

Compte-rendu

Réunion du : 16/06/2015

**Titre : Commission des Pratiques et
des Parcours (CPP)**

PRESENTS :

Personnalités : Mme Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, Mme Marie-Renée BABEL, Dr Jean-Luc BARON, Pr Laurent BEDENNE, Mme Michèle BELLIOU, Dr Sylvia BENZAKEN, M. Philippe DENRY, Dr Eric GALAM, Pr Pascal GUERET, Mme Marie-Claude LEFORT, Mme Marie-Paule MASSERON, Pr Bertrand MILLAT, Dr Christian MULLER, Dr Sébastien NOVELLAS, M. Antoine PERRIER, Dr Pierre PERUCHO, M. Laurent PLANSONT, M. Jean-Louis PONS, Dr Alain PROUST, Mme Fanny RUSTICONI, Dr Nicolas SAINMONT, Dr Jean-François SERET, Dr Michel SERIN, Mme Frédérique TEURNIER, Dr Jean-Charles VAUTHIER.

Institutionnels : Dr Julien CARRICABURU(CNAMTS), Dr François FRETE (MSA), Dr Arlette MEYER (DGOS), Mme M. PERRIN (DGOS), Dr Laure PRÉSTAT (CNAMTS), Dr Brigitte SEROUSSI(DSSIS), Dr Catherine THIOLET-CREACH (Service de santé des Armées), Dr Michel VARROUD VIAL (DGOS).

HAS : Dr Rémy BATAILLON, Dr Stéphane BEUZON, Dr Julie BIGA, Dr Jean BRAMI, Dr Jean-Michel CHABOT, Mme Nathalie DEROZIER, Dr Marc FUMEY, Dr Catherine GRENIER, M. Thomas LE LUDEC, Dr Pierre LIOT, Dr Florence MARECHAUX, Mme Laetitia MAY, M. Yvonnick MORICE, Mme Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, Dr Marie-Hélène RODDE-DUNET, Mme Marilyn RUBINSZTEJN, Dr Jean-François THEBAUT, M. Philippe THIBAUT.

Invité exceptionnel : M. Jean-Pol Durand, journaliste honoraire (présent sur le point 2)

Excusés :

Dr Alain BEAUPIN, Dr Francis DUJARRIC, Dr Hélène ESPEROU, Mme Marie-Claude GASTE, Dr Jean MANE, Pr Philippe ORCEL, Dr Bernard ORTOLAN M. Gérard RAYMOND.

Dr Michèle BRIAN (DGS), M. Felix FAUCON (DGOS), Dr. Elisabeth FERY-LEMONNIER (SGMCAS), Dr Anne-Marie GALLOT (DGS), Dr Nicole JANIN (ASIP), Dr Morgane LEBAIL (DGOS), Mme Hélène MONASSE (DSS), Mme Marie-Dominique LUSSIER (ANAP), Mme Marion PAUFIQUES (DGOS), Dr Antoinette SALAMA (RSI), Véronique WALLON (ARS).

Dr Philippe CABARROT, Mme Christine VINCENT.

Diffusion : Membres, participants et mis en ligne sur le site de la Haute Autorité de Santé

Ordre du jour

1. Approbation du compte-rendu de la réunion de la CPP du 13/03/2015

2. SMACDAM (Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades) :
 - 2.1 Etat des lieux des modèles d'organisation des soins spécialisés et de leur coordination avec les soins primaires (chargé de Projet J-P Durand)

2.2 Présentation feuille de route « Coopération pluriprofessionnelle autour de l'insulinothérapie des diabétiques de type 2 » (Chef de projet, Stéphane Beuzon)

2.3 Réflexion autour de l'utilisation des productions de la HAS (J-F Thébaut ; Rémy Bataillon : Adjoint au Directeur de la DAQSS ; Catherine Grenier : Adjoint au Directeur DAQSS ; Laetitia May : Chef de service MSP ; Marie Hélène Rodde-Dunet : Chef de service SEVAM)

3. SEVAM (Service Evaluation et Amélioration des Pratiques) :

3.1 Présentation du Service Evaluation et Amélioration des Pratiques [Pertinence, e-santé, programmes d'amélioration des pratiques] (Chef de service, Marie-Hélène Rodde-Dunet)

3.2 FOCUS sur DCI (dénomination commune internationale) et systèmes d'information (Marc Fumey : Adjoint au chef de service SEVAM ; Pierre Liot : Chef de projet SEVAM)

3.3 « Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 » (Chef de projet, Julie Biga).

4. MSP (Mission sécurité du patient)

4.1 Résultats préliminaires de la consultation publique sur l'auto administration des médicaments (Y Sami Chef de projet, L. May, Chef de la MSP)

4.2 Analyser un événement indésirable et classification (E. Galam), (J. Bami, Chef de projet MSP)

4.3 Actualités : Accréditation en équipe, retour sur la conférence de presse sur la sécurité du patient, point sur le décret EIG (L. May ; P. Cabarrot Conseiller technique DAQSS)

5. Question diverses

Le Président de la HAS, le Professeur Jean-Luc Harousseau, souhaite la bienvenue aux membres de la CPP.

Il situe la création de la CPP dans le cadre de la réorganisation des commissions de la HAS.

Il rappelle les missions de cette nouvelle commission :

- se prononcer en amont des décisions du collège sur l'ensemble des sujets relevant de l'amélioration des pratiques, le programme pertinence, l'accréditation, le DPC, la sécurité des soins et des patients et les parcours de soins.
- préparer également l'avis du collège sur les coopérations entre professionnels de santé.

Il insiste sur l'importance de la représentation de l'ensemble des pratiques professionnelles dans cette commission.

Il précise le mode de fonctionnement de la commission . Le Président attend des en particulier des membres de la CPP de transmettre à la HAS les retours d'expériences qu'ils pourraient recueillir sur l'utilisation des productions de la HAS.

Le Président de la HAS rappelle que la réorganisation des commissions de la HAS a également conduit à la création de la Commission des stratégies de prise en charge, présidée par Monsieur Alain Cordier.

Le Président de la CPP salue les membres de la commission et souhaite la bienvenue au dernier membre nommé par décision du Collège de la HAS le 27/05/2015, Mme Fanny Rusticoni, masseur kinésithérapeute, Présidente du CMK.

Jean-François Thébaut informe les participants de la nomination de Michel Varroud-Vial à la DGOS, en tant que conseiller technique du Directeur Général, Jean Debeaupuis.
Marie-Hélène Rodde-Dunet, chef du SEVAM, assure l'intérim de la chefferie du SMACDAM assurée par Michel Varroud-Vial avant son départ de la HAS.

1. Approbation du compte-rendu de la réunion de la CPP du 13/03/2015

Le compte-rendu de la CPP du 13/03 est approuvé à l'unanimité.

2. SMACDAM (Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades) :

2.1 Etat des lieux des modèles d'organisation des soins spécialisés et de leur coordination avec les soins primaires (J-P Durand, journaliste honoraire) Parcours de soins : le levier financier à l'œuvre en Europe et aux Etats-Unis

Monsieur Durand remercie le Président de la Commission et la HAS de lui permettre de présenter ce travail en avant-première.

- En Allemagne, la loi de « consolidation » du système de soins adoptée en mars 2015 (Versorgungsstärkungsgesetz) prévoit un cadre incitatif pour pallier 25 000 départs en retraite de médecins attendus d'ici 3 ans.

Cette loi a pour objectifs, de favoriser l'installation « là où est la demande » et le rachat possible de cabinets dans les régions « sur-denses », de garantir un RV chez le spécialiste dans un délai de 4 semaines (plate-forme par territoires), de favoriser les pratiques innovantes (300 M€/an de 2016 à 2019) et de favoriser l'accès à un second avis.

Cette loi vient renforcer une architecture mise en œuvre dès 2005 pour moderniser le système de santé.

Trois dispositifs avaient été mis en place à l'époque :

- Les HZV, « Hausarztzentrierte Versorgung », qui correspondent aux MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires),
 - Les MVZ, « Medizinischen Versorgungszentrum », (Centre de prestations médicales) ; au nombre de 2000, ces établissements affichent actuellement un dynamisme étonnant et absorbent l'essentiel des promotions de jeunes médecins
 - Les DMP (Disease Management Programs).
- Aux Pays-Bas, la réforme Dekker-Simons conçue fin des années 80 a été mise en œuvre en 2006.

Trois niveaux de risque sont distingués :

- AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, pour les risques « exceptionnels » (handicap, soins de plus d'un an...)
- ZVW, Zorg Verkerings Wet, couvrant les soins courants; libre choix de l'assureur pour toute population, dont l'objectif est la régulation des acteurs par concurrence assureurs.
- Prestations « hors panier » (optique et/ou dentaire) ; périmètre évolutif.

Comme en Allemagne le déploiement des programmes de Disease Management et une nomenclature fondée sur les « épisodes de soins » contribuent à une reconfiguration assez rapide et profonde du second recours avec la multiplication des établissements spécialisés dans la pratique ambulatoire, aujourd'hui deux fois plus nombreux que les hôpitaux !

- En Suisse, le socle législatif LAMAL (Loi d'Assurance MALadie) date de 1994

La situation actuelle se caractérise par quatre « originalités » :

- régulation par la concurrence encadrée + participation des assurés (Franchise annuelle de 300 FS (ou plus sur option, jusqu'à 2000) + Quote-part (= TM) de 10% au-delà,
 - expérience réelle des « HMO »,
 - administration largement décentralisée aux cantons,
 - une « démocratie sanitaire » validée dans les votations (3 référendums depuis 10 ans).
- Aux USA, le nouveau Socle législatif : ACA (Affordable Care Act), dit Obamacare, promulguée le 30 mars 2010.

L'aspect le plus connu en est une assurance-santé pour la population qui en était jusqu'ici privée (16, 6 M américains couverts sous ce régime au 15 février dernier). Mais l'ObamaCare c'est aussi une réforme du système de santé avec un catalogue d'une cinquantaine d'innovations et la création du CMS Innovation Center, véritable instrument fédéral de « pilotage » du changement par le mode de financement.

Parmi les innovations en voie de validation :

- les ACOs (Accountable Care Organizations), nouvelles structures de prise en charge des soins spécialisés, fondés sur le principe du partage des économies générées par une bonne coordination des soins

- les PCMHs (Patient-Centered Medical Homes), sortes de « Maisons de santé pluridisciplinaires », faisant une large place aux professions paramédicales et qui sont, de fait, en voie de croissance rapide, à l'initiative conjointe des régimes fédéraux, des États et des opérateurs privés.

La discussion porte sur :

A qui attribuer la veille de l'organisation des soins spécialisés et de leur coordination avec les soins primaires en Europe et aux Etats-Unis ?

La prégnance du salariat des professionnels de santé dans les modèles des différents pays présentés;

L'ouverture nécessaire de l'organisation des soins vers le médico-social ;

L'existence ou non d'indicateurs de suivi de la qualité médicale ;

Les enjeux électoraux de la politique médicale ;

...

2.2 Présentation feuille de route « Coopération pluriprofessionnelle autour de l'insulinothérapie des diabétiques de type 2 » (Chef de projet, Stéphane Beuzon)

Le chef de projet présente la feuille de route et précise les objectifs de ce travail :

- Fournir des repères aux professionnels pour consolider et améliorer leurs pratiques en équipe, grâce à l'élaboration et au suivi de protocoles pluriprofessionnels,
- Améliorer l'autonomie des diabétiques pour réaliser l'insulinothérapie, en évitant les recours inutiles ou inutilement prolongés à un infirmier,
- Définir les indications et les limites d'une délégation de tâches aux infirmiers pour le suivi et l'adaptation des doses des diabétiques de type 2 insulino-traités.

C.f. diaporama

La discussion porte sur :

- La place du biologiste médical dans les parcours de soins ;
- La question de la mise à l'insuline à l'hôpital ou pas à l'hôpital ;
- Le rôle important du pharmacien, dans le dialogue et la transmission des messages clés au diabétique ;

Un membre de la commission fait remarquer qu'à l'occasion de l'actualisation du référentiel de pratiques sur le sujet, il serait important d'évoquer l'aspect dentaire non pris en compte dans la version actuelle. La remarque sera transmise au service des bonnes pratiques professionnelles.

2.3 Réflexion autour de l'utilisation des productions de la HAS (J-F Thébaut ; Rémy Bataillon : Adjoint au Directeur de la DAQSS ; Catherine Grenier : Adjoint au Directeur DAQSS ; Laetitia May : Chef de service MSP ; Marie Hélène Rodde-Dunet : Chef de service SEVAM)

Pour faire suite à l'introduction du Président de la HAS, Jean-François Thébaut réaffirme le rôle de chacun des membres de la CPP, en particulier dans le recueil des retours d'expériences sur l'utilisation des productions de la HAS.

Un séminaire de réflexion sera organisé **vendredi 23 octobre matin**, pour répondre, entre-autres, aux questions suivantes :

- Les productions de la HAS sont-elles connues ?
- Comment sont-elles connues ?
- De qui sont-elles connues ?

- Les productions de la HAS sont-elles utilisées ?
- Lesquelles sont utilisées ?
- Quels types de productions sont les plus utilisées ?
- Pourquoi sont-elles utilisées ?
- Qui les utilise ?
- Comment sont-elles utilisées ?
- Comment sont-elles perçues (contrainte ou aide) ?
- Sont-elles utiles ?
- Sont-elles utilisées efficacement ?
- Quel rôle tiennent les enseignants dans la prise en compte des productions de la HAS ?
- Quelle représentation de la HAS ont les professionnels sur le terrain ?
- ...

Les membres de la CPP qui souhaiteraient participer à ce séminaire sont invités à se faire connaître auprès du Dr J-F Thébaut et de l'assistante de la commission, M. Rubinsztein.

3. SEVAM (Service Evaluation et Amélioration des Pratiques) :

3.1 Présentation du Service Evaluation et Amélioration des Pratiques (Chef de service, Marie-Hélène Rodde-Dunet)

La chef du service SEVAM présente les missions et travaux en cours dans son service :

- Pertinence des soins. Jean-François Thébaut propose de **présenter à la prochaine CPP du 29 septembre prochain** les travaux autour de nouvelles méthodes pour diffuser la notion de pertinence (« choosing wisely » = « choisir avec soins » notamment, travaux canadiens traduction française - « lower value procedure » ;
- Dispositifs de certification des LAP et des LAD, Agrément des BdM ;
- Programme « Psychiatrie et Santé mentale » ;
- Mise à disposition des méthodes DPC ;
- Evaluation des expérimentations dites "Article 70" ;
- Evaluation des expérimentations de télémédecine, dites "Article 36" ;
- Expérimentation en ville la démarche du patient traceur (parcours de santé) ;
- Protocoles de coopération, dits "Article 51". **Le sujet sera présenté à la prochaine CPP, le 29 septembre prochain ;**
- Trisomie 21 ;
- Guide E-learning ;
- Référentiel qualité sur les outils et services de santé mobile.

La discussion au sujet de la pertinence des soins porte sur :

- la sur-prescription, la sous-prescription et le mésusage :
En cherchant à contrôler les sur-prescriptions, n'aggrave-t-on pas le mésusage?
- La redéfinition avec les sociétés savantes concernées, de ce qu'est une maladie et ce qui justifierait qu'on la traite (exp : Burn-out, pathologie en forte croissance, liée à la qualité de vie au travail).

C.f. diaporama

3.2 FOCUS sur DCI (dénomination commune internationale) et systèmes d'information (Marc Fumey : Adjoint au chef de service SEVAM ; Pierre Liot : Chef de projet SEVAM)

- 3.2.1. Marc Fumey présente la « Certification logicielle des LAP et des LAD ». Il situe les bases légales et réglementaires de la certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et des logiciels d'aide à la dispensation (LAD). Il en précise les objectifs, identifie le rôle de chacun des acteurs (HAS, COFRAC, organisme certificateur) et présente un état des lieux du déploiement de la certification.

La discussion porte sur :

- La place de l'ordonnance,
- L'intérêt des piluliers et le maintien de l'autonomie des patients,
- Le rôle du pharmacien.

C.f. diaporama

- 3.2.2. Le Dr. Pierre Liot présente la « Prescription en DCI avec les LAP certifiés »

C.f. diaporama

3.3 « Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 » (Chef de projet, Julie Biga).

La Chef de projet présente la synthèse des résultats contenus dans le 3^{ème} rapport d'évaluation de l'expérimentation dite article 70.

Sur le plan des résultats, la HAS constate globalement une faible progression des actions par rapport à l'an passé, en dehors d'une significative montée en charge du repérage des patients fragiles (cela est réalisé dans 10 équipes sur 11), de l'utilisation des outils tels que PPS¹ (5 équipes sur 11 l'ont mis en place de manière effective) et l'EGS² (action fonctionnelle dans 6 équipes sur 11).

Le précédent rapport d'évaluation de la HAS, paru au printemps 2014, a déjà mis en lumière que l'organisation des professionnels de santé primaire en équipes pluriprofessionnelles était une condition de base pour faire émerger et faire avancer les projets.

La capacité à recueillir les données cliniques structurées et informatisées, les partager et les utiliser est une autre condition nécessaire au bon fonctionnement des organisations de coordination comme l'avait pointé le précédent rapport. Le besoin d'un usage renforcé des systèmes d'information a de nouveau été identifié par tous les porteurs de projets article 70. Le projet informatique n'est en effet fonctionnel que dans seulement 5 projets sur 11. Il est cependant utile de rappeler que le processus adéquat est de commencer par travailler sur l'organisation pour donner ensuite sa pleine puissance à l'outil informatique et non le cheminement inverse.

¹ PPS : Plan personnalisé de santé.

² Evaluation gérontologique standardisée

D'une manière générale, la HAS fait le constat qu'il n'y a, à ce jour, pas ou très peu de données quantitatives mises à disposition par les pilotes alors que c'est bien l'impact du dispositif expérimental, notamment sur les ré-hospitalisations non programmées, que la HAS cherche à évaluer.

Du fait de fortes particularités régionales menaçant la possibilité d'une généralisation d'une part, de l'absence de définition d'indicateurs de suivi a priori et de pilotage central d'autre part, la faisabilité d'une évaluation quantitative nationale par la HAS paraît à ce stade compromise.

Pour ces raisons, le Collège de la Has souhaite mettre un terme à cette évaluation.

Les projets de l'expérimentation qui fonctionnent déjà pourraient, de ce fait, continuer à être pilotés par les ARS en région, en se calquant au besoin sur le suivi mis en place par le Projet Paerpa. Les équipes pourraient alors poursuivre leur travail et faire évoluer les mesures mises en place pour améliorer le parcours des patients âgés en risque de perte d'autonomie.

La discussion porte sur :

- Le risque de perte d'autonomie n'est pas uniquement lié à l'âge (nous sommes tous en risque de perte d'autonomie) ;
- Le manque de lien entre les dispositifs/structures mis en place (CLIC, MAIA, HAS...), elles sont l'objet de confusion sur le terrain.
- Certaines équipes engagées « dans l'article 70 » ont pu être freinées par le lancement de l'expérimentation paerpa.
- Toute expérimentation est limitée dans le temps ; La HAS peut, dans ce cadre, en estimer l'arrêt nécessaire.

La chef de service précise que la durée de l'expérimentation paerpa était de 5 ans maximum ; Après 3 ans la HAS souhaite mettre un terme à cette évaluation.

C.f. diaporama

4. MSP (Mission sécurité du patient)

4.1 Résultats préliminaires de la consultation publique sur l'auto administration des médicaments (Y Sami Chef de projet, L. May, Chef de la MSP) par le patient/entourage.

« L'objectif est de connaître de façon large le point de vue des professionnels de santé, des usagers et des institutionnels sur ce sujet ». Cette question a été soulevée lors de l'adaptation du guide de sécurisation du médicament à l'HAD. Pour rappel : la réglementation en vigueur interdit l'auto-administration des médicaments par le patient en établissement de santé, HAD ou non.

La cheffe de service précise que même si la consultation a permis le recueil de 63 réponses, il n'y a pas eu de réponses des institutionnels, des représentants des établissements ou des usagers. Pour cette raison 2 réunions sont organisées en plus.

Les résultats de la consultation seront ensuite présentés au collège de la HAS. La discussion porte sur la responsabilité des professionnels et la réglementation. M. P Perrucho fera parvenir à la Mission sécurité des patients des documents sur l'évaluation de l'autonomie du patient qui sont en cours de finalisation dans sa région.

C.f. diaporama

4.2 Analyser un événement indésirable et classification (E. Galam), (J. Bami, Chef de projet MSP)

Deux documents ont été élaborés par le groupe de travail sur la sécurité du patient en ville :

- Analyser un Événement Indésirable Associé aux Soins (E.I.A.S.)
- Classification des E.I.A.S. hors établissements de santé

Ces deux documents sont présentés à titre d'information à la commission et sont inscrits au collège de la HAS le 17 juin 2015. Ils complètent la boîte des outils disponibles en ville. Dès leur validation, la CPP en sera destinataire.

C.f. diaporama

4.3 Actualités : Accréditation en équipe, retour sur la conférence de presse sur la sécurité du patient, point sur le décret EIG (L. May) ;

La cheffe de service fait le point sur différents sujets d'actualités : l'accréditation des équipes médicales qui est désormais lancée avec 5 équipes déjà accréditées et plusieurs spécialités qui veulent suivre. Le diaporama fait le point sur les retours très encourageants des 1eres équipes.

L'actualité sur la conférence de presse du 27 mai dernier n'est pas présentée faute de temps mais le diaporama permet de se faire une idée des messages passés « Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins ».

Enfin un point d'information est fait sur le décret sur les événements indésirables graves dont la parution (avec son instruction) est prévue pour la fin d'année 2015 ou le début d'année 2016.

C.f. diaporama

5. Question diverses

- ✓ **Quels termes utiliser (dans les productions HAS) pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé ? (J. Bami, Chef de projet MSP)**

Suite à la dernière CPP, la HAS devait proposer une réflexion sur les termes à utiliser dans les productions HAS pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

La discussion porte sur la proposition « soins de ville ». La notion de parcours devrait être plus présente et non dissocier ville et établissements de santé.

Les membres de la commission seront invités à donner leur position sur le document et l'enrichir.

La MSP enverra le document fin juin pour un retour en septembre.

C.f. diaporama

Prochaines Commissions :

- **29 septembre 2015**
- ~~4 décembre~~ **remplacé par le vendredi 11/12/2015**