



Edito

C'est la rentrée, après les congés d'été, pour beaucoup d'entre vous. L'équipe éditoriale de *Briques* vous invite, dans ce numéro, à approfondir vos connaissances sur certains sujets d'actualité : les indicateurs qualité et sécurité en santé, le signalement externe des événements sanitaires indésirables, la semaine de sécurité des patients, l'identitovigilance, le futur contrat CAQES, l'évolution de la liste des médicaments contenant des substances addictives. Elle poursuit, la revue des termes de gestion des risques, commencée dans le numéro 1, en abordant la définition des événements sentinelles et des *never events*.

N'hésitez pas à lui signaler les sujets que vous aimeriez voir aborder dans ces colonnes et à lui proposer vos propres contributions ! Vous trouverez l'ensemble des numéros publiés sur le [site de l'ARS Nouvelle-Aquitaine](#).



Panneaux indicateurs

La Haute autorité de santé (HAS) développe des [indicateurs de qualité et de sécurité des soins](#) (IQSS) depuis 2008 sur des thématiques variées. Depuis 2010, chaque établissement est tenu d'afficher les résultats qu'il a obtenus pour les IQSS à diffusion publique.

La campagne de recueil 2017 s'est déroulée entre mars et juin. Elle porte sur des données d'activité 2016 et concerne, pour les établissements éligibles :

- la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ([AVC](#)) ;
- la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques ([DIA](#)) ;
- la prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte ([OBE](#)) ;
- la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum ([PP-HPP](#)) ;
- certains indicateurs du thème infections associées aux soins ([IAS](#)).

Quant à l'indicateur de *satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO* ([e-Satis](#)), il est recueilli de façon continue depuis le 7 novembre 2016.

L'ARS est chargé du *contrôle qualité* des indicateurs à diffusion obligatoire. Celui-ci a lieu entre les mois de juin et d'octobre, avant publication officielle des résultats soumis à diffusion publique sur le site [Scope santé](#).

Directeur de la publication
Michel Laforcade

Rédac-chef
Bernard Tabuteau (ARS)

Comité éditorial
Amélie Daveluy (CRPV/CEIP)
Marylène Fabre (ARS)
Régine Léculee (PRAGE)
Julie Rongère (CCECQA)
Myriam Roudaut (OMEDIT)
Camille Testas (CRMV)
Anne-Gaëlle Venier (CPIAS)



Le CAQES, qu'est-ce ?

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le **contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins** (CAQES) permettra de fusionner en un contrat unique, à partir du 1^{er} janvier 2018, l'ensemble des contrats actuellement proposés aux établissements de santé tels que : le contrat de bon usage (CBU), le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) ou le récent contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES). L'objectif est d'harmoniser et de permettre une mobilisation plus efficiente des outils contractuels d'amélioration de la qualité des soins et de régulation des dépenses.

Ce contrat sera signé entre le directeur de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement. Il comprend ([art. L162-30-2 du code de la sécurité sociale](#)) :

- un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations conclu pour une durée indéterminée ;
- et le cas échéant plusieurs volets additionnels pour les établissements atypiques en termes d'activité ou de consommation au niveau du territoire.

Les modalités d'application sont déterminées par [décret du 20 avril 2017](#) et renvoient à deux arrêtés : l'un relatif au [contrat type](#), l'autre qui fixe les [référentiels](#) de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

Delphine Flescq, pôle qualité et sécurité des soins, direction de la santé publique, ARS Nouvelle-Aquitaine.





Signaler les événements sanitaires indésirables

En dehors des événements graves associés aux soins (EIGS, cf. [Briques n°1](#)), les professionnels de santé sont également tenus de déclarer certaines situations liées aux vigilances sanitaires réglementées (effets indésirables des produits de santé, événements significatifs de radioprotection, infections associées aux soins, maladies à déclaration obligatoires, etc.) ainsi que les menaces sanitaires potentielles ([art. L1413-15 du code de la santé publique](#)). Ces signalements, indispensables pour améliorer la sécurité des soins (culture de sécurité, cf. [Briques n°2](#)), sont à adresser aux structures compétentes :

- de préférence par télédéclaration, sur le [portail de signalement des événements sanitaires](#) ou sur un site dédié ouvert à certains professionnels (exemples : *e-SIN*, *e-FIT*, *vigie-radiothérapie*) ;
- soit directement auprès du [point focal régional \(PFR\)](#) de l'ARS, service apte à recevoir 24 heures sur 24 toutes les alertes sanitaires (ne pas hésiter à joindre ses agents directement en cas de doute sur la procédure).

Pour mémoire : dès le 1^{er} octobre 2017, les établissements devront également signaler les incidents graves de sécurité des systèmes d'information, ([article D.1111-16-2 du code de la santé publique](#)).



SSP 2017

La nouvelle édition de la [semaine de sécurité des patients](#) (SSP) aura lieu du 20 au 24 novembre 2017 sur le thème : « **Usagers, soignants : partenaires pour la sécurité des patients** ». La manifestation concerne l'ensemble des intervenants sanitaires : établissements de santé, structures médico-sociales, soins de ville. Elle est l'occasion de s'interroger sur la place donnée aux usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Un concours est organisé pour distinguer les meilleurs projets élaborés en partenariat entre usagers et soignants pour la [campagne SSP 2017](#). Les candidatures sont à adresser à l'[ARS Nouvelle-Aquitaine](#) avant le 25 octobre.

De son côté, le [RREVA-NA](#) prépare une « boîte à outils régionale » pour aider les professionnels à réaliser des actions de communication pour ce type d'occasion. Vous pouvez y participer en soumettant vos réalisations et propositions au [pôle qualité et sécurité des soins de l'ARS Nouvelle-Aquitaine](#).



Codéine et autres antitussifs opiacés sur ordonnance

Les médicaments à base de *codéine*, *dextrométhorphan*, *éthylmorphine* et *noscapine* sont dorénavant inscrits sur la liste des médicaments à prescription médicale obligatoire. Les conditions de prescription et de délivrance se font au regard de la réglementation des [substances vénéneuses](#) :

- pour les médicaments à base de codéine ou d'éthylmorphine sous forme de sirop : liste II ;
- pour les médicaments à base de codéine ou d'éthylmorphine sous une autre forme : liste I ;
- pour les 2 autres, quelle que soit leur forme pharmaceutique : liste I.

Depuis plus de 2 ans, le réseau des centres d'addictovigilance recevait des signaux concernant la consommation de ces médicaments à visée récréative par des adolescents et jeunes adultes avec, parfois, la survenue de complications graves ayant conduit à des hospitalisations voire à des décès, en particulier après utilisation de « [purple drank](#) » (cf. [La lettre d'addictovigilance n° 13](#)).

Il est rappelé qu'il est important de notifier tout cas d'abus, de dépendance ou d'usage détourné d'une substance psychoactive, qu'il s'agisse d'un médicament ou non, au [centre d'addictovigilance](#) dont vous dépendez via le [portail des signalements](#) du ministère de la santé.

Amélie Daveluy, CEIP addictovigilance de Bordeaux.



Briques tweets for geeks

Rejoignez la flotte de la centaine de *followers* (au 29/08/17) sur le sillage de [@BriquesJournal](#) afin de suivre son actualité ainsi que les dépêches que *Briques* choisit de commenter sur *Twitter*.

L'embarcation a levé l'ancre en avril 2017 et mis le cap sur les terres de la prévention des risques et de la promotion des bonnes pratiques en santé, de la recherche et de l'enseignement, de la qualité et de la sécurité des soins, de l'hygiène et de l'innovation... Peut-être crociera-t-on quelque [terra incognita](#) ?

Vous pouvez partager l'humour (ou l'humeur) des deux commandants de bord qui se relayent au poste de pilotage pour mieux vous informer : les Drs Anne-Gaëlle Venier (CPIAS NA) et Bernard Tabuteau (ARS NA). Ils espèrent que les vents favorables leur apporteront le plaisir de surfer avec vous, en toute sécurité, sur les flots numériques de l'information, de la communication et de la connaissance.





En quête d'identité

Connaître l'identité véritable d'un patient est le B.A.-BA de la sécurité des soins. Les données inscrites dans la [carte Vitale](#) se révèlent erronées dans de nombreux cas. L'identité officielle peut être différente du nom ou du prénom (dits d'usage) que le patient utilise dans la vie de tous les jours, sans jamais l'avoir fait officiellement reconnaître. En fait, seuls devraient compter les « traits d'identité » portés par des documents officiels reflétant l'état civil (carte nationale d'identité, passeport...).

Pour sécuriser les échanges de données qui concernent une prise en charge, il est important que tous les professionnels identifient le patient de la même façon ; ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui !

Un travail vient d'être réalisé par un groupe de professionnels issus de secteurs d'activité différents (établissements de santé publics et privés, structures médico-sociales, établissement français du sang, médecins libéraux, représentants d'usagers, structures régionales d'appui, ARS). Il a donné lieu à la publication du [référentiel régional de bonne pratique en matière d'identitovigilance en Nouvelle-Aquitaine](#). Ce document officialise les règles à appliquer dans notre région pour identifier un usager du système de santé. Elles sont à respecter aussi bien par les professionnels que par les usagers eux-mêmes ! Ce sera l'un des thèmes de la semaine de sécurité du patient 2017. Pour en savoir plus, voir [la page « identitovigilance » de l'ARS NA](#).



Événements sentinelles et never events : des concepts proches

Le sujet a l'air simple, mais...

- ... on trouve beaucoup de sources Internet contradictoires, des incompréhensions, des imprécisions, des définitions évolutives, et un mot qui a un sens dans le langage quotidien différent de celui donné par certains organes scientifiques...
- ... une grosse envie de s'arracher les cheveux que Julie Rongère (CCECQA) a décidé de vous épargner !



Événements sentinelles

Dans le langage courant, une sentinelle a pour vocation de donner l'alerte. On a donc tendance à associer le terme *événement sentinelle* à un dysfonctionnement qui doit alerter et entraîner une enquête, que sa gravité soit avérée ou potentielle. Dans le [manuel de certification V2010](#) (page 93), la HAS le définit d'ailleurs comme *un événement indésirable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée*.

Le concept d'événement sentinelle est apparu en 1976 aux Etats Unis. Pour la [Joint Commission](#), il est effectivement associé à la nécessité d'une analyse et d'une réponse immédiates mais pas seulement... Dans les publications de référence anglo-saxonnes et internationales récentes (dont celle de la Joint Commission), ce terme fait plutôt référence à des *événements indésirables qui impactent la sécurité du patient et aboutissent à un décès, un préjudice permanent ou à un préjudice sévère temporaire*.

Cette définition rejoint celle de l'OMS dans son [Guide pédagogique pour la sécurité des patients](#) (module 6). On remarque qu'elle est également proche de la notion d'*événement indésirable grave associé aux soins* (EIGS) de la [réglementation française](#). Il n'est toutefois pas question de limiter les analyses aux seuls événements sentinelles : celle des « *near misses* » (presqu'accidents ou échappées-belles ou événements porteurs de risques), ou autres événements précurseurs (cf. [Briques n°1](#)) restent de véritables opportunités d'améliorer la sécurité des soins.

Never events

Le terme de *never events* a été utilisé au début des années 2000 pour désigner le caractère particulièrement choquant de certains événements indésirables associés aux soins (EIAS) « qui n'auraient jamais dû se produire ». Ils sont connus, clairement identifiables, habituellement évitables, graves (susceptibles d'entraîner la mort ou une incapacité sévère) et on peut facilement en suivre l'occurrence. Aux USA, la liste compte actuellement [29 never events](#) qui sont aussi considérés comme événements sentinelles. Elle en comporte 25 au Royaume Uni ; 15 au Canada... Ces listes sont susceptibles d'évoluer.

En France les événements « qui ne devraient jamais arriver » sont définis dans l'annexe III de la [circulaire relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé](#). Ils sont au nombre de 12 et sont spécifiques de la prise en charge médicamenteuse ; ils concernent l'injection de potassium, d'insuline, de produits anesthésiques, etc. Pour en savoir plus, consulter la liste sur [le site de l'ANSM](#).





Quizz : êtes-vous « identito-vigilant(e) » ?

- Parmi les pièces suivantes, qu'est-ce qui permet de recueillir l'identité certifiée d'un patient ?**
 Carte nationale d'identité Passeport Carte Vitale Justificatif de domicile
- Que représente le « nom de famille » ?**
 Le nom de naissance Le nom marital Le nom d'usage Aucun des précédents
- Peut-on faire reconnaître le prénom que l'on utilise tous les jours alors qu'il n'est pas officiel ?**
 Jamais Uniquement dans certaines conditions Il suffit de le demander à la mairie/préfecture
- La détention par une structure de plusieurs dossiers portant des identifiants différents pour un seul et même patient porte le nom de :**
 Collisions Homonymies Doublons Fusions
- Avant de réaliser l'examen de Mme Suzette CREPE, née le 02/02/1945, que faut-il faire pour s'assurer d'agir pour la bonne patiente avec les éléments du bon dossier (elle répond aux questions sans difficulté) ?**
 Contrôler la correspondance entre l'identité du dossier et celle de son bracelet d'identification
 L'interroger : « Vous vous appelez bien Mme Suzette CREPE ? »
 Vérifier : « Confirmez-vous être Mme CREPE Suzette, née le 2 février 1945 ? »
 Lui demander : « Comment vous appelez-vous ? » ; « quand êtes-vous née ? »
- L'identité de l'usager n'a pu être vérifié faute de pièce d'identité valide. Il faut :**
 Refuser de le prendre en charge
 Enregistrer son identité comme « provisoire »
 Ne pas exclure la possibilité d'une « usurpation d'identité »
- Que range-t-on dans les « traits stricts » d'identité ?**
 Nom de naissance Nom d'usage Premier prénom de l'état civil Prénom usuel
 Date de naissance Couleur des yeux Photo d'identité Téléphone Groupe sanguin
- La gestion de l'identité est de la responsabilité du service d'accueil**
 Vrai Faux
- Une erreur d'identité se signale à l'aide d'une fiche d'événement indésirable (FEI)**
 Vrai Faux
- La charte d'identitovigilance de l'établissement s'impose à tous : professionnels comme usagers**
 Vrai Faux



Ce bulletin est le vôtre. N'hésitez pas à le partager, à le faire connaître autour de vous, à le faire vivre en partageant vos expériences. Professionnels ou usagers, vous pouvez :

- contacter l'équipe éditoriale pour adresser vos commentaires ainsi que vos propositions, personnelles ou collectives, de contributions au bulletin : ars-na-polquas@ars.sante.fr ;
- suivre l'actualité du bulletin et de ses followers sur Twitter : [@BriquesJournal](https://twitter.com/BriquesJournal) ;
- vous [inscrire ici](#) pour recevoir les prochains avis de parution de Briques.

Solutions du quizz

1. Carte d'identité et passeport. La carte Vitale n'est PAS un document d'identité valide ! 2. C'est le nom de naissance. 3. Ce prénom peut être ajouté à la carte d'identité à la rubrique « prénom d'usage » s'il fait partie des prénoms attribués à la naissance. 4. On parle de doublons ; il fait courir le risque de n'avoir qu'une partie des informations utiles dans chacun des dossiers ! 5. Les questions fermées (réponse par oui/non) ne sont pas suffisantes pour la sécurité. 6. L'identité incertaine n'est pas un motif valable de refus de prise en charge d'un patient. Les 2 autres propositions sont vraies. 7. Nom de naissance, premier prénom de l'état civil, date de naissance. 8. La responsabilité est partagée entre tous les professionnels et les usagers concernés (patients, famille...). 9. Vrai. C'est le B.A.BA de la sécurité des soins et notamment de l'identitovigilance ! 10. Absolument ! Un patient ne peut pas refuser de se faire correctement identifier par un établissement, sauf pour les situations (préves par la charte) où l'anonymat est réglementairement autorisé (ex : accouchement sous X, soins volontaires d'un toxicomane souhaitant rester anonyme).

