



**Qualité et sécurité des soins
dans les établissements de santé :**
lancement de la semaine
de la sécurité des patients 2014,
restitution des résultats annuels
des indicateurs et perspectives

Conférence de presse du 24 novembre 2014

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



Sommaire

I – La semaine de la sécurité des patients 2014	4
● Les thèmes déclinés dans les supports de communication	5
● Les « cafés SSP », une nouveauté de l'édition 2014 !	6
● Les autres événements organisés à l'occasion de l'opération	7
II – Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) : les résultats recueillis et publiés en 2014...	8
● Les résultats des IQSS transversaux	8
● Les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (TdBIN)	11
● Les résultats de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS)	14
● Le transfert à la HAS des indicateurs du TdBIN et I-SATIS	16
... et les évolutions et perspectives	16
● L'actualisation de l'indicateur « Tenue du dossier du patient » V2	16
● L'actualisation de l'indicateur DEC qui devient « Qualité du document de sortie »	17
● Le développement d'indicateurs de processus en radiologie	17
● Le développement d'indicateurs de processus pour la médecine d'urgence	18
● Le développement d'indicateurs de processus et de résultats en chirurgie ambulatoire	18
● Vers une agrégation régionale des résultats d'indicateurs	19
● Le développement d'indicateurs de résultats	19
III – Une nouveauté dans le cadre du projet de loi de santé : la lettre de liaison	21
IV – Scope Santé, un an après	22
● Evolution de Scope Santé : les nouveautés de la V2	22
● Les pistes d'évolutions envisagées	24
Annexes	25
● Annexe 1 SAED, un outil pour la sécurité des patients développé dans le cadre du programme national de sécurité du patient (PNSP)	25
● Annexe 2 Semaine de la sécurité des patients 2014 : les supports de communication	26
● Annexe 3 Pour en savoir plus : les références juridiques et les liens utiles	28

2014, année de mobilisation pour une meilleure coordination des professionnels autour des patients dans tous les secteurs de soins

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

C'est aussi un devoir pour les pouvoirs publics – en 1^{er} lieu pour le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et pour les agences régionales de santé (ARS) – ainsi que pour l'ensemble des acteurs mobilisés, que ce soit au sein des établissements de santé et médico-sociaux et des structures ambulatoires – cabinets de ville et pharmacies d'officine, notamment –.

C'est dans cet esprit qu'est organisée depuis 4 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 : cela, en associant pleinement ces derniers en tant que co-acteurs de leur prise en charge.

Cette année, l'opération est organisée du 24 au 28 novembre : pour cette 4^{ème} édition, le ministère a souhaité mettre l'accent, de manière concertée avec ses partenaires, sur **la coordination des professionnels de santé pour promouvoir la sécurité des patients en ville, à l'hôpital et en médico-social**, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et le projet de loi de santé.

Cette journée d'ouverture de la semaine de la sécurité des patients est le cadre parfaitement adapté à **la communication des résultats des indicateurs de qualité** mis tous les ans à la disposition du public par les établissements de santé. Ceci en lien étroit avec **la haute autorité de santé (HAS)**, qui coordonne le dispositif avec la DGOS et avec la collaboration de **l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**, qui conçoit et gère les plateformes de recueil des indicateurs au sein des établissements de santé.

En 2014, le dispositif des indicateurs de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement en compte 20, répartis en 3 catégories : **7 indicateurs dits « transversaux »** (évaluation de la qualité du dossier patient, par exemple), **8 indicateurs dits « de spécialité »** (prescription médicamenteuse appropriée après un infarctus du myocarde, par exemple) et **5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales** pour la maîtrise du risque infectieux (bon usage des antibiotiques, par exemple). Tous les résultats de ces indicateurs diffusés publiquement font l'objet d'un contrôle qualité.



La semaine de la sécurité des patients est l'une des actions du programme national de sécurité des patients (PNSP).

Depuis 2013, le ministère chargé de la santé et la HAS sont associés dans le pilotage et la réalisation du programme national pour la sécurité des patients. Objectif : mieux structurer et renforcer les actions dans le domaine de la sécurité des patients. Mais aussi, orienter l'ensemble des acteurs de santé vers des priorités partagées :

- information du patient, co-acteur de sa sécurité
- déclaration et prise en compte des événements indésirables
- formation, culture de sécurité et appui
- innovation, recherche.

En annexe 1 : le PNSP et son actualité sur la diffusion de l'outil de communication « SAED »

I – La semaine de la sécurité des patients 2014

L'édition 2014 met à l'honneur un thème général qui porte sur la coordination des professionnels de santé pour la sécurité des patients en ville, à l'hôpital et en médico-social. Ce thème général est décliné en 3 sous-thèmes qui, sans être exclusifs, pourront être privilégiés :

- « **Médicaments : ayons les bons réflexes** »
- « **Accompagnons les traitements : l'exemple de la chimiothérapie par voie orale** »
- « **Partageons l'information : la lettre de liaison** ».

Cette édition 2014 est marquée par un partenariat privilégié entre le ministère et le conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP). Il trouve tout son sens au regard des sous-thèmes retenus pour l'édition 2014 de l'opération – sécurité médicamenteuse et coordination entre tous les professionnels de santé –.

C'est aussi l'occasion, pour les ARS, les établissements de santé et médico-sociaux ou les professionnels libéraux d'investir d'autres champs tels que l'identité-vigilance, les événements indésirables graves, le risque infectieux ou tout autre thème illustrant concrètement la coordination des soins.

Afin d'assurer une visibilité à l'opération, un dossier internet dédié est disponible sur le site du ministère, intégrant le détail des actions en région recensées régulièrement (« cafés SSP », événements...) : www.sante.gouv.fr/ssp

Pour accompagner les professionnels et les patients, **plusieurs documents de communication – affiche générique et flyers reprenant les sous-thèmes – ont été élaborés par la DGOS avec les acteurs concernés**, dont la HAS et le CNOP (*lire annexe 2*).

◆ Les thèmes déclinés dans les supports de communication

◆ « Médicaments : ayons les bons réflexes »

La sécurité de la prise en charge médicamenteuse est une priorité à toutes les étapes du parcours et notamment aux points de transition. Ainsi, l'utilisation du dossier pharmaceutique ou la mise en place de la conciliation médicamenteuse peuvent constituer des outils de sécurisation.

– Focus sur le dossier pharmaceutique

Le dossier pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillé par le pharmacien d'officine. **Il contribue à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant d'éviter les risques d'interactions et les traitements redondants. Le dossier pharmaceutique permet une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital.** En effet, depuis octobre 2012, les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent accéder au DP dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine. En complément, depuis début 2013 et jusqu'en décembre 2014, une expérimentation ouvre l'accès du DP à certains médecins hospitaliers : peuvent y accéder des anesthésistes-réanimateurs, des médecins exerçant dans les structures d'urgence et dans les structures de médecine gériatrique. L'évaluation de cette expérimentation est en cours.

– Focus sur la conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est un processus pluri-professionnel qui a vocation à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital par :

- la prise en compte de tous les traitements pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription ;
- la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition.

La mise en place de cette pratique vise à prévenir les erreurs médicamenteuses et à réévaluer les traitements médicamenteux aux points de transition que sont **l'admission à l'hôpital, les transferts au sein de l'hôpital et la sortie de l'hôpital**. Elle constitue à ce titre l'une des étapes fondamentales de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Dans le cadre du projet « **High 5s** » (« **Les 5 solutions prioritaires** ») lancé par l'organisation mondiale de la santé en 2006, une expérimentation est actuellement en cours jusqu'en juillet 2015 dans 9 établissements français* sur « la sécurité de la prescription médicamenteuse à tous les points de transitions » ou conciliation médicamenteuse. Cette expérimentation est pilotée depuis 2012 par la haute autorité de santé (HAS) et l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) d'Aquitaine.

Les travaux de la HAS et de l'OMEDIT d'Aquitaine doivent aboutir à la production d'un guide de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse qui mettra à disposition des établissements de santé des outils standardisés ainsi qu'un rapport d'expérimentation.

*CH de Lunéville, hôpitaux universitaires de Strasbourg, CHU de Grenoble, CH de Saint-Marcellin, CHU de Nîmes, CH de Compiègne-Noyon, clinique de la Croix-Blanche, hôpital Bichat (AP-HP), CHU de Bordeaux

Ce rapport présentera les retours d'expérience des établissements précités, leurs difficultés ainsi que les conditions favorables à leur mise en œuvre. Ces 2 documents seront mis à disposition des professionnels et des établissements de santé au cours du 2nd semestre 2015.

La HAS a par ailleurs publié une brochure d'information pour le patient, « [Parler avec son pharmacien](#) », qui a été adaptée par le CNOP dans le cadre de la semaine de sécurité du patient. Ce document, qui marque la volonté de permettre aux patients d'être co-acteurs de leur sécurité, incite ces derniers à discuter avec leur pharmacien pour éviter des erreurs et mieux comprendre les traitements.

◆ « **Accompagnons les traitements : l'exemple de la chimiothérapie par voie orale** »

A travers l'exemple emblématique de la prise en charge des patients par chimiothérapie par voie orale, l'objectif est de mettre en lumière **les éléments clés de la coordination du parcours des patients autour d'une prise en charge médicamenteuse**.

Les chimiothérapies orales connaissent ces dernières années une forte croissance expliquée principalement par le développement des thérapies ciblées. Depuis les années 2000, de plus en plus de ces médicaments sont mis sur le marché alors que la population cible totale et le nombre d'indications thérapeutiques augmentent. **Les bénéfices de ces traitements sont reconnus : néanmoins, leur maniement est parfois complexe, avec des risques d'effets indésirables spécifiques, parfois mal connus des professionnels de santé. Leur mauvaise observance peut avoir de lourdes conséquences pour les patients.**

L'essor de ces thérapeutiques nécessite une adaptation des organisations, notamment en matière de coordination des acteurs, des structures, d'information des patients et de bon usage. Sécuriser la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale est une priorité identifiée par la DGOS en lien avec l'institut national du cancer (INCa). Le plan cancer 3 identifie cette problématique comme prioritaire : la DGOS se mobilise particulièrement dans le cadre d'un programme d'actions dédié en lien avec l'ensemble des partenaires impliquées (*plus d'informations dans le dossier « [Qualité de la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale](#) » du site du ministère*).

◆ « **Partageons l'information : la lettre de liaison** »

La lettre de liaison ville/hôpital contribue à la qualité et à la continuité de la prise en charge. Elle doit garantir, par le partage d'informations, **une prise en charge sécurisée aux 2 étapes clés du parcours de soins** : l'adressage d'un patient en hospitalisation – lettre de liaison à l'entrée – et son suivi en ville le jour de sa sortie d'hospitalisation – lettre de liaison à la sortie –. Elle donnera au patient et à tous les professionnels qui le prennent en charge un niveau d'information au bénéfice de la coordination hôpital/médico-social/ville.

◆ **Les « cafés SSP » : une nouveauté de l'édition 2014 !**

Cette année, la DGOS a choisi d'innover en proposant aux ARS de se mobiliser autour de manifestations événementielles qui prendront entre autre la forme de « cafés SSP ».

Ceux-ci se veulent être **des temps conviviaux d'échange et de débat autour du thème général de la coordination des soins entre professionnels de santé et avec les usagers**. L'esprit des cafés SSP est d'organiser une discussion ouverte autour de cette thématique et des sous-thèmes proposés sans qu'il s'agisse de colloques, de séminaires ou de présentations successives formelles. Six régions ont été identifiées pour organiser un café SSP chaque jour pendant la semaine, en respectant un maillage territorial équilibré :

- ◆ **Alsace** : « **De la suite dans les ordonnances** » (24 novembre, Strasbourg)
- ◆ **Aquitaine** : « **Quelle coordination pour la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ?** » (25 novembre, Bordeaux)
- ◆ **Ile-de-France** : « **Ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital** » (26 novembre, Paris)
- ◆ **Centre** : « **Médicaments : ayons les bons réflexes, accompagnons les traitements** » (27 novembre, Orléans)
- ◆ **La Réunion** : « **Continuité des traitements médicamenteux** » (27 novembre, Saint Denis)
- ◆ **Languedoc-Roussillon** : « **Risque infectieux** » (27 novembre, Montpellier)

Ces manifestations ont été reprises par d'autres régions :

- ◆ **Midi-Pyrénées** : « **Regards croisés autour de 12 thématiques** » (24 novembre, Toulouse)
- ◆ **Picardie** : « **Ayons les bons réflexes, partageons et accompagnons les informations pour contribuer à la qualité de la prise en charge des usagers** » (25 novembre, Laon – 27 novembre, Beauvais – 28 novembre, Amiens)

La DGOS accompagne l'organisation de ces événements via la mise à disposition d'outils – programme type, identité visuelle pour les supports de communication... –. Elle assure également un écho médiatique fort à ces manifestations afin de valoriser les messages clés de l'édition 2014.

◆ **Les autres événements organisés à l'occasion de la SSP**

Au niveau régional, des centaines d'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 chambre des erreurs** » dans les régions Basse-Normandie, Midi-Pyrénées, PACA et Pays-de-la-Loire...
- **la 1^{ère} édition du prix de la qualité des soins** en Bourgogne le 27 novembre
- **des réunions territoriales** autour des 3 sous-thèmes en Haute-Normandie
- **une journée de formation sur la prise en charge et la qualité des soins** pour 100 établissements sanitaires et médico-sociaux le 27 novembre
- **des conférences-débats** au CHU de Nice sur « Le risque dans tous ses états » le 27 novembre ou sur « L'information et la participation du patient dans sa prise en charge » le 25 novembre

II – Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) : les résultats recueillis et publiés en 2014...

Depuis 2009, chaque établissement de santé a l'obligation de publier ses résultats individuels. En quelques années, ces indicateurs sont devenus un outil essentiel de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. **Outil de pilotage interne**, tout d'abord : l'amélioration observée des résultats montre l'implication des professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques et la manière dont les établissements s'en sont saisis pour établir leur stratégie d'établissement. **Outil de pilotage régional et national**, ensuite : ici, les indicateurs sont utilisés comme un outil de suivi pour les ARS. **Outil de transparence**, enfin, à destination des usagers grâce à la diffusion publique des résultats. De plus, ils sont pris en compte dans des dispositifs tels les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la certification ou, plus récemment, l'expérimentation menée sur l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

– Focus sur les IQSS transversaux

Avec la mise en place du recueil biennuel des indicateurs, l'année 2014 est l'année de recueil et de publication des résultats des indicateurs transversaux recueillis dans les établissements de médecine chirurgie obstétrique (MCO), de soins de suite et réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de santé mentale (PSY). Les indicateurs de spécialité* seront ainsi recueillis et publiés en 2015.

La campagne 2014 voit les résultats des établissements s'améliorer, avec des objectifs de performance atteints pour plusieurs indicateurs : **tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, évaluation de la douleur**. Des efforts restent toutefois à faire dans certains cas où des marges d'amélioration importantes existent encore : **courriers de fin d'hospitalisation, informatisation des dossiers, prise en charge préopératoire de la chirurgie de l'obésité...** Des actualisations des indicateurs sont en cours et vont être déployées prochainement, afin d'élever le niveau d'exigence ou de développer l'articulation avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, notamment pour la **sortie** et la **coordination hôpital/ville**. Une réflexion plus générale reste à mener afin d'assurer la dynamique de ce dispositif qui améliore la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, sans augmentation de la charge de travail pour les professionnels.

● Les résultats des IQSS transversaux

◆ La qualité du dossier patient

– *La tenue du dossier patient (TDP)*

La bonne tenue du dossier du patient est un élément important de la qualité et de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. **Des travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge**. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients.

*Prise en charge initiale de l'AVC, prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum, prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe, prise en charge des patients hémodialysés chroniques, chirurgie de l'obésité chez l'adulte, prise en charge préopératoire (optionnel)

Cette année, l'objectif national de performance fixé à 80% a été quasiment atteint au niveau national par les établissements de **MCO** et **PSY** (79%) et atteint par les établissements **HAD** et **SSR** (respectivement 80 et 85%). Cependant, la variabilité entre les établissements témoigne de progrès possibles en termes de qualité de la tenue du dossier patient. Si la variabilité est relativement faible pour le secteur **HAD**, elle reste importante pour les établissements **PSY** : dans le cas des établissements **SSR**, elle témoigne d'actions d'amélioration à mettre en œuvre, notamment sur le projet thérapeutique du patient.

Pour cet indicateur, l'objectif national de performance est atteint : c'est pourquoi il évoluera prochainement pour intégrer d'autres exigences.

– *Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)*

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

Seule la moitié des courriers de fin d'hospitalisation comporte les éléments minimaux indispensables à la continuité des soins et est envoyée dans un délai de 8 jours pour les établissements **MCO**, **PSY** et **HAD** (plus des 2 tiers dans le cas des établissements **SSR**).

La non-conformité à l'indicateur est plus souvent due à l'absence d'au moins un des 4 éléments minimaux indispensables à la continuité des soins (54%) pour les établissements **MCO**.

Pour les établissements **PSY** et **HAD** en revanche, le besoin d'amélioration est plus important en ce qui concerne le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dont la moyenne nationale est à 52% malgré plusieurs campagnes nationales.

Si les établissements **SSR** se rapproche de l'objectif de performance de 80% (résultat de 79%), la variabilité entre les établissements est importante et rend compte du potentiel d'amélioration existant.

Cet indicateur va bientôt évoluer afin de soutenir la politique nationale en faveur de la coordination hôpital/ville lors de la sortie, en renforçant l'exigence de délai et de contenu (voir infra).

– *La traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)*

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique et doit être systématiquement évaluée : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (*code de la santé publique*).

Les établissements **MCO** et **SSR** ont atteint l'objectif de performance fixé à 80%. En effet, la prise en charge de la douleur est réalisée et tracée respectivement dans 81 et 84% des dossiers évalués. En revanche, ce n'est le cas que dans 76% des dossiers des établissements **HAD**.

La variabilité entre établissements persiste pour les **MCO** et **SSR** et témoigne d'améliorations encore possibles. Cette variabilité est encore plus importante pour les **HAD** et les améliorations sont essentielles, notamment sur l'utilisation d'une échelle pour mesurer la douleur.

– *Le dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte (DTN)*

En France, le dépistage des troubles nutritionnels s'inscrit dans les priorités de santé publique. **Il fait partie du programme national nutrition santé (PNNS) et d'une expertise conduite par le ministère chargé de la santé**, qui préconise le calcul de la perte de poids avant l'admission et un calcul de l'IMC.

Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé et tracé dans 76% des dossiers évalués de **PSY**, 82% des dossiers de **SSR** et 87% des dossiers de **MCO**. L'objectif national de performance de 80% est loin par contre d'être atteint par les établissements **HAD** – qui ont une moyenne nationale à 59% – avec une grande variabilité entre établissements.

Les actions d'amélioration pour ces établissements résident dans la notification d'une 2^{nde} mesure de poids pour les séjours supérieurs à 21 jours.

Pour les établissements **SSR**, les améliorations sont à porter sur la traçabilité de la variation du poids avant l'hospitalisation – absent dans 47% des dossiers – et dans la notification du résultat de l'IMC dans le dossier patient – absent dans 18% des dossiers –. Pour les établissements **PSY**, le potentiel d'amélioration réside dans l'augmentation de la traçabilité de l'IMC dans les dossiers patients, absente dans environ un tiers des établissements.

– *L'évaluation du risque d'escarre chez l'adulte (TRE)*

L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique du patient et une limitation des capacités fonctionnelles. Néanmoins, **l'escarre est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas**, avec des mesures de prévention simple.

Cet indicateur est optionnel dans les secteurs **MCO** et **SSR** et obligatoire en **HAD**.

Pour les établissements qui ont choisi d'évaluer leur pratique sur la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres à l'admission du patient, on observe :

- 40 % de traçabilité dans les dossiers **MCO** évalués
- 73 % de traçabilité dans les dossiers **HAD** évalués
- 78 % de traçabilité dans les dossiers **SSR** évalués.

Pour ces 3 secteurs, on constate une variabilité importante des résultats entre les établissements, ce qui représente un potentiel d'amélioration important pour cet indicateur.

Un exemple intéressant : **la campagne de dépistage et de prévention impulsée par l'ARS d'Ile-de-France en 2013**. 224 établissements ont mis en œuvre des bonnes pratiques, qui ont permis – outre une économie de 12 millions d'€ – une meilleure qualité de prise en charge pour 25 000 personnes soignées ou hébergées dans ces établissements, qui n'ont pas développé d'escarre malgré leur profil à risque.

● La qualité du dossier anesthésique

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité des soins au cours des différentes phases anesthésiques (phases pré, per et post-anesthésique).

Contenant l'ensemble des informations relatives à ces phases, **il contribue au partage de l'information entre les différents professionnels intervenant à chaque étape de la prise en charge anesthésique**. Il est l'un des éléments permettant la maîtrise du risque anesthésique.

– *La tenue du dossier anesthésique (TDA)*

85% des établissements de santé ont atteint ou dépassé le seuil de performance fixé à 80%, même si la variabilité entre établissements reste importante (entre 48% et 100%). Si dans 90% des dossiers, le risque anesthésique est évalué, la traçabilité des prescriptions médicamenteuses peut être améliorée – 64% de dossiers étant non conformes –. L'informatisation du dossier anesthésique est totale dans 7% des cas, partielle dans 44% des cas et nulle dans 49% des cas.

– *La traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)*

La douleur post opératoire est tracée dans 60% des dossiers étudiés et 69% des dossiers évalués comportent une évaluation de la douleur à la sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle.

● La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans le dossier. La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie : **elle constitue un facteur essentiel de l'organisation des soins en cancérologie**.

79 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %. La traçabilité de la réunion de concertation pluridisciplinaire, datée avec une proposition de prise en charge s'est améliorée et atteint 86% en 2014. En outre, quand la réunion de concertation pluridisciplinaire est datée avec proposition de prise en charge, il y a une participation d'au moins 3 spécialités différentes dans 92% des cas. Si 72 % des dossiers analysés sont constitués de cancers de 3 spécialités – digestif, urologie-néphrologie, sénologie – **on observe, dans toutes les spécialités, une augmentation de 5 à 18% de patients bénéficiant d'une réunion de concertation pluridisciplinaire entre 2011 et 2014**.

● Les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (TdBIN)

Tous les établissements de santé sont concernés par la lutte contre les infections nosocomiales. Les indicateurs, au nombre de 4 cette année – 3 opposables et un optionnel – portent sur l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre pour la prévention. Ils sont particulièrement ciblés sur la maîtrise d'infections graves ou évitables : par exemple, celles à bactéries multi-résistantes, le bon usage des antibiotiques et leur juste prescription pour maîtriser le volume de consommation, ainsi que l'antibiorésistance, préoccupante notamment pour les patients infectés en situation d'impasse thérapeutique.

En 2014, l'alternance tous les 2 ans du recueil des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (TdBIN) s'est mise en place : le recueil a démarré par le binôme **ICATB.2** (bon usage des antibiotiques) et **ICA-BMR** (maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes) pour l'exercice 2013.

L'indicateur **ICSHA.2** (consommation des produits hydro-alcooliques) a été maintenu en recueil annuel. L'indicateur **ICALIN.2** (lutte contre les infections nosocomiales) a été proposé en recueil optionnel – sans diffusion publique – pour tous les établissements souhaitant maintenir un recueil annuel.

◆ Un indicateur spécifique à l'hygiène des mains

- *L'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA.2, indicateur de 2^{ème} génération depuis 2011)*

ICSHA.2 est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure clé de prévention de nombreuses infections nosocomiales. Il correspond à une évolution d'ICSHA.1 publié depuis 2005 : **il est plus exigeant, avec une augmentation chaque année du nombre de frictions par jour et par patient.**

La consommation de produits hydro-alcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique (PHA), qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon. L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, contribue à la diminution des infections nosocomiales et à la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes.

◆ 2 indicateurs complémentaires pour mieux lutter contre les bactéries multi-résistantes

Les bactéries sont dites multi-résistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à **un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutique.**

La multi-résistance est une étape vers l'impasse thérapeutique : elle peut concerner toutes les bactéries, aussi bien celles à l'origine d'infections communautaires en ville – pneumocoques, bacilles de la tuberculose, par exemple – que les infections nosocomiales.

La lutte contre les BMR repose sur la politique de prévention des infections nosocomiales et la maîtrise de la résistance aux antibiotiques : **c'est une priorité nationale.** La situation sur le territoire est en amélioration et en faveur de l'impact des actions – indicateurs, campagne annuelle sur l'hygiène des mains, surveillance... – tout en restant à un niveau n'autorisant aucun relâchement, notamment en raison des importations de bactéries dites « hautement résistantes émergentes » (BHRé) venues d'autres pays.

- *L'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2, 1^{ère} année de diffusion publique en 2014)*

Cet indicateur est en 1^{ère} année de diffusion publique dans sa version 2. **Celle-ci, en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, est plus exigeante sur les actions et les résultats pour prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques.**

L'indicateur objective l'organisation mise en place dans les établissements pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'ils ont mobilisés et les actions qu'ils ont mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour les patients – meilleur traitement possible – et collectif – limitation de l'émergence de bactéries résistantes –.

- *L'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR, 3^{ème} année de diffusion publique en 2014)*

L'ICA-BMR rend visible le niveau d'engagement des établissements de santé, dans **une démarche visant à maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes dans leur ensemble.**

Cet indicateur objective l'organisation, les moyens et les actions mis en place dans ce domaine.

● La synthèse des résultats 2013 du tableau de bord

Il s'agit des résultats des établissements de santé situés dans les meilleures classes de résultats représentées par la couleur verte ou la lettre « A » sur le site Scope Santé. La lettre « A » du site Scope Santé regroupe des établissements en classes A et B pour les indicateurs du TdBIN.

	Indicateurs	Secteurs	Cotation A Scope Santé = 3 ** 2012	Cotation A Scope Santé = 3 ** 2013
Infections nosocomiales	Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques V2 : ICSHA.2	Tous	76,87%	77%
	Indicateur composite de bon usage des antibiotiques V2 : ICATB.2	Tous	Version 1 ICATB*	67,7%
	Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes : ICA-BMR	Tous	79,70%	89,8%

* Les résultats d'un indicateur en V1 ne peuvent être comparés aux résultats en V2.

Les données du TdBIN 2013 montrent que l'exhaustivité des réponses a atteint 99,32% : sur 2 793 établissements de santé concernés par le tableau de bord, 2 774 sont répondants (soit 19 non répondants).

- **Focus sur ICA-BMR**

Les résultats du TdBIN pour 2013 sont marqués par une nette progression de cet indicateur : 90% des établissements de santé sont classés A et B contre 79% en 2012.

Les efforts sont constatés notamment sur l'existence d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux (>91%), l'information systématique du patient sur le fait qu'il soit porteur de BMR (>94%) et la surveillance et calcul du taux de BMR (>95%).

– **Focus sur ICATB.2**

Cet indicateur est en 1^{ère} année de diffusion publique dans sa version 2. Celle-ci, en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, est plus exigeante sur les actions et les résultats pour prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques. Ce qui explique qu'en 2013, 67,7% des établissements de santé soient classés A et B.

Une progression est réalisée sur la mise en place du référent antibiotique (> 91%), la réévaluation des prescriptions à 48h/72h (> 81%), le suivi des consommations au sein des établissements de santé (>96%) ou encore l'utilisation des tests d'orientation rapide de diagnostic en service d'urgence (>90%).

Des points sont perfectibles notamment sur la formation des nouveaux prescripteurs (72%), l'évaluation des modalités de contrôle des prescriptions (68% sur le thème « molécule recommandée », 66% sur le thème « posologie de l'antibiotique », 71% sur le thème durée de l'antibiothérapie) et la confrontation des données de surveillance de la consommation à celles de la résistance (64%).

– **Focus sur ICSHA.2**

Les résultats de cet indicateur restent stables d'une année sur l'autre : 76,87% en 2012 et 77% en 2013. Un groupe d'experts travaille à la construction d'un nouvel indicateur de l'hygiène des mains plus ambitieux basé sur l'observance des professionnels de santé. L'indicateur ICSHA.2 sera donc poursuivi une année supplémentaire pour permettre de formaliser ce nouvel indicateur.

◆ **Les résultats de l'indicateur I-SATIS**

Cette année, après 3 ans d'expérimentation avec des établissements volontaires, l'indicateur I-SATIS, indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO, est généralisé : près de 900 établissements ont réalisé cette enquête.

Cette généralisation est une occasion de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins en prenant en compte **l'avis des patients hospitalisés**. La démarche de recueil de la satisfaction des patients hospitalisés répond pleinement aux dispositions de la stratégie nationale de santé, qui associe davantage les patients comme partie prenante.

Les enquêtes téléphoniques s'appuient sur un questionnaire national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Les réponses au questionnaire national permettent de construire des indicateurs de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés sur le plan national et par établissement de santé. **Sont calculés un score de satisfaction globale et 6 indicateurs thématiques mesurant la satisfaction en matière :**

- de prise en charge globale du patient
- d'information du patient

- de communication entre le patient et les professionnels de santé
- d'attitude des professionnels de santé
- de commodité de la chambre
- de restauration hospitalière.

La mesure I-SATIS de la satisfaction d'un patient hospitalisé répond à **plusieurs objectifs** :

- **prendre en compte le point de vue du patient**, qui devient ainsi pleinement acteur de sa prise en charge
- **identifier les actions à mettre en œuvre** pour améliorer la qualité de la prise en charge du point de vue subjectif des patients
- **donner du sens** à la politique de qualité et de sécurité des soins menée par l'établissement.

Les établissements disposent de leurs résultats individuels depuis le 23 octobre 2014. Pour cette 1^{ère} année de généralisation, seuls les résultats nationaux sont diffusés. La diffusion publique des résultats individuels est, quant à elle, prévue en 2015.

Les résultats ont pu être calculés pour **877 établissements** (307 centres hospitaliers, 54 centres hospitaliers universitaires, 83 établissements à but non lucratif, 425 établissements privés, 8 SSA) et **59 900 patients** ont ainsi contribué aux résultats nationaux.

Le score de satisfaction globale des patients hospitalisés dans un établissement MCO s'établit cette année à 75,42, sur une échelle de 1 à 100.

Concernant les 6 scores thématiques, c'est toujours **la restauration hospitalière** qui présente le moins bon résultat avec un score de 54,31, tandis que **l'attitude des professionnels de santé** est plébiscitée avec une note de 92,39.

- **Focus sur le descriptif du nombre de patients**
- 110 398 patients dans 877 établissements (125 en moyenne par établissement)
- 67 455 patients ayant réalisé le questionnaire dans sa totalité (117 en moyenne par établissement)
- 62 748 patients pour lesquels des indicateurs sont calculables (72 en moyenne par établissement)
- 174 établissements avec moins de 30 patients (51 CH, 4 CHU, 12 EBNL, 106 privé, un SSA)

Scores I-SATIS 2014	
Prise en charge globale du patient	76,5/100
Attitude des professionnels de santé	92,4/100
Communication du patient avec les professionnels de santé	80,7/100
Information du patient	63,4/100
Restauration hospitalière	54,3/100
Commodité de la chambre	74,7/100
Score global de satisfaction	75,4/100

Seuls les résultats des établissements ayant plus de 30 patients répondants sont pris en compte pour le calcul des résultats nationaux.

Pour rappel, les résultats nationaux des 6 scores thématiques et du score global de satisfaction des campagnes 2011, 2012 et 2013 – réalisées sur la base du volontariat des établissements – sont disponibles sur le site du ministère chargé de la santé.

● **Le transfert à la HAS des indicateurs des infections nosocomiales (TdBIN) et de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS)**

Conformément à l'annonce faite lors de la conférence de presse de l'année dernière, **le transfert à la HAS des indicateurs du TdBIN et de l'enquête de la satisfaction des patients hospitalisés est en cours.**

Il s'agira pour la **HAS** d'assurer la maîtrise d'ouvrage des campagnes de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui comprend également les indicateurs dits « transversaux » et de spécialités, l'**ATIH** assurant la maîtrise d'œuvre. Ainsi, dès 2015, la campagne de recueil de l'Indicateur I-SATIS sera totalement confiée à la **HAS**. Pour le recueil des indicateurs du TdBIN, en revanche, une instruction **DGOS** sera encore produite en 2015.

Cette évolution permet une meilleure cohérence du dispositif de mesure de la qualité et de la sécurité des soins, en faisant de la **HAS** l'interlocuteur de référence pour les professionnels de santé et autres acteurs pour l'ensemble des campagnes de recueil. La **DGOS** se focalisera, elle, sur sa mission d'orientation stratégique et d'impulsion de la politique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé, tout en continuant à piloter avec la **HAS** la généralisation et le déploiement de ces indicateurs.

... et les évolutions et perspectives

● **L'actualisation de l'indicateur « Tenue du dossier du patient » V2**

Des actualisations sont proposées pour les 2 indicateurs « Tenue du dossier patient » et « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». Elles prennent en compte des évolutions réglementaires et des exigences nouvelles ou renforcées et sont menées pour l'instant en **MCO**. Une réflexion sera conduite ultérieurement pour les autres secteurs **SSR, HAD, PSY** afin de prendre en compte leurs spécificités.

La version actualisée de l'indicateur TDP (« Tenue du dossier patient » V2) a été expérimentée au 1^{er} semestre 2014, en lien avec un groupe de travail composé de professionnels. A l'issue de cette expérimentation, **le nouvel indicateur TDP.2 comprend 13 critères :**

- dossier retrouvé
- identification du patient
- présence du document médical relatif à l'admission
- examen médical d'entrée renseigné
- rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation

- trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation
- présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH)
- rédaction d'un traitement de sortie
- mention de la recherche de la personne de confiance
- mention de l'identité de la personne à prévenir
- présence d'un (ou de) CRO(s) et/ou d'un compte-rendu d'accouchement
- présence du dossier anesthésique
- dossier transfusionnel renseigné

L'indicateur TDP.2 fera l'objet d'un 1^{er} recueil national en 2016 en **MCO**.

◆ L'actualisation de l'indicateur DEC qui devient « Qualité du document de sortie »

Dans le cadre du programme national de sécurité du patient 2013-17, la HAS est chargée d'élaborer **un référentiel d'informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité à la sortie d'hospitalisation**. L'indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) actualisé s'intitulera « Qualité du document de sortie », construit à partir d'un référentiel (*lire page 21*).

L'actualisation de l'indicateur sera réalisée en **2 étapes** :

- tout d'abord, **la mesure de la remise le jour même du « document de sortie »**, à J 0, qui correspond à l'indicateur DEC calculé avec un délai de zéro jour au lieu de 8. Il sera diffusé publiquement en 2016 dans les établissements MCO
- ensuite, **la mesure de la qualité de son contenu, « qualité du document de sortie »**, qui comprendra 12 critères : 5 critères médicaux et 7 critères administratifs retenus dans le cadre de la définition du contenu du document de sortie. Il sera expérimenté en 2015 et le 1^{er} recueil national aura lieu en 2016.

◆ Le développement d'indicateurs de processus en radiologie

Après l'indicateur concernant la conformité des demandes d'examens d'imagerie, la HAS a développé **un 2^{ème} volet d'indicateurs portant sur la « conformité globale » et le « délai de validation du compte-rendu radiologique »**, qui ont été développés en collaboration avec la société française de radiologie (SFR).

Une expérimentation est en cours et s'achèvera fin décembre 2014 : elle concerne une cinquantaine d'établissements de santé MCO volontaires, ayant une activité d'imagerie (échographie, scanner, IRM, radio standard).

Ces indicateurs de processus permettent d'analyser la traçabilité de critères administratifs, techniques et cliniques au sein du compte rendu radiologique (CRR) et d'évaluer le délai de validation.

Aujourd'hui, les établissements réalisent les tirages au sort dans les systèmes d'information en radiologie : une réflexion est en cours pour tester **la possibilité de réaliser des tirages au sort standardisés**, ce qui permettrait de généraliser ces nouveaux indicateurs avec un objectif de performance.

◆ Le développement d'indicateurs de processus pour la médecine d'urgence

En France, il existe **650 structures des urgences, 400 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)** et **100 services d'aide médicale urgente (SAMU)**.

A la demande de la DGOS, la HAS a débuté les travaux visant à développer des indicateurs pour la médecine d'urgence. La production en routine d'indicateurs de médecine d'urgence correspond à **la nécessité d'améliorer la connaissance de l'activité des services de médecine d'urgence et de disposer de données qualitatives sur le fonctionnement des services et sur la qualité des prises en charge des patients**.

En 2013, la DGOS a débuté la construction d'une base de données nationale issue des résumés de passage aux urgences (RPU), rendant possible le recueil en routine d'indicateurs. Les indicateurs à développer feront l'objet d'une concertation avec les parties prenantes et seront construits avec les professionnels de la médecine d'urgence dans la continuité des travaux entrepris par COMPAQ-HPST.

◆ Le développement d'indicateurs de processus et de résultats en chirurgie ambulatoire

La pratique de la chirurgie ambulatoire reste insuffisamment développée par rapport à d'autres pays : 40 % de chirurgie réalisée en ambulatoire en France contre 83% aux Etats-Unis et 79% en Grande Bretagne, 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, efficiente en matière d'organisation et d'utilisation des ressources, source de satisfaction pour le patient comme pour les professionnels de santé**.

La HAS propose de développer des IQSS fondés sur l'analyse du parcours du patient – avant, pendant et après – ce qui permet, dans une approche intégrée, d'accompagner le déploiement sécurisé de la chirurgie ambulatoire.

L'objectif pour la HAS est de proposer **un tableau de bord d'IQSS de processus et de résultats** qui mesure, dans le cadre d'une démarche d'amélioration fondée sur les indicateurs, la qualité et la sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire sur des points critiques de sa prise en charge. **Ce tableau de bord d'indicateurs qualité et sécurité des soins comprendra :**

- **un set 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 30 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 et 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 patient fondée sur des indicateurs de qualité et de sécurité des soins couplant processus et résultats. Cette évaluation et le suivi constitue un système d'alerte, un outil de pilotage interne de la qualité et sécurité du parcours patient en chirurgie ambulatoire.
Le développement de ces indicateurs s'achèvera début 2016.

◆ Vers une agrégation régionale des résultats d'indicateurs

La HAS souhaite valoriser les résultats régionaux des indicateurs, soit sous format de cartes soit dans un rapport spécifique qui pourrait être produit tous les 2 ans pour l'ensemble des IQSS.

Les modes de présentation les plus pertinents seront testés et validés en 2015.

Ce travail sur l'agrégation régionale des résultats d'indicateurs sera mené après consultation des ARS.

◆ Le développement d'indicateurs de résultats

La DGOS a la volonté de voir aboutir en 2015 les travaux engagés sur les indicateurs de résultats.

I-SATIS en est le 1^{er} exemple : d'autres sont en cours de développement, en partenariat avec la HAS et l'ATIH.

Ce type d'indicateurs est attendu à la fois par **les patients** – car plus immédiatement compréhensibles que des indicateurs de processus – et par **les professionnels**, puisqu'ils sont construits à partir des données médico-administratives hospitalières et ne nécessitent donc pas de charge supplémentaire pour les personnels en établissement. C'est notamment le cas des **PSI (Patient Safety Indicators)** qui ciblent la sécurité des soins hospitaliers en mesurant la fréquence des événements indésirables associés à un défaut de qualité des soins.

◆ Qu'est-ce qu'un indicateur de résultats en santé ?

Un indicateur de résultats mesure directement, à l'issue d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

Il existe **2 types** d'indicateurs de résultats :

- **les indicateurs de résultats intermédiaires**, qui mesurent l'aboutissement de différentes étapes des processus de prise en charge
- **les indicateurs de résultats finaux en termes de santé**, qui ont trait à la mortalité, à la morbidité, à l'incapacité, à l'inconfort et à la satisfaction et la qualité de vie.

◆ L'adaptation des PSI au contexte français

En 2010, la DGOS et la HAS ont chargé CLARTE (Consortium Loire-Atlantique-Aquitaine-Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en sanTE) de réaliser un état des lieux des connaissances internationales relatives aux modalités d'utilisation et de diffusion d'indicateurs de résultats déjà utilisés dans les pays de l'OCDE (dits « Patient Safety Indicators », PSI). CLARTE a également eu la mission de formuler **des recommandations sur les modalités de sélection, de production** (à partir de la base nationale du PMSI) **et de diffusion des résultats des indicateurs de sécurité des soins hospitaliers français.**

Ces nouveaux indicateurs, recueillis à partir des bases de données médico-administratives hospitalières, mesurent la prévalence de complications codés dans le PMSI potentiellement liés aux soins.

Les travaux de CLARTE ont permis :

- de **confirmer les avantages du recueil des indicateurs de type PSI** en termes de faisabilité et de reproductibilité du recueil automatisé à partir du PMSI
- **d'alerter sur la nécessité d'optimiser la qualité du codage dans le PMSI des séjours, actes, comorbidités et événements à recueillir** pour pouvoir mesurer et interpréter ces indicateurs afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé
- de **proposer un PSI candidat** ayant les conditions requises pour mettre en œuvre sa généralisation en établissement de santé.

Le développement de ces indicateurs de résultats se met en place à la HAS : le complément de validation nécessaire avant généralisation est réalisé en partenariat avec la DGOS, l'ATIH, les parties prenantes et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

◆ Un 1^{er} indicateur PSI pour 2015

Le 1^{er} indicateur de type PSI – en cours de validation pour une mesure nationale envisageable en 2015, sans diffusion publique dans un premier temps – 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 au bénéfice de tous les acteurs concernés.

Concernant les autres indicateurs de résultat, des travaux DGOS/HAS sur la mortalité sont en cours de développement sur **la mesure de la mortalité hospitalière à partir du PMSI (RNMH^{*}).**

*Projet de ratio normalisé de mortalité hospitalière

Le développement d'indicateurs de résultats relatifs à la **qualité et la sécurité en chirurgie ambulatoire** est également en cours – taux d'admission en hospitalisation complète après une chirurgie ambulatoire [Ambu 1], taux de réadmission non programmée à 30 jours après une chirurgie ambulatoire [Ambu 2] –.

Des travaux sont également menés par la HAS en partenariat avec le CépiDc sur la **mortalité post-hospitalière** à partir du SNIIRAM* (suites du projet AMPHI, mené par Grégoire Rey, du CépiDc-INSERM).

III – Une nouveauté dans le cadre du projet de loi de santé : la lettre de liaison

Dans le cadre du projet de loi de santé, Marisol Touraine a souhaité rendre obligatoire une lettre de liaison qui vise à pallier l'un des risques majeurs de rupture dans le parcours du patient, aussi bien à l'entrée qu'à la sortie de l'hôpital. Cela, afin notamment de réduire les ré-hospitalisations évitables.

Il s'agit donc d'assurer une prise en charge sécurisée :

- **en renforçant la coordination ville-hôpital** y compris lors de prises en charge médico-sociales
- **en rendant obligatoire l'échange d'informations entre professionnels de santé aux 2 étapes clé du parcours de soins** que sont l'adressage d'un patient en hospitalisation – lettre de liaison à l'entrée – et sa prise en charge en ville le jour de sa sortie d'hospitalisation – lettre de liaison à la sortie
- **en garantissant au patient, lors de la sortie d'un établissement de santé, l'accès aux informations** qui lui seront utiles pour la continuité de ses soins.

Il s'agit ici de formaliser et de structurer les informations attendues par les professionnels et par les patients, de les rendre disponibles dans les délais utiles, de façon à partager l'information de manière pertinente et sécurisée.

Cette construction s'appuiera, d'une part, sur des travaux déjà engagés par la HAS, notamment le référentiel (*détaillé ci-dessous*) pour le contenu de la lettre de liaison à la sortie et, d'autre part, sur un comité de pilotage qui associera notamment des professionnels hospitaliers et libéraux, des usagers, des médecins DIM et des éditeurs de logiciels.

– Focus sur le référentiel « Document de sortie » élaboré par la HAS

L'organisation du passage de l'hôpital au domicile – ou dans un autre établissement, par exemple de soins de suite – comprend différentes étapes et ce, à chaque stade : **pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie**. Ces étapes évitent la rupture de la continuité des soins et réduisent la survenue d'événements de santé défavorables, dont les ré-hospitalisations évitables.

* Système national d'information inter-régimes d'assurance maladie

C'est pourquoi la HAS a été chargée de définir le contenu type d'un document de sortie d'hospitalisation dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients 2013-17 et du dispositif « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA).

La HAS a ainsi défini les exigences de contenu du document qui doit être remis au patient le jour de sa sortie d'hospitalisation, puis transmis à son médecin traitant ainsi qu'aux autres professionnels de soins primaires si nécessaire, pour assurer la continuité et la sécurité des soins.

Ces exigences concernent **5 rubriques** :

- **le motif de l'hospitalisation**
- **la synthèse médicale du séjour**
- **les résultats des examens**
- **les traitements médicamenteux**
- **les suites à donner.**

Elles peuvent être complétées par d'autres informations jugées nécessaires par les équipes hospitalières, en concertation avec les équipes de soins primaires.

Afin de faciliter l'échange et le partage de ce document, la HAS collabore avec l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé pour traduire ces exigences auprès des éditeurs de logiciels selon les spécifications techniques du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé. Selon le même schéma, la HAS a déjà défini les exigences de contenu du volet de synthèse médicale et l'ASIP santé, les spécifications techniques.

Le volet de synthèse médicale, élaboré par le médecin traitant, a vocation à servir de base au document transmis par ce dernier aux équipes hospitalières lors de l'hospitalisation de ses patients.

IV – Scope Santé, un an après



Scope Santé (www.scopesante.fr) informe les usagers sur la qualité des prises en charge dans les hôpitaux et les cliniques. Il rassemble les données publiques sur la qualité des soins en établissements de santé, propose à l'utilisateur de se géo-localiser pour trouver l'établissement qui correspond le mieux à ses critères de qualité et permet de comparer les établissements entre eux. Lancé le 28 novembre 2013 par la HAS en collaboration avec la DGOS et l'ATIH, il comptabilise après un an d'existence **208 102 visiteurs uniques** et **376 139 visites**.

Le 20 novembre dernier, Scope santé a été récompensé pour son innovation dans le domaine de la présentation des données en santé grâce à son utilisation de la data visualisation lors de **la remise des prix « Communication & Entreprises »**.

Les nouveautés de la V2 de Scope Santé

Une version 2 du site est mise en ligne le 24 novembre avec 5 évolutions majeures.

● L'intégration des derniers résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Scope santé est le site officiel de diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Sa nouvelle version actualise les résultats portant sur le recueil des 5 indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales pilotés par la DGOS et des 15 indicateurs de qualité et de sécurité des soins pilotés par la HAS.

Le patient peut consulter **les derniers résultats par établissement des indicateurs**, par exemple, sur :

- le bon usage des antibiotiques
- la traçabilité de l'évaluation de la douleur
- la tenue du dossier du patient
- le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

Tous les résultats détaillés de la certification, actualisés mensuellement, sont également en ligne. Ils sont classés en 3 dimensions : **sécurité du patient**, **parcours du patient**, **information et droits du patient**.

● De nouvelles données pour 25 activités

De nouvelles données pour des situations cliniques ou à enjeu pronostique parmi lesquelles **le diabète**, **la chirurgie de la thyroïde**, **l'appendicectomie** et **le cancer de l'utérus** sont désormais disponibles dans Scope Santé. On trouve notamment les établissements pratiquant **les greffes osseuses**, traitant **certaines maladies immunitaires** et les centres de référence **douleur**. L'utilisateur peut rechercher un établissement par spécialité et s'informer sur son volume d'activité. En effet, ces données – **nombre annuel de séjours**, **durée moyenne du séjour**, **âge moyen des patients**, **taux de chirurgie ambulatoire**, **nombre d'accouchements**, **taux de césarienne** – jouent un rôle dans la qualité de la prise en charge hospitalière du patient.

● Un affichage par site géographique

Toutes les données – sur la qualité comme sur l'activité – sont désormais présentées uniquement par **site géographique**, ce qui a plus de sens pour les patients qui cherchent des informations sur l'établissement proche de chez eux, qu'il fasse ou non partie d'un gros groupe hospitalier. Jusque-là, seules étaient disponibles les données globales par groupe hospitalier, notamment pour les CHU, les établissements de l'assistance publique de Paris, de l'assistance publique de Marseille ou pour les hospices civils de Lyon et de Strasbourg. Désormais et pour la 1^{ère} fois sur un site public, les données sont disponibles pour chaque hôpital.

● Un moteur de recherche géographique amélioré

Deux champs distincts « ville/code postal » et « établissement » permettent de faciliter la recherche d'un établissement.

En fonction de ses besoins, l'internaute a la possibilité de personnaliser sa recherche : il peut filtrer la carte en sélectionnant **une activité** (maternité, pédiatrie, chirurgie...), **une spécialité**, **une sous-spécialité** (par exemple, en chirurgie, en sélectionnant « ophtalmologie » et, plus finement, « chirurgie de la cataracte ») ou **un équipement** (IRM, scanner etc).

● Un site au format tablette

Les internautes sont de plus en plus nombreux à plébisciter les tablettes pour consulter des sites sur internet : Scope Santé est donc désormais consultable sur la plupart des tablettes de version récente.

Les pistes d'évolutions envisagées

La HAS réfléchit d'ores et déjà aux **prochaines évolutions**, notamment :

- la publication des résultats des nouveaux indicateurs
- l'intégration de la prochaine version de la certification des établissements « V2014 »
- des focus sur certaines prises en charge ou certains profils de patients
- encore plus de fluidité dans la navigation.

Pour ce faire, elle engagera en 2015 de nouvelles modalités de collaboration en ligne avec les patients. **L'utilisateur pourra exprimer sur Scope Santé ses besoins et attentes en matière de qualité des soins à l'hôpital.** Il pourra également questionner la HAS sur la pertinence et l'interprétation des indicateurs qui sont publiés et contribuer à l'amélioration du site.



● Annexes

Annexe 1 | SAED, un outil pour la sécurité des patients développé dans le cadre du PNSP

Annexe 2 | Semaine de la sécurité des patients 2014 : les supports de communication

Annexe 3 | Pour en savoir plus : les références juridiques et les liens utiles

Annexe 1 | SAED, un outil pour la sécurité des patients développé dans le cadre du PNSP

Le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) a pour objectif la promotion d'une approche globale de la sécurité des patients associant professionnels de santé et usagers. Elle cible l'intégralité du parcours de soins.

Le PNSP s'organise autour de **4 axes** :

- **axe 1** : information du patient, co-acteur de sa sécurité
- **axe 2** : déclaration et prise en compte des événements indésirables
- **axe 3** : formation, culture de sécurité et appui
- **axe 4** : innovation, recherche (recherche sur la sécurité des soins, sécurité du patient dans les essais cliniques)

Ces 4 axes correspondent à des orientations prioritaires : ils comprennent au total **90 actions et initiatives** à réaliser d'ici à 2017. Celles-ci doivent prendre en compte les dispositifs existants qui relèvent d'une démarche d'amélioration de la sécurité des patients et/ou de la qualité des soins (certification des établissements de santé, accréditation des médecins des spécialités à risque ou développement professionnel continu, par exemple).

Les actions du PNSP ont en commun leur caractère concret, quel que soit leur champ d'application.

– Focus sur l'outil SAED de l'axe 1 du PNSP

L'axe 1 « Information du patient, co-acteur de sa sécurité » prévoit **la diffusion d'outils destinés à la sécurisation de la communication en situation de soin.**

De nombreux travaux – y compris français – ont montré que le défaut de communication entre professionnels de santé constitue l'une des principales causes d'événements indésirables en milieu de soins. **Les facteurs humains – différences de personnalité, de culture, de comportement, etc – mais également les approches différentes entre les métiers ou les spécialités, peuvent constituer des obstacles à une communication efficace entre professionnels de santé.**

Face à cette situation, des outils ont été créés, notamment sous l'égide de l'organisation mondiale de la santé (OMS). L'un d'entre eux, intégré à la pratique de soins dans de nombreux pays – Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Suisse, Suède, etc – dispose désormais de sa version française avec SAED (situation antécédents évaluation demande).

Cet outil permet de mieux structurer la communication afin de limiter les oublis, les incompréhensions et les erreurs. Il garantit la transmission des informations indispensables à la sécurité de la prise en charge du patient.

Plusieurs études internationales ont mis en évidence des résultats positifs liés à l'utilisation de l'outil : **amélioration de la qualité de la communication entre professionnels de santé, amélioration du contenu et de la clarté des informations données, meilleure analyse des informations reçues, augmentation de la satisfaction des professionnels de santé.**

Cet outil est un levier dans le cadre d'un programme d'amélioration du travail en équipe.

SAED est désormais présenté dans un guide opérationnel destiné à tous les professionnels de santé (mode d'emploi, supports de formation avec scénarios préétablis, guide d'évaluation, bibliographie).

Annexe 2 | La semaine de la sécurité des patients 2014 : les supports de communication

- **4^{ème} édition du 24 au 28 novembre 2014**
« Ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital »



L'affiche de la SSP 2014

L'opération s'adresse aux établissements de santé, aux associations de patients et d'usagers, aux structures médico-sociales, à l'ensemble des professionnels de santé – hospitaliers, salariés et libéraux, médicaux et non médicaux –, aux officines pharmaceutiques, aux agences régionales de santé (ARS), aux structures d'appui – observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), centres de coordination pour la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN-ARLIN) –, aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), aux ordres professionnels...



Le flyer « Médicaments : ayons les bons réflexes »



Le flyer « Accompagnons les traitements : l'exemple de la chimiothérapie par voie orale »



Le flyer « Partageons les informations : la lettre de liaison »



Annexe 3 | Pour en savoir plus : les références juridiques et les liens utiles

◆ 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 11 février 2014](#) 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 N°DGOS/PF2/2014/66 du 04 mars 2014](#) relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013
- [L'instruction N°DGOS/PF2/2014/152 du 16 mai 2014](#) 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 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 IQSS de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
- 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 conciliation médicamenteuse de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/linitiative-oms-high-5s
- Le référentiel « Document de sortie » de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1506258/fr/les-logiciels-metier-des-professionnels-de-sante
- L'outil SAED de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
- Les pages 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
- La page du CNOP : www.ordre.pharmacien.fr/Le-patient/Le-pharmacien-et-vous



◆ Notes



