



Ipep : Modifications organisationnelles

I. Introduction

Dans le cadre de l'expérimentation Ipep, le nouveau modèle de financement testé permet aux groupements d'acteurs en santé de mettre en place des **innovations organisationnelles** dans le but d'**améliorer leurs pratiques**. Les équipes de professionnels ayant participé à la co-construction du projet ont mis en avant **4 principaux chantiers d'amélioration** :

- Développer les **protocoles de coopération** et les **pratiques avancées**
- Organiser la **coordination pluriprofessionnelle**
- Rationaliser les parcours et améliorer la **pertinence des soins**
- Développer des actions de **prévention** et d'**éducation thérapeutique**

Les deux premiers chantiers (« protocoles de coopération et pratiques avancées », « coordination pluriprofessionnelle » et « usage du numérique ») sont des **innovations organisationnelles** identifiées par les équipes pluriprofessionnelles pour optimiser leur fonctionnement. Le but de ces chantiers est de libérer du temps médical **pour augmenter la file active et ainsi l'accès aux soins, tout en améliorant la qualité des soins délivrés à chacun de leurs patients**.

Les deux derniers chantiers (« parcours de soins et pertinence » et « prévention et éducation ») sont des **objectifs** pour les équipes, qui cherchent à **délivrer une meilleure prise en charge** à leurs patients. La mise en place de ces actions est en partie corrélée au temps dégagé grâce aux autres chantiers.

Ces chantiers sont donc fortement interdépendants :

- D'une part, en se libérant des contraintes que peut représenter le paiement à l'acte, les équipes peuvent revoir leur fonctionnement et s'organiser librement, sur la base des protocoles de coopération et des autres outils de coordination ;
- D'autre part, le temps et les ressources ainsi dégagés permettent d'améliorer la prise en charge des patients, que ce soit sur le plan qualitatif (améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge) ou quantitatif (augmenter la file active et ainsi améliorer l'accès aux soins sur le territoire).

Ce document a vocation à servir de « fiche outils » aux équipes qui participent à l'expérimentation Ipep. Il s'inspire d'autres travaux précédents (HAS, littérature, etc.). Il n'est pas contraignant ni exhaustif des modifications organisationnelles possibles. Les participants demeurent libres de ne pas s'investir sur l'ensemble de ces chantiers, ou d'en explorer d'autres qu'ils estiment importants pour améliorer leurs pratiques. Néanmoins, ces 4 axes ayant été particulièrement mis en avant par les équipes qui ont participé à la co-construction du projet, il semblait utile d'en décliner les grandes lignes afin que tous les participants puissent s'en saisir s'ils le souhaitent.

II. Les protocoles de coopération et la pratique avancée

Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'**opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins** ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient (article L. 4011-1 du code de la santé publique).

Le cadre juridique des protocoles de coopération a été créé par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009¹ qui donne la possibilité aux professionnels de santé de « s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet (...) de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient », et permet à cette fin la mise en place à titre dérogatoire de transferts d'actes ou d'activités de soins.

Le protocole de coopération est un document décrivant :

- Les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents ;
- Et la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Dans le cadre d'Ipep, les professionnels de santé sont invités à utiliser les protocoles autorisés (1) mais aussi à innover dans les pratiques de délégation (2). Par ailleurs, le déploiement des professionnels de pratiques avancées (infirmiers dans un premier temps) participent de cette même logique (3).

1. Comment adhérer aux protocoles de coopération déjà autorisés ?

Les agences régionales de santé sont au cœur du dispositif : elles instruisent les dossiers, élaborent un diagnostic partagé entre les différents acteurs du système de santé, sur les enjeux sanitaires d'un territoire ; réfléchissent à des outils incitatifs.

Ces démarches s'effectuent par le biais de l'outil « COOP-PS ». Il s'agit d'une application qui permet de développer la coopération entre professionnels de santé et sert à déposer, consulter et enregistrer des demandes de protocoles de coopération. L'outil s'adresse aux professionnels de santé qui veulent monter un projet de coopération ou adhérer à un protocole déjà établi.

Les protocoles actuellement autorisés par la Haute autorité de santé (HAS), dans le secteur ambulatoire, sont listés ci-dessous :

- ASALEE :

Lancée en 2004, l'association ASALEE (« Action de santé libérale en équipe ») organise le travail entre médecins et infirmiers via une coordination renforcée et des délégations d'actes. Le suivi de 4 pathologies chroniques (suivi du patient diabétique de type 2, suivi du patient tabagique à risque BPCO, suivi du patient à risque cardiovasculaire, repérage des troubles cognitifs) par les infirmiers Asalée repose sur un modèle économique de salariat des IDE et sur la complémentarité entre médecin et infirmiers. Au 31 décembre 2018, l'association regroupait près de 700 infirmiers Asalée et 2 800 médecins.

¹ Article 51 de la loi HPST de 2009 créant les articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du Code de la Santé Publique

Dans ce cadre, l'association a ainsi soumis quatre protocoles dérogoires de coopération médecin-infirmiers qui ont été validés par la HAS (cf. tableau ci-dessous).

Protocole	Actes dérogoires
Suivi des patients diabétiques de type 2	suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro albuminurie, dosage du HDL* Cholestérol, créatinémie, fond d'œil; prescription et réalisation des électrocardiogrammes (ECG); prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds;
Suivi des patients présentant un risque cardio-vasculaire	prescription et réalisation des ECG;
Suivi et identification du risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les patients tabagiques	prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie
Repérage des troubles cognitifs	consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées

Après 6 ans d'expérimentation, ce dispositif entre dans le droit commun en 2019.

- Protocoles de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste, dans le cadre d'une renouvellement et adaptation des corrections optiques (chez l'enfant de 6 à 15 ans et chez l'adulte de 16 à 50 ans)

Cette coopération prend la forme de quatre protocoles en fonction de l'âge de l'âge des patients et des modalités de réalisation du bilan :

- Sur le même lieu physique (financement dans le droit commun) : « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans) » et « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans » (validés par la HAS le 6 mars 2013). Cet acte est entré dans le droit commun, avec son inscription à la nomenclature.
- A distance via télé-médecine (financement dérogoire) : « Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et analysé via télé-médecine par un ophtalmologiste » et « Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptations optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé via télé-médecine » (validés par la HAS le 12 février 2015).
- Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé (validé HAS le 31 mars 2014)

Ce protocole de coopération vise à déléguer à un infirmier :

- l'évaluation des personnes âgées repérées comme fragiles,
- la décision, à l'issue de cette évaluation, d'orienter immédiatement la personne vers son médecin traitant (en cas de signaux d'alerte ou d'anomalies inexplicées ou multiples), ou bien vers les services sociaux ou les professionnels de santé adaptés afin de débiter la prise en charge de son syndrome de fragilité.

- Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin. (validé par la HAS le 16 juillet 2014) :

Le protocole consiste à confier à un infirmier, après un premier bilan réalisé par le médecin, une consultation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée, au sein d'une structure multi professionnelle assurant une consultation mémoire. Ces consultations sont réalisées en alternance avec celles du médecin.

- Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin (validé par la HAS le 29 mai 2013)

Le protocole consiste à confier, au sein des regroupements pluri professionnels, à un(e) infirmier(e) la prise en charge des personnes d'au moins 6 ans, souhaitant être vaccinées et plus précisément à :

- décider et prescrire le(s) vaccin(s),
- pratiquer l'administration vaccinale (non dérogatoire),
- mettre à jour le carnet vaccinal,
- gérer les effets secondaires.

- Prescription et réalisation de vaccinations et de sérologie, remise de résultats de sérologies par un infirmier en lieu et place d'un médecin (validé par la HAS le 22 mars 2012)

Ce protocole consiste à confier à un infirmier la prescription et la réalisation de vaccinations, la prescription d'examen sanguins et la remise des résultats sérologiques au cours d'une consultation infirmier de prévention.

- Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil (validé par la HAS en décembre 2010).

Cet acte est entré dans le droit commun depuis 2013, avec son inscription à la nomenclature.

L'indication du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre un orthoptiste formé à la réalisation de rétinographies et un médecin lecteur qui effectue leur lecture différée hors présence du patient, validée par la Haute Autorité de santé (HAS), concerne **les patients diabétiques âgés de moins de 70 ans, et sans rétinopathie diabétique connue.**

La HAS recommande que le médecin prescripteur remette à son patient, lors de sa prescription, des données cliniques utiles pour l'interprétation des clichés par l'ophtalmologiste : a minima le taux d'HbA1c, l'ancienneté connue du diabète, l'existence ou non d'HTA.

- Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste (validé par la HAS le 6 mars 2013).

Le protocole de coopération vise à déléguer par un ophtalmologiste la réalisation de photographies du fond d'œil (FO) à un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique (RD) par lecture différée de photographies du fond d'œil.

2. Comment créer une nouvelle démarche de coopération ?

Quels seraient les protocoles de coopération qui pourraient être à mis en place ?

- Ceux impliquant une délégation entre professionnels de santé quels qu'ils soient.
- Ceux qui répondent aux besoins croissants de prévention et de suivi des pathologies chroniques liés au vieillissement de la population.
- Ceux qui concernent les secteurs de l'offre de soins particulièrement concernés par les problèmes de démographie médicale et de sous-densité médicale et justifient, à ce titre, le développement de coopérations entre professionnels de santé.

Quels sont les critères de validation d'un protocole de coopération ?

Un protocole de coopération est validé dès lors qu'il répond à certaines exigences relatives :

- À ses caractéristiques : professions des délégué(s) et délégant(s), liste des actes dérogatoires proposés, caractéristiques du lieu d'exercice conditionnant la mise en œuvre du protocole, critères d'inclusion et d'exclusion des patients, ainsi que leurs caractéristiques, résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge et d'optimisation de la dépense de santé ;
- À l'information délivrée aux patients ;
- Aux activités de coordination entre professionnels : système d'information, staff, supervision médicale ;
- À la démarche qualité : gestion des événements indésirables, mise en place d'indicateurs de suivi, évaluation régulière des pratiques (références utilisées pour respecter les bonnes pratiques) ;
- À la formation des délégués qui doivent justifier d'une expérience et d'un niveau de diplôme professionnel initial suffisant ;
- Suivre une formation initiale ou continue, théorique et pratique, afin d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes ou activités délégués ;
- À la démarche de gestion des risques *a priori* : description de la nouvelle prise en charge étape par étape, intégrant les éléments permettant de la sécuriser.

Procédure simplifiée dans le cadre d'Ipep

L'article 39 de la LFSS 2019 prévoit un cadre simplifié pour les demandes d'autorisation de protocoles de coopération qui entrent dans le cadre des expérimentations nationales prévues par l'article 51 de la LFSS 2018².

Si le projet national d'expérimentation « article 51 LFSS » comprend un protocole, il est d'abord déposé par les professionnels de santé auprès du rapporteur général de l'article 51, puis soumis à la HAS.

Si l'initiative est locale, alors le projet de protocole est d'abord transmis à l'ARS, qui se coordonne avec les équipes au niveau national pour la saisine de la Haute Autorité de santé (HAS).

² Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Dans tous les cas, la HAS dispose d'un délai de six mois pour rendre son avis et son examen porte en particulier sur l'information du patient, la formation des professionnels concernés, et la gestion des évènements indésirables.

3. Et la pratique avancée ?

L'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. L'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée précise que la pratique avancée recouvre :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :
« 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé³ ;
« 2° Oncologie et hémato-oncologie ;
« 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

La première profession concernée par la pratique avancée est celle des infirmiers. Un infirmier en pratique avancée (IPA) est un infirmier expérimenté, d'au minimum 3 ans d'exercice, ayant obtenu un diplôme d'État spécifique précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master. Grâce à la validation des acquis d'expérience, les premiers infirmiers en pratique avancée pourront être diplômés dès l'automne 2019.

³ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique : accident vasculaire cérébral ; artériopathies chroniques ; cardiopathie, maladie coronaire ; diabète de type 1 et diabète de type 2 ; insuffisance respiratoire chronique ; maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ; épilepsie.

III. La coordination pluri professionnelle

La coordination est un facteur essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins. Elle vise non seulement des pathologies chroniques mais aussi des populations complexes dont les besoins de santé ne peuvent se résumer au seul domaine médical et exigent une pluridisciplinarité des soins.

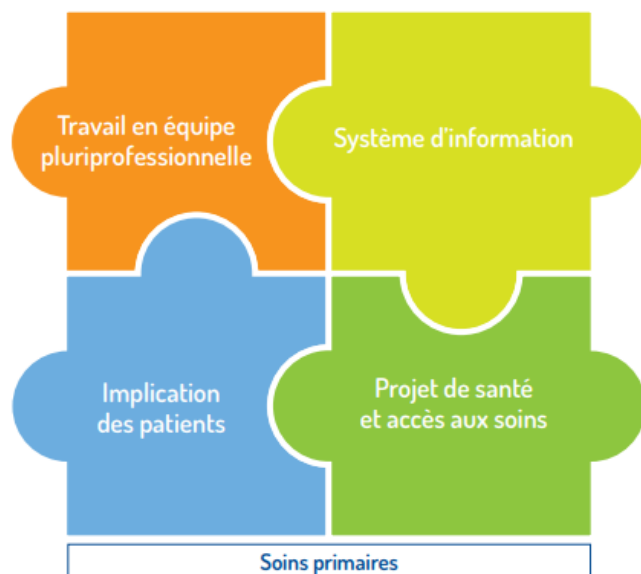
Cette fonction mobilise des compétences spécifiques, au-delà des compétences propres à la fonction de soignant. Parmi celles-ci, on peut évoquer la nécessité d'intégrer la notion de démarche transversale et la notion d'interdisciplinarité, de savoir s'impliquer et s'ajuster en permanence en fonction des interlocuteurs.

L'expérimentation Ipep facilite la coordination pluriprofessionnelle à l'échelle du groupement. La HAS a publié en 2014 un référentiel méthodologique, appelé « Matrice de maturité en soins primaires », pour aider des groupements d'acteurs en santé à formaliser un exercice pluriprofessionnel, à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients.

Qu'est-ce que la matrice de maturité en soins primaires⁴ ?

Il s'agit d'un outil pour une démarche qualité itérative dessinant une organisation optimale mise en place très progressivement, étape par étape, sur plusieurs années.

Passer d'un exercice « isolé » à un exercice regroupé présente le double avantage de conditions de travail plus sécurisées et attractives et permettant d'améliorer la coordination des interventions des professionnels autour des patients, spécifiquement les patients âgés ou poly-pathologiques ou en perte d'autonomie.



Le référentiel est structuré autour de 4 axes :

⁴https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/rap_support_matrice_de_maturite.pdf

1. Travail en équipe pluriprofessionnelle

La plupart du temps, ce sont les échanges informels entre professionnels, avant même l'organisation des premières réunions, qui traduisent l'organisation en cours. Il s'agit d'évoquer des cas compliqués et aussi de mieux communiquer entre professionnels. Très rapidement des réunions régulières s'organisent, facilitant l'échange avec l'ensemble de l'équipe. Ces réunions sont aussi l'occasion d'harmoniser les pratiques et les messages délivrés (protocoles pluriprofessionnels). L'équipe va aussi à la rencontre des autres acteurs du territoire pour organiser les interfaces entre les structures médicales et médico-sociales et faciliter ainsi la prise en charge des mêmes patients.

2. Système d'information

Que le système d'information vienne en soutien des nouvelles organisations et pratiques mises en place ou qu'il en soit le déclencheur, cela revient au même ; il est indissociable de ces nouvelles organisations visant à mieux coordonner les différentes interventions. Il facilite la communication entre les professionnels au sein d'une même structure ou entre plusieurs structures de soins, l'identification de façon systématique – et en dehors de l'urgence de la pratique quotidienne – de groupes de patients pour lesquels un renforcement du suivi serait nécessaire, l'analyse des résultats cliniques ou des processus de soins, etc. Cela implique qu'il soit utilisé de façon à pouvoir exploiter ses différentes fonctionnalités. Une partie d'entre elles suppose de recueillir des données cliniques de manière standardisée.

3. Projet de santé et accès aux soins

Une équipe s'inscrit dans un territoire local. Elle est attentive à répondre aux besoins de la population de ce territoire. Pour cela, elle se fixe des objectifs, à partir des besoins qu'elle a identifiés, partagés par l'ensemble des membres de l'équipe. Elle s'organise pour assurer son accessibilité à l'ensemble des patients qu'elle prend en charge et la continuité de leur prise en charge.

4. Implication des patients

Dans un contexte d'évolution des relations sociales, les patients et leur entourage, de plus en plus connectés à des sources d'information, prennent une part croissante au suivi quotidien de leur(s) pathologie(s), notamment dans une volonté d'« empowerment ». Si bien que la relation soignant-soigné s'en trouve modifiée. Ainsi, le mode de relation évolue progressivement vers des décisions davantage expliquées et partagées.

IV. Pertinence des soins

La pertinence et la qualité de certaines prises en charge sont des déterminants majeurs de l'efficacité d'un système de santé et font partie des principaux motifs des équipes volontaires pour expérimenter de nouveaux modes de financement.

Ainsi, la fiche outil relative à ce chantier d'amélioration sera déclinée en 2 parties, de la façon suivante :

- La qualité de la prise en charge ;
- La pertinence des soins prodigués.

1. La qualité de la prise en charge

Plutôt que de définir de façon exhaustive des critères de qualité pour tous les types de prise en charge, l'objectif de cette fiche est de proposer une méthodologie globale visant à améliorer constamment la qualité globale de la prise en charge que l'équipe offre à sa patientèle.

La « culture qualité »

- La « Culture » s'entend au sens de l'ensemble des convictions, valeurs, attitudes, réflexes conditionnés et modèles de comportement partagés qui caractérisent les membres d'une communauté ou d'une organisation.
- La « Qualité », qui dans le contexte des soins de santé, est définie par la *National Academy of Medicine* comme des soins sûrs, efficaces, efficaces, équitables, dispensés en temps opportun et axés sur le patient.

Le développement de cette « culture qualité » au sein de l'équipe consiste à créer des convictions et valeurs ou des comportements partagés axés sur une amélioration constante de la qualité de la prestation de soins.

Les objectifs d'une « culture qualité » dans le contexte des soins de santé sont :

- Améliorer de manière continue et dynamique la qualité des prestations de soins pour une population, en s'adaptant en permanence aux besoins de la population et aux objectifs de santé, et en assurant un suivi des dépenses ;
- Induire un changement de mentalité par rapport à la qualité, laquelle doit être perçue de façon positive et considérée comme une source de satisfaction pour tous les acteurs, et non comme un ensemble de contraintes supplémentaires ;
- Améliorer la qualité des résultats pour le patient (qualité de vie, santé, satisfaction par rapport à la prestation de services et aux soins dispensés, etc.) ;
- Garantir une transparence accrue quant à la qualité des soins prodigués ;
- Travailler efficacement, et si nécessaire cesser les actions qui ne fonctionnent pas.

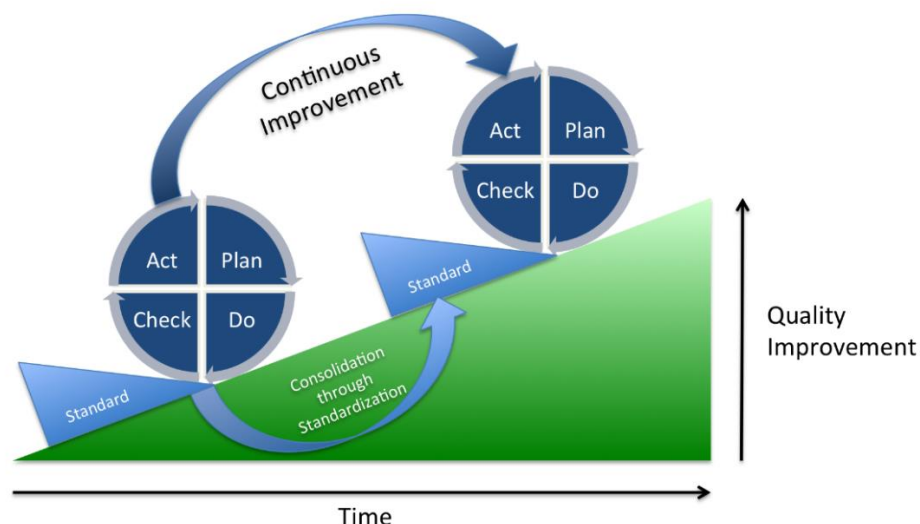
L'obtention de ces objectifs via le développement d'une « culture qualité » dans votre projet contribue directement à améliorer la santé de la population grâce à une meilleure qualité des résultats pour le patient, à augmenter la qualité des soins (ceci incluant une efficacité et une équité

accrues) par le biais d'une amélioration continue et dynamique de la qualité des soins, et à augmenter la satisfaction de tous les acteurs, y compris les prestataires de soins, en induisant un changement de mentalité par rapport à la qualité.

Mise en place d'un processus de qualité

Concrètement, cette méthodologie passe par la mise en place d'un processus de qualité, c'est-à-dire un système de qualité fondé sur des objectifs mesurables, des indicateurs, des processus de suivi et d'évaluation à intervalles réguliers. Chaque équipe peut donc mettre en œuvre une méthode et des indicateurs en vue d'une auto-évaluation récurrente. Certaines équipes procèdent déjà de cette manière, de façon plus ou moins formalisée. Pour les équipes qui le souhaitent, des recommandations pratiques sont proposées ci-dessous pour mettre en place ou renforcer ce processus :

- Il vaut mieux axer l'approche sur les résultats que l'on veut atteindre par ce biais plutôt que sur le changement de culture en soi.
- Il est essentiel de sensibiliser les acteurs sur l'amélioration de la qualité et ses enjeux :
 - Expliquer l'importance de mesurer et d'évaluer ;
 - Faire comprendre qu'il ne s'agit pas seulement d'obtenir des résultats aussi bons que possible pour le patient (efficacité), mais aussi des soins équitables, une communication de qualité avec le patient...
- La culture qualité peut jouer un rôle comme instrument de changement : une réflexion sur la qualité permet aux gens de remettre en question leur façon actuelle de travailler.
- L'implication des acteurs de soins est primordiale :
 - Pour convaincre de s'engager dans le processus de changement, il est souvent utile de démontrer la transversalité des problèmes soulevés.
 - Il est essentiel d'impliquer tous les acteurs et pas seulement une équipe réduite.
 - Une méthodologie simple sur la qualité est basée sur le cycle de qualité de Deming :



Dans le cadre d'Ipep, on peut ainsi impliquer les membres de l'équipe à chaque étape :

- i. PLAN : Planification d'initiatives selon leur expertise ;
- ii. DO : Réalisation des initiatives ;
- iii. CHECK : Evaluation et suivi des résultats ;

- iv. ACT : Implication dans la recherche d'améliorations possibles et adaptation des initiatives en fonction des résultats de l'évaluation.

Lorsque l'équipe est totalement associée de la sorte au processus de qualité, une véritable culture qualité peut se développer.

- Enfin, il faut mettre l'accent sur la transparence : dans le développement d'une culture qualité, la communication sur la qualité des initiatives (en fonction de critères objectifs) constitue une étape importante dans le processus.

En bref, la recherche de la qualité n'est pas une évaluation des performances, mais plutôt un changement de mentalité visant à entreprendre des actions en faveur de la qualité.

2. La pertinence des soins prodigués

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes, nationales et internationales.

Améliorer la pertinence des soins peut permettre à l'équipe :

- De concentrer les ressources vers des actes à plus haute valeur ajoutée pour le patient ;
- D'améliorer la qualité de ses prises en charge et donc de gagner en attractivité ;
- De réduire les possibles risques iatrogéniques d'actes par ailleurs inutiles.

Autrement dit, les enjeux sont donc les suivants :

- Un enjeu de sécurité et qualité des soins pour le patient ;
- Un enjeu d'équité d'accès aux soins pour les patients sur le territoire ;
- Un enjeu d'efficience : des opportunités de réorganisation et réallocation des ressources en s'adaptant au juste besoin de soins et de prescriptions.

Si ces enjeux sont généralement bien compris par les acteurs, leur déclinaison concrète sur le terrain n'est pas forcément aisée. Cette fiche propose donc une méthode, dite de « revue de pertinence des soins », permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, la mise en route ou la poursuite des soins.

Définition

Il convient d'abord de définir la pertinence de façon plus précise, moins du point de vue de l'effecteur de soin que du point de vue des conséquences pour le patient. Brook (1986) propose la définition suivante : « *un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues, et ce d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût.* »

Cela signifie que le soin a été choisi parmi l'ensemble des alternatives ayant démontré leur efficacité, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour une

affection et pour un patient donné. Un soin ne peut donc être pertinent que si certaines conditions sont satisfaites :

- Les compétences techniques et les autres ressources nécessaires au soin doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards ;
- Les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de tous les soins potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination du soin pertinent parmi ceux dont l'efficacité est connue.
- La pertinence des soins doit également être considérée dans le contexte social et culturel actuel, et au regard de la juste répartition des ressources de santé.

Ainsi, la pertinence des soins est relative à leurs indications et non-indications. On distingue deux grandes catégories de situations de « non-pertinence » :

- Un soin inutile (ou « *overuse* », utilisation en excès), qui peut entraîner une perte de chance par le délai occasionné dans le parcours de soins du patient, ou par la gêne occasionnée pour les soins suivants ;
- L'absence de soin (ou « *underuse* », sous-utilisation), qui peut entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

La revue de pertinence des soins repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsque aucun critère n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons pouvant expliquer la réalisation du soin. En lien avec la définition de la pertinence rappelée ci-dessous, la HAS retient que l'analyse de la pertinence d'un soin comporte potentiellement plusieurs dimensions :

- La probabilité pour le soin d'aboutir aux résultats attendus ;
- La prise en compte des préférences des patients ;
- La disponibilité des ressources de santé et la capacité à réaliser le soin selon les standards de qualité ;
- La prise en compte du contexte social, culturel ;
- La balance entre les bénéfices et les risques.

Revue de pertinence des soins

La réalisation d'une revue de pertinence répond à l'objectif d'une structure, d'un secteur d'activité ou d'un groupe de professionnels d'évaluer la pertinence sur un thème choisi. Un groupe projet permet de conduire le projet. La communication vers l'ensemble des professionnels concernés est essentielle tout au long du projet. La réalisation d'une revue de pertinence se déroule en quatre étapes :

1. Choisir un thème pour lequel un changement est souhaité dans la pratique professionnelle

Pour choisir un thème il est nécessaire de :

- Tenir compte de la fréquence du soin, des disparités de pratiques que les données épidémiologiques n'expliquent pas, des conséquences en termes de qualité/sécurité des soins, des dépenses de santé ou de l'impact sur l'organisation des soins, ainsi que de la faisabilité de la démarche ;

- Se baser sur un diagnostic de situation de la pratique réelle (sur la base de quelques dossiers par exemple) ;
- S'assurer de la disponibilité d'outil d'évaluation ou de références de bonnes pratiques.

2. Choisir les critères d'évaluation

Il s'agira :

- Soit de choisir un référentiel préétabli ;
- Soit d'établir une grille de critères sur la base de références professionnelles.

3. Recueillir les données et mesurer

Les données sont recueillies de façon rétrospective, à partir des dossiers, ou de façon prospective. La mesure consiste à appliquer l'outil d'évaluation sur un nombre de cas défini (un effectif de 30 est généralement considéré comme adapté).

4. Analyser les résultats et rechercher les causes des écarts entre la pratique réelle et la pratique souhaitée

L'analyse des résultats se fait au sein de l'équipe qui évalue sa pratique en réunissant les expertises requises sur la prise en charge. Elle comporte la recherche des causes des écarts constatés entre la pratique réelle et la pratique souhaitée. Certaines pratiques peuvent être non pertinentes du point de vue de la bonne utilisation des ressources mais être justifiées pour d'autres raisons (notamment en terme d'impact sur la santé du patient).

Cette méthode doit déboucher sur l'identification et la mise en œuvre d'actions d'amélioration concrètes et réalisables. Pour cela, il est nécessaire de faire plusieurs hypothèses concernant les changements qui permettraient de remédier au problème constaté, et de tester, le cas échéant, les solutions envisagées pour identifier celles qui apportent des améliorations. La pratique est de nouveau évaluée à partir des mêmes critères d'évaluation et des mêmes modalités que précédemment. Cette réévaluation permet de suivre l'efficacité des actions d'amélioration des pratiques mises en œuvre.

V. Prévention & éducation thérapeutique

Ce chantier peut se subdiviser en 5 grandes catégories, pour lesquelles il est proposé quelques exemples d'**actions innovantes** que vous pourriez mettre en place :

- **Prévention primaire** (diminuer l'incidence de la maladie) :
 - Vaccination systématique ou ciblée ;
 - **Conseils et information sur l'hygiène de vie** (alimentation, activité physique) ;
 - **Aide au sevrage de toxiques** (tabac, alcool, etc.).

- **Prévention secondaire** (diminuer la prévalence en écourtant la durée de la maladie) :
 - Participation aux programmes de dépistages organisés de cancer ;
 - Orientation précoce des patients avec signes de démence ;
 - **Dépistage et prise en charge adaptée et précoce** pour éviter l'aggravation et la chronicisation de certains symptômes (lombalgies, troubles de l'humeur, etc.).

- **Prévention tertiaire** (diminuer la gravité et les conséquences de la maladie) :
 - **Education du patient** sur sa pathologie, les facteurs d'aggravation, le pronostic, etc. ;
 - Sensibilisation du patient sur les signes d'alerte qui doivent le faire consulter ;
 - Information du patient et de l'entourage sur les conduites à tenir en cas de problème.

- **Prévention quaternaire** (limiter la iatrogénie induite par la maladie) :
 - Réévaluation régulière de l'ordonnance (pertinence, risque d'interaction, etc.) ;
 - **Education thérapeutique des patients**, en individuel ou en groupe.

- **Autres** :
 - **Espaces d'échange** et de dialogue, **ateliers collectifs**, partage d'expérience ;
 - Stratégies d'autonomisation (« empowerment »), entretiens motivationnels ;
 - Mise en place d'un **accueil thérapeutique** (formation des secrétaires-assistants).
 - Etc.

Les équipes participantes à l'expérimentation Ipep sont vivement encouragées à se saisir de ces outils pour perfectionner leurs pratiques sur le chantier de la prévention et de l'éducation thérapeutique.