

Dossier (pages 1 et 3 à 5)

Évaluation des pratiques professionnelles

Évaluation des pratiques professionnelles

Un dispositif au service des patients et de la collectivité

Depuis le 1^{er} juillet 2005, les quelque 200 000 médecins exerçant en France sont soumis à l'obligation d'une évaluation quinquennale de leur pratique professionnelle. La mesure, qui complète l'obligation de formation médicale continue (FMC), suscite, dans le corps médical, beaucoup d'attentes et quelques interrogations.

Prévue par la loi du 13 août 2004, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été définie par le décret d'application du 14 avril 2005 comme une « analyse de la pratique professionnelle, en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS) ». Le décret précise en outre que l'EPP « inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique ». Voilà le cadre posé : l'objectif est la qualité des soins.

De nouvelles exigences pour la pratique médicale

Tous les pays soucieux de maintenir leur système de santé au plus haut niveau engagent aujourd'hui celui-ci dans une démarche de qualité, fondée sur le diptyque évaluation-information : c'est là une réponse nécessaire aux transformations profondes que la pratique médicale a connues ces quinze dernières années.

Transformations des techniques, d'abord. Recherche médicale aidant, les procédures diagnostiques et thérapeutiques sont de plus en plus complexes, augmentant le volume des

données à prendre en compte dans la pratique médicale. De nouveaux paramètres font par ailleurs leur apparition, par exemple dans le champ de la bioéthique avec le dépistage des maladies héréditaires.

Transformations de l'exercice professionnel, ensuite, puisque des pratiques plus complexes engendrent une spécialisation de plus en plus poussée des professionnels, laquelle s'accompagne d'une interdépendance croissante des différentes spécialités. L'image traditionnelle du praticien isolé dans son cabinet est modifiée : de plus en plus, la médecine s'exerce en équipe, en réseau, et suppose des liens étroits entre la ville et l'hôpital.

Transformations sociales, enfin, tant du côté des patients, dont l'exigence en matière de soins et notamment de sécurité des soins croît avec le niveau d'information – même si niveau n'est pas toujours synonyme de ●●●

Lire :

- La suite du **Dossier** pages 3 à 5 ;
- **Questions à...** Pr Jacques Roland page 4 ;
- **Focus** page 5 :
- Les personnes âgées et le risque iatrogène ;
- EPP et certification.

Balises (page 2)

Quelques chiffres clés au 31/01/2006 :
Réalisations de la HAS

Missions (page 6)

Réforme de l'assurance maladie :
Promouvoir une régulation par la qualité

L'essentiel sur (page 7)

Maladies rares :
Une ALD spécifique n'améliorerait pas la prise en charge

Terrain (page 8)

Certification :
Un impact positif sur la prise en charge du patient



Pr Laurent Degos,
Président du Collège
de la Haute Autorité
de santé

Notre système de santé fait aujourd'hui l'objet de mutations profondes. Le progrès technique, la complexité, voire le cloisonnement, qui l'accompagnent, modifient l'organisation et les conditions du recours au système de soins. La réaffirmation de la solidarité comme socle impose de rendre explicites les choix d'organisation et de financement et de mener une réflexion sur la qualité de ce système. Dans cette perspective, la Haute Autorité de santé est chargée d'introduire, sur des bases scientifiques incontestées, une régulation par la qualité de notre système de santé.

Mise en place le 1^{er} janvier 2005, la HAS est aujourd'hui en ordre de marche. Après un an d'activité, il s'agit maintenant pour elle de renforcer ses relations avec l'ensemble du monde de la santé afin d'asseoir les partenariats déjà existants et d'exercer pleinement son rôle de coordinateur entre les différents acteurs : décideurs, payeurs, industriels, professionnels de santé et assurés sociaux. Cette lettre, au fil des numéros, sera l'occasion de souligner la diversité du champ d'action de la HAS, de valoriser les travaux réalisés et d'en illustrer l'impact, tant en ce qui concerne l'aide à la décision publique que l'amélioration de la qualité des différentes composantes de la chaîne du soin.

Quelques chiffres clés (au 31/01/2006)

Réalisations de la HAS (déc. 05 - janv. 06)



Évaluation des médicaments, dispositifs médicaux, technologies de santé et actes professionnels

- 164 avis de la Commission de la Transparence (médicaments) ;
- 30 avis de la Commission d'évaluation des dispositifs et technologies de santé ;
- 23 avis de la Commission d'évaluation des actes professionnels.



Avis et recommandations relatifs aux affections de longue durée (ALD)

- 1 avis sur la création d'une ALD spécifique « maladies rares ».



Recommandations professionnelles

- 5 nouvelles recommandations pour la pratique clinique ;
- 1 conférence de consensus « Sclérose latérale amyotrophique* » ;
- 1 audition publique « Prise en charge de la psychopathie ».

* La HAS a entièrement pris en charge cette conférence de consensus, sans l'aide financière de l'industrie pharmaceutique.



Certification des établissements de santé

- 225 comptes rendus de certification mis en ligne ;
- Nouveau guide pratique d'aide à la cotation (2^e procédure).



Évaluation des pratiques professionnelles

- 7 organismes professionnels habilités à aider les médecins dans leur EPP ont été agréés par la HAS pour 18 mois ;
- 1^{er} programme interactif d'EPP intégré à l'exercice : « Prescription médicamenteuse chez la personne âgée » ;
- 8 nouveaux référentiels d'auto-évaluation.



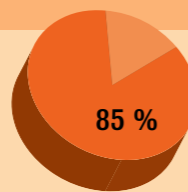
Diffusion de l'information médicale

- Plus de 400 documents mis en ligne sur le site de la HAS, qui a reçu près de 3 500 visites par jour.
- Plus de 54 000 documents diffusés aux professionnels de santé.

Certification des établissements de santé (au 31/01/2006)

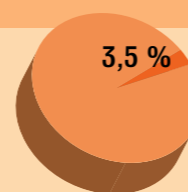
1^e version

2 509 établissements ont reçu une visite de certification, soit 85 % du parc hospitalier français.



2^e version

101 établissements ont reçu une visite de certification, soit 3,5 % du parc hospitalier français.



Éditeur :
Haute Autorité de santé
2, avenue du Stade
de France
93218 SAINT-DENIS
LA PLAINE CEDEX
Tél. : 01 55 93 70 00
Fax : 01 55 93 74 00
www.has-sante.fr
Directeur
de la publication :
Laurent Degos

Comité éditorial :
Karen Candau, Etienne
Caniard, Alain Coulomb,
Jérôme Lemarié,
François Romaneix,
Christiane Rossato.
Conception-réalisation,
iconographie :
Agence Beside
Tél : 01 42 74 24 20
Création graphique :
Virginie Worms

Dépôt légal : mars 2006 - Tirage : 10 000 exemplaires.

Évaluation des pratiques professionnelles

Un dispositif au service des patients et de la collectivité

(suite de la page 1)

... qualité de l'information —, que du côté de la collectivité nationale qui consent à des dépenses élevées, mais exige en retour une médecine optimale. Il est établi qu'il n'y a pas de lien de causalité entre les ressources allouées et la qualité des soins ; c'est au contraire la non-qualité qui est facteur de coûts. Dans ce contexte nouveau, il s'agit de multiplier les opportunités d'échanges pour les médecins et d'offrir aux usagers une garantie quant à l'évaluation des pratiques et à la formation des professionnels de santé.

Un dispositif souple et multiforme

La pratique médicale est fondée sur la relation médecin-patient. Son évaluation doit donc rester centrée sur le facteur humain. Le dispositif mis en œuvre pour l'EPP a été conçu pour rester simple d'accès, équitable dans ses modalités, et ne pas constituer une formalité supplémentaire, détachée de la pratique médicale quotidienne. Il permet en outre d'inclure tous les types d'exercice, libéral, salarié, en cabinet ou en établissement. Un dispositif satisfaisant ces contraintes, à la fois d'ouverture et de souplesse, est nécessairement d'une certaine sophistication — seule la visée normative s'accommodant de dispositifs parfaitement simples. Selon le décret du 14 avril 2005, la HAS a la responsabilité de réguler l'EPP et de contrôler l'ensemble du dispositif. Ses missions comportent la définition des actions d'EPP, la définition des conditions d'agrément des organismes et des médecins concourant à l'EPP, ainsi que la responsabilité d'un bilan annuel de l'EPP et d'une concertation qui permettra d'améliorer progressivement son fonctionnement.

Une large mobilisation

De nombreux acteurs contribuent au dispositif. Au niveau national, la HAS collabore avec les Conseils nationaux de formation médicale continue (CNFMC) qui permettent une articulation adéquate de l'EPP avec la FMC. Au niveau régional, les partenaires de la HAS sont les Unions régionales de médecins libéraux (URML), les Commissions médicales d'établissements (CME), les Conseils régionaux de l'ordre des médecins (CROM) qui veillent au respect de l'obligation quinquennale d'EPP, et enfin les Conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) qui délivrent aux praticiens une attestation d'évaluation et transmettent aux caisses d'assurance maladie la liste des médecins ayant satisfait à leurs obligations. Des organismes agréés et des médecins habilités mettent en œuvre des programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. L'action régionale de la HAS est relayée par un réseau de plus de 30 chargés de missions régionaux pour l'évaluation (CMRE) qui participent, avec les institutions concernées, à la mise en œuvre de l'EPP sur le terrain.

L'EPP concrètement

Les principaux interlocuteurs institutionnels des médecins dans le cadre de l'EPP sont les URML et les CME, qui organisent respectivement l'évaluation des praticiens libéraux et des médecins salariés exerçant en établissements de santé. Dans le cas particulier des médecins libéraux exerçant en établissements, l'évaluation peut être organisée soit par les URML, soit par les CME. Les partenaires des médecins dans leur évaluation sont les organismes agréés et/ou (pour les libéraux et les salariés non hospitaliers) les ...

Des méthodes diversifiées d'EPP

L'une des caractéristiques de l'EPP est la souplesse de ses méthodes. Concrètement, les actions ponctuelles peuvent reposer sur un test de connaissances, un bilan de compétences, une évaluation des pratiques, un audit clinique ciblé, une enquête de morbi-mortalité, etc. Quant aux programmes continus d'amélioration de la qualité, ils peuvent porter sur le mode d'organisation des soins (groupes de pairs, réseau de santé, concertation pluridisciplinaire en oncologie, etc.), sur le suivi d'indicateurs ou de registres, sur la mise en œuvre d'AcBUS (accord de bon usage des soins), ou, encore, sur la mise en œuvre itérative de méthodes ponctuelles, associées à des réunions formalisées des équipes. Cette liste d'exemples n'a rien d'exhaustif. C'est au cas par cas que sont décidées les méthodes pertinentes. Par ailleurs, conscients que de nombreux professionnels n'ont pas attendu l'obligation légale pour commencer à évaluer leurs pratiques, la HAS a défini des critères d'éligibilité des actions au titre de l'EPP qui permettent la valorisation des expériences en cours.

Les outils et programmes d'EPP sont disponibles sur www.has-sante.fr

Questions à ...

© Conseil national de l'ordre des médecins



Pr Jacques Roland, président du Conseil national de l'ordre des médecins

Le Pr Jacques Roland est, depuis juin 2005, le président du Conseil national de l'ordre des médecins. Il a auparavant dirigé le service de radiologie du CHU de Nancy, et présidé la Conférence des doyens des facultés de médecine de France. Son engagement en faveur de la FMC a été marqué par sa nomination, en 2004, au Conseil national de formation médicale continue des médecins libéraux, et par son élection à la tête du Comité de coordination des conseils nationaux de FMC.

Quelles sont les évolutions attendues pour 2006 dans les domaines de l'EPP et de la FMC ?

Nous avons assisté l'an dernier à la mise en place réglementaire de l'EPP. Quant à la loi de santé publique d'août 2004, rappelant l'obligation pour les médecins de suivre une FMC, elle vient de recevoir ses décrets d'application. Le dispositif, prévu par les ordonnances de 1996, devient ainsi enfin opérationnel.

Comment concevez-vous l'articulation entre FMC et EPP ?

Il s'agit des deux aspects complémentaires d'une démarche de qualité. L'évaluation permet de mesurer l'écart entre des références et la pratique individuelle. Quant à la formation continue, elle permet, le cas échéant, de corriger les lacunes et de réduire l'écart constaté. La FMC et l'EPP sont donc indissociables. Pour autant, les processus sont distincts, chacun ayant à la fois sa méthode, ses acteurs et sa politique. Il faut les ajouter, et non les confondre.

Quelles sont les attentes des médecins vis-à-vis du nouveau dispositif ?

Nous disposons maintenant d'un formidable moteur pour faire progresser notre profession. L'intérêt d'une actualisation des connaissances et des compétences des médecins est évident. En outre, la dialectique EPP-FMC va conduire chacun à prendre du recul par rapport à ses propres pratiques et à ses choix en matière d'apprentissage. Nombre d'actions vont s'inscrire dans un cadre collectif, permettant de

briser l'isolement des praticiens et de développer le travail en réseau, qui constitue l'une des clés de notre efficacité. Le processus facilite le rapprochement entre le secteur public et le secteur privé, entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge ambulatoire... En outre, nul ne perd de vue l'importance d'une part individuelle, tant dans la formation que dans l'évaluation qui s'adressent l'une et l'autre à un individu spécifique dans sa pratique et ses aptitudes.

Et quelle est l'attitude des organisations professionnelles ?

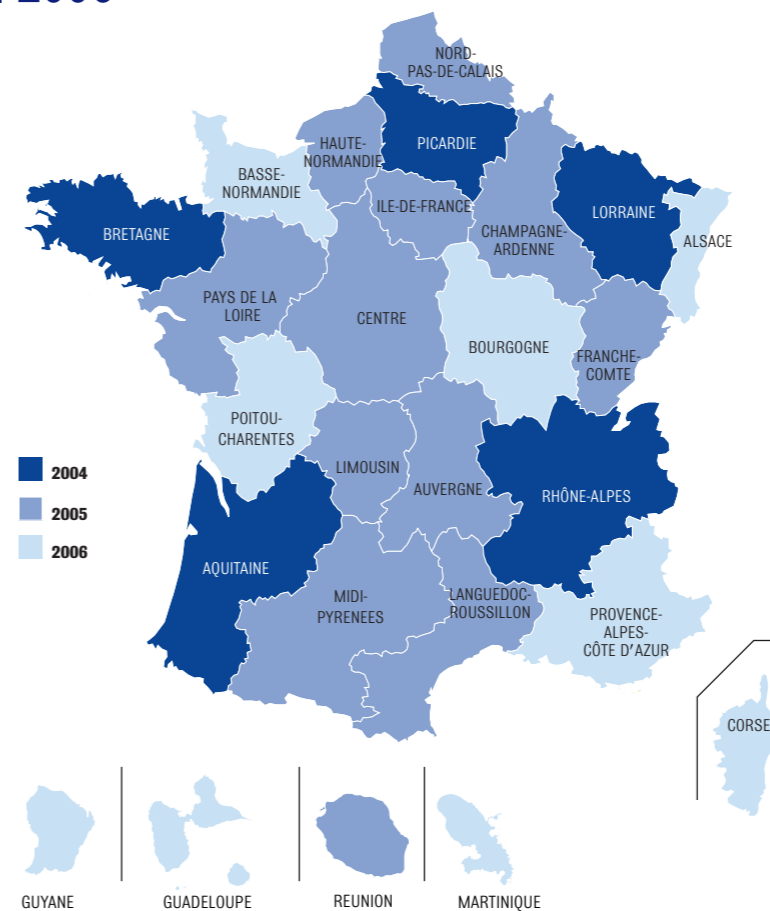
L'EPP et la FMC constituent un enjeu majeur pour les médecins : les institutions professionnelles ne s'y sont pas trompées. Les associations de formation continue et l'université se sont engagées conjointement pour appuyer les conseils nationaux de FMC. Parallèlement, les URML, les syndicats professionnels et les CME s'engagent dans la démarche définie par la HAS. Quant au Conseil de l'ordre des médecins, chargé par la loi du 4 mars 2002 de veiller au maintien de la compétence des praticiens, il appuie les efforts de tous les intervenants, en particulier des conseils régionaux de FMC qui, à l'échelon local, doivent s'adosser à l'ordre des médecins.

Quel message souhaitez-vous délivrer aux professionnels ?

La mise en place d'un dispositif pérenne d'EPP et de FMC a nécessité l'engagement volontaire et bénévole de milliers de médecins, qui se sont formés pour en animer les structures. Ces médecins méritent notre gratitude.

Les réunions régionales de l'EPP organisées de juin 2004 à avril 2006

RÉGIONS	VILLES
ALSACE	Strasbourg
AQUITAINE	Bordeaux
AUVERGNE	Clermont-Ferrand
BASSE-NORMANDIE	Caen
BOURGOGNE	Dijon
BRETAGNE	Rennes
CENTRE	Orléans
CHAMPAGNE-ARDENNE	Reims
FRANCHE-COMTÉ	Besançon
GUADELOUPE / GUYANE	Gosier en Guadeloupe
HAUTE-NORMANDIE	Rouen
ILE-DE-FRANCE	Paris
LA RÉUNION	Saint-Denis
LANGUEDOC-ROUSSILLON	Montpellier
LIMOUSIN	Limoges
LORRAINE	Nancy
MARTINIQUE / GUYANE	Fort-de-France en Martinique
MIDI-PYRÉNÉES	Toulouse
NORD-PAS-DE-CALAIS	Lille
PACA + CORSE	Marseille
PAYS-DE-LA-LOIRE	Angers
PICARDIE	Amiens
POITOU-CHARENTE	Futuroscope
RHÔNE-ALPES	Lyon



Évaluation des pratiques professionnelles

- 21 journées d'information régionales ont été organisées depuis juin 2004.
- 99 démarches d'EPP ont été présentées dans l'ensemble des régions.
- + de 6 500 professionnels hospitaliers, libéraux ou salariés y ont participé.

••• médecins habilités. On notera que l'agrément est accordé par la HAS selon un cahier des charges précis, et que l'habilitation est délivrée à des médecins libéraux exerçant depuis plus de cinq ans, ayant eux-mêmes satisfait à leur propre démarche d'évaluation et aux obligations de FMC. Dans la mise en œuvre de leur évaluation, les médecins sont ainsi accompagnés par des confrères.

Une action ponctuelle et un programme continu

Défini par la HAS, le « degré suffisant » pour garantir le caractère complet de l'évaluation représente, pour chaque médecin, l'engagement dans une action ponctuelle et dans un programme continu pour chaque période de cinq ans. Les actions et programmes éligibles au titre de l'EPP sont diversifiés, pour assurer la souplesse du dispositif (voir encadré page 3).

Néanmoins, tous obéissent à un certain nombre de principes : juste dimensionnement à la fois des objectifs du programme et de son organisation par rapport à ses objectifs ; intégration aisée à l'exercice quotidien d'un médecin ; prise en compte effective des données concernant la qualité de la pratique médicale. Une attention particulière a par ailleurs été portée à la protection des données recueillies dans le cadre de l'EPP, tant des données-patients que des données-médecins, qui ne doivent être utilisées que pour l'amélioration des pratiques.

Diffuser une culture de l'évaluation

De son côté, la HAS a déjà élaboré un certain nombre de guides et synthèses sur l'EPP elle-même et sur les bonnes pratiques dans diverses situations cliniques. Des actions d'information ont également été conduites auprès des sociétés

savantes et 21 réunions régionales ont déjà été organisées avec le soutien des Agences régionales de l'hospitalisation. Un programme d'audits cliniques ciblés, menés par 700 équipes hospitalières, a par ailleurs été expérimenté entre fin 2004 et mai 2005. Enfin, la formation des médecins habilités et l'examen des demandes d'agrément d'organismes d'EPP se poursuivent. Il ne reste donc plus aux médecins qu'à s'engager activement dans le processus pour faire véritablement entrer l'évaluation dans la culture médicale. Et plus largement, dans la culture des soins. En effet, compte tenu de la pluralité des personnels de santé impliqués dans les réseaux – personnels infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, ergothérapeutes, nutritionnistes, etc. –, la HAS estime souhaitable que le principe de l'EPP soit étendu à l'ensemble des professionnels du soin. ■

Des informations supplémentaires sont accessibles sur le site de la HAS : www.has-sante.fr



Focus

Les personnes âgées et le risque iatrogène

L'optimisation de la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées est un objectif prioritaire de l'EPP. Les plus de 65 ans représentent aujourd'hui 16 % de la population française et consomment 40 % des médicaments utilisés en ambulatoire. Or cette tranche d'âge est particulièrement vulnérable aux accidents iatrogènes, par le fait du vieillissement physiologique et parce que la polymédication multiplie les risques d'interactions médicamenteuses : on estime ainsi que 10 à 20 % des hospitalisations de personnes âgées sont d'origine iatrogène. Dans ces conditions, et compte tenu de l'évolution démographique, la qualité des pratiques gériatriques est un enjeu de santé publique de première importance. La HAS propose un programme spécifique d'EPP consacré à l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée.

EPP et certification

L'EPP, obligatoire pour tous les médecins, trouve aussi sa place dans la procédure de certification des établissements de santé, supervisée par la HAS. La seconde version de cette procédure prévoit ainsi un lien entre évaluation individuelle des médecins et certification de l'établissement. La HAS met à la disposition des établissements de santé un guide, « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification des établissements de santé », qui complète le manuel édité par la HAS sur la seconde version de la procédure de certification.

Réforme de l'assurance maladie

Promouvoir une régulation par la qualité

La Haute Autorité de santé a pour finalités d'améliorer l'ensemble de la chaîne du soin, en plaçant la notion de service médical rendu au patient au cœur de son action, et de contribuer à la responsabilisation de tous les professionnels de santé ainsi que des patients vis-à-vis de leur propre santé.

Siège de la HAS

© F. Urujio / Architecte - Cabinet A. Béchu

La HAS lance un appel à projet de recherche

Organisme à vocation scientifique, la HAS lance un appel à projet de recherche en 2006 portant sur : l'élaboration et l'évaluation de méthodes d'identification ou de prévention, originales et innovantes, des risques cliniques ; l'évaluation et la comparaison des différents modes de management au sein des établissements de santé ; l'évaluation des nouvelles formes d'organisation des soins. Les projets de recherche concernent tous les professionnels de santé et/ou chercheurs des secteurs hospitaliers, ambulatoires et associatifs ainsi que les chercheurs des universités ou des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST).

Les dossiers de candidature sont disponibles depuis le 20 février 2006 sur demande écrite auprès de la HAS ou téléchargeables sur www.has-sante.fr. Contact : Dr Philippe Michel, Programme Recherche – Tél. 01 55 93 71 01

Les missions confiées par le législateur à la Haute Autorité de santé visent à promouvoir une régulation par la qualité de notre système de santé et couvrent sept champs d'intervention :

- **l'évaluation continue de l'utilité médicale de l'ensemble des produits, médicaments, dispositifs de santé, prestations et actes professionnels pris en charge par l'assurance maladie.** Cette évaluation aboutit à des avis concernant leur inscription et leur remboursement par l'assurance maladie ;
- **la certification** (ex-accréditation) des établissements de santé publics et privés, ainsi que des réseaux de soins et groupements de coopération sanitaire ;
- **l'évaluation des pratiques professionnelles**, devenue obligatoire, des médecins libéraux et salariés, ainsi que l'accréditation des médecins et équipes médicales d'une même spécialité, exerçant en établissements de santé ;
- **l'élaboration et la diffusion de guides de bon usage des soins et de recommandations de bonne pratique**, ainsi que l'information dans ces domaines, tant des professionnels de santé que du grand public ;
- **la production d'avis et de recommandations sur la définition et la prise en charge des affections de longue durée (ALD) et sur le périmètre des soins remboursables** pour ces pathologies lourdes ;
- **l'amélioration de la qualité de l'information médicale et de sa diffusion**, qui inclut la certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ainsi que la certification de la qualité de la visite médicale ;

- **l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population.**

Qu'il s'agisse d'évaluation, d'avis, de recommandations, d'information, de certification, ou d'accréditation, termes associés aux différentes missions de la HAS, son rôle de régulation est de mettre à la disposition des professionnels tous les outils de la qualité et de permettre au patient de mieux s'orienter au sein du système de soins.

Une approche transversale, cohérente et participative

Au-delà des missions nouvelles qui lui ont été confiées, la Haute Autorité de santé rassemble des missions qui étaient autrefois éclatées et qui portent sur toute l'organisation des soins. Elle reprend celles de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), celles de la Commission de la transparence (CT), celles de la Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) ainsi que celles du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (Fopim). La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie lui confère également de nouvelles missions.

Ceci permet une approche globale et transversale des pathologies – en particulier les affections chroniques – et concourt à une meilleure cohérence des recommandations émises et des avis rendus.

L'action de la HAS ne peut se concevoir que si elle implique les professionnels de santé et les autres acteurs dans ses travaux. Cette démarche participative, notamment pour accomplir sa mission de promotion de la qualité dans

l'organisation des soins, est guidée par le souci de répondre aux besoins et aux attentes des professionnels et des patients.

Une place centrale dans le nouveau paysage sanitaire

La Haute Autorité de santé constitue un élément régulateur important de la nouvelle organisation du paysage sanitaire français dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Elle éclaire de ses avis scientifiques, en toute indépendance, les représentants de l'État, garants de la planification et du fonctionnement du système de santé, et les caisses d'assurance maladie, responsables de sa régulation financière. Elle collabore étroitement avec les différentes agences compétentes en matière de sécurité sanitaire, notamment l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut de veille sanitaire. ■

Les 7 commissions spécialisées de la Haute Autorité de santé

Sept des principales missions de la HAS relèvent de commissions spécialisées :

- la Commission évaluation des médicaments (Commission de la transparence présidée par le Pr Gilles Bouvenot) ;
- la Commission évaluation des dispositifs et technologies de santé (Pr Bernard Guiraud-Chaumeil) ;
- la Commission évaluation des actes professionnels (Dr Claude Maffioli) ;
- la Commission certification des établissements de santé (M. Jean-Paul Guérin) ;
- la Commission évaluation des stratégies de santé (Pr Lise Rochoix)* ;
- la Commission périmètre des biens et services remboursables (ALD) (M. Raoul Briet) ;
- la Commission qualité et diffusion de l'information médicale (M. Etienne Caniard).

La mission d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), perçue comme un enjeu majeur, incombe directement au Collège exécutif de la HAS.

* Cette mission était auparavant dénommée « Recommandations pour l'amélioration des pratiques ». Ce changement souligne l'importance attachée à la méthode par laquelle les recommandations ont été élaborées, à savoir l'évaluation, et élargit le périmètre aux stratégies de santé afin d'en mesurer les enjeux, tant économiques qu'en termes de santé publique.

L'essentiel sur

Maladies rares

Une ALD spécifique n'améliorerait pas la prise en charge

Trois à quatre millions de Français sont concernés par les maladies rares (prévalence inférieure à 5/10 000), dont le nombre est estimé entre 5 000 et 8 000. Outre l'errance diagnostique et thérapeutique, les personnes touchées par ces maladies sont souvent confrontées à des difficultés de reconnaissance de leur maladie et de prise en charge de leurs soins. Si certaines maladies rares peuvent bénéficier d'une reconnaissance en ALD, on constate cependant de grandes disparités dans l'accès à ce statut. L'avis de la HAS a donc été sollicité sur la pertinence de créer une ALD spécifique pour les maladies rares. Une étude approfondie du sujet l'a conduite à ne pas recommander cette création. En effet, elle nécessiterait de définir des critères d'admission spécifiques tout en permettant d'inclure des pathologies très hétérogènes et nombreuses, dont le seul point commun est la prévalence. Y inclure des critères de gravité et

d'invalidité pourrait en outre exclure des malades actuellement en ALD. La prise en charge des maladies rares au sein des ALD peut cependant être améliorée : la HAS a proposé d'élaborer des protocoles nationaux de diagnostic et de soins en collaboration avec les centres de référence labellisés, et d'accorder une attention particulière aux maladies rares dans le programme d'examen des ALD. ■

Définition

Les affections de longue durée (ALD) sont des « affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse » qui ouvrent à ceux qui en sont atteints l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite des montants remboursables. La liste des ALD est fixée par décret (article D.322-1 du code de la sécurité sociale).



L'essentiel sur

Affections de longue durée et Haute Autorité de santé

La mission de la HAS en matière d'ALD est triple : émettre un avis sur la liste des affections concernées, proposer les référentiels de prise en charge en rapport ainsi que les critères d'admission pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %. La HAS réexaminera les 30 ALD d'ici 2008. Elle travaille actuellement à l'élaboration de neuf nouveaux référentiels, notamment pour le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance respiratoire chronique.



© LibreDeDroits

Certification des établissements de santé Un impact positif sur la prise en charge du patient

Mise en œuvre depuis 5 ans, la procédure d'accréditation – rebaptisée certification par la loi du 13 août 2004 – est bien ancrée dans le paysage hospitalier français puisque plus de 75 % des établissements sont certifiés à ce jour. Une enquête, réalisée au printemps 2005 à l'initiative de la HAS, permet de dresser un bilan de ces travaux alors que le 1^{er} cycle de certifications s'achève et qu'est lancée la version 2 de la procédure.

Confiée à un institut de sondage, l'enquête a été réalisée par téléphone, dans des conditions d'anonymat, auprès des personnels de 176 établissements de santé ayant achevé la procédure de certification depuis plus d'un an. Les professionnels inclus exerçaient différentes fonctions au sein de leur établissement de façon à représenter l'ensemble des acteurs de l'hôpital ; 1 409 ont répondu au questionnaire comportant 27 items relatifs à la perception de la certification (bénéfices possibles, domaines transformés par la démarche, effets des recommandations, de l'autoévaluation) et 17 items factuels.

Une bonne adhésion à la démarche de certification

L'ensemble des répondants estiment que la démarche a permis de développer des modalités de travail pluriprofessionnelles (91 %), qu'elle a permis d'améliorer la prise en charge des patients (87 %), qu'elle participe au sentiment d'appartenance à l'établissement (86 %). Pour 66 % d'entre eux, elle a contribué à valoriser l'image de l'établissement auprès des usagers.

Pour toutes les professions représentées, les taux assez élevés de réponses favorables aux items explorant les bénéfices de la certification, en excluant l'item des relations avec la tutelle, suggèrent une adhésion globale à la démarche du monde hospitalier. Ce sont les cadres de santé (70 %) et les responsables des fonctions transversales administratives et logistiques (responsables qualité : 59 %, blanchisserie : 62 %, et accueil : 64 %) qui sont le plus convaincus des bénéfices de la démarche.

Un impact direct sur l'amélioration de la prise en charge du patient

L'ensemble des professionnels témoignent de l'impact positif de la certification sur l'information du patient, l'organisation de la prise en charge et la sécurité des soins. En revanche, l'impact perçu est plus faible sur les domaines comme le management et l'hôtellerie.

Les professionnels d'établissements ayant fait l'objet de recommandations du Collège de la HAS sont majoritairement d'accord (« tout à fait d'accord » : 43 %, « plutôt d'accord » : 36 %) pour

considérer qu'elles ont conduit à une amélioration des pratiques. Ces taux élevés de réponses positives soulignent à la fois la pertinence de ces recommandations et leur effet mobilisateur.

L'autoévaluation facteur d'amélioration

L'autoévaluation constitue un moment fort dans la vie de l'établissement : 70,5 % des répondants sont d'accord pour dire que l'autoévaluation a suscité une forte mobilisation du personnel et 73,4 % qu'elle leur a permis d'identifier les principaux points à améliorer. Les groupes de travail mis en place lors de l'autoévaluation ont été maintenus pour 73 % des répondants, principalement en ce qui concerne le dossier du patient (70,4 %), l'organisation de la prise en charge des patients (62,4 %) et la gestion de la qualité et la prévention des risques (58,4 %). Enfin, la certification a contribué à « institutionnaliser » la qualité en favorisant la rédaction et la diffusion de protocoles et de procédures (62,6 %) et la mise en place des groupes de travail sur la démarche qualité (55,3 %).

Les enjeux de la 2^e procédure

L'enquête a permis de relever des limites qui constituent désormais les enjeux de la deuxième procédure de certification.

Ces principaux enjeux sont :

- la valorisation des efforts et résultats des établissements de santé auprès du public et des tutelles ;
- la mobilisation de la communauté médicale pour lui permettre de mettre en œuvre des actions d'évaluation adaptées à ses pratiques ;
- le déploiement des actions d'évaluation et de mesures au sein des établissements ainsi que leur prise en compte par les dirigeants. ■

Domaines d'activités modifiés par la démarche de certification (% de réponses positives « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord »)

