



Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins

Rapport de l'enquête régionale

02/11/2021

Dans le cadre d'une action régionale d'amélioration de la tenue des indicateurs qualité, l'ARS Normandie et Qual'Va ont réalisé un état des lieux sur des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins. Ces derniers ont été retenus au regard des difficultés rencontrées par les établissements normands de façon majoritaire, à partir d'une extraction réalisée sur la plateforme QualHAS.

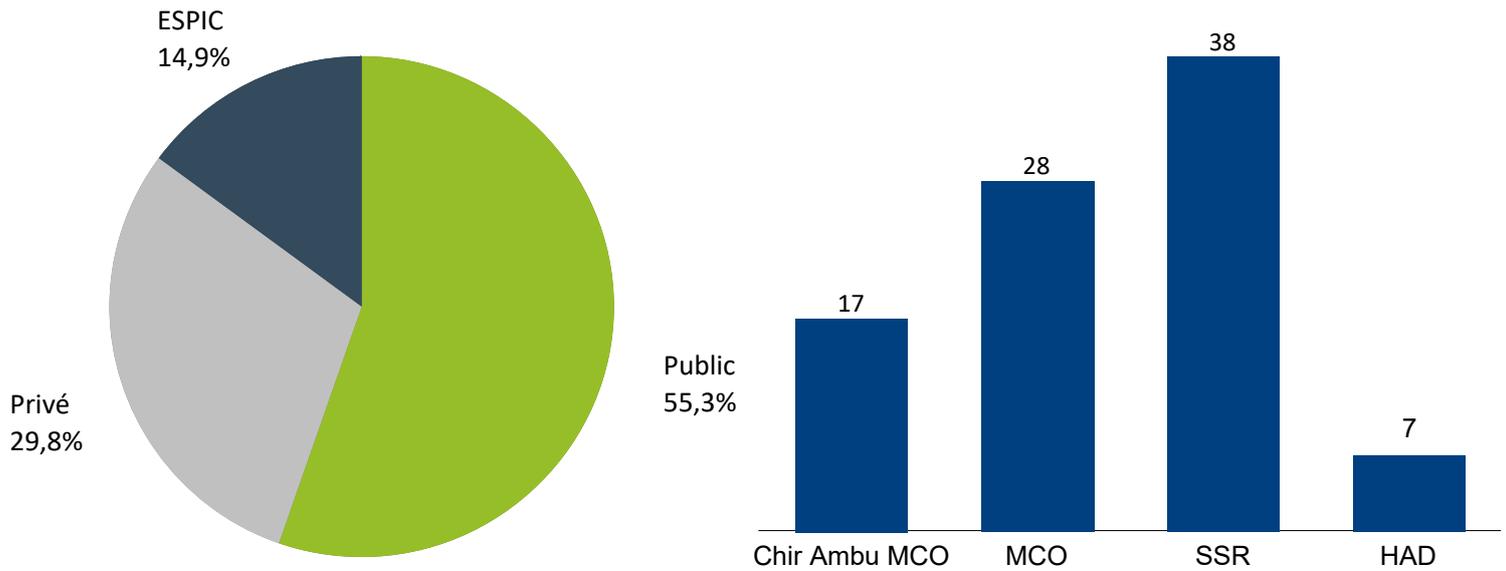
L'objectif de cet état des lieux était d'identifier les actions remarquables, difficultés rencontrées, points clés et points de vigilance afin de capitaliser sur les expériences des établissements de Normandie et de pouvoir identifier des actions régionales à mettre en place. Il prend également en compte des critères impératifs du référentiel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

Les établissements normands ont été invités à participer à cette enquête régionale en partageant leur expérience du 15 septembre au 6 octobre 2021.

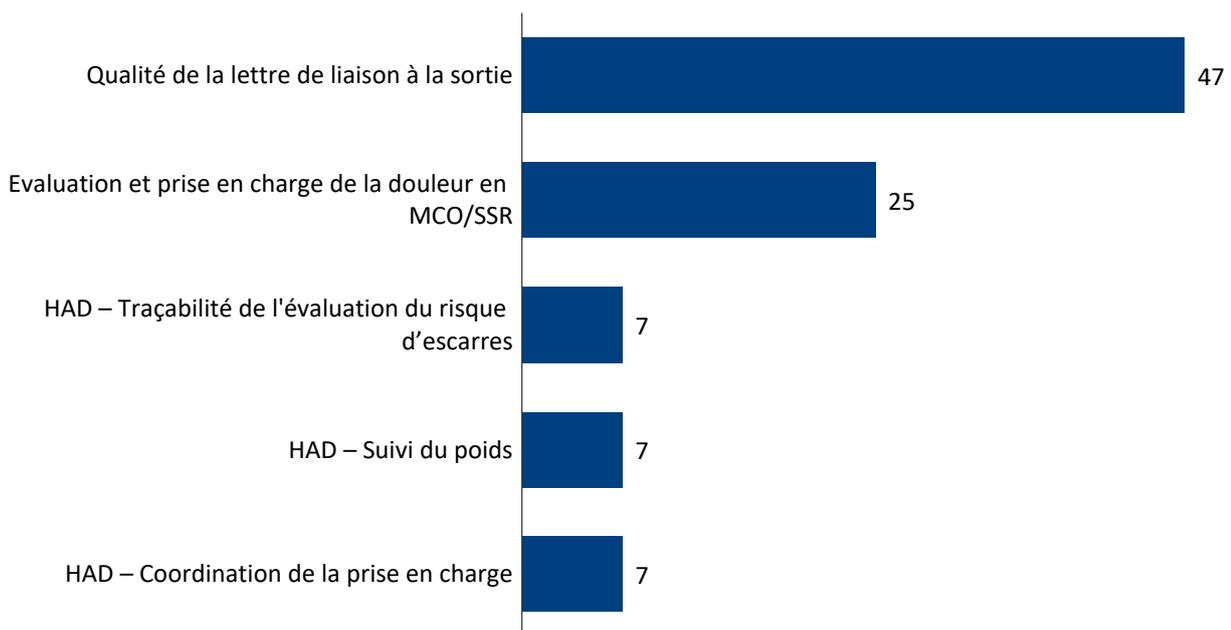
Nous remercions tous les établissements répondants pour leur contribution à l'état des lieux qui vous est présenté dans ce rapport.

Données générales sur les structures participantes

47 établissements ont répondu à cette enquête avec la répartition suivante en termes de type de structures et d'activités :



Nombre de structures concernées pour chaque indicateur :



Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
L'informatisation	29%
Les interventions auprès des professionnels et des instances	26%
Les sorties programmées à l'avance	18%
L'engagement de la Direction et des Chefs de pôle	17%
La mise en place de recueils optionnels à fréquence définie	5%
Autre	5%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Mise en place d'une maquette type
- Mise en place d'indicateurs contractualisés avec les pôles
- L'implication et la rigueur des secrétaires médicales pour inciter les médecins à réaliser leurs courriers dans les temps
- Groupe de travail de recueil des IQSS
- L'intérêt de remettre au patient la lettre de liaison le jour de la sortie a dynamisé la réussite du critère

Points du critère posant difficulté	%
1. Absence de date de rédaction sur la lettre de liaison à la sortie	13%
2. Date de rédaction différente de la date de sortie administrative	55%
3. Autre	32%

Autres points du critère posant difficulté :

- **Remise de la lettre de liaison :**
 - Lettre non remise au patient le jour de la sortie
 - Traçabilité du courrier remis au patient
- **Contenu de la lettre de liaison :**
 - Synthèse de la situation clinique du patient
 - La lettre de liaison ne répond pas toujours aux impératifs réglementaires
- **Ressources Humaines :**
 - Difficultés lors des missions courtes d'intérim des médecins intervenant en SSR
- **Réglementation/Institutions :**
 - Critères qui évoluent tous les ans
 - Interprétation de l'ARS lors du contrôle différente de la compréhension de l'établissement
- **Compréhension des supports :**
 - Confusion entre le compte-rendu de sortie et la lettre de liaison par le corps médical
- **Organisation interne :**
 - La dictée n'est pas toujours anticipée - à revoir avec notre équipe médicale
 - Manque de réactivité des médecins sur le renseignement et à la validation des courriers
 - Difficulté à anticiper le rendez-vous du médecin le matin

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie

Autres points du critère posant difficulté (suite) :

- **Informatique :**
 - Absence de validation informatique de la lettre de liaison qui pénalise le résultat
- **Prise en charge médicamenteuse :**
 - Traitement de sortie et conciliation médicamenteuse
- **Cas particuliers :**
 - Patients décédés ou hospitalisés : absence de lettre ou de compte-rendu

Principales causes des difficultés rencontrées	%
Méconnaissance du décret par le personnel médical	14%
Praticien non disponible le jour même	17%
Utilisation d'une « lettre à trous »	5%
Courrier rédigé après la sortie	23%
Praticiens libéraux multiples	12%
Informatisation :	15%
<i>Date de frappe différente de la date de sortie</i>	30%
<i>Le dossier de soins informatisé ne convient pas à la lettre de sortie</i>	17%
<i>Difficultés de paramétrage du logiciel informatique</i>	11%
<i>Absence de dossier patient informatique</i>	7%
<i>Plusieurs systèmes dans l'établissement non connectés entre eux</i>	22%
<i>Grilles de saisie limitées à « oui/non » sur le logiciel</i>	2%
<i>Le dossier de soins informatisé n'a pas d'éléments synthétiques</i>	9%
Inadéquation du dossier patient avec les besoins	8%
Autre	7%

Autres causes de difficultés :

- Réorganisation des secrétariats médicaux (absence d'une secrétaire médicale)
- Tâche parfois attribuée aux internes qui doivent être reformés tous les 6 mois
- Indisponibilité du médecin intérimaire si "loupé" sur la lettre de sortie
- Difficultés budgétaires ayant fait prendre un retard pour l'informatisation
- Les difficultés reposent autour de l'information sur le traitement de sortie : modification ou arrêt de traitement justifiés
- Manque d'implication des médecins dans les tâches administratives
- Praticien hospitalier intervenant sur plusieurs établissements

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Informatisation :**

- Reprise de certains items en automatique
- Création/Ajustement du masque de la lettre de liaison pour permettre d'extraire un maximum de donnée depuis le DPI et mise en conformité avec le décret.
- Le DPI est paramétré en fonction des critères de la lettre de liaison. Des balises permettent de constituer la lettre de liaison rapidement le jour de la sortie.
- Poursuite de l'informatisation DPI dans les périodes non COVID.
- Changement de logiciel pour le dossier patient
- Mise en place du logiciel DIC'T (dictée vocale)
- Evaluation du nombre d'observations médicales, des ordonnances, et de compte rendu d'hospitalisation réalisés sur DPI avec rappel des objectifs nationaux aux praticiens, et information des praticiens les moins efficaces.

- **Modèle de lettre/trames de documents :**

- Modèle de lettre de liaison préétablie dans le dossier patient
- Modèle de lettre à trou plastifié mis à disposition des praticiens afin de dicter l'ensemble des informations nécessaires (notamment EI durant l'intervention, présence de BMR, remise des ordonnances d'antalgiques a priori de l'intervention/ou non nécessaire du fait de la spécificité de l'intervention...)
- Mise à jour de trames par spécialités
- Ajout sur la lettre de liaison (descriptif des documents remis à la sortie, comparaison traitement d'entrée et traitement de sortie, sous la forme d'un tableau).

- **Ressources Humaines :**

- Mise en place d'un temps de secrétariat médical dédié. Adaptation de ses horaires pour être réactif sur les sorties non prévues

- **Communication/Sensibilisation / Formation :**

- Campagne d'information auprès des praticiens : intervention en CME, envois de mail rappelant le décret, contact direct avec le praticien
- Rencontre/sensibilisation de chaque praticien en activité libérale et de sa secrétaire
- Communication sur la règle du JO
- Information au médecin intérimaire / Formation informatique au DPI le premier jour d'activité du médecin intérimaire
- Information des équipes médicales et paramédicales (maquette de lettre de sortie...)
- Information régulière en instances / CME (sensibilisation des praticiens, présentation des plans d'actions, présentation des résultats des indicateurs « Lettre de liaison », présentation des résultats d'audit)
- Sensibilisation à la traçabilité de la remise
- Re-communication sur la lettre de sortie type au vu des résultats du relevé des indicateurs.
- Information sur les attendus de la lettre de liaison
- Plans d'action pour accompagner l'équipe médicale

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 (suite) :

- **Recueil optionnel/hors protocole :**

- Réalisation de recueils hors protocoles réalisés tous les trimestres, avec envoi à chaque praticien de ses résultats

- **Evaluations/Audits de dossiers :**

- Réalisation d'audits de dossiers sur l'année en cours, avec diffusion du compte-rendu par mail au praticien des points à améliorer et présentation en CME. Les actions sont renseignées dans le PAQSS de l'établissement.

- Conciliation et bilans paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicien...) pour améliorer le compte-rendu

- **Mise en place de groupes de travail :**

- Réalisation d'un travail sur le dossier ambulatoire pour mieux répondre aux indicateurs, sur la cible des IDE notamment la macrocible de sortie (traçabilité de remise de la lettre de liaison aux patients).

- Elaboration d'une lettre de liaison type disponible dans le DPI en vue d'harmoniser entre tous les acteurs médicaux. Présentation aux secrétaires après test de la lettre par une équipe médicale.

- Réalisation d'un travail de formalisation de trame de lettre de liaison commune, avec paramétrage, test sur des services pilotes et ajustements.

- **Mise en place/Suivi d'indicateurs :**

- Indicateur de délai de compte-rendu de fin d'hospitalisation, qui met en évidence les problèmes de manque d'anticipation de dictée, de manque de temps de frappe...

- Suivi d'un indicateur alimentation via le DMP.

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Informatisation de la lettre de sortie	29%
Intervention auprès des professionnels	25%
Harmonisation des courriers de sortie	23%
Utilisation du dossier de soins informatisé par les praticiens	17%
Autre	5%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Lorsque le praticien ne peut pas faire de lettre informatisée, il a été mis en place des imprimés duplicables avec tous les items de la lettre de liaison à la sortie (imprimé à disposition dans les services). Pour le reste tous les praticiens utilisent des lettres de liaison à la sortie informatisées
- Recueils optionnels
- Modification de la macrocible de sortie
- Groupe de travail pluriprofessionnel pour construire une lettre type informatisée disponible dans le dossier patient informatisé
- Intégration des infirmières au recueil de l'indicateur
- Formation des professionnels à tracer les critères

Points du critère posant difficulté	%
Patients sans médecin traitant	49%
<i>Mention de la remise au patient de sa lettre de liaison à la sortie</i>	47%
<i>Plusieurs systèmes dans l'établissement non connectés entre eux</i>	9%
<i>Mention du refus du patient de recevoir sa lettre de liaison</i>	19%
Patients avec médecin traitant	36%
<i>Mention de la remise au patient de sa lettre de liaison à la sortie</i>	52%
<i>Mention du refus du patient de recevoir sa lettre de liaison</i>	27%
<i>Mention de l'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant le jour de la sortie, si le patient est d'accord</i>	18%
<i>Plusieurs systèmes dans l'établissement non connectés entre eux</i>	3%
Autre	15%

Autres points du critère posant difficulté :

- Le médecin traitant est parfois le médecin du SSR, le médecin du SSR ne trouve pas d'intérêt à s'écrire
- Traçabilité de la remise du courrier au patient
- Le délai n'est pas respecté et les courriers sont envoyés après la sortie
- Difficulté de tracer l'absence de médecin traitant

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie

Causes des difficultés rencontrées :

- **Organisation interne :**

- Retard au niveau du secrétariat médical
- Les hospitalisations, notamment en chirurgie ambulatoire, sont très courtes (parfois 3 heures de présence) et il est impossible pour le chirurgien de dicter le courrier car celui-ci est au bloc opératoire.
- Les internes de l'établissement frappent les comptes rendus (lettres de liaison)
- Habitude des praticiens : la lettre est bien remise au patient le jour de la sortie mais cela n'est pas tracé dans le courrier.
- Lettre rédigée postérieurement à la sortie
- Un courrier de sortie n'est pas rédigé quand un patient sort du service de SSR de l'Établissement pour aller dans le service de Médecine du même Établissement puisque le patient reste dans la même chambre avec les mêmes équipes médicale et paramédicale ayant accès au dossier complet du patient.
- Le dossier de soin est commun sur l'ensemble de l'Établissement (EHPAD compris) donc les informations sont disponibles à tous les professionnels qui suivent le patient/résident ? D'où le questionnement des médecins sur la nécessité de rédiger des lettres de liaison car il s'agit de la même équipe médicale.

- **Communication/Sensibilisation :**

- Importance de la loi, des attendus du décret et des indicateurs pas assez appropriés par certains professionnels
- Absence d'information des praticiens sur la nécessité de tracer la remise ou non de la lettre de liaison au patient ou le médecin traitant et si le patient refuse de transmettre à son médecin traitant.
- Pas de mise en œuvre de façon harmonisée sur l'établissement dès la sortie : relancer la communication et les actions de sensibilisation avec un accompagnement institutionnel (Président de la CME).
- Manque d'informatisation globale : la généralisation et l'obligation du DMP serait un bon levier
- Compréhension par les acteurs de l'utilité du document

- **Informatisation :**

- Absence de dossier patient informatisé
- Quelques incompatibilités de messageries de santé entre libéraux et hospitaliers

- **Traçabilité :**

- Manque de traçabilité des documents remis à la sortie.
- Impossibilité de savoir dans les dossiers si le patient refuse de recevoir sa lettre de liaison.

- **Ressources Humaines :**

- Absence de secrétariat médical
- Désert médical (médecin traitant) dans le département et plus particulièrement sur le territoire
- Identification des médecins traitants - Praticiens multiples

- **Réglementation/Responsabilités :**

- Difficultés de mise en application du Décret
- Responsabilité individuelle des médecins davantage engagée face à leur obligation administrative
- Méconnaissance de la réglementation

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie

Causes des difficultés rencontrées :

- **Secteurs / Typologie de patients :**

- SSR Gériatrique et Unité Cognitivo-Comportementale
- Patients ayant des troubles cognitifs
- Des praticiens refusent que la lettre soit remise au patient car celle-ci est envoyée au médecin désigné (spécialiste, médecin généraliste), notamment en médecine oncologie.
- Difficultés pour les médecins libéraux qui suivent leur patient au sein de l'Établissement de s'écrire à eux même un courrier

- **Délais :**

- Validation du document postérieurement à la sortie : les IDE sont contraintes de remettre un document non validé et incomplet
- Lettre de liaison souvent rédigée après la sortie
- Lettre de liaison rédigée par les internes et validée par le senior

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Communication/Sensibilisation :**

- Sensibilisation du corps médical, des praticiens, du personnel infirmier, des secrétaires médicales
- Information aux équipes de l'importance des documents
- Sensibilisation en CME (présentation des résultats de l'audit IQSS et de propositions d'actions)
- Information et sensibilisation des praticiens via l'envoi par mail
- Sensibilisation / Explications / Engagement des professionnels dans le recueil de l'indicateur

- **Ressources Humaines :**

- Temps de secrétariat médical dédié

- **Informatisation :**

- Création d'un champ "copie de la lettre remise au patient" sur le courrier informatisé.
- Paramétrage du dossier informatisé afin de renseigner automatiquement le Nom de jeune fille sur le courrier de sortie.
- Installation d'une imprimante virtuelle
- Le paramétrage du DPI a permis d'éviter des écueils.
- Création par le chef de projet DPI d'un modèle type de "Lettre de liaison" qui reprend les éléments réglementaires attendus (avec la trace de la remise au patient) et permet un envoi vers le médecin traitant.
- Rappels aux professionnels (CME, réunion DPI, rappels lors des formations à l'utilisation du DPI)

- **Organisation interne :**

- Indicateurs suivis mensuellement par la direction en COPIL Qualité et CODIR
- Réalisation de recueils hors protocoles chaque trimestre avec envoi à chaque praticien de ses résultats
- Contrôle des critères qualité de la lettre de sortie par la secrétaire médicale
- Réalisation d'un audit sur les dossiers de l'année en cours, avec diffusion du compte-rendu par mail au praticien, des points à améliorer et présentation en CME. Les actions sont renseignées dans le PAQSS de l'établissement.
- Changement du dossier patient (consultation)

- **Traçabilité :**

- Traçabilité sur l'enveloppe de la remise au patient pour une meilleure coordination entre les membres de l'équipe.

- **Documents types / Supports :**

- Maquette type de lettre de sortie sur le DPI
- Mise en place d'une enveloppe de sortie regroupant les documents nécessaires
- Ajout d'item pour mise en adéquation du formulaire de lettre de liaison avec le décret.
- Intégration de cette notion à la check-list de sortie.
- Ajout de la mention "lettre de liaison remise au patient le jour de sa sortie" ou case à cocher.
- Travail sur la macrocible de sortie et la communication auprès des IDE.

- **Mise en place de groupes de travail :**

- Formalisation d'une trame de lettre de liaison commune, avec paramétrage puis test sur les services pilotes et ajustements.

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 5 : Identification du patient

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Informatisation dès l'entrée	31%
La formation des professionnels à l'identitovigilance	25%
Dossier Patient	24%
Passerelles entre logiciels	16%
Autre	2%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Déclaration par Fiche de Signalement d'Evènement Indésirable et accompagnement des professionnels en difficulté par le gestionnaire de risques
- Existence d'une Cellule d'identitovigilance sur l'établissement
- Alerte informatique en cas de discordance d'identification entre logiciels
- Informatisation dès l'entrée
- Les IDE affectées au déploiement du dossier patient informatisé (DPI), aux côtés de la Chef de projet DPI, assurent en continu une formation aux professionnels de l'établissement sur l'identitovigilance
- Engagement des professionnels dans le recueil des indicateurs
- Explications/Sensibilisation

Points du critère posant difficulté	%
Identification conforme du patient (nom de naissance et prénom et date de naissance et sexe)	71%
Identification lisible du patient	11%
Autre	18%

Autres points du critère posant difficulté :

- Incompréhension des professionnels de noter le nom de naissance et le nom marital pour les patients de sexe masculin
- Prise d'identité à l'accueil (fréquemment : mauvaise compréhension de l'identité par le professionnel ou mauvaise identité déclinée par l'utilisateur)
- Résistance sur le critère sexe

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 5 : Identification du patient

Principales causes des difficultés rencontrées	%
Doublons	13%
Homonymie	15%
La mention du sexe au lieu de la mention « Monsieur, Madame »	23%
Nom de naissance non repris dans la lettre de liaison	25%
Patient à sexe indéterminé	2%
Autre	19%

Causes des difficultés rencontrées :

- Erreurs d'orthographe
- Identification du patient différente entre l'extrait de naissance et la carte d'identité
- Identité non vérifiable par un justificatif d'identité à l'admission
- La mention du sexe au lieu de la mention « Monsieur, Madame »
- Problème informatique sur les étiquettes et passerelle entre logiciels

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 5 : Identification du patient

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Communication/Sensibilisation/Formation :**

- Rappel des champs obligatoires.
- Formation des équipes à l'Identitovigilance (bonnes pratiques d'identification du patient, traits stricts, date de naissance)
- Sensibilisation des secrétaires médicales
- Information et sensibilisation des praticiens (envoi par mail et présentation en CME des résultats de l'audit IQSS)
- Rappels aux professionnels (CME, réunion DPI, rappels lors des formations à l'utilisation du DPI)

- **Informatisation :**

- Reprise en automatique de l'identité du patient
- Extension à toutes les unités de l'informatisation de la saisie administrative du patient
- Tous les dossiers de patient ouverts le sont désormais avec le nom de naissance en premier.
- Changement du logiciel de dossier patient
- Ajout de la balise "sexe" sur le courrier : révision du paramétrage sur le DPI du courrier de sortie.
- Identification exhaustive et automatisée des doublons via le logiciel de gestion administrative des malades
- Changement de paramétrage de la lettre de liaison

- **Organisation interne :**

- Réalisation de recueils hors protocoles chaque trimestre avec envoi à chaque praticien de ses résultats
- Participation à la Cellule d'Identitovigilance du GHT
- Audits réguliers de conformité d'identitovigilance
- Listing des pièces manquantes remis au patient et à la famille
- Réalisation d'un audit sur les dossiers de l'année en cours, avec diffusion du compte-rendu par mail au praticien des points à améliorer et présentation en CME. Les actions sont renseignées dans le PAQSS de l'établissement.

- **Supports :**

- Nom de naissance dans la lettre de liaison
- Procédure de correction d'identité en lien avec la charte d'identitovigilance
- Mise en adéquation du formulaire de lettre de liaison avec les attendus de décret
- Lettre de liaison retravaillée pour pouvoir répondre aux critères d'identitovigilance du patient

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 11 : Traitement médicamenteux à la sortie

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Changement de paramétrage de la lettre de liaison	1%
Collaboration entre professionnels (médecin/pharmacien par exemple)	24%
Direction des Systèmes d'Information	9%
Informatisation :	37%
<i>Passerelles entre logiciels de prescription médicamenteuse et logiciel de rédaction du courrier</i>	44%
<i>Interopérabilité des logiciels</i>	19%
<i>Autre</i>	28%
Autre	5%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Logiciel unique pour l'ensemble du parcours patient
- Logiciel dossier patient intégrant le module de circuit du médicament
- Mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée
- Ordonnances jointes à la lettre de liaison
- Utilisation de la lettre de liaison dans le logiciel de prescriptions médicamenteuses
- Insertion du tableau HAS à la maquette de la lettre de liaison à la sortie
- Rubrique dédiée sur le courrier de sortie
- Construction d'un Axidoc par la DSI pour alimenter la lettre de liaison dans le dossier patient informatisé
- Import des données du dossier patient informatisé dans le courrier de liaison type

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 11 : Traitement médicamenteux à la sortie

Points du critère posant difficulté	%
Mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement habituel	23%
Durée de prescription	18%
Mention de l'absence de traitement habituel	17%
Voie d'administration	16%
Mention de l'absence de traitement à la sortie	15%
Liste des médicaments à la sortie du patient	7%
Lisibilité des items ci-dessus	3%
Nécessité de re-saisie manuelle du traitement de sortie	1%
Autre	1%

Autres points du critère posant difficulté :

- Conciliation médicamenteuse telle que demandée par son cahier des charges quasi irréalisable sans moyens humains dédiés

Principales causes des difficultés rencontrées	%
Manque de comparaison de traitement d'entrée et de sortie	25%
Paramétrage du logiciel	15%
Absence de traitement à la sortie non tracé	15%
Conception du Dossier Patient Informatisé	12%
Plusieurs systèmes dans l'établissement non connectés entre eux	12%
Modification des items de l'indicateur non visibles sur le logiciel	4%
Autre	5%

Autres causes de difficultés :

- Absence d'informatisation ou pas suffisamment déployée
- Report des sorties selon état de santé du patient ou adaptation au dernier moment du traitement
- Manque de connaissance des attendus, de la réglementation
- Paramétrage du logiciel/des outils non explicites ou limités
- Manque de comparaison de traitement d'entrée et de sortie
- Conception du Dossier Patient Informatisé

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 11 : Traitement médicamenteux à la sortie

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Informatisation :**

- Mise en place d'un facilitateur : le logiciel Lifen permet aux praticiens, qu'ils soient dans la structure ou à l'extérieur, de transmettre des documents de manière sécurisée dans le DPI du patient (à condition de respecter les règles d'identitovigilance). Le logiciel a été pris en charge par la direction de l'établissement et mis à disposition des praticiens.
- Changement du logiciel patient (le même pour les prescriptions et la rédaction des lettres)
- Re paramétrage de la lettre de liaison à la sortie (balises pour rapatrier les données ne fonctionnant pas)
- Evolution progressive de l'informatisation
- Paramétrage du DPI
- Informatisation et projet de travail sur les passerelles entre logiciels

- **Organisation interne :**

- Conciliation médicamenteuse et sensibilisation des jeunes médecins
- Conciliation médicamenteuse en gériatrie lorsque financée par ARS
- Conciliation médicamenteuse à l'entrée de 1er niveau
- Bilan initial avec arrêt ou modification du traitement habituel tracé
- Déploiement de la conciliation médicamenteuse entrées / sorties mais difficultés RH ++++
- Réalisation de recueils hors protocoles chaque trimestre avec envoi à chaque praticien de ses résultats
- Participation du pharmacien à l'organisation de la sortie
- Réalisation d'un audit sur les dossiers de l'année en cours avec diffusion du compte-rendu par mail au praticien des points à améliorer et présentation en CME. Les actions sont renseignées dans le PAQSS de l'établissement.
- Dernier plan d'actions défini en avril 2019 avec suivi programmé en fin d'année, évaluation non actée au regard de la crise sanitaire.
- Trame de lettre de liaison complétée dans certains secteurs

- **Ressources Humaines :**

- L'établissement a recruté un pharmacien pour aider à la mise en place de la conciliation médicamenteuse.
- Temps de secrétariat médical

- **Communication / Sensibilisation :**

- Information et sensibilisation des praticiens via l'envoi par mail et lors de la CME avec la présentation des résultats de l'audit IQSS
- Une sensibilisation est également réalisée au moment du CAQES, ce critère est pris en compte.
- Poursuite du déploiement de l'information dans les périodes hors Covid
- Sensibilisation des professionnels, prescripteurs et secrétaires aux données attendues sur le courrier de sortie
- Rappels aux professionnels (CME, réunion DPI, rappels lors des formations à l'utilisation du DPI)

- **Supports :**

- L'item « Modification de traitement » a été ajouté dans la lettre de liaison.
- Insertion du tableau "médicamenteux" HAS
- Ordonnance de sortie jointe à la lettre de liaison
- Création d'un modèle type de "Lettre de liaison" avec les éléments réglementaires, dont les informations attendues pour le traitement médicamenteux à la sortie

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 12 : Planification des soins à la sortie

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Rendez-vous notés dans les courriers	30%
Sensibilisation des professionnels	25%
Informations en Commission Médicale d'Etablissement et réunions pour les paramédicaux	17%
Passerelles entre logiciels	7%
Coordination des soins ville-hôpital (ex : réunions médecins de ville:médecins hospitaliers, fichiers communs, ...)	6%
Autre	4%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Les courriers sont accompagnés de documents en lien avec les rendez-vous
- Mise en place d'une fonctionnalité "agenda patient" dans le dossier patient informatisé
- Staff hebdomadaire + démarches cadre + ergothérapeute + assistante sociale
- Information souvent tracée dans le dossier de soins

Points du critère posant difficulté	%
Mention que le patient ne nécessite pas de soins immédiats	61%
Lettre de liaison comportant une information sur la planification des soins	37%
Autre	3%

Autres points du critère posant difficulté :

- Coordination soins ville-hôpital

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 12 : Planification des soins à la sortie

Principales cause des difficultés rencontrées	%
Manque de traçabilité	30%
Changement de pratiques pour les médecins	26%
Paramétrage du logiciel limité	20%
Absence de destination du patient à la sortie au domicile	19%
Autre	6%

Autres causes de difficultés :

- Absence d'informatisation
- Absence de médecin traitant identifié
- L'établissement est composé d'un SSR uniquement d'où un lien nécessaire avec d'autres établissements
- Manque d'informations sur les partenaires de ville

Pour la Chirurgie Ambulatoire	%
Attente de la sortie de chirurgie du chirurgien pour la validation de la prescription de sortie	53%
Traitement à l'entrée non réajusté	29%
Autre	18%

Autres causes de difficultés pour la Chirurgie Ambulatoire :

- Attente anesthésiste

Indicateur "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Critère 12 : Planification des soins à la sortie

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Communication/Sensibilisation :**

- Sensibilisation/Rappels auprès des professionnels
- Information et sensibilisation des praticiens via l'envoi par mail et lors de la CME avec la présentation des résultats de l'audit IQSS

- **Supports :**

- Lettre de sortie uniformisée facilitant la rédaction, notamment pour les médecins intérimaires.
- Création / Réajustement de la trame de lettre de liaison avec les éléments attendus
- Intégration des numéros d'urgence à contacter en sortie de chirurgie ambulatoire

- **Informatisation :**

- Impossibilité d'inclure les rendez-vous sur le dossier patient informatisé actuel. En attente du nouveau dossier patient informatisé.

- **Organisation interne :**

- Réalisation d'un audit sur les dossiers de l'année en cours avec diffusion du compte-rendu par mail au praticien des points à améliorer et présentation en CME. Les actions sont renseignées dans le PAQSS de l'établissement.
- Anticipation des documents de sortie avant l'entrée
- Nouvelle organisation de la chirurgie ambulatoire

Indicateur "Evaluation et prise en charge de la douleur en MCO/SSR"

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
CLUD actif	18%
Culture de l'évaluation de la douleur :	21%
<i>Audits</i>	20%
<i>Formation/sensibilisation/Information des professionnels</i>	22%
<i>Représentation et coordination médicale</i>	11%
Evaluation de la douleur au lit du patient	17%
Evaluation de la douleur à l'entrée	19%
Existence d'une Equipe Mobile Douleur	6%
Informatisation :	16%
<i>Echelle d'évaluation rendue "critère obligatoire"</i>	59%
<i>Autre</i>	11%
Autre	2%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Protocoles et échelles harmonisées sur l'ensemble de l'établissement
- Existence de référents douleur dans les services
- Lien avec les Réseaux Douleur
- Un audit spécifique sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur a été mené aux urgences de l'établissement en 2018 et renouvelé en 2019. Cet audit a permis l'élaboration d'un protocole spécifique d'administration d'antalgiques par les IDE, dans l'attente du médecin
- Grille de traçabilité des IDE comportant systématiquement un item douleur
- Participation au CLUD de la Direction commune
- Echelle EVA : Onglet sur Axigate

Indicateur "Evaluation et prise en charge de la douleur en MCO/SSR"

Points du critères posant difficulté en MCO	%
Réévaluation de la douleur avec une échelle suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur somatique (pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée)	65%
Trace de la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient (pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée)	26%
Autre	9%

Points du critère posant difficulté en SSR	%
Réévaluation de la douleur avec une échelle suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur somatique (pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée)	51%
Trace de la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient (pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée)	32%
Une évaluation de la douleur avec une échelle est retrouvée dans le dossier du patient	11%
Autre	5%

Autres points du critère posant difficulté en SSR :

- Evaluation de la douleur non réalisée dans les 2 premiers jours suivant l'admission

Principales causes des difficultés rencontrées	%
Absence de traçabilité	27%
Méconnaissance de la traçabilité de la réévaluation de la douleur	17%
Manque de temps	15%
Difficultés de compréhension de ce qui est exprimé par le patient (verbal, non verbal)	12%
Difficultés d'appropriation de la notion d'anticipation de la douleur	12%
Manque d'informatisation	5%
Difficultés de compréhension des critères	3%
Echelle d'évaluation de la douleur modifiée en gériatrie	2%
Autre	7%

Autres causes de difficultés rencontrées :

- Méconnaissance de la nécessité de la traçabilité de la réévaluation de la douleur
- Retard dans la mise en œuvre de cette évaluation en SSR

Indicateur "Evaluation et prise en charge de la douleur en MCO/SSR"

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Organisation interne :**

- Audit réguliers/trimestriels de dossiers (évaluation et réévaluation de la douleur, réévaluation de la douleur après une prise d'antalgique) avec plan d'actions
- Audits GHT
- Poursuite des audits douleur, hors IQSS
- Poursuite des mini-audits internes sur la tenue du dossier soins et sensibilisation des professionnels
- L'établissement a mis en place une conduite à tenir sur la prise en charge de la douleur d'intensité modérée par les IDE : « Conduite à tenir Paracétamol : prise en charge de la douleur aiguë (d'intensité modérée) par l'infirmier(e) »
- Rappels réguliers aux équipes
- Actions en continu (formations, audits depuis de nombreuses années)
- Dès que l'EVA est supérieur à 4, ouverture d'un questionnaire sur le DPI qui demande à l'IDE de justifier un moyen médicamenteux ou non médicamenteux afin de soulager la douleur du patient.
- Indicateurs contractualisés avec les pôles

- **Communication/Sensibilisation :**

- Rédaction de protocoles pour chaque service avec intervention des référents douleur qui expliquent dans leur service et accompagnent les autres professionnels
- Sensibilisation/Formation des professionnels, équipes médicales et paramédicales.
- Re-sensibilisation via le CLUD des critères HAS
- Résultats QualHas communiqués aux Quatuors de pôle
- Indicateurs contractualisés avec remise des résultats IQSS aux Quatuors de pôle
- Formation-action au plus près du terrain
- Communication sur les résultats des indicateurs

- **Traçabilité :**

- Saisie obligatoire de la traçabilité de l'évaluation
- Sensibilisation des professionnels à la traçabilité de la réévaluation après intervention (CLUD, équipe mobile douleur)

- **Informatisation :**

- Paramétrage de l'échelle d'évaluation de la douleur sur le DPI

Indicateur "Coordination de la prise en charge en HAD"

Critère "Protocole de soins"

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Travail collaboratif avec le/la cadre de santé	17%
Temps d'échanges/Staff régulier	15%
Réévaluation du protocole de soins tout au long de la prise en charge	12%
Dossier de soins à domicile partagé par tous les soignants	7%
Réalisation régulière d'audits cliniques de suivi	7%
Implication des professionnels libéraux (rencontre avec le médecin libéral pour les cas complexes)	5%
Implication de l'Equipe mobile de soins palliatifs	2%
Autre	2%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- Modification du document de demande de prise en charge

Points du critère posant difficulté	%
Pour chaque intervenant est précisé le type d'intervention et la fréquence/rythme ou nombre d'interventions	40%
Protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission	20%
Trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins	20%
Autre	20%

Autres points du critère posant difficulté :

- Absence de participation du médecin coordonnateur.

Indicateur "Coordination de la prise en charge en HAD"

Critère "Protocole de soins"

Principales causes des difficultés rencontrées	%
Absence de traçabilité	36%
Dossiers papier incomplets	29%
Dossier non récupéré	7%
Plusieurs systèmes dans l'établissement non connectés entre eux	7%
Trop de documents à faire signer par le médecin traitant	7%
Autre	14%

Autres causes de difficultés :

- Inexistence de dossier informatisé partagé avec le médecin traitant
- Plusieurs médecins coordonnateurs remplaçants sur la période évaluée

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- Nous avons modifié la lettre pour le médecin traitant et informatisé le domicile du patient
- Nous avons également mis en place une check List des documents à collecter auprès du patient et des différents intervenants
- Recherche infructueuse de logiciels HAD matures
- Rencontre avec les médecins libéraux et l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- Stabilité du médecin coordonnateur
- Rappel auprès des équipes
- Modifications des documents d'enregistrement

Indicateur "Suivi du poids en HAD"

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Traçabilité du poids à l'arrivée	50%
Traçabilité si impossibilité de suivi du poids	40%
Suivi du poids hebdomadaire	10%

Points du critère posant difficulté	%
Notification autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure	46%
Notification du poids dans la période entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission	31%
Mention de la recherche de variation du poids avant l'hospitalisation entre la pré-admission et les 7 premiers jours suivant l'admission	15%
Autre	8%

Autres points du critère posant difficulté :

- La pertinence du critère "recherche de variation de poids avant l'hospitalisation" pour les patients pris en charge pour des pansements complexes (population jeune) pose question à l'équipe

Principales causes de difficultés rencontrées	%
Absence de balance au domicile du patient	26%
Absence de transmission du poids ni de sa variation par l'établissement adresseur	22%
Traçabilité non systématique	17%
Impossibilité de suivi du poids non tracée	13%
Manque de sensibilisation des équipes sur la notion de traçabilité	9%
Autre	13%

Autres causes de difficultés :

- Absence de lève-malade pour les patients non mobilisables ou obèses
- Demande Trajectoire incomplète : rendre obligatoire les items à renseigner ?

Indicateur "Suivi du poids en HAD"

Actions mises en place depuis le recueil des indicateurs en 2019 :

- **Matériel :**
 - Achat de pèse-personnes afin d'équiper chaque véhicule

- **Communication/Informatisation :**
 - Rappel sur l'importance du suivi du poids fait auprès des équipes

- **Organisation interne :**
 - Mise en place d'un jour de pesée
 - Audits

Indicateur "Traçabilité du risque d'escarres en HAD"

Moyens facilitateurs mis en oeuvre	%
Enquête de prévalence et d'incidence sur cet indicateur	9%
Evaluation de l'état clinique à l'arrivée	18%
Evaluation des moyens à mettre en œuvre (matelas à air ou matelas anti-escarres) à l'arrivée	14%
Mise en place d'un groupe de travail sur la nutrition	5%
Notification des patients à risque dans le dossier	18%
Transmissions réalisées à l'arrivée	5%
Utilisation de l'échelle de Norton	23%
Autre	9%

Autres moyens facilitateurs mis en oeuvre par les structures :

- L'IDE « plaie et cicatrisation » est intervenue auprès des équipes
- Utilisation de l'échelle d'Angers

Point du critère posant difficulté	%
Evaluation du risque d'escarres et sa conclusion, entre la pré-admission et les 7 jours suivant l'admission	100%

Principales causes des difficultés rencontrées	%
Manque d'identification des patients concernés par le risque d'escarres	50%
Evaluation non systématique des patients	50%