



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les chantiers de la HAS qui intéressent (notamment) le SSR

Conseil d'Administration FHP-SSR

15 mars 2018

Dr Catherine Grenier
DAQSS - Direction de l'amélioration
de la qualité et de la sécurité des soins

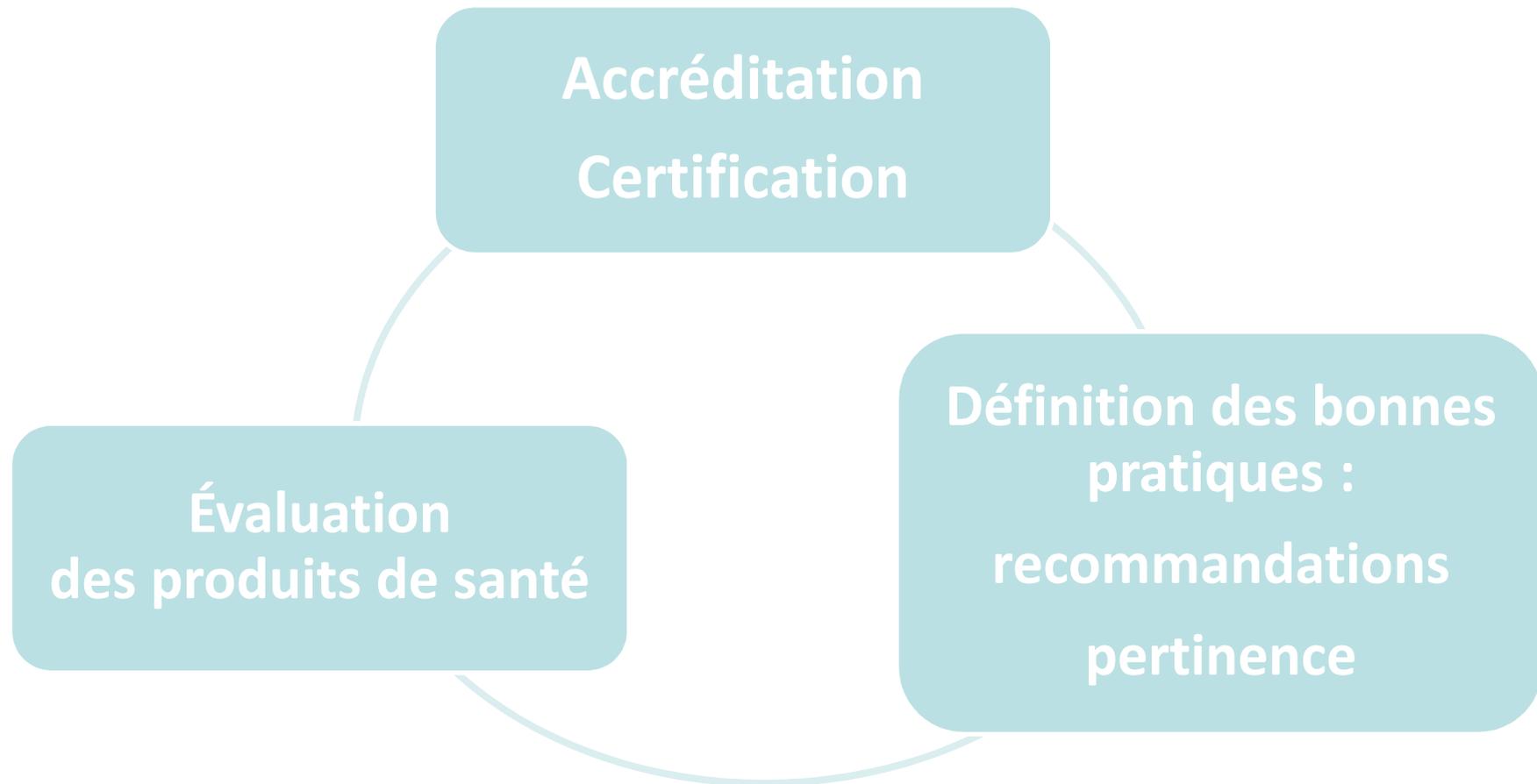
Haute Autorité de Santé

PLAN



1. Les parcours de santé
2. La pertinence des soins
3. La certification V2020
4. Les indicateurs de qualité et de Sécurité des Soins en SSR
5. IFAQ et SSR
6. La conciliation des traitements médicamenteux

Trois missions de la HAS contribuent à la régulation par la qualité



Haute Autorité de Santé – SA3P



01

Les parcours de santé

Les enjeux des parcours de santé ou parcours de soins ?

- **Le progrès médical et l'allongement de l'espérance de vie ont pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques**
- **Ces maladies concernent plus de 15 millions de personnes en France et sont en constante augmentation**
- **Pour la HAS : il s'agit de promouvoir un parcours de la personne respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles**

Parcours de santé ou parcours de soins ?



Fery-Lemonnier E. Les parcours, une nécessité, Actualité et dossier en santé publique n° 84, Septembre 2014,

Que visent les parcours de santé ?



« Les parcours de santé, visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et en lien avec les usagers, à garantir la continuité, l’accessibilité, la qualité, la sécurité et l’efficacité de la prise en charge de la population »

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Depuis 2004 : engagement de la HAS sur le sujet

- **Priorité du projet stratégique HAS 2013-2016 :
« Participer au développement d'une prise en charge
sanitaire globale par la médecine de parcours »**
 - **Nombreuses réalisations au titre des travaux sur
les parcours**
- Un sujet au cœur des enjeux et de l'évolution
du système de santé**

Trois types de contributions de la HAS

- **Améliorer des prises en charge des patients complexes ou avec risque de rupture de parcours incluant les aspects sanitaires, médico-sociaux et sociaux**
- **Améliorer des prises en charge en ambulatoire (soins primaires/soins de ville), et de l'articulation ville-hôpital**
- **Accompagner les évolutions du système de santé et des cultures professionnelles :**
 - **Approches centrées patient**
 - **Coopérations interprofessionnelles, travail en équipe**

Quel profil de patient en situation complexe concerné par la notion de parcours ?

- **Appelant nécessairement à une diversité d'intervenants :**
 - Affections chroniques et comorbidités
 - Affections aiguës (y compris le post op)
 - Problèmes sociaux associés
 - Dépendance surajoutée
- **Les plus en difficulté :**
 - criticité et gestion des risques justifiant la mobilisation coordonnée de plusieurs intervenants ≠ simple juxtaposition de plusieurs intervenants
- **Les patients atteints de maladies chroniques à un stade moins avancé :**
 - prévenir les complications évitables, ralentir l'évolution et maintenir la qualité de vie par l'ETP, suivi renforcé

Quelles caractéristiques d'un parcours « pertinent » pour le patient ?

- Entrer au bon moment → être repéré
- Entrer au bon endroit → structurer le premier niveau de recours aux soins préventifs et curatifs
- Bénéficiaire d'un parcours adapté à ses besoins → avoir accès au bon professionnel, au bon moment, pour les bons actes
- Etre associé à la décision
- Bénéficiaire d'un parcours « Secure » → identifier les points critiques qu'il est nécessaire de maîtriser
- Bénéficiaire de co-prise en charge → faciliter le partage de l'information

Quels défis à relever pour y répondre ?

- Anticipation des moments charnières
 - Prévenir les ruptures dans les parcours de santé
 - Renforcer la cohérence et la gradation des prises en charge y compris à chaque stade
 - Coopérations : suppose que les différents professionnels (de chacune des filières) se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leurs actions autour de projets communs
- Vers une prise en charge largement référencée (appuyée sur des bonnes pratiques) pour des besoins définis ce qui n'est pas antinomique avec une personnalisation ou individualisation des soins



02

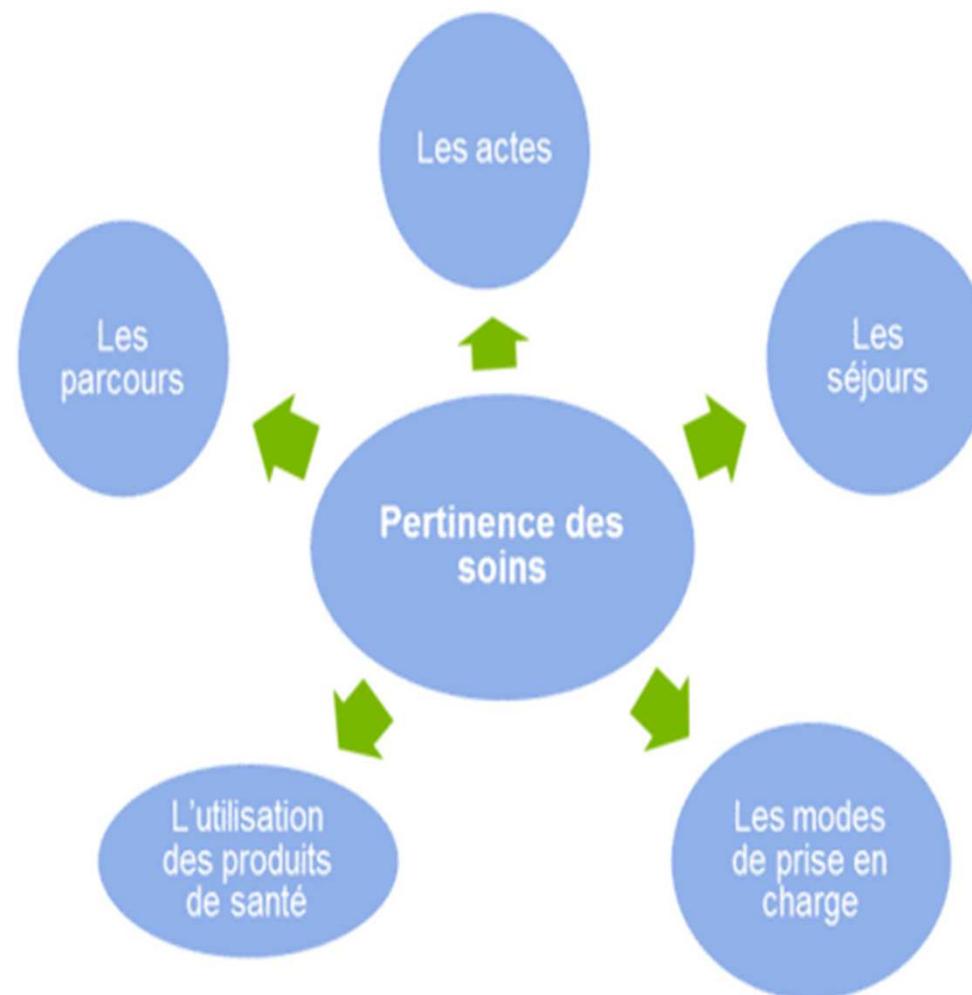
La pertinence des soins

Pourquoi s'intéresse t-on à la pertinence des soins ?

- **Enjeu de qualité et de sécurité des soins pour les patients : ne pas fournir des soins plus délétères que bénéfiques**
- **Enjeu d'efficience du système de santé : éviter les actes inutiles donc des coûts – quelques chiffres :**
 - **Consommation de soins et de biens médicaux évaluée à 194,6 milliards € en 2015**
 - **Env. 2 900 euros par habitant**
 - **8,9 % du PIB**
 - **Enquête FHF en 2012 (803 médecins interrogés)**
 - **28 % des actes non pleinement justifiés**
 - **OCDE : 1/5 dépenses de santé sont des interventions sans valeur ajoutée pour la santé**
 - **Intérêt d'analyser des taux de recours et de leurs variations géographiques qui a montré que ces variations s'observaient dans tous les pays, sans qu'aucun ne puisse l'expliquer entièrement par des différences en termes d'état de santé de la population ou de préférences individuelles**

Pertinence des soins - Définitions

- La bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient
- La pertinence se focalise sur **les indications et non-indications** des interventions de santé
- Elle est définie par des soins nécessaires et appropriés, c'est-à-dire avec un **bénéfice attendu** (augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, etc.) **supérieur aux conséquences négatives éventuelles** (mortalité, morbidité, anxiété, douleur, etc.)



Définitions (2)

- **Objectif de délivrer le « juste soin » (approprié)**
 - **NI TROP** (intervention inutile, risque inutile, coût injustifié)
→ **SUR-UTILISATION (OVERUSE)**
 - **NI TROP PEU** (défaut d'intervention - perte de chance pour le patient)
→ **SOUS-UTILISATION (UNDERUSE)**
- **S'applique aux actes, médicaments, modes et durées d'hospitalisations...**
- **Pour une situation clinique donnée, la pertinence d'un soin est aussi évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins**

Constats

- Des variations de pratiques médicales sont observées entre les territoires
- Si elles ne sont pas justifiées par le besoin des patient, ces variations de pratiques médicales posent un problème éthique, médical et économique et soulèvent la question
 - De la qualité des soins dispensés
 - De l'équité d'accès aux soins
 - Et de l'efficience dans l'allocation de ressources humaines et financières limitées
- Une partie de ces écarts est constituée par la réalisation d'actes dits « non pertinents »
- Variations de pratiques mesurées via les taux de recours

multiples facteurs influençant la pertinence des soins

- **Culturel**
 - Croyance que « more is better » et « new is better »
 - Peur de l'incertitude ou de l'erreur
- **Patients et public**
 - Manque de connaissance sur les limites et effets indésirables
- **Système de santé**
 - Incitation financière à réaliser des actes (paiement à l'acte et T2A)
 - Manque de temps pour impliquer le patient et prendre e compte ses attentes
- **Industrie et technologie**
 - Promotion de nouveaux tests ou de traitements
 - Test plus sensible → surdiagnostic
- **Professionnel**
 - Connaissance obsolète
 - Peur du litige ou de passer à coté d'un diagnostic

multiples leviers pour améliorer la pertinence

- **Culturel**
 - Sensibiliser le public et informer que plus c'est pas toujours mieux
- **Patients et public**
 - Campagnes d'information et d'éducation à la santé
- **Système de santé**
 - Réformer le financement (introduire de nouveaux modes de rémunération)
 - Réaliser des recommandations incluant ce qu'il ne faut pas faire
- **Industrie et technologie**
 - Mieux réguler les nouvelles technologies (évaluation des technologies)
- **Professionnel**
 - Formation médicale continue / démarches d'analyse des pratiques

La pertinence des soins : 2 axes d'actions pour la HAS

- Participation au **dispositif national piloté par la DGOS** dans le cadre des engagements en matière de réduction des déficits publics mis en place dès 2010 avec l'Assurance maladie et l'ATIH :
 - A partir de l'identification de 33 thématiques prioritaires : notes de problématique et fiches pertinence
 - Objectif : diminuer la disparité des pratiques et optimiser la pertinence des actes et des pratiques de soin, des parcours patients
- **Programme pluriannuel de la pertinence des soins de la HAS** élaboré avec les professionnels de santé via les CNP :
 - Fiches pertinence monothématiques (ex : CNP HGE pertinence des actes et prescriptions médicamenteuses chez un patient adulte infecté par HP)
 - Messages courts, s'inspirant du programme américain Choosing Wisely® ou canadien « Choisir Avec Soin » (CNPAI et Chir Pédiat)

La pertinence au cœur de la stratégie de la HAS

- Colloque annuel le 14 novembre 2017 : pertinence, du concept à l'action : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2798336/fr/colloque-has-la-pertinence-du-concept-a-l-action-paris-14-novembre-2017

Colloque **HAS**
La pertinence
du concept à l'action
14 novembre 2017 PARIS

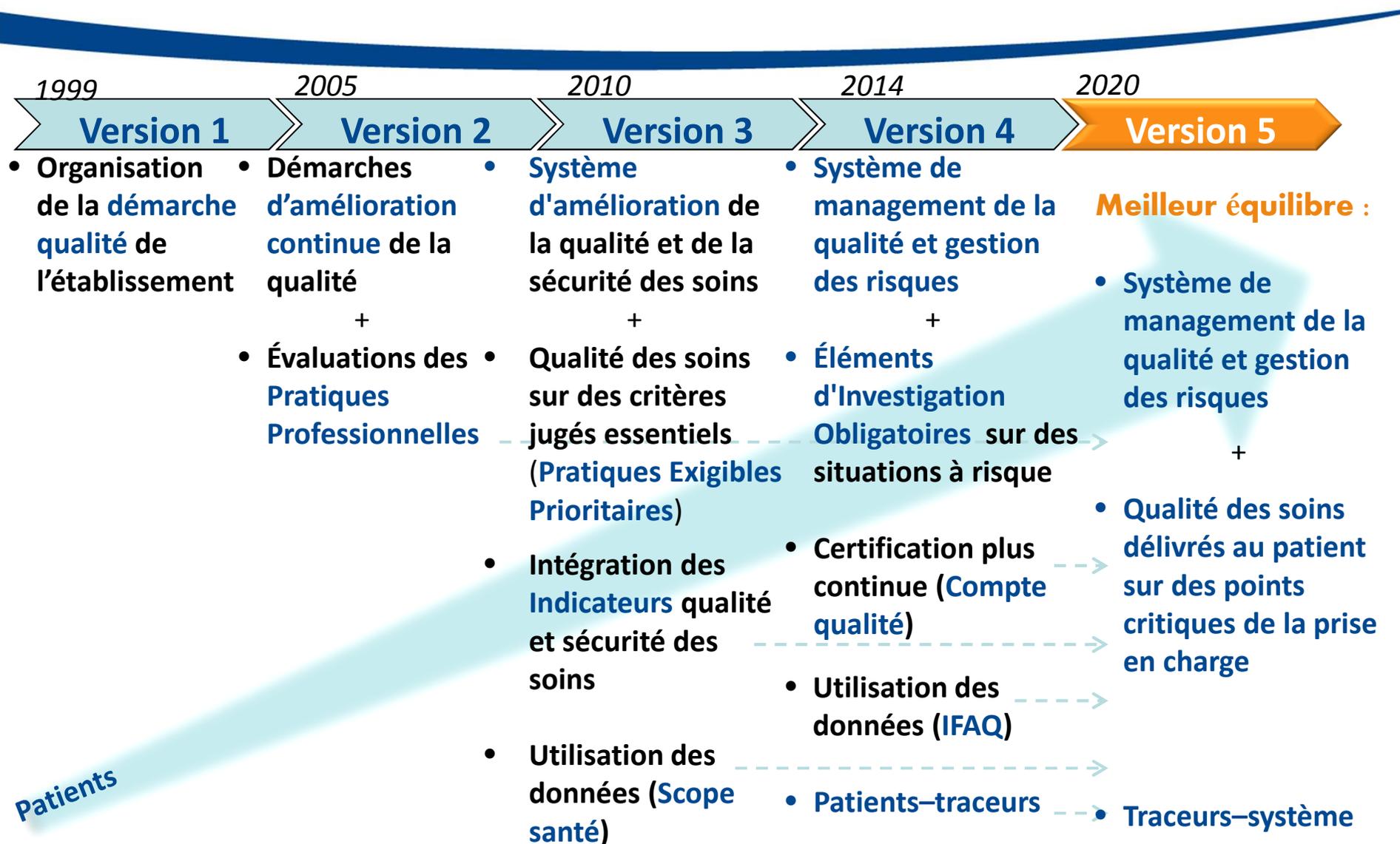
- Trois objectifs clefs :
 - Concourir à l'amélioration des pratiques en produisant des fiches pertinences adaptées aux besoins des professionnels
 - Expérimenter des documents patients leur permettant une meilleure implication dans les choix de santé
 - Envisager l'implémentation des messages courts dans des logiciels d'aide à la décision clinique



03

La certification V2020

Évolutions de la V2020



Patients

Les 3 orientations du collège

- ① **Médicaliser** *et mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge (PEC)*
- ② **Simplifier** *l'ensemble du dispositif de certification*
- ③ **S'adapter aux regroupements d'établissements :** *publics (GHT) et privés*

1 Médicaliser

Passer d'une culture de moyens à une culture de résultats

- **Recentrer la certification sur la qualité des soins et cibler l'évaluation sur des points critiques de la PEC**
 - Les points critiques s'appliqueront :
 - **aux thématiques transversales de la PEC** (Identitovigilance, médicament, douleur, etc.)
 - **et seront précisés sur des PEC spécifiques :**
 - secteur spécifique (interventionnel, Réa, urgences, santé mentale...)
 - population spécifique (personnes âgées, handicap, maladies chroniques)
 - situation clinique à enjeu de qualité : AVC, IDM, Post-partum,...

2 Simplifier

via une démarche de développement intégrée

Manuel

- Recentrage prise en charge du patient
- Restructuration

Visite

- Allègement
- Ciblage des enjeux de l'établissement
- Utilisation des patients traceurs / traceurs systèmes

Diffusion publique & IFAQ

- Rendre plus lisible :
- l'information à l'utilisateur
 - l'incitation

Compte qualité & fiche interface

- Outil de dialogue
- Exploitation renforcée
- Articulation avec autres dispositifs d'évaluation

Rapport

- Résultats par site et pour le GHT

→ Renforce la cohérence entre tous les éléments du dispositif

3 S'adapter aux regroupements d'établissements

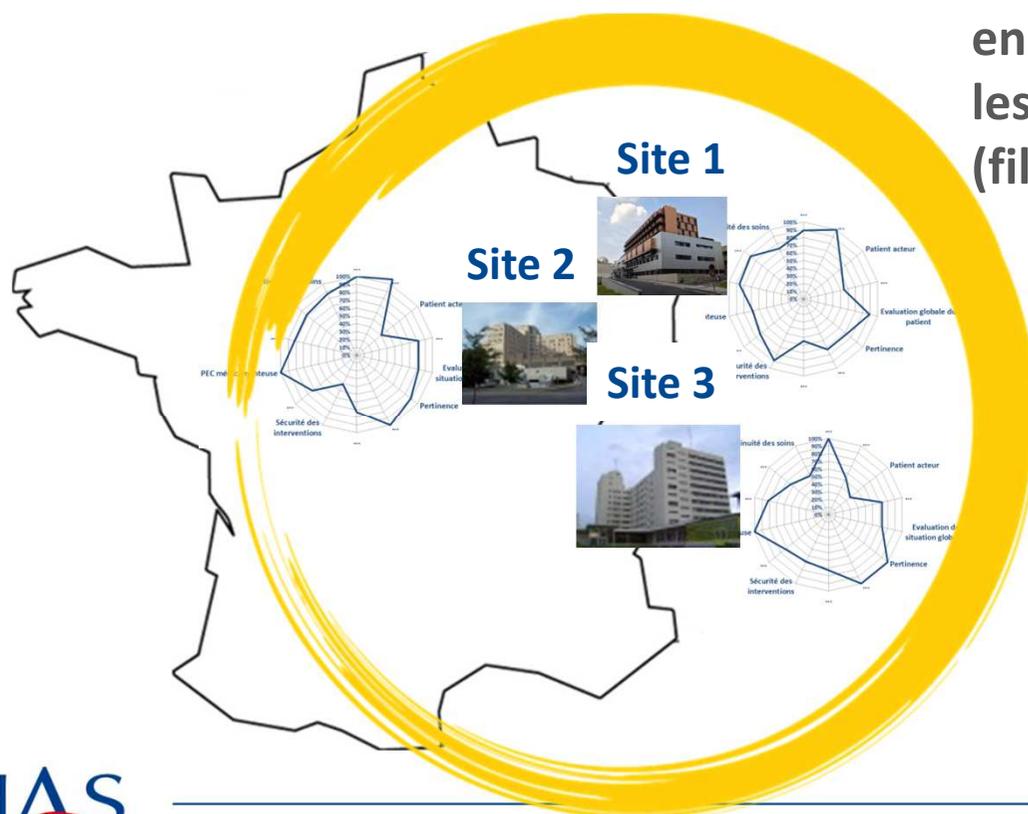
- au niveau de chaque ES :

→ Résultats de la prise en charge clinique du patient

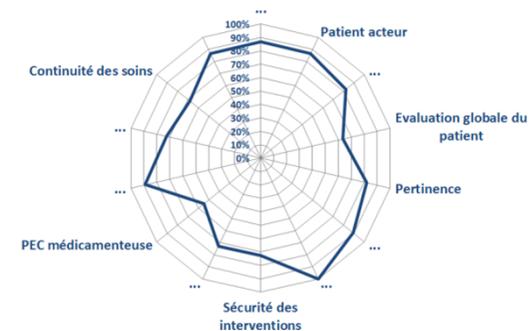
- au niveau du groupement :

→ Management intégrant la qualité et la Gestion des risques

→ Structuration et évaluation de la prise en charge clinique des patients dans les parcours interES et territoriaux (filières)



Groupement



Evaluation de la dynamique d'amélioration

Résultat global de la V2020

Évaluation et résultats attendus

Cible de l'évaluation	Résultats attendus
Conformité de la PEC à des points critiques	Niveau de qualité des soins délivrés au patient
Parcours (Filières)	Niveau de structuration des parcours (filières)
Management (intégrant la qualité et la sécurité des soins)	<ul style="list-style-type: none">• Engagement de la direction• Dynamique collective d'amélioration basée sur :<ul style="list-style-type: none">– les retours d'expérience (RMM, événements indésirables, expérience patient...)– les EPP– les indicateurs,– les pratiques collaboratives (PACTE), accréditation– la QVT



04

Les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins en SSR

Les IQSS en SSR - En 2018 un set actualisé

- **6^{ème} recueil des IQSS en SSR**
- **Plus de 1500 établissements concernés dont 425 Ets privés**
- **5 indicateurs en recueil obligatoire :**
 - Projet de Soins Projet de Vie (PSPV) ▶ pas de diffusion publique
 - Document de sortie ▶ diffusion publique
 - Dépistage des troubles nutritionnels ▶ diffusion publique
 - ICSHA 3 ▶ diffusion publique
 - ICATB 2 ▶ diffusion publique
- **2 indicateurs en expérimentation (140 ES participants) :**
 - Qualité de la lettre de liaison à la sortie
 - Prise en charge de la douleur

➔ Des indicateurs plus spécifiques au SSR

Les perspectives en SSR

- **Des indicateurs de spécialité : AVC en SSR en cours d'élaboration**
- **Des indicateurs recueillant les données directement dans le PMSI pour diminuer le retour au dossier**
- **Des indicateurs permettant de mesurer les résultats de la prise en charge**



05

IFAQ et SSR

IFAQ en SSR

- **Depuis 2017 extension du dispositif IFAQ au SSR**
- **Établissements classés selon 2 scores : niveau atteint et évolution**
- **En 2017 indicateurs pris en compte pour le SSR**
 - Tenue du Dossier Patient (TDP)
 - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)
 - Dépistage des troubles nutritionnels – niveau 3 (DTN3)
- **Dans IFAQ 2017**
 - 1 357 ES ayant une activité de SSR éligibles
 - 418 ES ayant une activité de SSR ont eu une rémunération
 - 8,69 M€ pour les 418 ES au titre du SSR
- **En 2018 indicateurs disponibles pour le SSR**
 - Document de sortie (DOC)
 - Dépistage des troubles nutritionnels (1 seul niveau calculé DTN2)



06

La conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM)

- **Démarche de prévention, d'interception des erreurs médicamenteuses pour une plus grande sécurisation de la prise en charge du patient lors de son parcours de soins :**
 - Un **guide de mise en œuvre de la CTM en établissement de santé**, actualisé février 2018, prenant en compte l'admission, les points de transition et la sortie du patient, et ce, quelle que soit la prise en charge
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
 - Renforcement de la continuité de la prise en charge médicamenteuse à la sortie : mise à disposition des professionnels d'un **volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie** (lien à la fois entre CTM, indicateur "QLS" et lettre de liaison à la sortie) en un document unique
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf
- **À venir :**
 - Un **guide de mise en œuvre de la CTM en oncologie**,
 - Une **enquête sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux** dans les établissements de santé (comment intégrer la CTM dans la procédure de certification dans un cadre d'optimisation et de pertinence)



Merci de votre attention

**L'intervenant n'a pas de liens d'intérêt avec
les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation**