

CPOM

Guide méthodologique d'élaboration et de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en Ile-de-France

FICHE D'AIDE AU DIAGNOSTIC ET A LA NEGOCIATION

Annexe 3 – Performance

Volet 1 : Accompagnement à la qualité des soins

Volet 1 : Accompagnement à la qualité des soins

1. Les enjeux

L'amélioration de la qualité des soins est un processus continu, pour lequel existent des indicateurs solides, fiables, validés, nombreux, évolutifs, de plus en plus tournés vers des prises en charge de patients. La sélection des indicateurs ci-dessous répond à la volonté de l'ARS d'insister sur ce qui améliorera l'ensemble de la démarche qualité de l'établissement (certification, implication des chefs de service dans la gestion d'un risque clinique comme le risque infectieux) ou est inacceptable (sortie sans transmission pertinente). La contractualisation est un levier fort pour engager les établissements dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins. Il faut cependant que les objectifs et les plans d'actions portés par le contrat soient négociés avec les équipes qui les déclineront sur le terrain et que les professionnels en tirent des bénéfices dans leur pratique quotidienne.

2. Méthode

Afin de promouvoir les enjeux de qualité des soins au sein des établissements l'ARS fait le choix d'accompagner certains établissements pour lesquels un risque a été identifié (voir tableau p. 6 pour le ciblage)

Concernant la méthodologie, un ciblage régional des établissements est proposé au regard des 3 risques suivants :

1. Le risque infectieux mesuré par des indicateurs relatifs aux infections associées aux soins ;
2. Le risque management de la qualité mesuré par les résultats de la certification ;
3. Le risque de rupture de parcours de soins du patient mesuré par des indicateurs relatifs à l'organisation et à la continuité de sa prise en charge.

L'objectif est d'accompagner l'établissement pour favoriser l'amélioration de ses résultats sur les indicateurs ciblés.

Le contrat fixera le calendrier d'exécution, les objectifs qualitatifs et quantitatifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le plan d'actions pour les atteindre sera annexé.

CLARIFICATION DE L'ARTICULATION ENTRE LA DEMARCHE DES EXPERTS VISITEURS DE LA HAS ET DES NEGOCIATEURS CPOM ARS-ETABLISSEMENTS

Rôle des experts visiteurs :

Ce sont des évaluateurs (externes à la tutelle et à l'établissement), d'une démarche Qualité-Gestion des risques au sein des établissements, qui réalisent un audit de l'établissement, très global, qui intègre toutes les données disponibles concernant l'établissement (indicateurs bilan LIN, IPAQSS, médiatisation d'événements, constats de visites, interview de professionnels...), et **produisent un rapport, sur lequel va s'appuyer la HAS pour énoncer une décision de certifier cet établissement, avec ou sans réserve(s)** selon une procédure réglementaire codifiée et publiée JO du 21 décembre 2013 Décision n° 2013.0142/DC/SCES du 27 novembre 2013 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique.

Rôle des négociateurs CPOM Etablissements-ARS sur la certification :

- Quand l'établissement est certifié d'emblée ou avec recommandations, obligations d'amélioration ou réserves (cotation A à D), pas de négociation sur cet objectif.
- Quand il est non certifié(e), l'établissement dispose d'un délai maximal de 2 ans pour s'engager dans une nouvelle procédure de certification. Ce temps laissé aux établissements permet d'intégrer dans la négociation Cpom le suivi particulier réalisé par l'agence pour ces établissements. Il convient dans ce cadre d'évaluer la capacité de l'établissement à se mettre en ordre de marche (plan d'actions et calendrier de mise en oeuvre) et l'accompagner dans la mise en oeuvre des solutions visant à corriger les dysfonctionnements identifiés, notamment en matière de gouvernance et de pilotage. Cet accompagnement se réalise de manière complémentaire par l'ARS et la HAS. L'ARS se doit d'être très attentive à ce que soit élaboré et mis en oeuvre un plan d'actions, suivi par la gouvernance de l'établissement (direction, président de cme ou conférence médicale, responsable qualité-gestion des risques) impliquant les professionnels de terrain qui le mettront en oeuvre et cohérent au regard des dysfonctionnements identifiés.

INDICATEURS

Concernant le risque infectieux :

Il conviendra de s'assurer que les effectifs des EOH soient en conformité avec les recommandations de la circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000.

Le ciblage repose sur 2 indicateurs, l'un quantitatif et l'autre qualitatif.

1. Nombre de déclarations d'IAS par l'établissement via e-sin au regard de l'activité.
2. Capacité de l'établissement à mettre en oeuvre des actions de prévention et de gestion des infections associées aux soins

Suite au ciblage, les établissements pourront contractualiser sur un des engagements suivants :

- Améliorer la pertinence et la conformité du plan local de maîtrise des épidémies
- Réalisation régulière (à minima annuel)des formations et des audits des pratiques professionnelles
- Améliorer la déclaration des IAS

Le ciblage s'attachera aux non ou faiblement déclarant

Concernant le risque management de la qualité :

Pour cibler les établissements sur ce risque, les résultats de la certification seront pris en compte. Les établissements ne pourront être concernés que s'ils sont non certifiés. Les résultats de ces indicateurs sont accessibles sur : <http://www.scopesante.fr>

Concernant le risque de rupture du parcours :

Pour cette thématique, un ciblage sera réalisé par le siège de l'ARS en amont des vagues de négociation.

- Le ciblage des établissements repose sur l'analyse des résultats de l'indicateur IPAQSS Qualité de la lettre de liaison à la sortie¹. Le seuil en dessous duquel l'établissement sera ciblé est fixé à 20% .
- Deux critères sont indispensables pour cet indicateur :
 - o **(1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ;**
 - o **(2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie ».**
- En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.
- Pour QLS : au sein de l'ARS, les médecins des Délégations Départementales connaissent les IPAQSS et sont chargés de réaliser le contrôle de la qualité du recueil. Fiche descriptive de QLS en MCO :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-01/fiche_descriptive_qls_mco_2019.pdf
- Fiche descriptive de QLS en SSR :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-01/secteur_ssr_fiche_descriptive_qls_2019.pdf
- Pour les établissements de santé mentale, anciennement concernés par l'indicateur Délai d'envoi du courrier (DEC) des évolutions vont avoir lieu. Le dernier recueil de l'indicateur DEC date de 2016 (sur des données 2015) ce qui rend le ciblage peu pertinent sur cet indicateur. Cependant, la HAS a débuté en 2018 des travaux de développement de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale sur trois thèmes dont la coordination ville-hôpital avec la mise en place d'un nouvel indicateur QLS.

Concernant l'accompagnement de ces établissements, la STARAQS et le CPIAS pourront venir en appui de l'ARS pour l'accompagnement des établissements.

¹ La lettre de liaison est un indicateur déjà utilisé dans le cadre de l'évaluation du volet socle des CAQES mais il ne concerne alors que le volet médicamenteux. Pour rappel, la lettre de liaison doit comprendre 12 critères obligatoires. **Dans le cadre du CPOM, le ciblage repose sur le score de l'indicateur au regard de la totalité des critères. Cet indicateur est en diffusion publique et les résultats sont disponibles sur la plateforme Qualhas et sur Scope santé.**

3. Engagements

Objectifs fixés à la structure	Intérêts pour les contractants	Structures concernées	Indicateurs
Améliorer la qualité des prestations et le fonctionnement global de l'établissement selon l'évaluation HAS	S'assurer que des plans d'actions et un calendrier sont mis en œuvre par l'établissement pour fournir le compte qualité demandé par la HAS et préparer la nouvelle visite de certification.	Tous les établissements de santé dont le niveau de certification est E.	Niveau de certification
Fluidifier la transition et le transfert d'informations ville / hôpital	<p>S'assurer que l'établissement est en conformité avec l'article R1112-1-2 du Code de la santé publique (<i>le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication des informations /.../ relatives à la santé d'une personne /.../</i>)</p> <p>La lettre de liaison est une obligation réglementaire depuis 2016. Indispensable à la continuité des soins elle doit comporter les éléments nécessaires à cet objectif. L'article R 1112-1-2 du CSP définit ces éléments et les modalités de remise du document.</p>	Tous les établissements de santé, à l'exception des secteurs : HAD pédiatrique, hémodialyse, pouponnière, HDJ, pédopsychiatrie	<p>Score QLS MCO ou SSR (MCO / SSR)</p> <p>Nouvel indicateur attendu en 2019 pour les PSY</p>
Etre en mesure d'effectuer un signalement externe d'infection nosocomiale par le biais de l'outil dématérialisé de signalement externe des infections associées aux soins (e-SIN)	Le signalement externe des infections nosocomiales est un outil majeur dans la lutte contre les infections associées aux soins. Outre, l'aide qu'il permet d'obtenir auprès du CPIAS. Il permet également aux ES de réfléchir sur la genèse de l'événement.	Tous les établissements de santé	<p>Etablissements de santé</p> <p>Nombre de déclarations faites via e-sin</p>
Prévenir les infections nosocomiales	Impliquer le management médical et paramédical au plus près du patient, par spécialité	Tous les établissements de santé, à l'exception des Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MCSS), post-cure alcoolique exclusive	Taux de personnel formé et nombre d'audits

4. Suivi des engagements

Indicateur	Mode de calcul	Unité de mesure	Source	Cible à atteindre	Fréquence de suivi
Niveau de certification	Score établi par la HAS intégrant le nombre de thématiques faisant l'objet de réserves ou d'obligation d'amélioration	Score sur une échelle à 5 niveaux : A : certification B : certification avec recommandations, C : certification avec obligation d'amélioration , D : sursis à certification E : non certification	Données HAS, issues des rapports de certification et bilans mensuels et semestriels transmis à l'ARS	A ou B	Annuelle
Score QLS du secteur (MCO / Psy / SSR)	<p>QLS : qualité de la lettre de liaisonTaux de patients auxquels une lettre de liaison a été remise le jour de la sortie ET adressée au médecin destinataire le même jour, ET contient les critères qualité indispensables à la continuité des soins.</p> <p>Numérateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de séjours pour lesquels la Lettre de liaison à la sortie retrouvée et datée du jour de la sortie, <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Dont le contenu comprend les éléments qualitatifs, administratifs et médicaux indispensables à la continuité des soins. <p>Dénominateur : Nombre de séjours évalués</p>	% de séjours Attention : présence d'un intervalle de confiance	Indicateur QUALHAS recueilli sur le site de l'ATIH Indicateur IPAQSS	80% (référence nationale)	Tous les 2 ans
Taux de personnel formé	<p>Numérateur par catégorie: Nombre de personnels formés (médical, paramédical, ASH, ..)</p> <p>Dénominateur : effectif par catégorie</p>	% de formés par catégorie	Etablissements de santé	90% pour chaque catégorie	Annuelle

Nombre d'audits réalisés	Nombre d'audits réalisés	Nombre de rapports réalisés précautions standard et complémentaire	Etablissement de santé	Au moins un audit portant sur les précautions standard et complémentaire	Annuelle
Conformité du plan local de maîtrise des épidémies	<p>S'assurer de la conformité du plan local de maîtrise des épidémies au regard de la grille d'autoévaluation élaborée par le CPIAS et l'ARS et transmise aux établissements de santé.</p> <p>Elle permet aux établissements de s'autoévaluer et de s'assurer de la prise en compte dans leur plan d'actions des attentes fixées par la réglementation et les experts. S'il est non conforme, de l'améliorer.</p>	Les items de la grilles d'autoévaluations doivent se retrouver dans le plan local de maitrise des épidémies	Etablissements de santé	Plan local reprenant l'ensemble des critères réglementaires et fixés par les experts	Annuelle
Etre en mesure d'effectuer un signalement externe d'infection nosocomiale par le biais de l'outil dématérialisé de signalement externe des infections associées aux soins (e- SIN)	<p>L'établissement a déclaré un responsable du signalement qui s'est connecté au moins une fois à e-SIN</p> <p>Nombre de déclarations faites via e-sin</p>	L'établissement a déclaré un responsable du signalement qui s'est connecté au moins une fois à e-SIN	Base du télésignalement e-sin gérée par l'ANSP et communiquée au CPIAS	Oui (Tendre vers les 100% de connexion)	Annuelle