

Dossier (pages 1, et 3 à 5)

Personnes âgées : améliorer la prescription des psychotropes



© VOISINPHANIE

Personnes âgées

Améliorer la prescription des psychotropes

En France, la prescription de psychotropes est souvent inadéquate, notamment chez les personnes âgées, et source d'effets secondaires sévères. Face à ce problème majeur de santé, la HAS a proposé en 2006 à l'ensemble des professionnels de santé et des institutionnels de travailler ensemble pour améliorer la prescription de ces médicaments ainsi que leur usage. Résultat : un état des lieux précis des situations cliniques les plus problématiques et un ensemble d'actions concertées proposées pour les deux ans à venir.

Anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et antidépresseurs sont les principaux médicaments psychotropes consommés en France. Et ce, en quantité bien supérieure aux autres pays européens. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : un Français sur dix en absorbe régulièrement, soit deux fois plus qu'en Allemagne, et, au-delà de 70 ans, on estime qu'une personne sur deux en fait un usage prolongé. De nombreux travaux – notamment un rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) – soulignent pourtant les risques d'une utilisation massive de ces molécules. Les retours d'expériences des professionnels de santé engagés dans l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques traduisent la préoccupation des médecins vis-à-vis des effets délétères de ces médicaments psychotropes qui, même utilisés à bon escient, peuvent engendrer des effets secondaires indésirables (chutes, accidents, confusion, dépendance, etc.). En outre, les études montrent que de nombreuses prescriptions sont inadaptées. Ainsi, les benzodiazépines (à propriétés anxiolytiques

et/ou hypnotiques) sont trop souvent utilisées de façon prolongée, sans efficacité prouvée et en dehors des règles de bon usage dans les signes anxieux et les troubles du sommeil. Trop de psychotropes sont surprescrits et ne soignent que les symptômes d'un problème de santé sous-jacent. D'autres, comme les antidépresseurs, sont sous-prescrits. Les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets délétères des psychotropes, car leur résistance physique est souvent moindre et leur métabolisme plus lent. Il fallait donc travailler en priorité sur des actions ciblées en direction de cette population vulnérable.

Concertation nationale

Face à la forte demande des professionnels de santé et en accord avec la réflexion qu'elle a déjà engagée sur le problème plus général ...

Lire :

- La suite du **Dossier** pages 3 à 5.
- **Questions à...** Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), page 4.

Balises (page 2)

Actualité

Retour sur les Rencontres de la HAS

Missions (page 6)

Publications de la HAS

Mieux répondre aux attentes des professionnels

Horizon (page 7)

Europe

La sécurité des patients en ligne de mire

L'essentiel sur (page 7)

Maladie cœliaque

Quels tests prescrire pour le diagnostic ?

Terrain (page 8)Évaluation des pratiques
professionnelles

Zoom sur les spécificités de l'hôpital



Pr Laurent Degos,
président du Collège
de la HAS

© DR

L'allongement de la durée de la vie témoigne des promesses de la médecine; pour autant, le vieillissement de la population constitue également un défi majeur pour notre système de santé. La HAS souhaite accompagner l'amélioration des soins prodigués aux personnes âgées, dans un souci d'efficacité, de cohérence et d'efficience de leur prise en charge. C'est dans cet objectif que nous avons organisé une concertation sur la consommation de psychotropes chez le sujet âgé. Rassemblant autour d'une même table l'ensemble des institutions et des professionnels concernés, toutes spécialités confondues, le dialogue a permis la mutualisation des besoins et des expériences. Le pragmatisme était le fil rouge de cette démarche participative. Derrière les prescriptions de psychotropes aux sujets âgés, il est apparu que ce sont des situations particulières qui se profilent (insomnie, anxiété, dépression, troubles du comportement), révélant des besoins de prise en charge spécifiques. Ce travail a permis que les mêmes acteurs soient à la fois les médiateurs des besoins qu'ils identifient sur le terrain, les concepteurs d'une réponse adaptée, et enfin, les opérateurs, à terme, des actions d'amélioration des pratiques sélectionnées au cours de la concertation. Avec eux, la HAS tiendra le tableau de bord du suivi opérationnel de ces actions et élaborera des recommandations de pratiques cliniques ciblées sur les besoins identifiés. Promouvoir la mobilisation des acteurs au service de l'amélioration des pratiques est au cœur des missions de la HAS. Rendez-vous est pris pour une évaluation intermédiaire dans un an.

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,
Étienne Caniard,
Arielle Fontaine,
François Romaneix,
Christiane Rossatto.

**Rédaction
et réalisation :**
Citizen Press
Tél. : 01 53 00 10 24

Dépôt légal : janvier 2008 –
Tirage : 12 000 exemplaires. ISSN : 1950 3318



© J.L. Thévenet pour la HAS

Actualité

Retour sur les Rencontres de la HAS

« Ensemble, améliorons la qualité en santé ». C'est autour de cette ambition que la Haute Autorité de santé a réuni l'ensemble des acteurs du système de santé les 17 et 18 décembre derniers à la Cité des sciences et de l'industrie de Paris.

Avec près de 1 500 personnes inscrites, ces journées ont permis à la Haute Autorité de santé d'aller au devant des idées et des attentes de chacun. Tous les acteurs – professionnels de santé, usagers et acteurs institutionnels – ont ainsi pu contribuer à définir les nouveaux horizons de la qualité en santé.

Nouveaux horizons de la qualité en santé

Outre son rôle dans l'évaluation des produits, actes, technologies et pratiques professionnelles, « la Haute Autorité de santé a aussi pour mission de promouvoir la réflexion commune sur l'avenir de notre système de santé », rappelait Laurent Degos, président du Collège de la HAS, à l'ouverture des journées. Elle se doit de solliciter le débat avec l'ensemble des acteurs concernés pour faire évoluer les politiques et les actions en faveur de la qualité en santé. L'organisation des Rencontres avait pour objectif d'initier le dialogue avec ces acteurs et, en premier lieu, de mettre en débat les principaux obstacles au développement de la qualité. Afin de nourrir la réflexion commune, le Collège de la HAS a souhaité diffuser à tous les participants aux Rencontres un document d'analyse, *Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé*.

Parmi ces nouveaux horizons, la question de la place de l'économie dans les décisions de santé publique faisait partie des nombreux thèmes

abordés lors des débats, tout comme les questions de l'amélioration des pratiques professionnelles, de la coopération entre professionnels de santé, ou encore de l'évolution du système de santé. De nombreux autres sujets ont été abordés à partir de l'analyse et des enseignements tirés des missions de la HAS, lors des 31 tables rondes qui ont réuni chacune entre 100 et 250 participants.

Vers une définition commune de la qualité

La qualité constitue un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé. « Nous partageons tous la volonté d'améliorer la qualité en santé. Mais (...) il n'est pas vraiment certain, en réalité, que nous y placions tous les mêmes attentes », a reconnu Laurent Degos. Afin de concilier au mieux les attentes de chacun, la HAS défend une vision large de la qualité en santé. « La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible », pouvait-on lire parmi les éléments soumis au débat dans le document de réflexion du Collège de la HAS sur les « Nouveaux horizons de la qualité en santé ». ■

Résumés des débats et tables rondes disponibles sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr

(suite de la page 1)

... de la « polyconsommation » de médicaments, la Haute Autorité de santé a donc proposé, en 2006, d'accompagner une réflexion de tous les acteurs de santé et des institutionnels sur le sujet complexe de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. Objectif : améliorer les pratiques de prescription des médecins et sensibiliser les seniors à un meilleur usage de ces médicaments. Avec, à la clé, la recherche de solutions concrètes et applicables au quotidien. Cette concertation nationale était organisée en partenariat avec le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Y était invité l'ensemble des acteurs de santé professionnels (Ordre des médecins, Ordre des pharmaciens, médecins généralistes, gériatres, psychiatres, pharmacologues, neurologues, sociétés savantes...) et institutionnels (Opeps¹, DGS², DGAS³, Dhos⁴, Afssaps⁵, INVS⁶, Inpes⁷, CnamTS⁸, RSI⁹, MSA¹⁰, FNMF¹¹...). « *Il y avait une prise de conscience commune de l'importance de travailler ensemble sur ce problème*, souligne Laurent Degos, président du Collège de la HAS. *Il s'agissait donc de mener une réflexion sur les raisons de cette situation, installée dans notre pays depuis des dizaines d'années.* » Comment ? En coopérant et en mutualisant les connaissances et les compétences de chacun, les retours d'expériences et les actions déjà menées sur le terrain. « *Partant de la problématique "médicament", nous sommes ainsi arrivés à la recherche d'une bienveillance des personnes âgées, avec pour finalité une amélioration de leur prise en charge globale* », explique Laurent Degos.

Quatre situations retenues

Dans un premier temps, la démarche a consisté à identifier les situations cliniques les plus problématiques. Quatre ont été retenues :

- **Les troubles du sommeil** : souvent, les plaintes relatives au sommeil ne correspondent pas à une insomnie mais sont liées à des problèmes de santé sous-jacents (syndrome d'apnée du sommeil, dépression, etc.). Ces troubles sont trop fréquemment traités par benzodiazépines. Or, ces molécules peuvent avoir des effets délétères et sont souvent utilisées au long cours alors que les études d'efficacité portent sur des périodes généralement inférieures à quinze jours. De plus, les approches non médicamenteuses telles que les thérapies comportementales ne sont pas évaluées pour cette population, tant en termes d'efficacité que de faisabilité.
- **La dépression** : liée aux affections somatiques, à l'environnement et aux événements de

la vie, la dépression est fréquente chez le sujet âgé. On observe en effet 15 à 30 %, voire 40 %, de signes dépressifs chez les patients hospitalisés ou en établissements pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Mais, faute de diagnostic, on observe une sous-prescription d'antidépresseurs, alors que trop de benzodiazépines sont administrées pour traiter les signes anxieux qui peuvent accompagner la dépression. Les conséquences sont graves : augmentation du risque suicidaire (1 700 décès par an par suicide chez les plus de 75 ans), hausse de la consommation de soins et de la mortalité évitable puisque les personnes déprimées ne se nourrissent plus, prennent mal leurs médicaments, décompensent plus rapidement...

- **Les signes anxieux** : ils masquent le plus souvent une dépression. De fait, moins de 5 % des personnes âgées présentent une véritable maladie anxieuse. Qu'il s'agisse de dépression (fréquente) ou de maladie anxieuse (rare), les benzodiazépines anxiolytiques n'ont guère leur place ici. Pourtant, elles sont surprescrites en France. Elles ne font alors que soulager le symptôme sans traiter la maladie sous-jacente.
- **Les troubles du comportement** dits « productifs » (cris, déambulation...) : fréquents chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, ils conduisent là encore souvent à une prescription abusive et dangereuse de neuroleptiques, tandis que des techniques de soins appropriées évitent dans la plupart des cas d'avoir recours à ces médicaments.

État des lieux

Les partenaires de la démarche se sont ensuite appliqués à dresser pour chacune de ces situations cliniques un état des lieux des connaissances, des initiatives déjà menées et des pratiques réelles afin de définir les éléments cohérents, discordants et manquants. « *C'est la comparaison entre ce qui se passe pour un patient sur le terrain et le parcours optimal qui nous a permis d'identifier les besoins* », précise Armelle Desplanques, adjointe au service évaluation des pratiques de la HAS. Ainsi, des recommandations sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé sont très vite apparues nécessaires. Ayant immédiatement engagé leur production, la HAS a pu les diffuser sur son site dès novembre 2007.

Au final, les experts ont constitué un tableau de travail recensant l'ensemble des données et des actions nécessaires pour améliorer la prescription et la consommation de ...



© DR

Que recouvre le terme « psychotropes » ?

Les médicaments psychotropes ont la propriété de modifier l'activité du cerveau en y réduisant ou en y stimulant certains processus biochimiques. Selon la classification ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), on en distingue plusieurs catégories :

- **Les hypnotiques** (ou somnifères), souvent des benzodiazépines, luttent contre certains troubles du sommeil en induisant ou en maintenant celui-ci. Notons cependant que l'insomnie peut masquer d'autres problèmes : apnée du sommeil, dépression... qu'il convient aussi de traiter pour voir disparaître les problèmes de sommeil sur le long terme.
- **Les antidépresseurs** traitent les épisodes dépressifs avérés, et sont indiqués dans certains troubles anxieux et du comportement alimentaire.
- **Les anxiolytiques** (ou tranquillisants), souvent des benzodiazépines, réduisent les symptômes anxieux. Notons qu'il existe des alternatives non médicamenteuses pour soigner l'anxiété (soutien psychologique, thérapies cognitivo-comportementales...) et que, dans de nombreux cas chez le sujet âgé, les signes anxieux peuvent masquer une dépression.
- **Les neuroleptiques** réduisent les symptômes psychotiques dans certains troubles du comportement liés à des maladies comme la schizophrénie.
- **Les thymorégulateurs** traitent les épisodes maniaques et dépressifs dans le trouble bipolaire.
- **Les psychostimulants** soignent les troubles déficitaires de l'attention, stimulent la vigilance et aiguisent les perceptions sensorielles. Cette classe compte très peu de médicaments.



© DR

Pierre-Jean Lancry

Directeur de la santé à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Comment la MSA percevait-elle la problématique de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé et des besoins d'actions dans ce domaine ?

De par la nature même de sa population d'assurés, plutôt âgée (plus du tiers des assurés ont 65 ans et plus de 22 % sont en affection de longue durée), et de par la consommation médicamenteuse importante de cette population, notamment en psychotropes, la problématique soulevée par la HAS était pour la MSA de première importance. Il s'agit vraiment d'une priorité en termes de santé publique. Il faut savoir en effet que les médicaments du système nerveux central ont représenté, en 2006, le deuxième poste de consommation médicamenteuse de nos assurés, derrière ceux du système cardio-vasculaire. De plus, les trois familles de psychotropes (benzodiazépines/neuroleptiques, antidépresseurs, anti-Alzheimer) sont le premier poste de consommation dans cette classe.

Quelle expertise a apporté la MSA à la démarche participative initiée par la HAS ?

La MSA a participé activement à toutes les étapes de l'élaboration et de la conduite du projet piloté par la HAS. Je me félicite de la qualité de ce partenariat et de l'état d'esprit vraiment constructif du groupe. Bien entendu, nous avons contribué comme les autres membres aux nombreuses discussions techniques, mais il y a un domaine sur lequel notre apport a été particulièrement important quand s'est posée la question de l'origine hospitalière ou ambulatoire de la prescription de benzodiazépines. Les avis des experts étaient partagés. La MSA a donc élaboré, à la demande du groupe, une requête informatique sur ses assurés. Il s'est avéré que la primo-

prescription était majoritairement effectuée en ambulatoire.

Dans quels types d'actions concertées vous impliquez-vous plus particulièrement ?

La MSA a déjà engagé deux actions visant les psychotropes : l'une ciblait le sevrage des personnes âgées en benzodiazépines, l'autre, actuellement en cours, vise la primo-prescription de ces médicaments. Sinon, dans le cadre de l'action pilotée par la HAS, la MSA va participer aux requêtes statistiques de suivi global des psychotropes chez les plus de 75 ans dans les trois régimes d'assurance maladie, selon les données disponibles. Elles concerneront les benzodiazépines, hypnotiques et antidépresseurs ; la consommation d'antihistaminiques et de méprobamate ; la primo-prescription des benzodiazépines et apparentés par tranche d'âge ; les neuroleptiques injectables.

Par ailleurs, la MSA va collaborer avec la HAS et la Société française de pharmacologie thérapeutique à l'action « Homologation des classes pharmacothérapeutiques pour une mise à disposition des professionnels ». J'ajouterai que la MSA peut aussi être force de propositions au travers des actions qu'elle mène dans le cadre de son initiative « Ateliers du bien vieillir ». Il s'agit de séances de formation et d'information sur la santé, offertes aux assurés, au sein desquelles est effectuée une sensibilisation au bon usage des psychotropes. Ce type d'actions pourrait tout à fait être renforcé...

De même, nous avons expérimenté avec d'autres partenaires (Groupama et Urcam) des « groupes de pairs » de médecins libéraux. Plusieurs d'entre eux ont travaillé avec beaucoup d'intérêt et de passion sur le sujet des psychotropes, notamment en Champagne-Ardenne. Ceci pourrait être naturellement développé.

... psychotropes, en tenant compte de l'existant et du prévisionnel.

Propositions d'actions

Fruits de ces recherches, des objectifs stratégiques ont été élaborés pour chacune des situations analysées. Pour les troubles du sommeil, par exemple, on vise à changer la représentation de l'insomnie et des somnifères chez le sujet âgé et les soignants ; à favoriser une bonne hygiène du sommeil à partir de 65 ans ; et à diminuer la prescription inappropriée des médicaments à visée hypnotique.

De là, les experts ont pu identifier les actions à coordonner ainsi que celles à mener pour chacune des situations cliniques sélectionnées. Il s'agit d'une part d'actions globales et transversales telles que les programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques de prescription chez le sujet âgé ; d'autre part d'actions spécifiques sur le plan pratique comme l'élaboration de documents supports de non-dispensation de somnifères sans ordonnance, conçus avec l'Ordre des pharmaciens, la HAS et l'Afssaps⁵. « *Conserver une approche globale du patient tout en proposant des solutions pratiques très précises est essentiel à la réussite du programme* », souligne Armelle Desplanques. Dès le départ, il fallait également réfléchir à la question de la mesure de l'efficacité des actions proposées. C'est pourquoi des actions phares feront l'objet d'un suivi particulier :

- des programmes d'amélioration des pratiques (un programme global sur la prescription médicamenteuse et d'autres plus spécifiquement appliqués à la dépression et aux troubles du comportement) ;
- un travail d'homologation des classes pharmacothérapeutiques pour améliorer les logiciels d'aide à la prescription et y permettre l'intégration des psychotropes. Ainsi, les médecins pourront mieux suivre les patients traités par ces médicaments ;
- une campagne d'information grand public sur les somnifères et les anxiolytiques ;
- un programme de recherche sur les psychotropes et les personnes âgées.

Phase de réalisation

La mise en œuvre des mesures proposées sera pilotée par la Direction générale de la santé (DGS). La mutualisation des données essentielles se fera à l'aide d'un tableau de bord « Psychotropes chez le sujet âgé », qui permettra à tous de suivre l'impact des différentes actions concertées et coordonnées. D'ailleurs, un groupe de travail a été mis en place pour préciser le suivi opérationnel de ce tableau, particulièrement ciblé sur quelques actions phares significatives.

« Dépister et soigner la dépression »

© Philippe de Kemmeter



1 - Qu'est-ce que la dépression ?

La dépression est une maladie, à ne pas confondre avec un « mal-être » existentiel ou un « coup de déprime ». Elle se manifeste par de multiples symptômes : tristesse intense, grande fatigue, « ralentissement » général, perte d'intérêt et de plaisir dans tous les domaines, difficulté à se concentrer, hypersensibilité émotionnelle, dévalorisation de soi, impression d'abandon... Et ce, de façon (quasi) permanente, pendant une période supérieure à deux semaines.

À noter : chez les personnes âgées, la reconnaissance de la maladie peut être plus difficile, en raison de la diminution de l'activité physique (et parfois intellectuelle). En outre, plus encore que chez les jeunes adultes, la dépression peut s'accompagner chez elles de signes anxieux, de troubles du sommeil ou du comportement alimentaire, de problèmes de dépendance à l'alcool, etc. qui risquent de la masquer. C'est d'ailleurs un problème : des traitements sont souvent prescrits pour ces symptômes, alors qu'il faudrait d'abord rechercher si une dépression ne se cache pas derrière.

2 - Un recours au soin indispensable

La volonté seule ne suffit pas pour sortir de la dépression, notamment parce que la maladie provoque un sentiment de dévalorisation de soi et des pensées négatives. Un traitement est donc absolument nécessaire quand une personne souffre de cette maladie. Cela passe principalement par la psychothérapie (échanges avec un psychiatre ou un psychologue), utilisée seule ou conjointement à des médicaments antidépresseurs, en fonction de l'intensité de la dépression. La présence de l'entourage ne doit pas non plus être sous-estimée. Pour la personne âgée, la prise en compte de l'environnement est également très importante (isolement, entrée en institution...).

(source : *La dépression - En savoir plus pour s'en sortir*, document produit par l'Inpes et le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports).



© Philippe de Kemmeter

Focus

Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé

Dès la première phase de la concertation sur la prescription des psychotropes, la HAS s'est engagée à produire des recommandations pour la pratique clinique sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez les personnes âgées. Consultables en ligne depuis novembre 2007, celles-ci sont destinées à l'ensemble des médecins amenés à renouveler une prescription de ces médicaments chez un patient âgé de plus de 65 ans. Leur objectif : proposer des stratégies qui facilitent l'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés, au-delà de 30 jours de traitement. À la base de ces recommandations s'inscrivent différentes questions.

Elles portent notamment sur l'évaluation des risques liés à la consommation de ces médicaments et des bénéfices de leur arrêt chez les personnes âgées, sur la difficulté de cet arrêt, sur la prévention du syndrome de sevrage aux benzodiazépines, etc.

Aussi la HAS incite-t-elle les médecins à expliquer au patient, dès l'instauration du traitement, sa durée limitée et la nécessité d'arrêter progressivement le traitement du fait des risques. Par ailleurs, devant toute demande de renouvellement, il s'agit de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt. Au moment de l'entreprendre, le praticien doit évaluer les attentes du patient, et son degré « d'attachement » aux benzodiazépines pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques. Il doit également veiller à ce que cet arrêt soit progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois, et aidé par des mesures d'accompagnement non médicamenteuses.

Dossier

1. Opeps : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.
2. DGCS : Direction générale de la santé.
3. DGAS : Direction générale de l'action sociale.
4. Dhos : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
5. Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
6. INVS : Institut national de veille sanitaire.
7. Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
8. CnamTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
9. RSI : Régime social des indépendants.
10. MSA : Mutualité sociale agricole.
11. FNMF : Fédération nationale de la mutualité française.



Fiche pratique pour le suivi de la grossesse

Parmi les derniers documents synthétisés par la HAS figurent les recommandations professionnelles concernant le suivi de la grossesse*. Celles-ci comptaient à l'origine 42 pages. Un peu trop pour que les médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, échographistes, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et néonatalogistes puissent s'y référer rapidement en cas de doute. La fiche éditée par la HAS ne comprend, elle, que 4 pages. Elle reprend les principaux messages du rapport sous forme de tableaux, ce qui permet de voir en un clin d'œil quand et comment identifier les situations à risques pouvant compliquer la grossesse, puis comment adapter le suivi de la femme enceinte en conséquence. Par situations à risque, il faut entendre exposition à des risques professionnels, à des maladies infectieuses, à l'alcool, au tabac, aux drogues ou à toute autre substance toxique potentiellement dangereuse, mais aussi existence de facteurs de risques médicaux (diabète gestationnel, incompatibilité fœto-maternelle, etc.), antécédents familiaux, médicaux ou chirurgicaux pouvant avoir un impact sur la grossesse. Il est recommandé d'apprécier le niveau de risque le plus précocement possible, avant la conception de préférence, dans le cadre du suivi gynécologique. Une surveillance médicale attentive et continue doit ensuite permettre de prévenir la survenue de nouveaux risques pendant la grossesse.

* Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées, consultable sur le site www.has-sante.fr, rubrique « Professionnels de santé », puis « Recommandations professionnelles ».

Publications de la HAS

Mieux répondre aux attentes des professionnels

Il ne suffit pas qu'un texte soit de bonne qualité scientifique pour être lu. La Haute Autorité de santé en est consciente. C'est pourquoi elle propose désormais plusieurs niveaux de lecture pour ses documents d'information.

Depuis début 2007, la Haute Autorité de santé rédige et publie systématiquement des synthèses pour tous ses rapports, études et recommandations. Cette démarche succède à un travail de réflexion mené par l'institution pour rapprocher ses publications des attentes de leurs lecteurs et améliorer leur lisibilité. Interrogés à travers plusieurs enquêtes, les professionnels de santé estimaient en effet jusque-là que ces documents étaient parfois « indigestes » et ne répondaient pas toujours à leurs besoins. « Submergés par une masse importante d'informations, ils disposent de peu de temps pour les consulter. Ils préfèrent donc des documents courts, illustrés et pédagogiques qu'ils peuvent immédiatement exploiter comme outils d'aide à la décision médicale », explique Karen Candau, responsable du service communication de la HAS. « Les professionnels de santé veulent des informations présentées sous forme d'algorithmes ou de tableaux, immédiatement utilisables, notamment au moment de la prescription », renchérit Patrice Dosquet, responsable du service des recommandations professionnelles à la HAS. « L'idée, ajoute-t-il, est de produire des documents de type pense-bête, afin de favoriser la mise en œuvre des recommandations. »

Trois déclinaisons de chaque recommandation

Ponctuel jusqu'alors, ce travail de synthèse est désormais réalisé de manière systématique. Ainsi, depuis le début de l'année 2007, trois types de documents sont disponibles sur le site Internet de la HAS : le rapport complet, contenant notamment l'intégralité des références bibliographiques et tous les argumentaires scientifiques qui ont conduit à la recommandation ; la recommandation elle-même ; et enfin, un document synthétique de quelques pages qui reprend les messages les plus importants et les présente de manière pratique. En fonction du temps dont ils disposent et des informations qui les intéressent, les professionnels de santé peuvent ainsi choisir le document le mieux

adapté à leurs besoins. Car si l'offre de documents de synthèse a été largement plébiscitée par les professionnels de santé, un certain nombre de médecins disent aussi s'intéresser au rapport intégral. « Les attentes des professionnels de santé ne sont évidemment pas homogènes, relève la responsable du service communication de la HAS. Plusieurs versions d'une même publication – rapports, recommandations et synthèses – sont ainsi disponibles simultanément sur le site de la HAS, permettant plusieurs niveaux de lecture, de la plus exhaustive à la plus synthétique. La lisibilité et l'accessibilité des documents que nous mettons à la disposition des professionnels de santé sont une préoccupation constante de la HAS. »

Étendre la démarche

D'autres axes d'amélioration sont envisagés : ainsi, le document de synthèse devrait devenir plus concis encore. « Idéalement, la synthèse ne devrait pas excéder une page recto verso », estime Patrice Dosquet, tout en reconnaissant la difficulté de parvenir à un tel niveau de concision. À court terme, l'objectif de la HAS est d'étendre cette démarche synthétique à d'autres domaines comme les affections de longue durée ou le bon usage du médicament. En 2007 par exemple, une douzaine de fiches portant sur le bon usage du médicament ou des technologies médicales a été réalisée (voir article p. 7 sur le diagnostic de la maladie cœliaque). « Ces fiches entendent éclairer les médecins sur des aspects de leur travail qui ont évolué récemment pour leur permettre d'utiliser tel nouveau médicament ou tel nouvel examen de la façon la plus pertinente possible et ainsi, éviter les mésusages », explique Frank Stora, rédacteur médical à la Direction de l'évaluation des actes et produits de santé (DEAPS). Un travail d'adaptation et de synthèse est en cours afin que tous les avis des commissions rattachées à la DEAPS puissent être proposés aux professionnels de santé sous forme synthétique. ■

Europe

La sécurité des patients en ligne de mire

La HAS va coordonner un nouveau projet financé par la Commission européenne, dont le but est d'améliorer la sécurité des soins autour du patient.

Le réseau européen pour la sécurité des patients, EUNetPaS¹, doit être lancé en février à Utrecht aux Pays-Bas. Objectif de ce nouveau projet : améliorer la qualité des services de santé dans les 27 pays membres de l'Union, en réduisant notamment les erreurs médicales. Coordonné par la HAS, EUNetPaS réunira des représentants de la communauté médicale européenne (médecins, infirmiers, pharmaciens, gestionnaires d'établissements de santé, etc.) et des partenaires institutionnels (membres des organisations nationales de soins et des ministères de la Santé des États membres). « Ce réseau permettra d'échanger les bonnes pratiques, de développer et de tester des outils efficaces. À terme, il s'agit de diminuer le nombre d'erreurs médicales, de diagnostic ou de traitement, et in fine, le gaspillage des ressources », explique Jean Bacou, responsable des relations internationales à la HAS. EUNetPaS doit d'abord travailler à l'amélioration

de la qualité des prescriptions et des usages médicamenteux. Entre trois et cinq hôpitaux pilotes seront choisis dans une quinzaine de pays pour expérimenter des outils mis au point par le réseau. Autre mission d'EUNetPaS : instiller une « culture » de la sécurité du patient chez les professionnels de santé, en se penchant notamment sur leur formation. Un programme type doit ainsi être produit et testé dans les facultés de médecine et les écoles

d'infirmiers de plusieurs pays membres. Une base de données doit aussi être créée pour recenser les différents systèmes de recueil d'incidents liés à des traitements ou à une mauvaise organisation des soins. Ce dispositif devrait aider à la mise au point d'un système d'alerte, en cas d'apparition d'effets indésirables graves liés au traitement d'un patient ou, au contraire, de solutions particulièrement efficaces permettant de les limiter. Enfin, des outils et des indicateurs communs doivent être développés pour évaluer le degré de culture de la sécurité dans les établissements de santé. ■

1. European Union Network for Patient Safety.

Une expertise accrue pour la HAS

À la HAS, cinq personnes seront impliquées dans la coordination du réseau et dans la gestion de son secrétariat. « La Haute Autorité intervient sur la qualité des soins comme sur la sécurité du patient, car ces deux dimensions sont indissociables. Coordonner ce réseau lui permettra d'améliorer son expertise et de développer ses activités dans ce domaine », indique Jean Bacou. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) participe aussi à la gestion du projet et prendra en charge les aspects liés à la communication. La Commission européenne finance la moitié du budget d'EUNetPaS, estimé à 3 millions d'euros, l'autre moitié provenant des pays membres.

Maladie cœliaque

Quels tests prescrire pour le diagnostic ?

Forme d'allergie au gluten des céréales, la maladie cœliaque se manifeste le plus souvent par des douleurs abdominales, une diarrhée chronique, un amaigrissement, une anémie, de la fatigue et des troubles osseux. Une biopsie de l'intestin grêle permet de confirmer le diagnostic. Mais, avant de pratiquer un examen aussi invasif, les médecins recherchent dans le sang la présence d'anticorps produits au cours de cette maladie. S'ils n'en trouvent pas, l'hypothèse de la maladie est généralement écartée. Le prélèvement de muqueuse intestinale peut alors être évité.

Aujourd'hui, les professionnels de santé (généralistes, pédiatres, gastro-entérologues, internistes, nutritionnistes, endocrinologues et biologistes) ont le choix entre quatre tests sérologiques,

permettant la recherche d'anticorps produits au cours de la maladie : les anticorps antiréticuline, anti gliadine, antiendomysium ou antitransglutaminase. À la demande des professionnels de santé concernés, le service d'évaluation des actes professionnels (Seap) de la HAS a évalué ces quatre tests et a rédigé un rapport complet sur le sujet. « Selon ce travail, seule la recherche des anticorps antiendomysium et antitransglutaminase a sa place dans le diagnostic de la maladie cœliaque. Les deux autres tests, plus anciens, sont moins efficaces », explique Fabienne Quentin, chef de projet au sein du Seap. La HAS préconise donc une évolution des prescriptions ainsi que de la prise en charge de ces tests par l'Assurance maladie. » Une fiche « Bon usage des technologies médicales » complète ce rapport. Plus



© CARDOSO/BSIP

synthétique, elle s'adresse aux professionnels de santé ainsi qu'aux institutionnels, aux industriels et aux patients concernés par la maladie cœliaque. Elle explique de façon concise pourquoi il est nécessaire de faire évoluer les prescriptions et la prise en charge de ces tests : à ce jour, la recherche des anticorps antitransglutaminase – test pourtant efficace – n'est pas remboursée, alors que les autres le sont. La HAS propose donc à l'Assurance maladie d'admettre au remboursement la recherche de ces anticorps antitransglutaminase, de continuer de rembourser celle des antiendomysium mais de ne plus rembourser les deux autres tests. ■

L'essentiel sur



Évaluation des pratiques professionnelles Zoom sur les spécificités de l'hôpital

La récente obligation quinquennale d'évaluation des pratiques professionnelles s'applique à tous les médecins, avec quelques spécificités néanmoins pour les hospitaliers.

Depuis la parution en 2005 d'un décret¹ issu de la loi de réforme de l'Assurance maladie, tout médecin doit s'engager dans une démarche formalisée d'évaluation de ses pratiques professionnelles (EPP). Le législateur a confié à la Haute Autorité de santé la mission d'en définir les principes. « Nous avons souhaité proposer aux professionnels une évaluation formative et non sanctionnante, intégrée à l'exercice clinique, et non surajoutée à celui-ci », résume le Dr Philippe Cabarrot, chef du service évaluation des pratiques de la HAS. Quelles que soient les modalités d'évaluation choisies par le médecin, l'EPP consiste toujours à analyser une activité et ses résultats cliniques en référence aux recommandations de bonnes pratiques. Cette analyse doit aboutir à la mise en œuvre, puis au suivi d'actions d'amélioration. La finalité ? Améliorer en continu la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Les règles applicables aux 60 000 médecins hospitaliers sont identiques

à celles qui s'imposent à leurs confrères installés en ville, avec néanmoins quelques spécificités liées au fait qu'ils travaillent en équipe.

Travail d'équipe

Dans les établissements de santé, l'EPP peut revêtir plusieurs formes : réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), revues de morbi-mortalité, groupes d'analyse entre pairs, auto-évaluation de la tenue des dossiers patients, etc. « L'un des axes forts de l'évolution du système de soins est de favoriser l'exercice en équipe par rapport à l'exercice isolé. Si l'obligation de validation reste individuelle, l'évaluation porte de préférence sur des activités cliniques conduites par des équipes médico-soignantes ou pluriprofessionnelles », rappelle Philippe Cabarrot. Autre particularité des établissements de santé : ils sont déjà concernés par d'autres dispositifs réglementaires comportant un volet d'évaluation des pratiques. « La certification version 2 et

l'accréditation relèvent de la même démarche d'amélioration du service rendu au patient, souligne Michèle Lenoir-Salfati, chef du service de certification des établissements de santé. Des passerelles fonctionnelles ont donc été prévues entre ces dispositifs et l'EPP pour faciliter la démarche des praticiens ». Ainsi, réaliser un programme d'évaluation dans le cadre de la certification permet de valider l'obligation individuelle d'EPP. Et vice-versa. La finalité est bien d'inciter les équipes à mettre en œuvre des programmes d'activités médicales qui comportent, en routine, un volet d'évaluation. Ce faisant, les médecins valideront toutes leurs obligations réglementaires.

Dernière spécificité, les médecins hospitaliers peuvent choisir de réaliser les programmes d'évaluation avec le concours d'un organisme agréé par la HAS, ou en autoorganisation (selon une organisation interne à l'établissement). « Dans les deux cas, c'est la Commission médicale d'établissement qui délivre au médecin son certificat individuel, précise Isabelle Rullon, adjointe dans le service évaluation des pratiques. Elle le fait après avis d'un regard extérieur : soit l'organisme agréé, soit un médecin expert extérieur choisi sur une liste nationale constituée par la HAS. »

Il ne reste plus qu'à donner le coup d'envoi effectif, ce qui devrait être fait dans les prochains jours. Par période de cinq ans, chaque praticien devra adresser à l'instance compétente un certificat individuel qui atteste de son engagement continu dans des démarches d'EPP. Les professionnels en établissements n'ont heureusement pas attendu cette échéance pour passer à l'action. Selon un sondage récent², un quart des médecins hospitaliers auraient déjà satisfait à leur obligation d'EPP. Pour aider les autres à s'engager, la HAS continue de diffuser des informations sur les modalités pratiques de mise en route du dispositif. Elle a élaboré à cet effet une série d'outils accessibles sur son site Internet, ainsi qu'un contact type hotline (evaluationdespratiques@has-sante.fr). Elle encourage aussi le partage d'expériences (cf. encadré). « Le témoignage d'un collègue est souvent plus parlant qu'une présentation théorique », argumente en effet le Dr Cabarrot. ■

D'une démarche imposée à un engagement volontaire

Les rencontres Inca/HAS, organisées le 19 octobre à la Défense, portaient sur l'évaluation des pratiques professionnelles en cancérologie. Il s'agissait d'échanger autour d'expériences de terrain, dont celle de l'unité d'onco-hématologie¹ pédiatrique du CHU de Nice. Cette équipe a montré comment elle s'est approprié l'EPP, ne la considérant plus comme une obligation mais comme un moyen d'améliorer la qualité de son travail. Cela a commencé en 2005, après le plan « Cancer » qui prévoyait la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires dans chaque établissement, pour permettre à toutes les spécialités de discuter des stratégies thérapeutiques pertinentes pour chaque patient. Afin d'améliorer encore la qualité globale de la prise en charge du patient, l'équipe a également mis en place depuis 2006 des réunions de morbi-mortalité. L'analyse des événements indésirables majeurs et

des décès non attendus permet la mise en place d'actions correctives bénéfiques au patient. Un autre axe de cette politique d'amélioration vise la tenue des dossiers patient. Enfin, une démarche qualité a été engagée avec le service d'hématologie adulte, par le biais de l'accréditation européenne Jacie², pour l'amélioration des processus de transplantation de cellules souches du sang. Même si ces démarches sont chronophages, « au final, tout le monde a la satisfaction d'avoir contribué à améliorer le service rendu au patient », note Marilyne Poirée, médecin dans cette unité. Une impression objectivée par la visite d'inspection Jacie qui a conclu en février 2007 à de rares déficiences mineures dans les processus de transplantation de cellules souches du sang.

1. Unité d'onco-hématologie : unité spécialisée dans le traitement des maladies du sang, de la moelle et des ganglions.

2. Jacie : Comité d'accréditation animé par la société internationale pour la thérapie cellulaire et le groupe européen pour la transplantation de sang et de moelle osseuse (Joint Accreditation Committee - ISCT & EBMT).

1. Décret 2005-346 du 14 avril 2005.

2. Le *Quotidien du médecin* du 2 octobre 2007.