

Plaidoyer pour un Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2018–2023

Philippe Michel^{1,2}, Jean Petit^{2,3}

1- Hospices civils de Lyon, Lyon

2- Institut pour la qualité et la sécurité en santé (IQS)

3- CHU de Toulouse

✉ **Pr Philippe Michel** – Direction organisation, qualité, risques et usager – HCL – 3, quai des Célestins – 69229 Lyon cedex 2
E.mail: philippe.michel@chu-lyon.fr

Le PNSP 2013-2017 est un succès

Parmi les actions concrètes à mettre au crédit du Programme, nous pouvons citer :

- un kit d'outils pour les représentants des usagers (RU) pour encourager et favoriser leur dialogue avec les professionnels de santé sur les questions liées à la sécurité des patients (à affiner car trop complexe pour les RU);
- des outils (la traduction française du guide pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé pour l'enseignement initial et la formation continue de l'ensemble des professionnels de santé et notamment des médecins; l'apprentissage individuel et l'entraînement en équipe, grâce à la simulation et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication qui se déploient dans toutes les formations);
- la mise en place de la déclaration et de l'exploitation à des fins de prévention des événements indésirables les plus graves; le positionnement des structures régionales d'appui;
- l'incitation à la participation des RU à l'élaboration de la politique de gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, et plus largement à contribuer à la définition des projets d'établissement;
- l'obligation de remise de la lettre de liaison à la sortie au patient et la définition d'une *check-list* de sortie pour les établissements.

Alors qu'il n'était initialement pas prévu de moyens spécifiques, des lignes budgétaires ont néanmoins été progressivement ouvertes et versées *via* les fonds d'intervention régionaux aux agences régionales de santé (ARS). Les montants délégués aux ARS ont été variables et les thèmes cités n'ont pas été cités tous les ans: soutien à la formation au retour d'expérience (REX) redéployé en 2015 vers la pharmacie clinique ville-hôpital, développement de la simulation, soutien au déploiement des structures régionales d'appui, amélioration des pratiques et la coordination ville-hôpital, en 2014 soutien à la mise en place de revues de morbi-mortalité (RMM) pluri-professionnelles ville-hôpital; à venir, souhaitons-le, l'accompagnement de la mise en place des réseaux

régionaux de vigilance et d'appui (RREVA). Il s'agit, comparativement à d'autres plans et programmes nationaux, de montants qui pourraient apparaître modestes et qui nous paraissent bien refléter la perception du problème. L'utilisation réelle de ces lignes budgétaires est une autre question...

Mais ce succès est inachevé

Parmi les 90 actions identifiées en 2013, de nombreuses restent orphelines. Parmi celles lancées jusqu'à maintenant, un accompagnement au déploiement est encore nécessaire. Citons par exemple :

■ Une campagne nationale ou régionale avec des modalités opérationnelles de mobilisation des patients pour leur propre sécurité (*speak up!*, bracelet d'identification, contenu et modalités de remise de la lettre de liaison de sortie...).

■ Le renforcement du partenariat avec les patients, sujet émergent en France par rapport, par exemple, à nos cousins québécois, qui passera notamment par la formation des professionnels.

■ L'appropriation des outils de formation à la sécurité mis à disposition (sans réelle publicité en dehors d'un événement national lors de la Semaine sécurité des patients en 2015). Son appropriation par les écoles paramédicales, par les grandes institutions de formation comme le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

■ Le signalement des événements indésirables graves sur le portail unique de signalement des événements sanitaires indésirables ne fait que débiter, et aucune étude n'est prévue à notre connaissance pour évaluer la mise en œuvre de cette disposition connue et appréhendée de manière hétérogène par les établissements, les vigilances, les structures régionales d'appui et la Fédération des organismes régionaux d'amélioration des pratiques et des organisations en santé et les équipes des ARS. Quid de l'idée d'un observatoire de la mise en place de la déclaration à l'ARS et du fonctionnement des RREVA ?

■ La culture de sécurité reste un concept encore largement théorique, la sanction des erreurs une réalité encore trop fréquente.

■ La recherche publique ou privée sur la sécurité des patients est encore émergente, limitée à quelques équipes, même si celles-ci se connaissent bien et échangent, permettant d'espérer dans ce champ une démarche structurante.

■ Enfin l'évaluation de l'impact de toutes ces actions n'existe pas et n'a pas été prévue.

Des déterminants majeurs de la sécurité des patients n'ont pas été envisagés

■ L'évaluation et l'amélioration continue de la compétence individuelle des professionnels de santé sont un sujet tabou :

- pour des raisons financières, l'accréditation reste limitée aux médecins ou à quelques équipes médicales du secteur libéral ; une procédure distincte poursuivant les mêmes objectifs est à concevoir et mettre en œuvre pour le secteur public ;
- dans sa nouvelle version, le DPC est tout juste émergent, et actuellement l'ANDPC refuse de financer l'accréditation...
- pourtant, si des progrès significatifs ont été effectués autour de la sécurisation du travail en équipe, la solidité de la chaîne des soins ne dépasse pas celle de son maillon le plus faible ;
- l'évaluation des coûts de la non-qualité et de la non-sécurité serait un levier utile pour améliorer la sécurité des parcours.

■ À l'opposé de plusieurs autres pays, le système de santé français reste dénué d'indicateurs de résultats, notamment d'indicateurs de complications ou de mauvais déroulement des soins :

- le dispositif des indicateurs obligatoires devrait inclure progressivement un nombre important d'indicateurs de résultats aux dépens des indicateurs de processus actuels, nécessitant tous une évolution ;
- il est probablement nécessaire de s'interroger sur une obligation de coder certaines complications des soins (par exemple au niveau des racines de GHM), et sur la transparence de ces résultats pour les citoyens. L'évolution récente du certificat de décès devrait permettre d'avoir des informations utiles.

■ Les complications de la période périopératoire immédiate (< 7 jours) restent considérées comme des aléas de l'art chirurgical : les hémorragies secondaires ayant imposé une transfusion significative (importance à définir), les désunions d'anastomose en chirurgie viscérale et digestive, les infections pariétales et toutes les infections du site opératoire quelle qu'en soit la date de survenue ainsi que les réinterventions non programmées, devraient être quantifiées dans le cadre d'une démarche structurée et discutée avec toutes les parties prenantes. Une adaptation des dispositifs de codage peut s'avérer nécessaire, mais les coûts financiers et surtout humains de ces complications le justifient. Une obligation de révision, sur le modèle CREX/RMM, des dossiers des patients *outliers* pour les durées de séjour, pourrait également être envisagée.

■ Les risques antérieurement moins fréquents ou moins connus (risques liés à l'informatique, suicide des patients en milieu hospitalier...) nécessitent des actions spécifiques.

■ L'engagement des professionnels à titre individuel dans l'actualisation continue de leurs compétences devrait faire partie des exigences opposables aux établissements de santé (certification, indicateurs, contractualisation...) et à toute structure de soins.

■ La recomposition rapide des périmètres de la prise en charge des patients (GHT, ambulatoire, HAD...) et la probable évolution des modes de financement (rapport Véran) rendent nécessaires la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de nouveaux outils de sécurisation. La continuité de la prise en charge des patients entre les secteurs de médecine hospitalière et les secteurs de médecine de ville nécessitent, au-delà du signalement déjà possible des événements indésirables, une organisation pour l'analyse et l'exploitation de ces événements. Cette organisation devrait être, sinon réglementée, du moins codifiée et soumise à évaluation.

■ Le secteur médicosocial dispose de ressources plus limitées que le secteur sanitaire pour garantir la sécurité. Toutes ses activités, incluant mais de manière non exclusive la prise en charge des personnes âgées en Ehpad, nécessitent des approches spécifiques, priorisées et guidées par des références nationales plus précises.

Ne pas relâcher l'attention ni les efforts : la nécessité d'un second programme

La sécurité des patients reste un problème majeur de santé publique qu'il faut soutenir par un second programme. Les avancées décrites plus haut n'auraient sans doute pas été possibles sans ce programme, et il reste encore beaucoup à faire.

Quel contenu pour ce second programme ? Nous avons avancé quelques pistes. L'évaluation du premier programme par le Haut Conseil de la santé publique devrait permettre d'identifier les points d'amélioration majeurs. La future enquête ENEIS devrait apporter également des informations inédites sur la sécurité des soins, notamment dans les secteurs ambulatoires et médicosociaux, mais ses résultats ne seront disponibles qu'en 2019 au plus tôt. Enfin il est nécessaire de s'inspirer des programmes d'autres pays car les initiatives maintenant sont riches et remarquablement avancées !

Un Programme pour qui ? tous les acteurs des secteurs sanitaire et médicosocial sont concernés.

Un Programme quand ? pour l'été 2018 afin de pouvoir prendre en compte les enseignements de l'évaluation du premier Programme.