



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Renforcer la politique qualité dans les
établissements de santé: quels leviers ?**

13 décembre 2022

Direction de l'offre de soins

Renforcer la politique qualité dans les établissements de santé: quels leviers ?

Actualités autour des indicateurs qualité et sécurité des soins

*Sandrine MORIN, adjointe en charge des indicateurs au Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (SevOQSS)
Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*

13 décembre 2022

A woman with curly brown hair is shown in profile, examining a young child's ear with an otoscope. The child is looking slightly to the right. The background is a blurred clinical setting with a chart visible. A red vertical line is positioned above the child's head, and a red dotted line is positioned below the child's neck. The text "Campagne IQSS 2022" is overlaid in the center.

Campagne IQSS 2022

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Utilisation des IQSS

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des outils au service des professionnels et des établissements de santé (loi Hôpital Patient Santé Territoire 2009). Par la comparaison inter-établissements, ils permettent:



Une utilisation large nécessitant une méthode de développement et de validation robuste

Un IQSS validé respecte des critères

- Pertinence clinique
- Pertinence pour l'amélioration
- Qualité métrologique
 - Faisabilité, fiabilité et reproductibilité du recueil
 - Ajustement si besoin



Des Impératifs de méthode

- De la littérature sur laquelle s'appuient les indicateurs (recommandation, textes réglementaires)
- Une phase de concertation avec les parties prenantes
- Un groupe de travail d'experts : cliniciens, méthodologistes, spécialistes de l'information médicale, usagers....
- Un recueil de données avec des phases d'expérimentation avec des établissements volontaires
- Une analyse des données
- Un déploiement national
- Un contrôle qualité a priori et a posteriori

Actualités 1/2

Indicateurs calculés à partir du dossier patient

- recueil 2022 du 15 avril au 30 septembre 2022
- 16 indicateurs
- Résultats détaillés accessibles aux établissements, comparatifs disponibles à la clôture
- Rapports avec résultats agrégés en fin d'année

Dispositif e-Satis

- Campagne 2022 (oct. 2021-sept 2022) : 3 mesures en cours
- Clôture à la fin du mois- campagne 2023 ouverte dans la foulée

→ **Analyse des résultats nationaux en T4 2022**

→ **Diffusion publique opendata + QualiScope**

Rappel : Source dossier patient – année 2021

- Qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO, SSR, PSY et chir ambu
- Elaboration du projet de soins et du projet de vie en SSR
- Coordination de la prise en charge en HAD
- Tenue du dossier patient en HAD
- Evaluation du risque d'escarre en HAD
- Prise en charge de la douleur en MCO, SSR, PSY, HAD
- PSY: Evaluation cardio-vasculaire et métabolique
- PSY: Evaluation gastro-intestinale
- PSY: Evaluation et prise en charge des addictions
- Pratiques de précautions complémentaires contact en MCO
- Optionnels : Suivi du poids en HAD – indicateurs de processus en chirurgie

[Pour en savoir +](#)

e-Satis : résultats 2021 régionaux en MCO

MCO +48h Campagne 2021	Hauts de France (N=80)	Ensemble des ES classés en 2021 (N=878)
Score ajusté global	74,1	73,7
Accueil du patient	72,1	71,5
Prise en charge du patient par les médecins/chirurgiens	80,9	80,9
Prise en charge du patient par les infirmier(ère)s et aide-soignant(e)s	81,7	81,7
Chambre	74,4	73,8
Repas	60,2	59,2
Organisation de la sortie	65,1	64,3

CA Campagne 2021	Hauts de France (N=78)	Ensemble des ES classés en 2021 (N=840)
Score ajusté global	78,5	78,1
Organisation avant hospitalisation	81,5	81,6
Accueil du patient	81,8	81,2
Prise en charge médicale et paramédicale du patient	84,5	84,5
Chambre & collation	75,1	73,5
Organisation de la sortie & retour au domicile	71,2	70,8

e-Satis : résultats 2021 régionaux en SSR

SSR Campagne 2021	Hauts de France (N=15)	Ensemble des ES classés en 2021 (N=216)
Score ajusté global	74,7	73,7
Accueil du patient	81,4	80,1
Prise en charge du patient	78,6	77,4
Lieu de vie du patient	72,6	72,5
Repas du patient	66,8	65,8
Organisation de la sortie du patient	67,4	66,4

Actualités 2/2

ICSHA

- Recueil du 15 septembre au 15 octobre 2022
- Utilisation de la SAE (source DREES)
- Résultats définitifs rendu le 23/11 aux établissements
 - **Analyse des résultats nationaux en T4 2022**
 - **Diffusion publique opendata + QualiScope**

Expérimentation Vaccination anti-grippale des professionnels de santé

- Menée en juin 2022
- Utilisation de la SAE (source DREES) : Résultats définitifs en novembre 2022,
- Indicateur validé

PMSI – résultats en fin d'année

- 4 indicateurs sur les complications en chirurgie orthopédique – résultats en fin d'année

ETE PTH

ETE PTG

ISO PTH

ISO PTG

- 6 indicateurs sur la Ré-hospitalisation entre 1 et 3 jours après chir ambu (résultats en fin d'année)
 - après cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës ;
 - après interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires ;
 - après Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques ;
 - après interventions sur les amygdales ;
 - après hémorroïdectomies ;
 - après prostatectomies transurétrales.

Résultats des complications 2021 (données 2020)

Nombre d'établissements ayant des résultats moins bon qu'attendus

	HAUT de FRANCE	France
ETE-PTH	3/61 (5%)	17/684 (2,5%)
ETE-PTG	5/62 (8%)	25/681 (3,7%)
ISO PTH	0/61	10/660 (1,5%)
ISO PTG	0/61	5/665 (0,8%)

Focus : 6 indicateurs sur la Ré-hospitalisation entre 1 et 3 jours après chir ambu

2016-2017 : 1^{er} retour aux dossiers « réhospitalisations toutes racines de GHM » :

Valeur prédictive positive (VPP) = 93,8% ; mais aucune utilisation possible pour améliorer la qualité

2018 : 1^{ère} restitution de résultats aux établissements (données 2017) « réhospitalisations par type de prise en charge (par racine de GHM) »

Ratio standardisé du nombre observé / attendu de réhospitalisations entre 1 et 3 jours après CA par racine de GHM + informations détaillées

2019 : 2^{ème} retour aux dossiers « réhospitalisations par racine de GHM » → crise sanitaire, réalisé de janvier 2020 à janvier 2021

- Optimisation de l'algorithme
- Pertinence de l'indicateur pour l'amélioration de la qualité des pratiques :
 - Sur les 2 837 dossiers de réhospitalisations analysés, 70,6% des réhospitalisations analysées sont non programmées et 1 551 soit 78% sont dues à une complication liée au séjour index ;
 - Les complications motivant les réhospitalisations non programmées sont génériques
- Pistes d'amélioration des pratiques en lien avec les réhospitalisations précoces :
 - 58% de lettres de liaison sont remises à la sortie, et seulement 30% ont le numéro à appeler en cas d'urgence;
 - 62% des patients sont contactés entre J1 et J3.
- Identification des racines de GHM avec un potentiel d'amélioration qui pourraient devenir autant d'indicateurs nationaux ciblés en chirurgie ambulatoire

Rapport publié en juillet 2022



**Développements débutés
et Programme IQSS 2023**

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développements à partir du PMSI et du SNDS (DCIR/PMSI)

Indicateur « mortalité à 30 jours post IDM »

- Algorithme appliqué au SNDS en cours de validation
- Rapport sur l'analyse des données issues du retour aux dossiers en cours

Indicateurs « Mesure de la récupération de 5 complications post-opératoires »

- Algorithme appliqué au PMSI en cours de conception

Indicateur « volume de rééducation dans la prise en charge de l'AVC en SSR »

- Collecte exploratoire de données en 2021 (données 2019)
- changement dans le PMSI SSR

Indicateur sur les hémorragies du post-partum

- Cadrage en cours pour des travaux à partir du SNDS

Autour de l'expérience patient

En cours : 2 développements de questionnaire type expérience patient

- en psychiatrie sur périmètre temps plein : GT en cours, expérimentation en 2023
- sur l'hygiène des mains perçue par le patient : GT en cours, expérimentation en 2023

Terminé : développement d'un questionnaire d'expérience patient en HAD

- Expérimentation de mai 2021 à mai 2022
- Conclusion du développement : questionnaire validé mais pas d'IQSS à partir de ce questionnaire

Appui méthodologique à la DGS pour la validation du questionnaire « prévention tabagique »

- Deuxième expérimentation de juin à septembre 2022 (plateforme e-Satis)
- Analyse en cours

A photograph of a woman with curly hair, seen in profile, using an otoscope to examine the ear of a young child. The child is looking slightly to the right. The background is a light-colored wall with some faint, illegible text. A vertical red line is positioned above the child's head, and a vertical dotted red line is positioned below the child's neck.

Autres travaux

Analyse des verbatims/ bases de connaissances ; travaux sur les PROMs/PREMs;
indicateurs de qualité des parcours

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Verbatim e-Satis 1/3

1^{ère} étape réalisée : Analyse nationale des verbatim issus d'e-Satis entre 2016 et 2020

- Plus de 2,4 millions de verbatim analysés
(2/3 des patients qui répondent au questionnaire)
- Etude réalisée par TAL* + analyse textuelle
- Rapport publié en octobre 2022

*Traitement automatique des langues

Pour En Savoir Plus

Votre commentaire est transmis dans son intégralité à l'établissement de santé concerné par votre hospitalisation et est accessible à la Haute Autorité de santé.

Merci de ne mentionner aucun nom de professionnel(les) ou de patient dans votre commentaire. Il risque de ne pas être pris en compte si le(s) nom(s) de professionnel(les) sont indiqué(s) en clair.

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?

Enjeux

- ✓ Valoriser le retour d'expérience des patients réalisé via e-Satis
- ✓ Mettre en évidence les thématiques importantes pour les patients
- ✓ Partager avec les professionnels
 - ✓ ce qui est positif et à perpétuer
 - ✓ ce qui est négatif et à améliorer
- ✓ Evaluer les contenus des questionnaires e-Satis +48h MCO et e-Satis MCO CA

Résultats : expérience des patients 2/3

Caractéristiques principales des verbatim

Avis positifs = bonnes impressions générales. La « bonne qualité » d'une prise en charge ou d'un établissement exprimée de manière transversale, globale.

Avis négatifs = points particuliers bien identifiés et plus détaillés.

85 thèmes répartis dans 3 parties

	Thèmes positifs	Thèmes négatifs	Total
1.Circuit de prise en charge	7	7	14
2.Professionnalisme et prise en charge médicale et paramédicale	36	14	50
3.Qualité hôtelière	2	19	21

Thème transversal : importance de la qualité des relations humaines

Conclusion / Perspectives 3/3

Les commentaires libres déposés en fin de questionnaire

- ✓ sont très riches, doivent être analysés et partagés
- ✓ permettent l'expression personnalisée du patient

Les questionnaires e-Satis couvrent les thématiques qui importent au patient



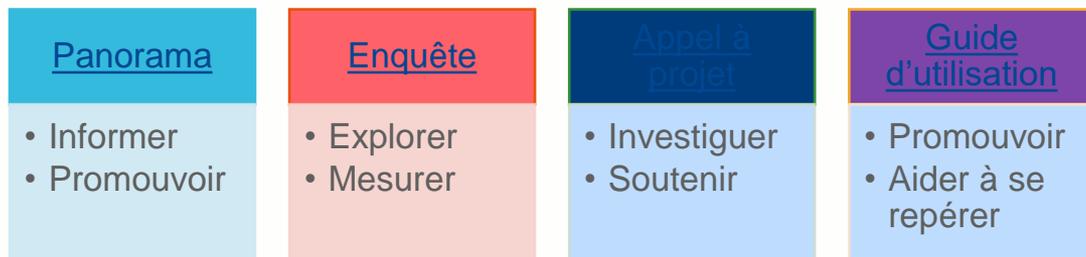
L'analyse du verbatim complète l'évaluation réalisée par un questionnaire fermé

2^{ème} étape : Aide et accompagnement des établissements de santé dans l'analyse de leurs verbatim e-Satis

- ✓ Développement d'un outil d'analyse en lien avec la mission data HAS

Programme pluriannuel d'actions HAS

Soutien au développement, à la mise en œuvre et à l'utilisation des indicateurs de mesure de qualité perçue par les patients en pratique clinique courante, type **PROMs** et **PREMs** :



Susciter l'intérêt des professionnels de santé et déclencher des retours

Actions s'ajoutant au dispositif e-Satis déjà déployé

Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements – Indicateurs PROMs et PREMs

Panorama

- Informer
- Promouvoir

Dresser un état des lieux de la littérature pour favoriser une vision commune sur le sujet à partir des principales expériences étrangères

→ [Les grandes lignes du rapport](#)

- Un élan international vers les PROMs et les PREMs
- Des mesures utiles, avant tout, en pratique clinique courante
- Des difficultés à lever pour une utilisation optimale en pratique clinique
- Des perspectives dans la régulation de la qualité des soins

→ [Qualité des soins perçue par le patient - Indicateurs PROMs et PREMs : Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements](#)

PREMs dans des expérimentations nationales

Episode de soins (EDS)



Développement HAS d'un
PREMS générique,
utilisable pour les 3
épisodes
→ Questionnaire réalisé –
test en cours

Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)



Appui HAS pour le
Ministère de la santé et
l'Assurance maladie
Développement d'un
PREMS générique
→ Questionnaire réalisé –
test en cours-

Etat des lieux des initiatives locales et régionales sur la mise en œuvre des PROMs en ville, établissements de santé et centres de soins

Enquête

- Explorer
- Mesurer

Enquête nationale : état des lieux des initiatives locales et régionales sur la mise en œuvre des PROMs en ville, établissements de santé et centres de soins.

- à partir d'un questionnaire, répertorier les utilisations de PROMs en routine, en cours ou récentes (remontant à moins d'un an) sur le terrain
- Restitution sur le site de la HAS
- Début de l'enquête : décembre 2021 pour 3 mois environ
 - Questionnaires en cours d'analyse
 - 76 structures ont participé à l'enquête

Suivi de l'appel à projets - Mise en œuvre de PROMs en ville ou en établissement de santé

Appel à
projet

- Investiguer
- Soutenir

- **Objectif principal:** aider au déploiement des PROMs.
- **Projets concernés:** tout projet visant à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins en ville ou en établissement de santé par l'utilisation de PROMs.

→ 4 projets retenus

- **SSR Le Chillon/Les Euménides** (Val d'Erdre Auxence, 62), ESPIC, suivi des patients alcoolodépendants en sortie d'hospitalisation ;
- **Fédération Française de Pneumologie** (CNP de pneumologie, Paris, 75), association, suivi des patients de pneumologues libéraux ou hospitaliers traités par pression positive continue pour un syndrome d'apnées hypopnée obstructive du sommeil
- **Institut de Cancérologie de l'Ouest** (Angers, 49), ESPIC, suivi des patientes atteintes de cancer du sein ;
- **Fondation Charles Mion - Aider Santé** (Grabels, 34), suivi des patients hémodialysés chroniques.

→ Bilan à 6 mois très positif – le prochain en décembre

Parcours couverts par un guide PROMS

Chantier « Qualité et pertinence des soins » de la STSS

chantier « Qualité et pertinence des soins » piloté par la HAS et la CNAM :
promotion de la construction de parcours de soins assortis d'indicateurs.

Déjà publiés :

- Bronchopneumopathie chronique obstructive :
 - Guide Parcours + Rapport de définition des indicateurs+ Rapport de développement + Résultats + Guide d'aide à l'utilisation des PROMs;
- Syndrome coronarien chronique :
 - Guide parcours + rapport de définition des indicateurs + Guide d'aide à l'utilisation des PROMs
- Maladie rénale chronique:
 - Guide parcours + rapport de définition des indicateurs + Guide d'aide à l'utilisation des PROMs

Autre parcours

- Insuffisance cardiaque - partenariat avec la CNAM avec expérimentation sur un territoire

PROMs → Ce que l'on y trouve :

- Informations pour une utilisation générale
- PROMs génériques les plus courants validés en français
- PROMs spécifiques de la pathologie ciblée validés en français
- Critères généraux pour utiliser des questionnaires PROMs génériques et spécifiques
- Choix d'un PROMs générique et un PROMs spécifique

[Pour en savoir +](#)

Indicateurs qualité des parcours

[Pour en savoir plus](#)

Prise en charge de la BPCO

- Pathologie PILOTE de la définition et le développement des indicateurs de parcours à partir des guides Parcours de la HAS
- [Indicateurs à partir du SNDS développés](#) – utilisable pour l'amélioration des pratiques : besoins de validation pour d'autres utilisations
- **Travail HAS poursuivi par l'ARS et la DRSM des Hauts de France**

Prise en charge de syndrome coronarien chronique, de la maladie rénale chronique

- Guides parcours + définition des indicateurs de qualité du parcours à partir des guides Parcours de la HAS
- SCC: travail de l'ARS et la DRSM PACA pour développer certains indicateurs
- MRC: travail de la CNAM sur les indicateurs à développer

Cancérologie

- Avec l'INCa,
- Définition des indicateurs de parcours du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du pancréas, du cancer de l'ovaire

En cours

- Epilepsie : finalisation des travaux sur la partie définition des parcours – définition des indicateurs en S1 2023

Vous remerciant

- Pour en savoir plus: [Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé](#)
- Pour nous contacter : contact.iqss@has-sante.fr

www.has-sante.fr



ACTION D'AMÉLIORATION EN RÉGION DE LA QUALITÉ DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

UN ACCOMPAGNEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE ET L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

RÉPONDRE AUX ENJEUX DE LA QUALITÉ DE LA LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE (QLS)



Document clé de la continuité de la prise en charge du patient permettant la transmission des informations nécessaires pour sécuriser et fluidifier le parcours de santé.



Obligatoire depuis le 1er janvier 2017 (décret du 20 juillet 2016).



Le patient est acteur de son parcours de santé : la lettre de liaison est transmise au patient, au médecin traitant et au praticien qui a adressé le patient



Transmission facilitée par le numérique : alimentation automatique dans le profil Mon espace santé du patient et transmission par messagerie sécurisée.

MESURER LA QUALITÉ DE LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

L'indicateur sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie, piloté par la HAS, a pour objectif premier l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins.

L'indicateur **mesure l'existence et la complétude** des lettres de liaison à la sortie sur plusieurs critères.



Un score composite compris entre 0 et 100 indique le niveau de qualité de l'ensemble des LLS produites.

Un objectif de performance fixe dans le temps, dont la valeur est de 80/100, est à atteindre, voire à dépasser.

RÉSULTATS NATIONAUX 2019 : MCO

Score moyen national pondéré

49/100

*Pas de comparaison / 2018**



1 286 établissements de santé

inclus dans le calcul du score moyen
9 établissements de santé non répondants

23% des établissements de santé
ont atteint un niveau satisfaisant



99 308

dossiers analysés

→ un quart des établissements ont un résultat compris entre 0 et 34/100.

*Modification de l'indicateur : réduction du nombre de critères

RÉSULTATS NATIONAUX 2019 : APRÈS CHIRURGIE AMBULATOIRE

Score moyen national pondéré

58/100

*Pas de comparaison / 2018**



944 établissements de santé

inclus dans le calcul du score moyen
9 établissements de santé non répondants

24% des établissements de santé
ont atteint un niveau satisfaisant



74 651

dossiers analysés

→ un quart des établissements ont un résultat compris entre 0 et 41/100.

*Modification de l'indicateur : réduction du nombre de critères

LES OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT

OBJECTIFS ATTENDUS DES 3 THÉMATIQUES

Qualité de la
coordination
des soins

Pour les
établissements
de santé visités
(ciblés)

Sécuriser et
fluidifier le
parcours

Lien ville
hôpital

- **Améliorer la qualité de la LLS**, en particulier sur les trois critères priorités en s'appuyant sur le développement des outils numériques en ES
 - **Sécuriser le parcours de soins** du patient en renforçant la conciliation médicamenteuse, l'organisation et la planification de la sortie. **Fluidifier la transmission de l'information** du patient au travers de Mon espace santé
- Développer/améliorer le lien ville hôpital et la **continuité du parcours de soins** du patient.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ACCOMPAGNEMENT

LA PRIORISATION DES ÉTABLISSEMENTS

Pré ciblage national des établissements potentiellement retenus dans le cadre d'un accompagnement personnalisé :

- En fonction de la moyenne nationale pondérée constatée sur les indicateurs QLS MCO et CA.
- Tous les établissements situés en deçà de cette moyenne sont pré ciblés.

Ciblage affiné au niveau régional au regard des critères suivants :

- Le niveau de dématérialisation de la saisie des données de santé à implémenter dans la lettre de liaison,
- La présence de services/spécialités impliqués dans le déploiement des parcours (IC, AVC, BPCO, PRADO, MRC, CA),
- L'ancrage territorial de l'établissement (lien avec une CPTS).

LE DÉROULÉ DE LA VISITE

Ambition : proposer un accompagnement « à la carte ».

Une réunion d'**1h30 à 2h00**, auprès des « directions » des établissements (*Direction ; président de la CME ; directeur de la qualité ; coordonnateur gestion des risques ; DIM ...*).

Des rappels pour disposer d'un socle commun de connaissances (*Place de LLS ; enjeux IFAQ ; l'indicateur lettre de liaison de sortie d'hospitalisation*).

Analyser la **situation de l'établissement** :

- Scoring de l'établissement et diagnostic sur les trois critères ciblés,
- Lien avec l'alimentation du DMP et la messagerie sécurisée.

Présenter l'**offre de service** de l'Assurance Maladie et de l'ARS :

- Echanges sur la mise en place d'un plan d'action avec l'établissement,
- Des outils pour aider l'établissement à améliorer les trois critères ciblés.

PROPOSITION DE MISE EN ŒUVRE D'UN PLAN D'ACTION

Un **plan d'action type**, pour aider les établissements les plus en écart quant à l'indicateur QLS, en particulier sur les volets les plus faibles.

Ce plan d'action est élaboré **sur la base de l'analyse du scoring** relatif à l'indicateur QLS MCO/CA et des échanges entretenues lors de la visite.

Ce plan d'action sera **évalué sur deux ans** au cours d'une prochaine réunion.

Le suivi de l'évolution de la qualité de la lettre de liaison au sein de l'établissement s'appuiera sur la transmission par la CNAM **des données actualisées de l'indicateur QLS 2023** (disponibles en 2024).

LES OUTILS DE L'ACCOMPAGNEMENT

LES OUTILS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Un **ensemble d'outils** mis à disposition de l'établissement :

- Un profil établissement,
- Un power point de présentation de la campagne,
- Des outils de communication : Flyer/affiche ; vidéo de présentation ; LLS commentée ...
- Retour d'expérience d'un ES ayant engagé des actions internes sur la QLS,
- Les fiches indicateurs HAS (MCO et CA),
- Des outils spécifiques à l'amélioration des 3 critères priorités :
 - traitements médicamenteux (tableau six colonnes HAS)
 - remise de la lettre au patient (affiche « mémorisation »)
 - planification des soins (check list HAS)
- Des outils numériques développés par la HAS,
- Plan d'action type.

LES OUTILS DE L'ACCOMPAGNEMENT

PROFIL ETABLISSEMENT MCO INDICATEUR QUALITE DE LA LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE (IFAQ)

PROFIL ETABLISSEMENT

- Finess géographique : _____ - Raison Sociale : _____

- Statut : Organismes et Etablissements Publics _____ - Région : _____

- Catégorie : C.H. _____

RESULTAT DE L'INDICATEUR QUALITE DE LA LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE

N° critère	Critères	2018	2021	Evol. (pts)
QLS 1*	Lettre de liaison à la sortie retrouvée	100,0%	-	-
QLS 2*	Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie	32,0%	-	-
QLS 3	Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie	23,0%	-	-
QLS 4	Identification et envoi au médecin traitant (si applicable)	100,0%	-	-
QLS 5	Identification du patient dans la lettre de liaison	100,0%	-	-
QLS 6	Date d'entrée et date de sortie	100,0%	-	-
QLS 7	Identification du signataire de la lettre de liaison	100,0%	-	-
QLS 8	Motif de l'hospitalisation	100,0%	-	-
QLS 9	Synthèse médicale du séjour	100,0%	-	-
QLS 10	Actes techniques et examens complémentaires	100,0%	-	-
QLS 11	Traitements médicamenteux de sortie	52,0%	-	-
QLS 12	Planification des soins	91,0%	-	-
SCORE GLOBAL INDICATEUR		29,2%	-	-

Moyenne 2018		
Catégorie	Régionale	Nationale
91,0%	89,0%	92,0%
61,0%	66,0%	71,0%
33,0%	34,0%	45,0%
91,0%	88,0%	89,0%
82,0%	79,0%	81,0%
94,0%	90,0%	90,0%
97,0%	96,0%	96,0%
99,0%	98,0%	99,0%
83,0%	75,0%	79,0%
90,0%	85,0%	86,0%
39,0%	37,0%	40,0%
79,0%	82,0%	83,0%
41,1%	43,3%	48,6%

*En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité »

TABLEAU 6 COLONNES

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

NOM (de naissance) : _____
 NOM (marital) : _____
 Prénom(s) : _____
 Sexe : _____
 Date de naissance : / / _____
 IPP : _____

Motif d'hospitalisation : _____

Nom du médecin hospitalier : _____
 Nom du service hospitalier : _____
 Téléphone : _____
 Nom du pharmacien hospitalier : _____
 Téléphone pharmacie hospitalière : _____

Séjour hospitalier : du / / au / /

Médecin traitant : _____
 Pharmacien d'officine : _____
 IDE domicile : _____

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux		
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement
		▼
		▼
		▼
		▼
		▼
		▼
		▼
		▼
		▼
		▼

Traitement médicamenteux à la sortie	
Nom/dosage/forme	Posologie

Commentaires
(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux (BM)

Cette première colonne permet de tracer le traitement médicamenteux du patient avant son hospitalisation. Pour les établissements réalisant une démarche de conciliation des traitements médicamenteux elle correspond au bilan médicamenteux. Elle tient compte de la liste des médicaments prescrits ou non, pris ou non par le patient. La liste comprend les médicaments allopathiques, les compléments alimentaires, les huiles essentielles, les médicaments de phytothérapie etc.

Les médicaments de cette première colonne sont à associer ligne à ligne avec ceux du traitement médicamenteux à la sortie pour faciliter la comparaison et mieux appréhender les changements opérés.

De préférence, afin de faciliter la réflexion sur la pertinence du traitement, les médicaments de traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou du bilan médicamenteux et ceux du traitement médicamenteux à la sortie d'hospitalisation sont énoncés :

- par pathologie (ex : traitement de l'infarctus du myocarde) ;
- ou par domaine pathologique (ex : rhumatologie) ;
- ou par classe pharmacologique ATC (ex : les diurétiques).

Nom, dosage et forme

Le nom des médicaments est écrit avec la dénomination commune (préférentiellement Dénomination Commune Internationale ou DCI conformément à la réglementation).

Exemple : - AMLODIPINE 5mg gélule - et non - AMLOP 5mg gélule -.

Le professionnel de santé peut estimer utile d'y associer le nom commercial pour une bonne compréhension de l'information par le patient.

Le devenir du médicament

En sortie d'hospitalisation, un médicament peut avoir été :

- arrêté ;
- poursuivi ;
- modifié, ce qui inclut les substituts ;
- ajouté.

Cette information facilite la lecture du message sur les éventuels changements apportés au traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou au bilan médicamenteux.

Le traitement médicamenteux à la sortie

Il est composé des médicaments que le patient doit :

- poursuivre, qu'il soient ou non modifiés au niveau de leur dénomination commune, de leur forme galénique ou de leur posologie ;
- des nouveaux médicaments.

La date de rédaction du traitement médicamenteux à la sortie d'hospitalisation est précisée. Les durées de traitement sont précisées en conséquence.

Les commentaires

Tous éléments d'information y sont précisés en tant que de besoin :

- le motif de changement entre le traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou le bilan médicamenteux et le traitement médicamenteux à la sortie ;
- la cible thérapeutique et la surveillance associée ;
- la durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie.

Webinaire ARS HDF

Renforcer la politique qualité dans les établissements de santé: quels leviers?

La place du dispositif d'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Objectifs historiques

- Valoriser les démarches qualité déployées par les établissements de santé et inciter à la progression de leurs résultats qualité
- Capitaliser sur les expériences étrangères de paiement à la performance (P4P) et de value-based-healthcare qui font des modalités de financement un levier pour l'amélioration de la qualité au bénéfice du patient

Genèse d'IFAQ

- Travaux de co-construction d'un modèle d'incitation économique à la qualité pour les établissements de santé, menés par la DGOS et la HAS, accompagnées par une équipe de recherche (COMPAQ-HPST), et associant l'ATIH
- Deux vagues d'expérimentations auprès des établissements volontaires entre 2012 et fin 2015
- Généralisation à tous les établissements MCO à compter de 2016
- Extension SSR en 2017

Une ambition réaffirmée à partir de 2019 dans le cadre de Ma santé 2022 :

Un objectif fort de revoir et diversifier les modalités de financement des établissements de santé pour :

- diversifier les modes de rémunération en réduisant le poids de la seule T2A
- faire des modalités de financement des leviers de renforcement de l'organisation des soins (introduction de financements populationnels notamment)
- Inciter à la qualité et à la pertinence des soins

➤ **Chaque champ « réformé » comporte un volet dit de « financement à la qualité »**

Le financement à la qualité dans les modalités de rémunération des établissements de santé

IFAQ

- Un suivi de la **qualité transverse**, au niveau d'une structure (et par champ d'activité)
- Un dispositif qui concerne **l'ensemble des établissements** de santé
- Une logique de **comparaison entre établissements** aux caractéristiques communes
- Une valorisation de **l'atteinte et de la progression**

Producteurs d'indicateurs : HAS, ATIH, DNS

Financement à la qualité aux urgences/SMUR

- Brique du modèle de financement des urgences, mis en place depuis 2021
- S'applique à tout établissement disposant d'un SU et/ou SMUR
- Un modèle de financement basé sur la **comparaison à soi-même**
- Une valorisation du **niveau atteint** (par rapport à des « seuils de haute qualité » communs à tous les ES) et de la **progression**

Producteurs d'indicateurs : ATIH, DGOS (source RPU notamment)

Complément à la qualité pour les hôpitaux de proximité

- S'applique aux hôpitaux de proximité « **labellisés** »
- Valorise la réalisation des **missions dévolues** à ces structures qui dépassent le seul champ de l'hospitalisation (dimension territoriale forte)
- Un **cadre national** (enveloppe, catégories et nombre d'indicateurs), une déclinaison **régionale** qui prend la forme d'une contractualisation ARS/ES

Producteurs d'indicateurs : ES, ARS, mobilisation d'indicateurs existants

Xpé : Incitation à la prise en charge partagée

Des modèles de valorisation de la qualité également expérimentés dans le cadre de l'Article 51 :

Ex: IPEP

Un modèle **d'intéressement collectif** pour des « groupements d'acteurs » qui valorise:

- l'atteinte de résultats en terme de **qualité des prises en charge**
- la **réduction des dépenses** assurance maladie des patients pris en charge

Des expérimentations qui testent par ailleurs des modèles de valorisation des résultats attendus (« part variable »).

Si IFAQ s'applique à l'ensemble des ES, d'autres modèles sont en cours de déploiement ou réflexion avec pour enjeu de valoriser l'atteinte de certains objectifs dans une approche de la qualité parfois large

Sous l'impulsion de la Task force pilotée par Jean-Marc Aubert, le dispositif IFAQ est profondément rénové en 2019: d'une incitation financière complémentaire il évolue vers un compartiment tarifaire à part entière

En parallèle, des évolutions fortes du modèle (LFSS pour 2019, décret du 9 décembre 2021):

- La prise en compte d'un nombre limité d'indicateurs au sein de grandes catégories prédéfinies
- La suppression des critères d'éligibilité au dispositif
- La rémunération à l'indicateur en remplacement d'un score global
- La valorisation du niveau atteint et de l'évolution
- La comparaison des établissements au sein de groupes homogènes

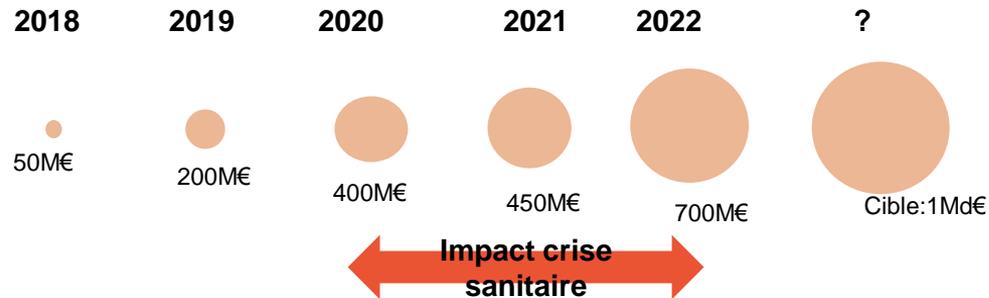


- Qualité des prises en charge perçue par les patients
- Qualité des prises en charge cliniques
- Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins
- Qualité de la coordination des prises en charge
- Performance de l'organisation des soins
- Qualité de vie au travail
- Les actions de prévention
- Démarche de certification

- 70% des établissements rémunérés

- Construits à la partir du volume d'activité et de la diversité du case-mix

Une augmentation significative de l'enveloppe dédiée au dispositif



Un impact fort de la crise/post crise

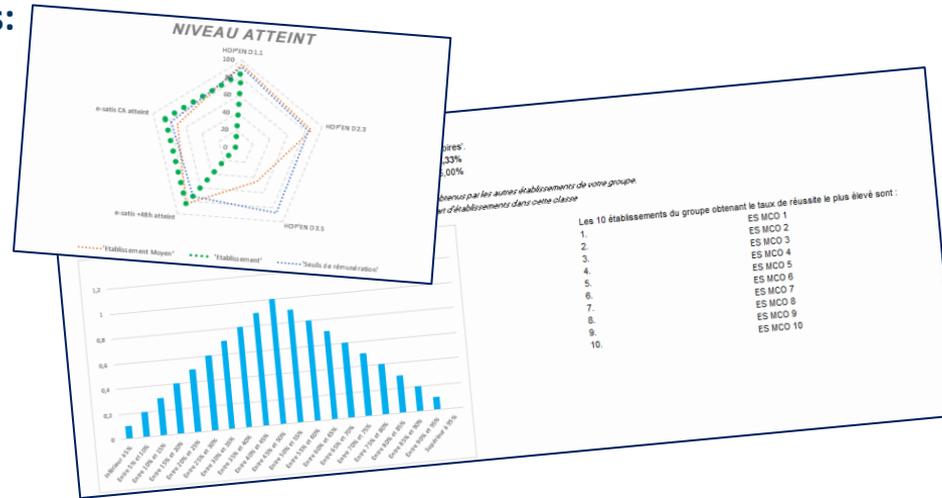
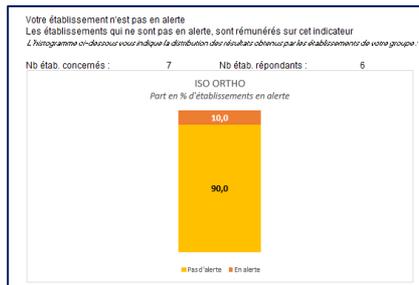
- Non recueil des indicateurs DP en 2020 et 2021
- Un dispositif gelé en 2020
- Une dynamique de financement à la qualité réactivée en 2021 mais sur un dispositif allégé
- Une montée en charge qui se poursuit en 2022 mais qui intègre un mécanisme de ventilation de l'enveloppe en partie sur base du volume économique 2019

Une application nouvelle au champ de la psychiatrie (2022)

- Mécanisme de sécurisation pour sa mise en œuvre afin de ne pas avoir d'impact financier en 2022
 - Intégration de 4 indicateurs HAS issus des dossiers patients et d'indicateurs somatiques issus des bases de la HAS et de l'ATIH
-

Des démarches engagées pour renforcer l'appropriation du dispositif, et son inscription dans les politiques qualité régionales:

- Développement d'outils



- Une association des **ARS** d'ores-et-déjà prévue, visant à les associer davantage dans les différentes étapes de la campagne IFAQ (préparation des campagnes, accompagnement dans l'appropriation du modèle par les établissements...)
- Des temps de partage et de retour d'expérience autour du dispositif et des **politiques qualité mises en œuvre** en région à développer
- La mise en œuvre par la CNAM d'une campagne d'accompagnement des établissements sur l'indicateur QLS

Indicateurs communs à tous les champs (MCO, PSY, SSR, HAD, DIA)

Certification des ES

Alimentation du DMP

Usage d'un service
de messagerie
sécurisée

Indicateurs
numériques

MCO

Chirurgie

Mesure des évènements thromboemboliques PTH/PTG

Mesure des infections sur site opératoire PTH/PTG

Satisfaction et XP patient MCO < 48h

Satisfaction et XP patient MCO CA

Dossier patient

Evaluation et PeC de la douleur

QLS
CA

Bonnes pratiques complémentaires contact

QLS

PSY

(nouveau dans le dispositif)

Mesure des séjours longs

Dossier patient

Repos et proposition d'aide à l'arrêt des

Evaluation cardiovasculaire et métabolique chez le patient adulte

Evaluation et PeC de la douleur

QLS

SSR

Satisfaction et XP patient SSR

Dossier patient

QLS

Projets de soins
Projet de Vie

Evaluation et PeC de la douleur

HAD

Dossier patient

Coordination de la PeC

Tenue dossier patient

Evaluation risque escarres

Evaluation et PeC de la douleur

Indicateurs 2019 et 2021

Indicateurs nouveaux



Indicateur recueilli sur bases automatisables

Des limites pointées par les partenaires

Si l'intérêt de valoriser la qualité au travers du dispositif IFAQ fait consensus, **plusieurs limites sont aujourd'hui pointées**:

- L'absence de visibilité annuelle sur « les règles du jeu » permettant pour les établissements de santé d'inscrire le dispositif comme un levier valorisant leur démarche qualité
- Son caractère opaque
- Des indicateurs mobilisés pas toujours porteurs de sens pour les professionnels



Volonté de stabiliser le dispositif en 2023 pour travailler à son évolution et refondation pour 2024

Axes de travail identifiés:

- **Développer une vision pluriannuelle** des indicateurs observés et des dimensions de la qualité sur lesquelles une incitation financière peut avoir un impact
 - Assurer **une cohérence entre le renforcement du dispositif**, les axes d'amélioration de la qualité portés par les institutions, l'évolution globale des modalités de financement des établissements de santé, les politiques régionales dédiées
 - Prendre en compte les contraintes des établissements en termes de **charge administrative**
-

■ Diversification souhaitée des indicateurs mobilisés

Des dimensions à investir...

- La prévention notamment (introduite dans le DCE de 2021)
- Des champs à ce jour peu couverts par les indicateurs (dialyse, HAD, SSR...)
- Une volonté d'intégrer des marqueurs de résultat en complément des indicateurs de processus



... en tenant compte des prérequis pour une intégration dans IFAQ

- Comparabilité entre établissements
- Capacité d'amélioration des établissements sur les indicateurs
- Charge administrative réduite pour les professionnels

■ Des réflexions sur une évolution du modèle

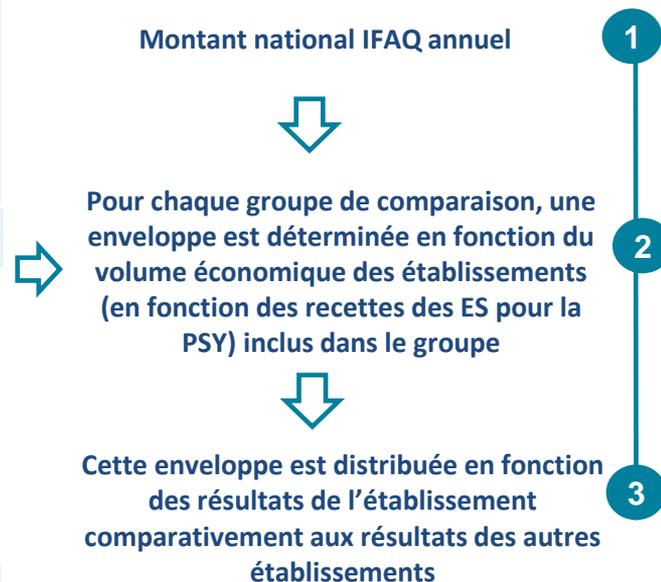
Adapter le cas échéant le modèle dans la perspective d'accroître l'effet de levier du dispositif sur l'amélioration de la qualité au sein des établissements

Pistes identifiées: comparaison à soi-même, cible qualité propre à l'établissement, recueil biennal des indicateurs...

Annexes

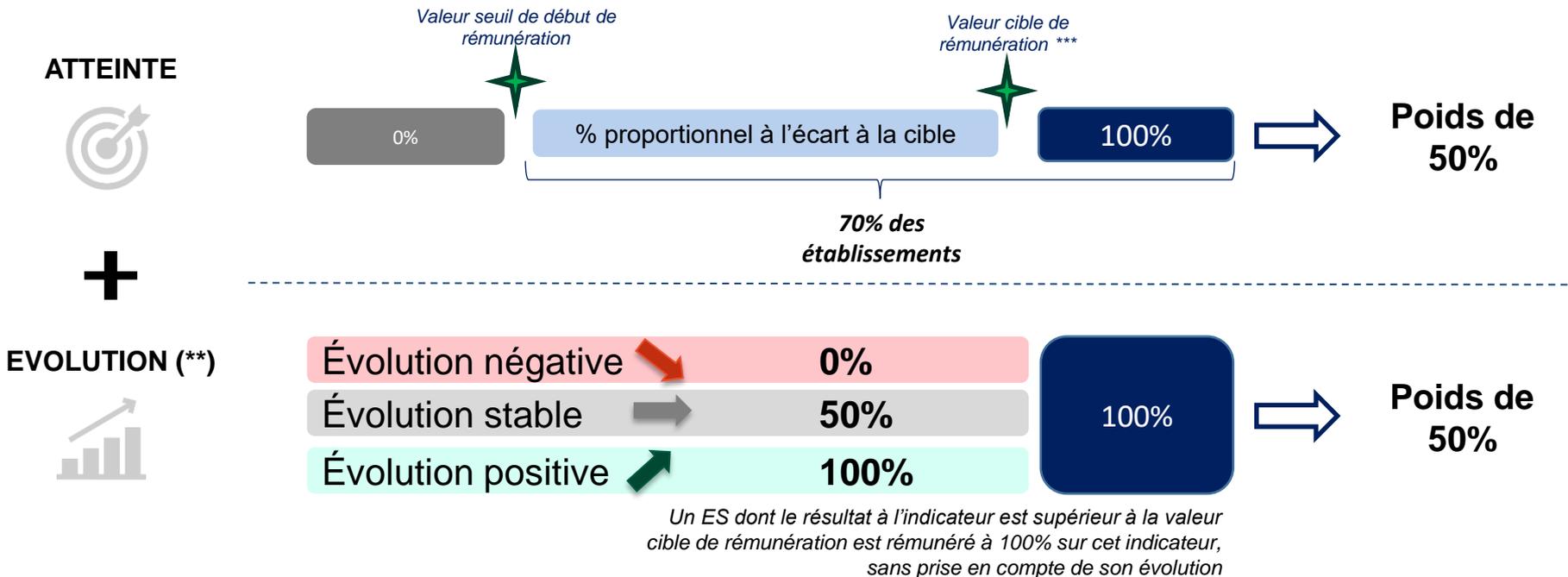
17 groupes de comparaison constitués en fonction du profil et du volume d'activité

MCO	MCO-1	Établissements réalisant au moins 500 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 15 groupes d'activité
	MCO-2	Établissements réalisant au moins 500 séjours et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 15 groupes d'activité et moins de 35 groupes d'activité
	MCO-3	Établissements qui réalisent entre 500 séjours (inclus) et moins de 20 000 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité
	MCO-4	Établissements qui réalisent au moins 20 000 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 35 groupes d'activité
	MCO-5	Établissements qui réalisent moins de 500 séjours par an
DIA	DIA-1	Établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant moins de 7 970 séances par an
	DIA-2	Établissements exerçant une activité de dialyse et réalisant au moins 7 970 séances par an
HAD	HAD	Établissements exerçant une activité sous forme d'hospitalisation à domicile
SSR	SSR-1	Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques
	SSR-2	Établissements réalisant au moins 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur moins de 20 groupes nosologiques
	SSR-3	Établissements réalisant moins de 730 séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques
	SSR-4	Établissements réalisant au moins 730 de séjours par an et pour lesquels 80 % de l'activité est réalisée sur au moins 20 groupes nosologiques
PSY	PSY-1	Établissements dont la file active est supérieure ou égale à 10 000 patients.
	PSY-2	Établissements dont la file active est comprise entre 4 000 et 9 999 patients
	PSY-3	Établissements sectorisés dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients
	PSY-4	Établissements non-sectorisés dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients et réalisant des prises en charge à temps complet
	PSY-5	Établissements non-sectorisés sans prise en charge à temps complet dont la file active est strictement inférieure à 4 000 patients et ne réalisant pas de prise en charge à temps complet



Principales modalités de valorisation des indicateurs :

(Hors indicateurs « ÉTÉ/ISO Ortho (*) », « Certification » et « Taux de séjours longs »)



(*) Les indicateurs ÉTÉ/ISO ORTHO sont rémunérés selon un résultat attendu (ratio normalisé)

(**) Dans le cas où l'évolution n'est pas disponible ou calculable pour un indicateur, la rémunération de celui-ci porte uniquement sur le niveau atteint (100% niveau atteint)

(**) Les valeurs cibles de rémunération de chaque indicateur sont indiquées en annexe de l'arrêté IFAQ 2022



PILOTAGE DES INDICATEURS QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

MANAGER PAR LA QUALITÉ : UTILISATION DES RÉSULTATS IFAQ ET DES IQSS POUR MOBILISER LES ÉQUIPES SOIGNANTES

Mardi 13 décembre 2022

- N. VIDAL, Chargée de missions paramédicales SRA
- C. CORVOISIER, Responsable SRA

IFAQ, IQSS : UN OUTIL DE MANAGEMENT POUR MOBILISER LES ÉQUIPES SOIGNANTES AUTOUR DE LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

- Quels éléments de recueil ?
- Une nécessité de s'organiser
- 3 Cas concrets (douleur, expérience patient, pertinence)
- Manager le projet

NÉCESSITÉ DE S'ORGANISER

Pour l'ES différentes sources complexes à maîtriser

Recueil à partir :

- Dossier patient informatique (et/ou papier)
- PMSI
- SAE
- RPU
- Interfaces
- Mailing

Autour de tous les secteurs :

- MCO
- SSR
- SLD
- HAD
- PSY
- DIAllyse
- Chir. Ambu
- Anesthésie
- Cancérologie
- Urgence
- Chirurgie
- ...
- Et du site (finess)

A partir d'une méthode

- Procédures + grilles
- Fréquence
- Occurrence
- Calendrier
- Outils de saisie
- Acronymes à connaître (QLS, PCC, HPP...) et à faire connaître

En prenant en compte

- Organisation
- Moyens
 - Humains
 - Techniques
 - Mise en œuvre
- Droits d'accès
- Archives
- Sécurité informatique (mailing)

Pour

- COMPRENDRE
 - Objectifs
 - Impacts / Certification
 - IFAQ
 - Qualiscope
- COMMUNIQUER
- AGIR

NÉCESSITÉ DE SE COORDONNER

Recueil efficace

=

Management par un COPIL QUALITE / CME

=

Coordination pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle, processus

- IQSS : DIM, binôme médical / paramédical, ...
- HOPEN : Service informatique, Référent dossier patient, Référent IV, RSSI, ...
- RI : EOH, Chirurgiens, ...
- E-Satis : Bureau des entrées, CDU
- CAQES : RSMQ de la PECM, Pharmaciens, Service transport, ...
- Certification : DG, CME, Direction soins, ...

⇒ En appui méthodo et logistique : Service qualité / sécurité des soins / usagers

⇒ En appui technique : Archives, Informatiques (interfaces), DIM (TAS)

3 Cas concrets d'indicateurs qui permettent de mobiliser les équipes soignantes

- IQSS : traçabilité de l'évaluation de la douleur
- E-Satis : satisfaction
- Certification : lien avec les indicateurs de pertinences des soins

Pourquoi évaluer la traçabilité de la douleur ?

« Réponses de soignants et des encadrants »

- ✓ Rédiger des protocoles connus de tous / définir collectivement les prescriptions (conditionnels, anticipées)
- ✓ Equité des soins et une prise en charge adaptée
- ✓ Avoir la bonne thérapeutique en fonction de la filière (pec, durée du séjour, transfert, choix des molécules adaptés, ...)
- ✓ S'adapter à tous les patients (enfants, patient non communicant, ...)
- ✓ Gérer les risques (un patient douloureux = augmente les risques de 25%)
- ✓ Améliorer la gestion du temps de l'équipe
- ✓ Prendre en compte l'avis des patients
- ✓ Ethique, fin de vie, ...
- ✓ Image du secteur
- ✓ ...
- ✓ Donner du sens aux équipes, au patient

Audit clinique ciblé : Prise en charge de la douleur de la personne âgée

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES
Évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1 (DPAéva)

Date : Etablissement/secteur d'activité :

N° de la grille :
Nom de l'évaluateur : les 3 premières lettres DDD
Identification du patient : ou étiquette

OBJECTIF : s'approprier les outils et méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée

N°	UNIVERS	Oui	Non	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission				DPA	
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée				DPA	
3	Si le patient ne peut pas s'évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation (Colleges, ECPA, ...)				DPA	
4	Une auto ou une télé-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repos, réels alimentaires, refus de soins...) de la personne souffrant de douleur				DPA	
5	Les ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient				DPA	
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient				DPA	
7	L'échelle de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier				DPA	
8	La douleur du patient, son intensification sur l'axonomie et son évaluation ont été évoquées lors d'une réunion multidisciplinaire (notée dans le dossier ou rapportée par l'équipe)				DPA + ES	

DPA : dossier du patient ES : enquête auprès des soignants



IQSS EVALUATION DE LA TRAÇABILITÉ DE LA DOULEUR

→ À partir des résultats : communiquer, analyser et agir pour améliorer la prise en charge des patients :

- Communiquer et analyser en équipe des résultats
- Rédiger des protocoles (conditionnel), en lien avec le COMEDIMS (livret thérapeutique), la Pharmacie (adaptation des stocks ; molécules / stupéfiants)
- Promouvoir les formations, le DPC, l'accréditation en équipe, le PACTE
- Suivre les actions et adapter les moyens, ex : échelle, le plan de soins en lien avec DPI et le service informatique
- Impliquer les usagers, le patient acteur de sa santé (échelle adapté, flyer, ...)

Pourquoi évaluer la satisfaction des patients ?

« Réponses de soignants, de l'encadrement et de patients »

- ✓ Mesurer la satisfaction (et le perçu)
- ✓ Mesurer en continu, indépendante de l'ES, par site
- ✓ Mesurer sur toutes les filières (ou en cours), pour tous les âges (et/ou les accompagnants),
- ✓ Expérience du séjour, du soin, du non soin, tout au long du parcours ET sur des critères (impératifs) : accueil, droits, intimité, vécu, pers. de confiance, hôtellerie, ...
- ✓ S'adapter à tous les patients (enfants, patient non communicant, ...)
- ✓ Communiquer et discuter des verbatims + et –
- ✓ Gérer les réclamations
- ✓ Ethique, fin de vie, PSY, ...
- ✓ Image du secteur

→ À partir des résultats : communiquer, analyser et agir pour améliorer la prise en charge des patients :

- Communiquer et analyser en équipe des résultats, améliorer le lien Ville ↔ Hôpital
- Rendre en compte les réclamations (bruit la nuit, report alarme, compréhensions...)
- Promouvoir les formations, le DPC, inclus les patients en situation de simulation, patients partenaires
- Suivre les actions et adapter les moyens, ex : modification des locaux, achat de matériels adaptés, aménagement des chambres, modification des lieux d'accueil, horaires, ... en lien avec la CDU
- Impliquer les usagers, le patient acteur de sa santé (échelle adaptée, flyer, ...), les associations : à intégrer dans le bilan de la CDU et du projet des usagers (en lien avec le bilan des EIGS)

IQSS PERTINENCE DES SOINS

- EPP => une démarche poursuivie dans la nouvelle démarche de Certification
- Des indicateurs permettant de réaliser des CREX et d'améliorer les pratiques

Critère 2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPP)

La prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPP) sont réalisées.

Maternité Impératif

Éléments d'évaluation	
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels.
Consultation documentaire	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.

IQSS	
2.1-06	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragie post-accouchement (Pp-APP).
Références HAS	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragies du post-partum immédiat: Recommandation de bonne pratique, 2004.
Autres références	<ul style="list-style-type: none"> Aide cognitive pour la gestion de crise au bloc opératoire: Hémorragie du post-partum – SFAR, 2018. Recommandation professionnelle sur l'organisation de l'anesthésie réanimation obstétricale – SFAR, 2016. Recommandation du choc hémorragique – SFAR, 2014. Recommandations pour la pratique clinique – les hémorragies du post-partum – CNGOF, 2014. SF rapport de l'équipe nationale confidentielle sur les morts maternelles – 2010-2012. Les hémorragies du post-partum – CNGOF, 2014.

1. Le patient
2. Les équipes de soins
3. L'établissement

Critère HAS	Secteur	Engagement d'EPP	IQSS
1.2-06	Transversal	Réévaluation de la pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée. Staff sur	
2.1-01	Transversal	- modalités de prise en charge en HdJ - récupération améliorée après chirurgie [RAAC], - prescriptions (actes, produits de santé) = audit croisée RSQR	
2.1-02	SAMU	Orientation du patient par le SAMU avec équipe d'aval	
2.1-03	SSR	Admission du séjour en SSR + réévaluation	
2.1-04	HAD	Analyse des transferts en HAD (prescriptions)	
2.1-05	PSY	Pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	IQSS contention isolement
2.1-06	Transversal	Prescriptions d'antibiotiques argumentée et réévaluée	ATBIR
2.1-07	Transversal	Transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) argumentée + communication patient	
2.3-03	Transversal	Évaluation du respect des bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	
2.3-14	Transversal	Maîtrise du e risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	PCC
2.3-20	Salle de naissance	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat	HPP
2.4-01	Chirurgie orthopédique	Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	ETE-ORTHO
3.7-01	Transversal	Pilotage des revues de pertinence des pratiques (EPP)	

CREX, RMM
opportunités
?

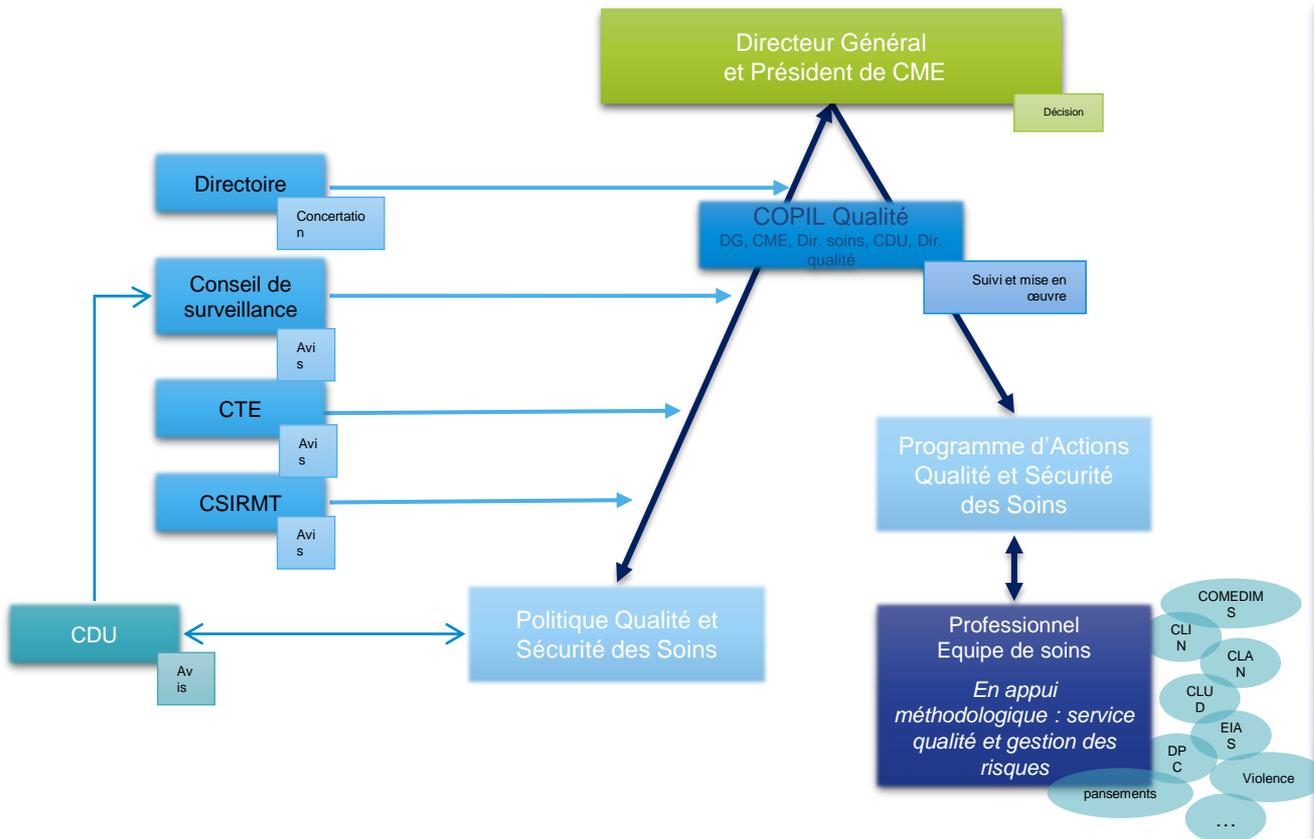
« Réponses de soignants, de l'encadrement et d'usagers »

INDICATEURS = des mesures pragmatiques pour PRENDRE DES DECISIONS

Pour le top management, les équipes de soins et les usagers, les indicateurs doivent être :

Utiles, Utilisables, Utilisés (3U)

COMMUNIQUER, ANALYSER, AGIR POUR RESUMER



INDICATEURS = des mesures pratiques pour PRENDRE DES DECISIONS

- Modalités de recueil simplifié impliquant tous les professionnels
- Cellule qualité pour analyser les résultats
- Plan d'actions avec pilotes + échéances
- Tableau résultats indicateurs simples, affichables
- EPP suivies

Et ... en adéquation avec :

- Plan de formation
- Plan de communication
- Livret d'accueil
- Projet d'établissement
- Projet infrastructures, SI

IMPACT DES INDICATEURS IQSS ET IFAQ








Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins



 CPOM



 Certification :
 Processus de gestion des
 risques, Patient traceur, ...



 Point focal régional



 Certification :
 DPC, PACTE, pertinence



 CAQES, médicaments



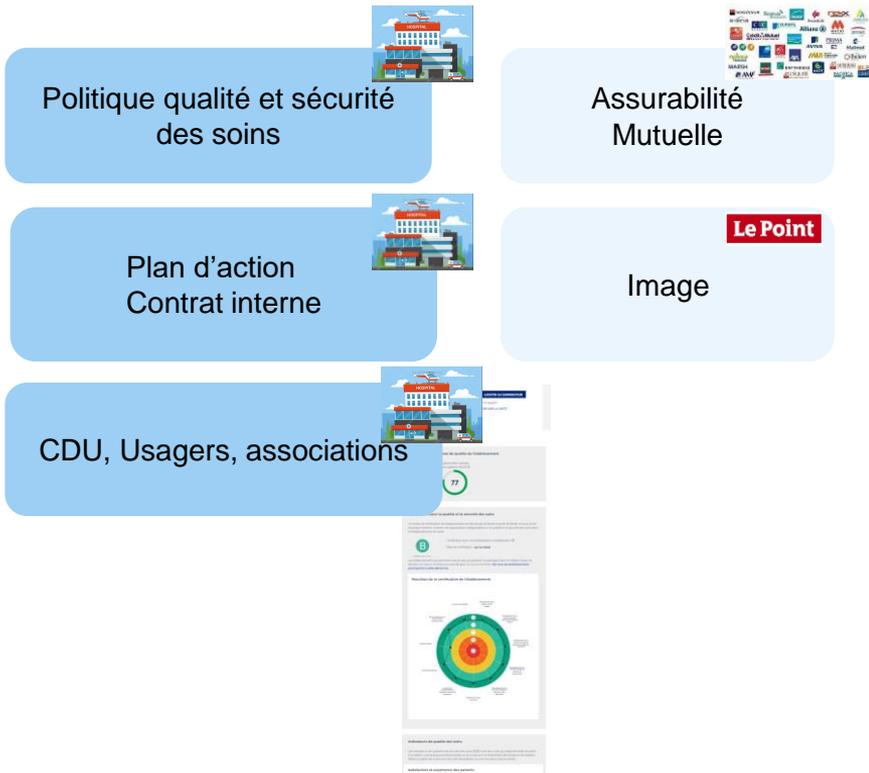
 Labellisation secteurs
 d'activité



 Autorisation agréments
 d'activité



 Accréditation spécialités à
 risque





**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Recueil des indicateurs numériques
IFAQ : une nécessaire collaboration
des directions qualité et des directions
de l'informatique

Service SI de Santé- Direction de la Stratégie et des Territoires

Rappel des champs d'activité concernés

Les indicateurs numériques retenus sont en rapport avec **la qualité de la coordination des prises en charge** :

Indicateurs		MCO	SSR	HAD	DIA	PSY
Objet	Source					
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	Dossier patient	X	X			X
Qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire	Dossier patient	X				
Coordination de la prise en charge en HAD	Dossier patient			X		
Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres	RIM-P					X
Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	oSIS	X	X	X	X	X
Usage d'un service de Messagerie Sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé	oSIS	X	X	X	X	X

HOP'EN

Base RIM-P : Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie

Bas oSIS : observatoire des Systèmes d'Information de Santé

Présentation des indicateurs IFAQ Numérique en lien avec les programmes HOPEN/SUN-ES 1/2

- 2 indicateurs sélectionnés sur les services socle, pour faire le lien avec les enjeux du SEGUR numérique et en particulier du programme SUN-ES.
- Des indicateurs choisis de manière concertée avec les Fédérations hospitalières. Les seuils de ces indicateurs ont fait l'objet d'échanges entre les Fédérations et les pouvoirs publics à l'été 2022, avec comme issue un arbitrage opéré par le Cabinet du ministre.

Programme Numérique	Indicateur	Intitulé	Cibles d'usage IFAQ 2022
HOP'EN	D2.2	Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	20% des séjours
HOP'EN	D6.3	Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de Santé	50% des correspondants équipés d'une MSS pro

- L'indicateur « MSS citoyenne » n'a pas été intégré en 2022, du fait du caractère nouveau de la MSS citoyenne. Conformément aux souhaits des Fédérations, des pilotes ont été financés sur le S1 2022 pour permettre de disposer de plus de retours d'expérience sur cet indicateur avant toute intégration au dispositif IFAQ.

RAPPEL : MSS Citoyenne = Possibilité d'envoi de messages sécurisés entre un professionnel de santé et un patient.
 La période de recueil aura lieu du 1er août 2022 au 31 octobre 2022

Présentation des indicateurs IFAQ Numérique en lien avec les programmes HOPEN/SUN-ES 2/2

2 indicateurs issus des cibles du programme HOP'EN (HOPital ouvert sur son ENVironnement)

Les définitions des indicateurs présentés ont été mises à jour en septembre 2022, suite à la généralisation de « Mon Espace Santé » et pour harmonisation avec le programme « SUN-ES » issu du Volet Numérique du Ségur.

Le *domaine 2* porte sur l'informatisation des dossiers patients et leur interopérabilité.

Définition du 2.2 : Taux de documents publiés dans le Dossier Médical Partagé pour les patients disposant d'un DMP au cours de leur séjour.

Cible HOP'EN : jusqu'à fin 2022, 50 % des DMP des patients disposant d'un DMP au cours de leur séjour sont alimentés par au moins un document dans la liste validée en CME. Dès 2023, le seuil de validation est porté à 64 % des séjours.

→ **Déclinaison IFAQ : pour 20% des séjours, le DMP a été alimenté d'un des documents validés par la CME.**

Le *domaine 6* porte sur la mise en œuvre de mécanismes de partage et d'échanges avec les partenaires de l'hôpital.

Définition du 6.3 : Usage d'un service de Messagerie Sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé (MSS).

Cible HOP'EN : 60% des correspondants équipés d'une MSS ont reçu au moins un document (courriers, compte-rendu et lettre de liaison) via la MSS

→ **Déclinaison IFAQ : 50 % des correspondants équipés d'une MSS ont reçu au moins un document (courriers, compte-rendu et lettre de liaison) via la MSS.**

En 2022, la période de recueil de ces deux indicateurs s'est étalée du 1er août 2022 au 31 octobre 2022, sur la base d'un mois calendaire d'activité. L'ATIH a exporté les déclarations des établissements le 30 novembre.

La période de recueil aura lieu du 1er août 2022 au 31 octobre 2022

IFAQ 2022 : mise en place d'une phase préparatoire

Pour la première fois dans le dispositif, mise en place d'une période de recueil à blanc des indicateurs dans oSIS entre le 16 mars 2022 et le 30 juin 2022.

Cette phase avait pour objectifs de préparer les établissements à procéder au calcul des indicateurs en avance de phase et anticiper ainsi au plus tôt les échanges entre les DSI et les qualitatifs.

Cette phase a également permis d'identifier les structures sans accès à oSIS mais aussi de tester les fiches dédiées à la saisie dans Osis.

→ Cette phase de recueil à blanc sera renouvelée en 2023

Des ES qui ne se sont pas vraiment emparés de cette période de tests, en témoigne le taux de saisie des fiches de l'ordre de 20%

Quelques recommandations relatives aux projets de mise en œuvre

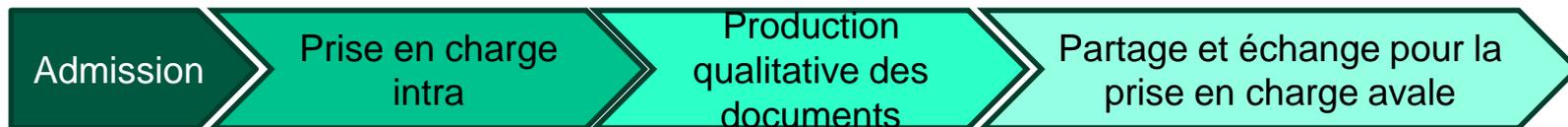
- Associer le plus vite possible la DSI, la qualité, la communauté médicale, sans oublier l'administration : un projet d'alimentation du DMP et d'usage de la messagerie de santé sécurisée est un projet transverse.

Qualification de l'INS

Identitovigilance

Lettre de liaison

Accord CME, travaux sur les cas d'usage



- Ne pas se réfugier derrière une problématique technique : les solutions sont suffisamment nombreuses et matures pour obtenir rapidement un résultat.
- Comme pour tout projet induisant une conduite du changement, ne pas hésiter à se faire « sponsoriser » en interne.

Saisies dans OSIS par la DSI

HOP'EN, indicateurs de cibles
d'usage

HOP'EN, Eligibilité

HOP'EN, Gestion des
candidatures

HOP'EN, Suivi des dossiers
retenus

SUN-ES

INS Indicateur

Composition du GHT

Convergence du SIH du GHT

Socle fonctionnel du GHT

Couverture fonctionnelle du
SIH

Informatisation des urgences

Information IFAQ

Les établissements sélectionnent une période de mesure mensuelle des indicateurs parmi les 3 mois suivants :

- 1er au 31 aout 2022
- 1er septembre au 30 septembre 2022
- 1er au 31 octobre 2022

La date limite de saisie des indicateurs dans osis est fixée au 11 novembre 2022 au plus tard.

Les indicateurs Hop'en D2.2 et D6.3 du programme HOP'EN seront potentiellement intégrés au dispositif IFAQ. Ainsi, nous invitons dès à présent l'ensemble des établissements à renseigner les fiches de ces 2 indicateurs, dans les champs d'activité précisés ci-dessous :

	MCO	SSR	HAD	DIA	PSY
Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission. (D2.2I)	X	X	X	X	X
Usage d'un service de Messagerie Sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé. (D6.3I)	X	X	X	X	X

Nous vous demandons donc de procéder au remplissage des 2 fiches suivantes : D2.2 et D6.3 IFAQ.

Il vous est également conseillé dans le cadre de ce recueil de garder à disposition **les éléments justificatifs des données renseignées.**

L'équipe IFAQ-DGOS

IFAQ 2022 : Des fiches adaptées dans oSIS

Suite aux remontées des ES, des fiches dédiées à IFAQ, indépendantes des fiches HOP'EN ont été créées : D2.2I et D6.3I

➔ Un guide d'aide au remplissage des indicateurs a été transmis aux Fédérations et aux ARS pour diffusion large aux ES ➔ Ce guide devra être reproduit pour IFAQ 2023

2.2I Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission

Non applicable

Pour IFAQ - Période de mesure de l'indicateur sur 1 mois: indiquez le mois et l'année correspondant à la période de mesure

Nombre de séjours total pendant la période d'observation de l'indicateur

Nombre de séjours pour les patients disposant d'un DMP à leur admission et comportant des documents de la liste validée

6.3I Usage d'un service de Messagerie Sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé

Non applicable

Pour IFAQ - Période de mesure de l'indicateur sur 1 mois: indiquez le mois et l'année correspondant à la période de mesure

Nombre de correspondants équipés d'une MS Santé auxquels des documents ont été transmis (courriers, comptes-rendus et lettres de liaison)

Nombre de correspondants équipés d'une MS Santé concernés par la venue d'un patient

% des correspondants équipés d'une MS Santé et qui ont reçu au moins un document (courriers, compte-rendu et lettre de liaison) via la MSS. %

Valeur cible IFAQ %

Période de mesure par le national

Nombre de correspondants MS Santé qui des documents ont été envoyés

Détail sur les modalités de calcul du taux par l'établissement Aucun fichier choisi
 Supprimer le fichier
[Télécharger \(915 ko\)](#)

(pdf, zip, vtt, docx allant jusqu'à 5Mo)

Liste des types de document transmis par la MSS Aucun fichier choisi
 Supprimer le fichier

(pdf, zip, vtt, docx allant jusqu'à 5Mo)

Organisation des fiches d'indicateurs dans l'oSIS

- Intitulé de l'indicateur ;
- Applicabilité de l'indicateur – Champ non applicable ;
- Période de mesure de l'indicateur – sur 1 mois calendaire ;
- Nombre de séjours total pendant la période d'observation de l'indicateur ;
- Valeur du numérateur de l'indicateur (en chiffre entier) ;
- Valeur du dénominateur de l'indicateur (en chiffre entier) ;
- Résultat de l'indicateur obtenu automatiquement par l'oSIS à partir du numérateur et du dénominateur renseignés par l'établissement – en % ;
- Valeur cible IFAQ 2022 (en %) ;
- Période de recueil des données nationales – sur 1 mois calendaire : cette indication permet de connaître la période à laquelle les statistiques nationales sur le DMP ont été relevées
- Statistiques nationales sur le DMP et la MSS fournies respectivement par l'Assurance Maladie et l'ANS : ces statistiques viennent compléter les champs dédiés par mécanisme d'import automatique des statistiques nationales.
- Détails sur les modalités de calcul : les établissements sont invités à joindre un document explicitant leur méthode de calcul pour valoriser l'indicateur.
- Justificatifs à télécharger par l'établissement sous la forme de pièces jointes

Production des indicateurs

En général, la documentation des preuves dans les programmes « type HOP'EN ou SUN-ES » reposent sur trois types de documents :

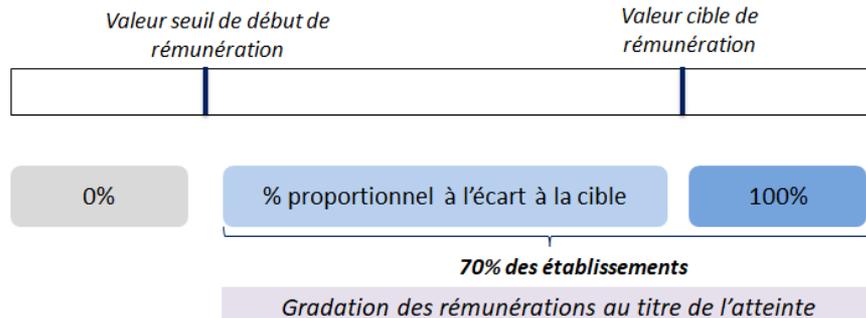
- Beaucoup de solutions intégrées sont livrées avec des requêtes préformatées adaptées aux programmes, voir un outil dédié à la production de tableaux de bord. Une interface permet notamment de paramétrer la période de référence, ainsi que les typologies de séjours concernés. Dès lors, une simple copie d'écran convient.
- Demandant quelques connaissances techniques ainsi qu'une connaissance des modèles de données, des requêtes en langage SQL peuvent convenir. Il est alors demandé de fournir le texte de la requête et son résultat. Cette capacité de requêtage sur mesure facilite l'analyse des exceptions (cas limites).
- Le troisième type de documentation repose sur des décomptes exhaustifs (typiquement des listes de séjours associés avec des propriétés (par exemple, existence d'un DMP)).

IFAQ 2022 : Modèle de valorisation

Les 2 indicateurs numériques comptent ensemble pour 1 selon la logique suivante :

- **Indicateur DMP valorisé à 0,25 ;**
- **Indicateur MSS valorisé à 0,75.**

Pour l'exercice 2022, le poids des deux indicateurs numériques ensemble est d'environ 17% du total de la pondération IFAQ pour les domaines MCO, SSR et HAD, et de 50% pour le domaine DIA.



Un ES dont le résultat à l'indicateur est supérieur à la valeur cible de rémunération est rémunéré à 100% sur cet indicateur, sans prise en compte de l'évolution



Renforcer la politique qualité dans les établissements de santé:
quels leviers ?

13 décembre 2022

MERCI POUR VOTRE ATTENTION
