œuvre s'appuie sur l'utilisation d'une check-list High5s préopératoire unique par patient complétée en temps réel par les différents intervenants tout au long du parcours du patient qui permet de tracer ces 3 étapes clés. En France, il s'agit en fait d'une check-list High5s « combinée » car elle intègre les items de la check-list HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire ».

Ce protocole comporte une exigence de standardisation dans la mise en œuvre, dans l'analyse des événements indésirables et dans la méthodologie d'évaluation pour être en mesure de mesurer l'impact avec une rigueur suffisante

Annexe 3 : solution « La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins ou Medrec »

Qu'est-ce que la conciliation médicamenteuse ?

Cette pratique consiste à s'assurer de la cohérence des prescriptions ville-hôpital à l'admission, durant le séjour, et à la sortie afin d'éviter la survenue d'EIG médicamenteux pendant le séjour ou lors du retour au domicile. Elle vise à **prévenir les erreurs résultant d'information incomplètes ou mal communiquées aux points de transition du processus de soins** : admission à l'hôpital, transfert à l'intérieur de l'hôpital, sortie vers le domicile ou un autre mode de prise en charge. 50 à 70% de divergences médicamenteuses surviennent à l'admission et la sortie dont 30% ont un impact clinique potentiel. La majeure partie correspond à des omissions. Selon les estimations, 3 à 4 % des admissions hospitalières seraient dues à l'iatrogénie médicamenteuse.

La définition de la réconciliation des traitements médicamenteuse par le groupe de travail MEDREC français

Souvent appelée «conciliation médicamenteuse», c'est un processus formalisé, complexe, structuré, pluri professionnel, interactif. Les professionnels de santé, le patient et sa famille collaborent pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les traitements médicamenteux du patient aux points de transition des soins : admission, transfert et sortie. Le processus de conciliation, en intégrant les traitements médicamenteux en cours du patient à une nouvelle prescription, contribue à la continuité des soins. Il relève d'une responsabilité partagée entre professionnels de santé et patients. C'est une des étapes de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

La solution Medrec

A l'hôpital, les erreurs médicamenteuses peuvent survenir plus particulièrement aux points de transition des services de soins dans la trajectoire de prise en charge d'un patient : admission à l'hôpital, transfert entre services ou sortie vers le domicile ou un autre mode de prise en charge. Le SOP cherche à obtenir au moment de l'admission de chaque patient à l'hôpital une liste complète des médicaments pris régulièrement par le patient avec les doses, la fréquence et les voies d'administration (appelé Bilan Médicamenteux Optimisé BMO ou juste liste) utilisant toutes les sources d'information disponibles et au minimum 2 sources d'information. Cette liste est ensuite utilisée pour effectuer des comparaisons au moment des transferts du patient afin de détecter d'éventuelles divergences entre les prescriptions, de les signaler au prescripteur et de les corriger si nécessaire (processus de conciliation). Le SOP est mis en œuvre dans un premier temps à l'admission et chez les patients particulièrement à risque, les patients de plus de 65 ans, admis au service des urgences puis hospitalisés dans un service de court séjour