



EPP infos

La lettre des Chargés de missions régionaux pour l'évaluation (CMRE) et des professionnels de santé

[Édito]

> **Pr Jean Carlet**

Responsable de la mission prospective et recherche

La médecine centrée sur le patient : pas si simple... [Lire la suite](#)

[Entretien avec...]

> **Dr Jean-Martin Meyer**

Président de la FMC 68

Un groupe local d'amélioration des pratiques en Alsace... [Lire la suite](#)

[Questions à...]

> **Dr Bernard Idoux**

Chargé de mission régional pour l'évaluation (CMRE) de la région Alsace - HAS

Un programme sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé dans les ES et les EHPAD... [Lire la suite](#)

[Références]

> **Dr Jean Brami**

Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS

Des soins de premier recours forts... [Lire la suite](#)



Actualités & Pratiques

Chaque 1er jeudi du mois, retrouvez votre mensuel en version électronique.

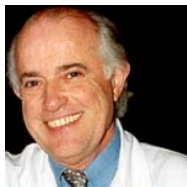
Abonnement gratuit.

Comité de rédaction : Michèle Allard, Bruno Bally, Jean Brami (coordinateur), Philippe Cabarrot, Jean Carlet, Jean-Michel Chabot, Arielle Fontaine (rédactrice), Marc Fumey, Michèle Hébert-Demay, Raymond Le Moign, Claude Maffioli, Frédérique Pagès, François Romaneix, Christiane Rossatto –
Réalisation maquette : Anne Hily-Fabbretti

[S'abonner à EPP infos](#)

EPP infos

La lettre des Chargés de missions régionaux pour l'évaluation (CMRE) et des professionnels de santé



[Edito]

> Pr Jean Carlet

Responsable de la mission prospective et recherche

La médecine centrée sur le patient : pas si simple !

Dire qu'il faut mettre en place une médecine « centrée sur le patient » (*patient-centred care*) met d'emblée les médecins et les responsables de santé des dernières décennies dans une situation de fragilité. Pourquoi le patient n'a-t-il pas été depuis toujours au centre du système qui le prend en charge ? C'est sans doute parce que ce n'est pas si simple. Donald Berwick a donné sur ce thème une excellente conférence plénière lors du congrès International (*International Forum on Quality and Safety in Healthcare*), organisé à Berlin du 17 au 20 mars 2009.

Les implications du concept de « Médecine centrée sur le patient » sont en fait multiples et le développement de ce concept impose des modifications profondes de nos systèmes de santé et surtout de pensée.

Les patients ou les usagers (citoyens) doivent être impliqués dans les grandes décisions de santé publique et les grandes stratégies de prévention (vaccination par exemple, dépistage) et thérapeutiques... Le patient doit pouvoir, s'il le souhaite, participer aux décisions thérapeutiques le concernant et, si possible, « partager ces décisions » (*Shared Decision-Making*) avec les professionnels de santé. Il peut également déclarer des événements indésirables le concernant. Le dossier médical, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, lui appartient, même si le dossier doit rester sur le site hospitalier, pour des raisons organisationnelles. Le patient doit en tous cas pouvoir y avoir accès à tout moment, de même que la personne de confiance qu'il a pu désigner. Une totale transparence est due au patient sur les événements indésirables qui peuvent émailler la thérapeutique mise en place. Les comptes rendus d'hospitalisation et opératoires devraient lui être communiqués s'il le souhaite.

La qualité de l'accueil, la compassion et l'empathie pour les patients et leur famille sont des éléments fondamentaux. De même, la fin de vie est un « événement » déterminant à prendre en compte.

Pour terminer par les objectifs les plus complexes, les patients ont un rôle déterminant si l'on veut atteindre à la fois les objectifs qualité, les souhaits personnels des patients, la faisabilité des actions thérapeutiques évoquées et les impératifs financiers. C'est ce que *l'Institute for Healthcare Improvement* appelle le « *Triple Aim* », et que d'autres, en particulier à la HAS, appellent la recherche de l'efficacité et le Service rendu à la collectivité (Serc).

Sur l'ensemble de ces questions, un groupe de réflexion travaille à la HAS, sous l'impulsion de la mission prospective et recherche.

[Un entretien avec...]

> Dr Jean-Martin Meyer

Président de la FMC 68

• Dans quel cadre votre action s'inscrit-elle ?

Notre action s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale sur le sujet de la prescription médicamenteuse des sujets âgés (PMSA). Cette action concerne les médecins généralistes du Haut-Rhin adhérant à notre association, ainsi que deux groupes de médecins dans le Bas-Rhin. Plus largement, cette action s'intègre dans une démarche participative plus vaste qui concerne les gériatres, les pharmaciens, les EHPAD et les établissements de santé de toute la région Alsace. En ce qui nous concerne, nous avons proposé à nos membres de valider leurs obligations dans le cadre d'un groupe local d'amélioration des pratiques, un Glap, avec

des méthodes telles que l'audit clinique ciblé à deux tours, méthode qui a été proposée à la HAS qui l'a validée.

• **Pourriez-vous décrire l'action que vous avez menée ?**

Nous sommes partis des outils et programmes proposés par la HAS pour améliorer la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées. C'est le conseil scientifique de notre association qui a élaboré le référentiel. Il est composé d'un médecin habilité, professeur en médecine générale et de trois autres professionnels. Nous avons arrêté six critères, qui sont en fait des questions qui permettent d'évaluer l'amélioration des pratiques. Nous avons demandé au chargé de mission HAS pour l'évaluation en région Alsace d'être le garant méthodologique de l'action EPP (1).

• **Quelles sont les questions auxquelles les médecins doivent répondre ?**

Pour prendre en charge une personne âgée, il faut que les objectifs et les modalités du traitement soient bien définis : « on ne peut pas tout soigner chez le sujet âgé » et il faut toujours réévaluer l'opportunité de poursuivre un traitement préexistant avant d'introduire un nouveau médicament. Partant de là, les questions que nous avons définies sont au nombre de six et permettent de vérifier que :

- le dossier est révisé chaque année ;
- la liste complète des médicaments prescrits, quel que soit le prescripteur, figure dans le dossier ;
- la clairance de la créatinine est effectuée au moins une fois par an et figure dans le dossier ;
- la recherche de chute est faite au moins une fois par an et figure dans le dossier ;
- la personne gérant le traitement au quotidien, patient ou autre, est mentionnée dans le dossier.
- la révision annuelle du traitement, faite avec le patient, figure dans le dossier.

• **Quels résultats avez-vous obtenus ?**

Les résultats ont révélé des améliorations très sensibles. Par exemple, sur la recherche de chutes, les groupes avaient 30 % de réponses positives au premier tour et 61 % au deuxième... Pour la créatinine, l'amélioration a été moins importante. L'explication réside dans le fait que nous avons déjà proposé ce critère l'année précédente et que, dès le premier tour, les réponses étaient déjà élevées (premier tour 86 %, deuxième tour 92 %). Il semble intéressant de poursuivre selon ces mêmes critères, puisque l'indicateur montre une amélioration qui se maintient dans le temps.

• **Comment les séances se déroulent-elles ?**

Il s'agit donc d'un audit clinique ciblé à deux tours. Il concerne deux groupes qui se réunissent environ 8 fois dans l'année. Lors des séances, la PMSA est évoquée chaque fois que nécessaire. Il y a deux séances de restitution qui sont réalisées avec un membre de la FMC 68. Le groupe propose, à l'issue des séances, un plan d'amélioration et établit le calendrier.

Six mois plus tard, le deuxième audit est réalisé. Un bilan est effectué et les points d'amélioration sont identifiés avec les différents groupes.

• **Quels sont les professionnels concernés par ces actions ?**

Il s'agit de médecins généralistes du Haut-Rhin. Depuis peu, l'action a essaimé. En effet, deux groupes dans le Bas-Rhin suivent également nos séances. Le processus doit être encore étendu grâce à un partenariat avec la FMC BR-Unaformec à qui nous allons proposer cet audit. Deux personnes ont d'ores et déjà été formées aux principes de l'EPP et aux séances de restitution. Notre action devrait normalement s'étendre à toute l'Alsace grâce à un partenariat avec la FMC du Bas-Rhin. Cette extension concernerait plus de 800 médecins car l'association FMC 68 et FMC BR cumulent, à elles deux, plus de 800 adhérents. Bien sûr, tous ne seront pas forcément intéressés par ces actions, car ils ne fonctionnent pas tous en groupe d'analyse de pratique.

• **Ces actions ont-elles pu être validées au titre de l'EPP ?**

Oui, plus d'une centaine de médecins ont d'ores et déjà pu valider leurs actions au titre de l'EPP.

1. Voir interview du Dr Bernard Idoux dans le même numéro d'EPP Infos.

[Questions à...]

> **Dr Bernard Idoux**

Chargé de mission régional pour l'évaluation (CMRE) de la région Alsace – HAS

• **Vous avez été chargé par l'ARH de piloter une action comparable à celle menée par FMC 68 au niveau de tous les établissements de santé de la région Alsace. Comment avez-vous procédé ?**

En tant que CMRE, j'ai de nombreux contacts avec les acteurs locaux et en particulier avec l'ARH. Assez naturellement, j'ai parlé de l'action menée par la FMC 68 en direction des médecins généralistes du Haut-Rhin. Cette action a beaucoup intéressé l'ARH qui m'a demandé de piloter une action comparable pour les établissements de santé (ES) de toute la région. Avec le Dr Christian Michel (CMRE Alsace) et le Dr Yves Passadori (directeur médical du pôle gériatrique du CH de Mulhouse), j'ai composé un programme destiné à optimiser la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) dans les ES et dans les EHPAD.

• **Concrètement, quelles sont les actions que vous avez menées ?**

Le Collège professionnel des gériatres français a retravaillé les critères et les grilles du PMSA en lien avec les promoteurs de la HAS et il a produit des kits d'évaluation clef en main. Ces kits ont été mis à la disposition des professionnels. En décembre 2008, nous avons sensibilisé et formé les pharmaciens d'établissements qui seront les chefs de projet pour l'action qui a débuté en mars 2009. Cette action est pluriprofessionnelle, elle associe les médecins, les cadres de santé et les pharmaciens. Elle consiste à utiliser les kits de façon systématique dès lors qu'une personne âgée de plus de 80 ans est hospitalisée. Une interne en pharmacie sera chargée de recueillir et d'analyser tous les résultats. Ceux-ci seront disponibles au 31 octobre 2009.

Parallèlement, nous (les CMRE et le Dr Yves Passadori) avons présenté les grilles du PMSA à l'assemblée générale de l'Observatoire régional de la qualité en février 2009. À cette assemblée étaient conviés l'ensemble des représentants des présidents de CME. L'objectif de cette présentation était de sensibiliser les établissements (et les usagers) au problème de la prescription médicamenteuse du sujet âgé. Au cours du 2^e semestre 2009, nous présenterons la PMSA aux pharmaciens d'officine et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD en vue d'intégrer les EHPAD d'Alsace dans l'implémentation.

• **Comment définiriez-vous votre rôle dans l'action pilote qui va se mettre en route en ES et en EHPAD ?**

Nous avons parlé de l'action d'un organisme agréé (OA) à l'ARH qui a décidé d'en faire une action pilote pour les ES et les EHPAD. Par ailleurs, nous sommes aussi en contact étroit avec l'URML. Le Dr Michel Levêque, responsable de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'URML et professeur associé de médecine générale, utilise le travail du PMSA pour enseigner l'évaluation des pratiques professionnelles aux étudiants de 3^e cycle de médecine générale. Les CMRE ont été les initiateurs et la courroie de transmission entre des opérateurs pour coordonner une action au niveau régional.

[Références]

> **Dr Jean Brami**

Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS

Des soins de premier recours forts

La déclaration commune¹ publiée par 14 auteurs de 7 pays différents dans le dernier numéro de « *Quality in Primary Care* » est intéressante à plus d'un titre. En premier lieu, elle met en avant le défi majeur posé aux systèmes de santé européens et mondiaux par l'explosion des maladies chroniques dont elle rappelle la définition et le modèle d'analyse² le plus pertinent. Ensuite, elle souligne l'importance jouée par le type d'organisation des systèmes de santé pour la coordination et la prise en charge de ces maladies et elle donne quelques caractéristiques de ces systèmes. Enfin, à la lumière de son analyse, elle indique le rôle primordial que doivent remplir, selon elle, les soins de premier recours dans la prise en charge coordonnée des maladies chroniques.

Outre les maladies du cœur, le diabète ou l'asthme, les maladies chroniques incluent des maladies contrôlables sur de longues années, comme le sida, certains désordres mentaux comme la

dépression et la schizophrénie, des handicaps qui ne sont pas des maladies, comme la cécité et les affections musculo-squelettiques, ainsi que certains cancers (OMS 2002)³. Toutes ces pathologies impliquent un grand nombre de professionnels et la coordination des soins devient primordiale. Les systèmes de santé, traditionnellement construits autour de la prise en charge de pathologies aiguës, doivent profondément se modifier pour faire face à la complexité de la prise en charge de ces maladies.

En Europe, de nouveaux modèles de prise en charge des maladies chroniques ont vu le jour pour répondre aux problèmes posés, mais les systèmes de santé sont différents et chaque pays développe des réponses spécifiques. Afin de dégager quelques idées force concernant la prise en charge de ces maladies, les auteurs ont choisi d'analyser selon plusieurs éclairages huit pays dont les caractéristiques sont différentes. Il s'agit de l'Autriche, la Belgique, la communauté autonome espagnole de Catalogne, la Finlande, l'Allemagne, la Hollande et le Pays de Galles.

Tout d'abord, les auteurs procèdent à une première classification selon que le système de santé est basé sur l'impôt (Angleterre, Pays de Galles, Catalogne, Finlande) ou sur les cotisations sociales (Autriche, Belgique, Allemagne et Hollande).

Ils appliquent ensuite la classification proposée par Macinko et collaborateurs en 2003⁴, basée sur une échelle comprenant 10 indicateurs, qui permet d'apprécier forces et faiblesses de la médecine de premier recours. La Catalogne, l'Angleterre, la Finlande, la Hollande et le Pays de Galles sont classés comme pays à forte première ligne de soins alors que l'Autriche, la Belgique et l'Allemagne sont classés comme pays dans lesquels cette première ligne de soins est faible.

Les auteurs s'intéressent ensuite aux différents problèmes rencontrés dans ces pays en ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques. Ils appliquent la grille d'analyse à six composantes, proposée par Wagner dans son modèle de soins chroniques, qui montre que la gestion efficace d'une maladie chronique passe par la mise en place d'un programme spécifique dans lequel les six composantes (dont l'organisation des systèmes de santé) sont liées. Ils constatent que tous les pays ont un point commun, celui d'avoir des problèmes de coordination des soins.

Les auteurs s'intéressent aussi à l'implémentation des modèles de prise en charge des maladies chroniques dans la mesure où, pour fonctionner, un modèle doit être accepté par tous les partenaires (les payeurs, les professionnels de santé, les patients etc.). Il existe des systèmes basés sur des régulations nationales (*Top down*) et des systèmes basés sur des initiatives locales ou régionales (*Bottom up*). Certains pays comme la Hollande ou le Pays de Galles essaient d'intégrer les deux approches.

À partir de cette analyse, les auteurs tirent plusieurs conclusions :

- 1 – le mode de financement des systèmes (basé sur l'impôt ou sur les cotisations sociales) ne semble pas influencer le type de prise en charge des maladies chroniques ;
- 2 – La régulation nationale ou locale des modèles ne joue pas non plus de rôle majeur : chaque système ayant des avantages et des inconvénients ;
- 3 – En revanche, et c'est probablement la conclusion majeure de l'article, les pays qui ont mis en place des soins de premier recours forts, développent des modèles de prise en charge et de coordination des maladies chroniques plus cohérents que ceux dans lesquels la première ligne de soins est plus faible.

1. Greß S., Baan C. et al. *Co-ordination and management of chronic conditions in Europe : the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. Quality in Primary Care* 2009;17:75-86.

2. Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. JAMA* 2002;288:1909-14.

3. Nolte E., McKee M. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. WHO* 2008.

4. Macinko J., Starfield B., Shi L. *The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Services Research* 2003;38:831-65.