



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Démarche Qualité centrée sur l'impact clinique, une approche du parcours du patient

---

**Armelle Leperre Desplanques, MD, PhD**  
**Programmes Pilotes Impact Clinique**  
**Direction Qualité & Sécurité des Soins**  
**HAUTE AUTORITE DE SANTE - FRANCE**

*« Quelles méthodes pour améliorer la performance clinique? »*  
*Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité-Santé*  
*CIPIQ-S - NAMUR 11et 12 octobre 2012*

# Liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 4 mars 2002, F)

## Armelle Leperre Desplanques

Titulaire de brevets/Porteur de parts sociales ou membre d'une structure de gouvernance ou salarié	➤ NON
Consultant ou membre d'un Conseil scientifique	➤ NON
Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents	➤ NON
Prise en charge de frais de voyages, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations	➤ NON
Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique	➤ NON
Co-Investigateur d'une étude clinique	➤ NON

# Qualité, le constat

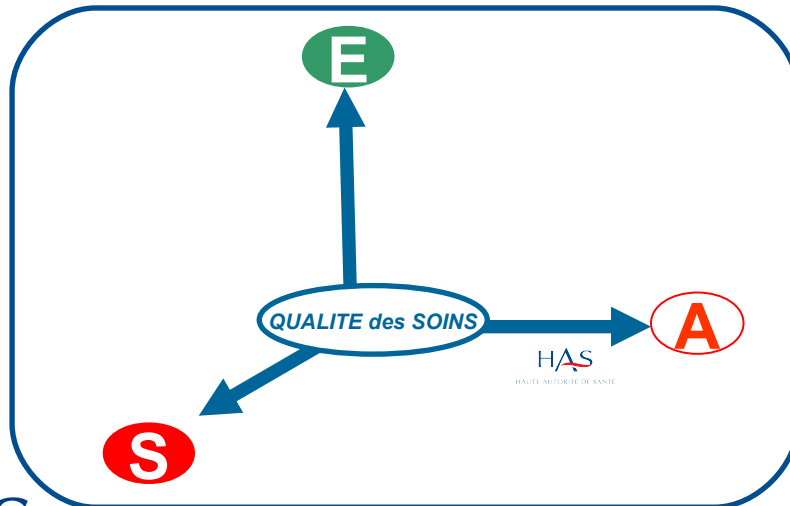
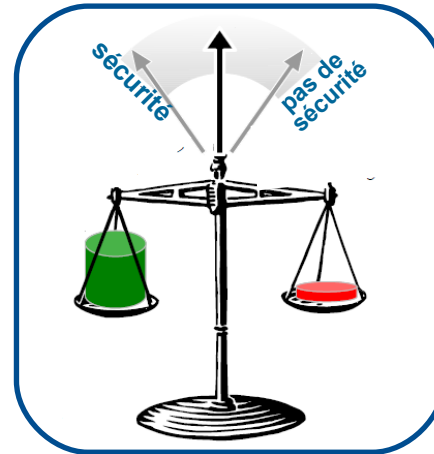
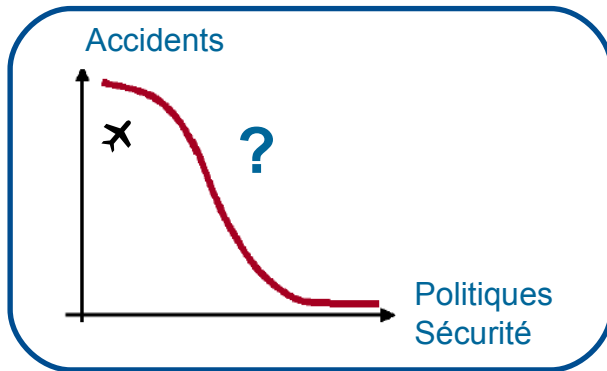
## ❑ Des résultats “Safety” décevants au regard des investissements

- To err is human 1999 Kohn
- Five years after, what have we learnt ? 2005 Berwick
- Transforming healthcare: a safety imperative. 2009  
Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, Lawrence D, Morath J, O'Leary D, O'Neill P, Pinakiewicz D, Isaac I

## ❑ Des approches méthodologiques non probantes

- Les effets non attendus des indicateurs
- Les limites des modèles industriels de la qualité

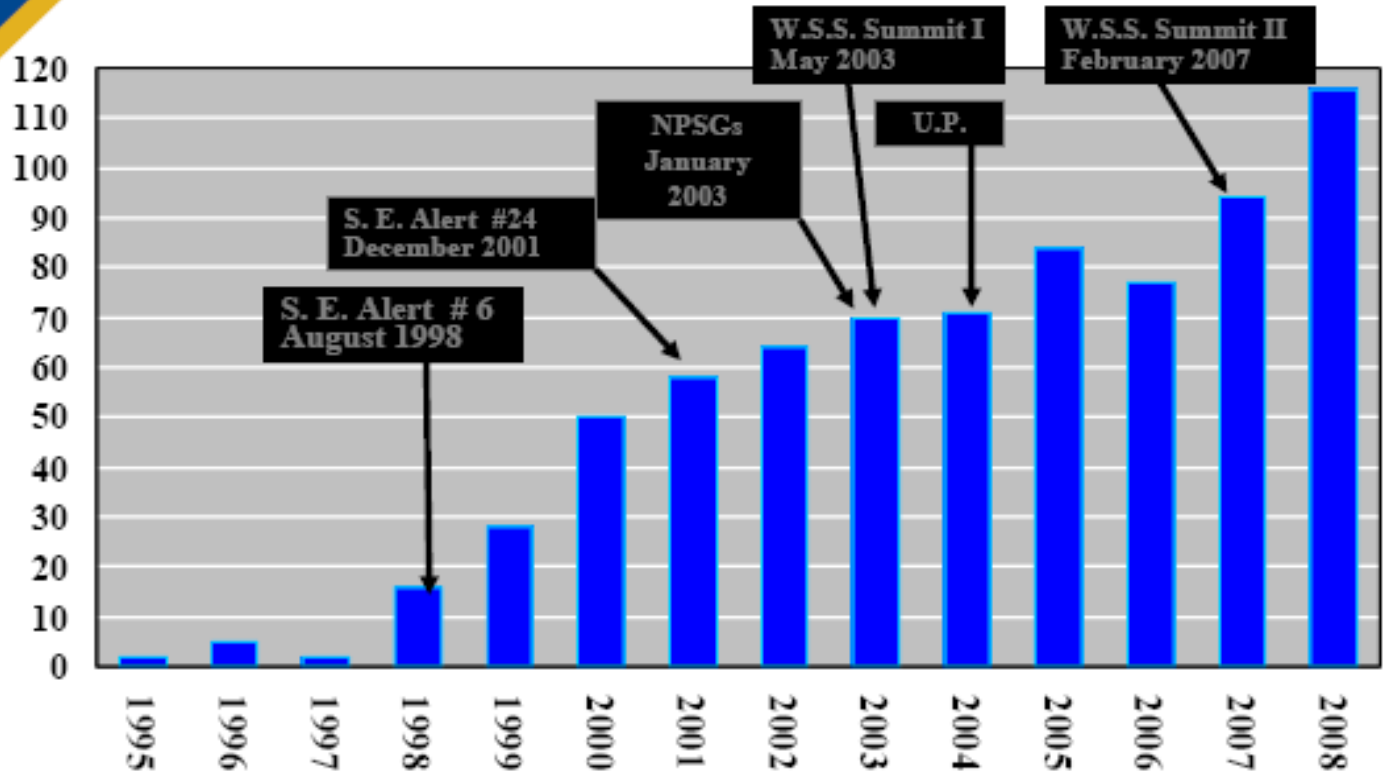
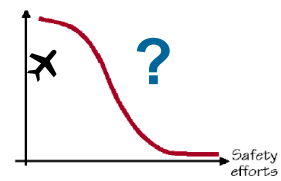
# Sécurité & Qualité – ESA



Desplanques-Leperre A et al., Clinical Impact of Quality Improvements, Qual Saf Health Care April 2010 Vol 19 No1

# Pour une approche systémique de la qualité : ESA

## Wrong-site Surgeries Reported by Year



Copyright, The Joint Commission



*Jerod M. Loeb, PhD*  
 Executive Vice President  
 Division of Quality Measurement and Research  
 The Joint Commission - United States of America



# Mesurer, pourquoi?

## ⇒ Mesurer pour améliorer

⇒ Pas d'amélioration sans mesure

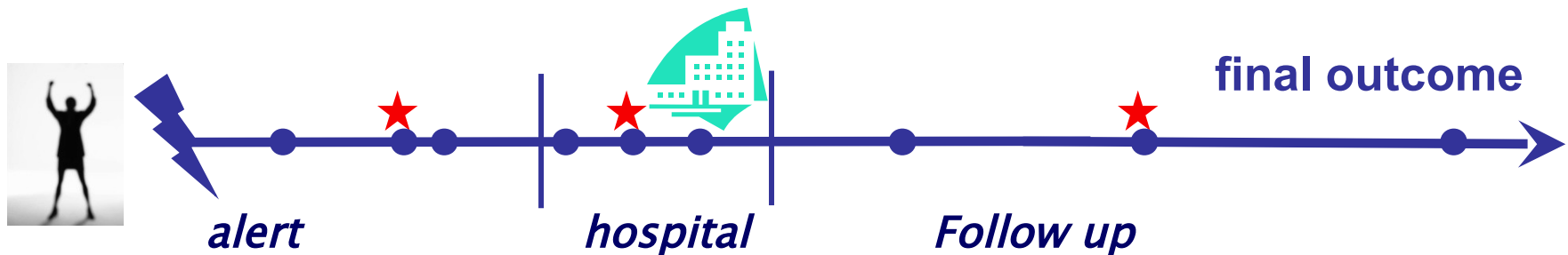
## ⇒ Mesurer pour améliorer la qualité ?

- Indicateurs Watcher 2008 pneumopathie, chute...
- P4P Heath 2007, Gubb 2008, Rolland 2009
- Collaboratives Pronovost 2008, Lindenauer 2008

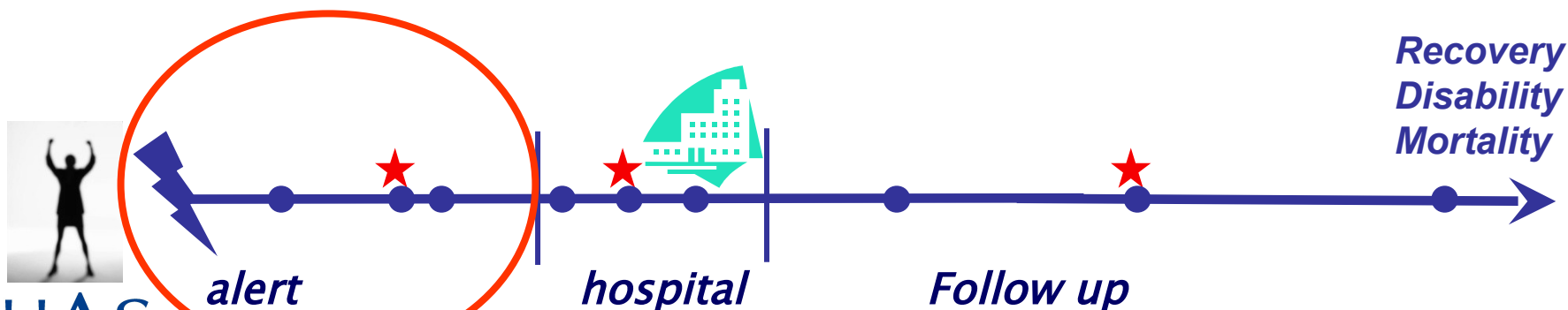
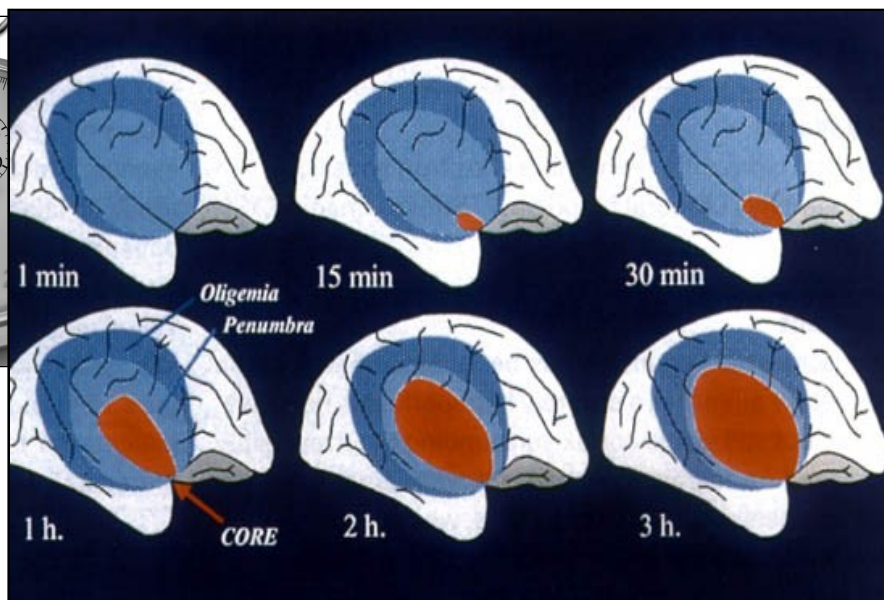
## ⇒ Mesurer pour améliorer l'impact clinique ?

- Qu'est ce que l'impact clinique : résultat pour le patient, pour les patients pris en charge, pour les patients qui auraient du l'être ?
- Comment améliorer l'impact clinique?
- Que mesurer et comment?

Considering the patient centered pathway / full cycle of care permits to address the real result (final outcome) for the patient, from the first symptoms to the recovery/chronic condition/death



# Stroke or MI: « Time is heart, time is brain, time is life »





# Myocardial infarction



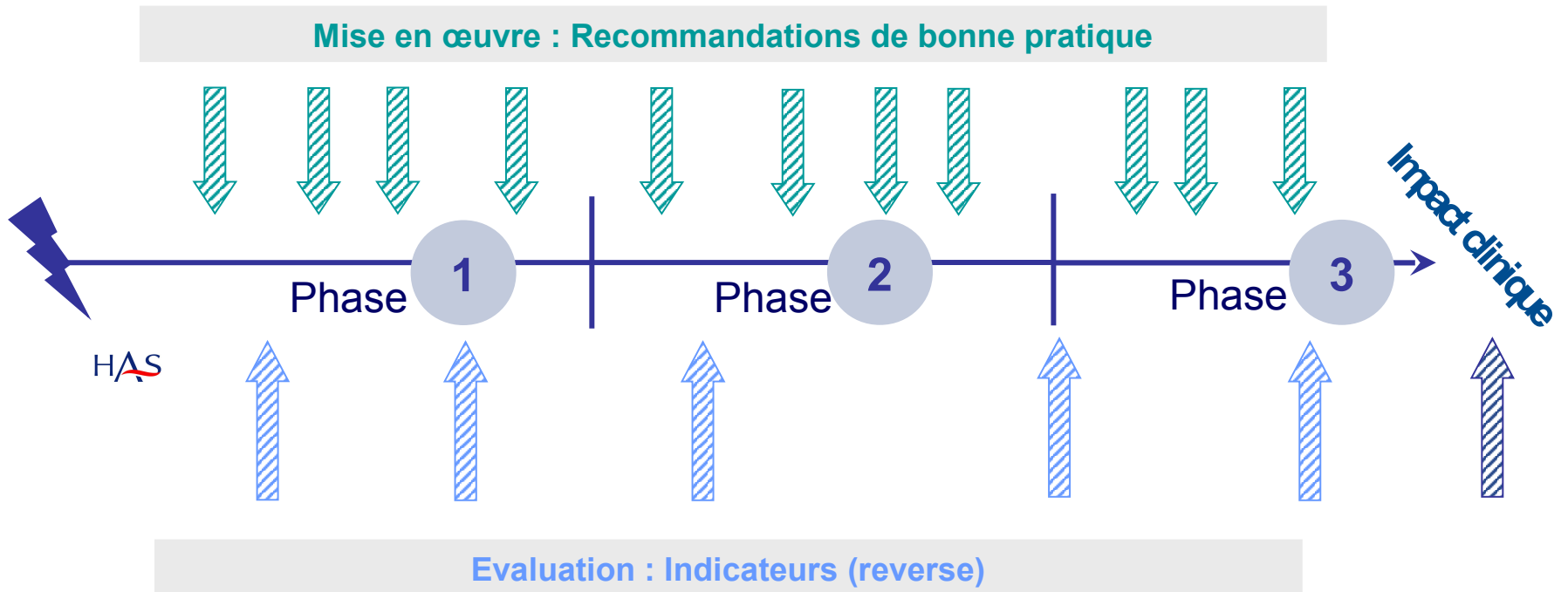
7  
1/6

1  
4  
6

Mortality

# Programmes qualité & Impact clinique

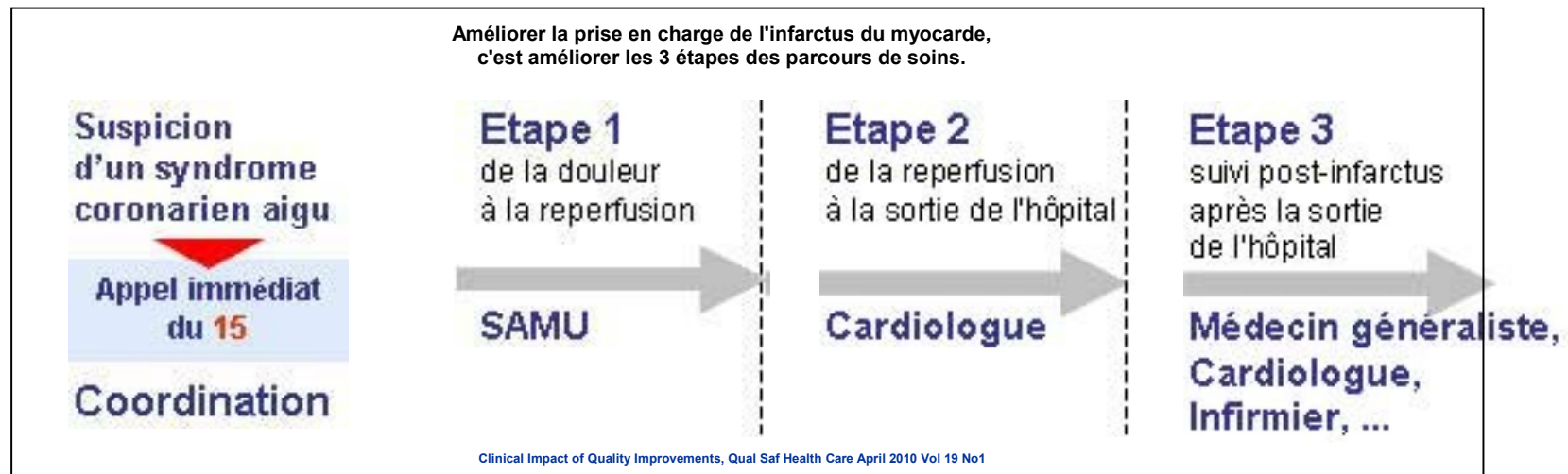
## Parcours de prise en charge



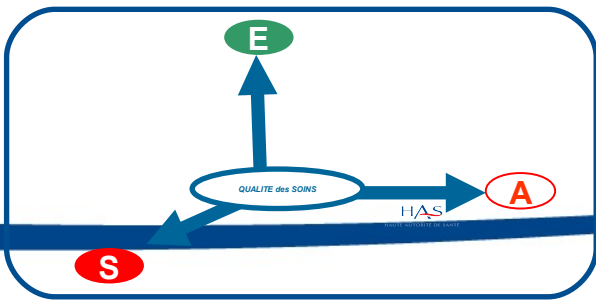
# Concept 1 - Approche centrée sur le patient/son parcours

## Parcours de prise en charge / Parcours de vie :

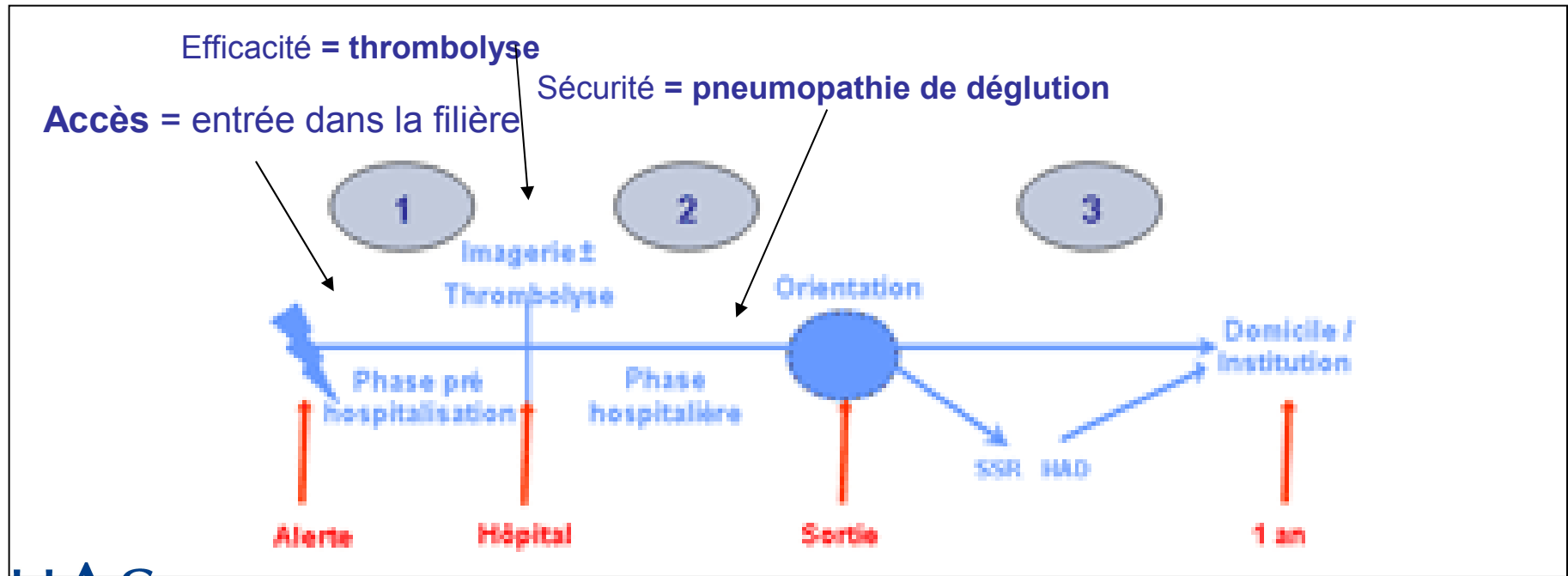
- avant, pendant et après l'hôpital, interfaces (ex : AVC, IDM)
- en établissement médico-social (EHPAD), à l'hôpital, au domicile, en institution (ex : AMI Alerte-Maitrise de la latrogénie)



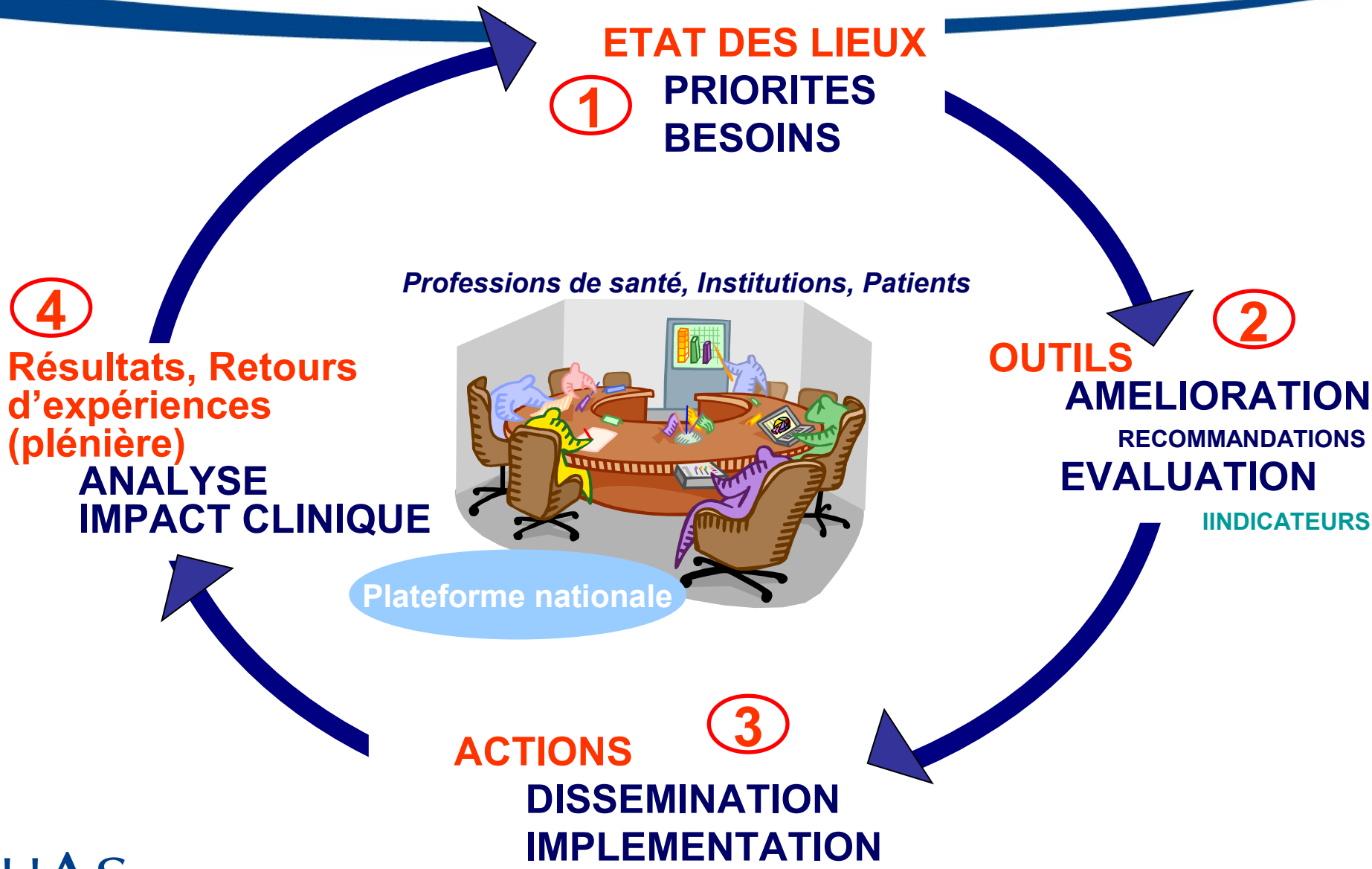
# Concept 2 – Qualité ESA



- ❑ Une approche proposant des soins Efficacité & Sécurité pour tous les patients éligibles càd intégrant l'Accès aux meilleurs soins
- ❑ Le **développement d'outils de mesure** dans ces 3 dimensions ESA



# Concept 3 – les Collaboratives de la HAS



# Programmes Pilotes de la HAS : thèmes de santé publique

## ❑ Filières/Parcours de prise en charge

- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral
- Cancer localisé de la prostate

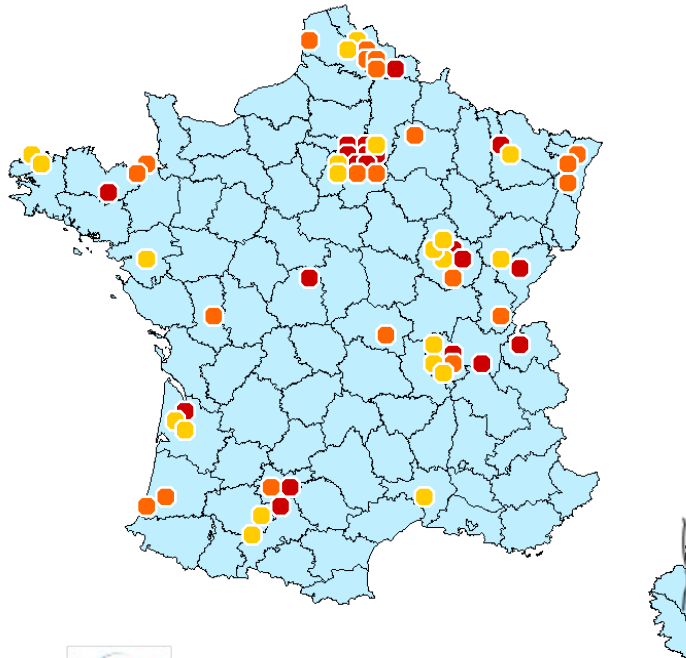
## ❑ Situations cliniques complexes/Parcours gériatriques

- Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé/iatrogénie
- Psychotropes/Neuroleptiques chez le malade Alzheimer
- Benzodiazépines et plaintes du sommeil chez le sujet âgé
- ALCOVE Alzheimer Cooperative Valuation in Europe

# Programmes Pilotes Cardio Neuro Vasculaires

IDM, AVC, Prévention

## IPC ESA



### 7 IPC PHASE D'ALERTE 10 IPC

- Stratégie de reperfusion
- Délai angioplastie
- Délai thrombolyse
- TTT approprié antiagrégant plaquettaire
- TTT antalgique
- Orientation directe en USIC
- Recours au 15

- Pour toute suspicion d'AVC*
- Recours au 15
  - Délai symptôme / 1<sup>er</sup> contact médical / Imagerie
  - Expertise neuro vasculaire (taux appel,)
  - Evaluation neurologique
  - Réalisation IRM tous AVC
  - Interprétation imagerie
- Pour tout AVC confirmé : orientation en UNV*
- AVC éligible à la TL & infarctus cérébral confirmé*
- délai expertise neuro vasculaire
  - Taux de thrombolyse
- Pour tout service : organisation de la prise en charge*

### 6 IPC PHASE HOSPITALIERE 10 IPC

- Fonction ventriculaire gauche
- A la sortie*
- TTT approprié β bloquant
  - TTT approprié antiagrégant plaquettaire
  - TTT approprié par statine
  - TTT approprié par IEC
  - Information/prescription 'arrêt de tabac

- Aspirine
- Evaluation, diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation (taux, délai)
- Explorations fonctionnelles complémentaires
- Recherche troubles cognitifs
- Pneumopathie d'inhalation
- Héparine
- Délai explorations vaisseaux cou pour AIT
- Projet de soins / Projet de vie
- Proposition orientation par évaluation médicale pronostic et besoins
- Structure d'orientation (taux, délai)
- Contact avec professionnels libéraux
- TTT appropriés
- Courrier de sortie

### 16 IPC PHASE DE SUIVI 13 IPC

- 1ère évaluation*
- Recherche douleur thoracique et/ou prise nitrés
  - **Information recours au 15**
  - Mesure PA
  - Evaluation observance / tolérance au TTT BASI
  - Exposition au tabac
  - Information activité physique

- En SSR*
- Formation patient entourage au suivi du TTT
  - Projet de Vie/Soins adaptés

- 2ème évaluation*
- Bilan lipidique
  - 20 -21
  - xx

- Court Terme*
- Information recours au 15
  - Mesure PA
  - Evaluation observance / tolérance au TTT
  - Exposition au tabac

- Evaluation à 1 an*
- TTT approprié β bloquant
  - TTT approprié aspirine
  - TTT approprié Clopidogrel
  - TTT approprié statines
  - TTT approprié IEC
  - Alimentation
  - Correspondance Médecin traitant – Cardiologue

- Moyen terme*
- Bilan lipidique
  - Hygiène de vie (alimentation, poids)
  - Pression artérielle non équilibrée
- Long terme*
- TTT approprié : aspirine, statines à un an
  - Consultation neurologue 1<sup>ère</sup> année
  - Correspondance Médecin traitant – Neurologue
  - Evaluation Qualité de vie/Handicap

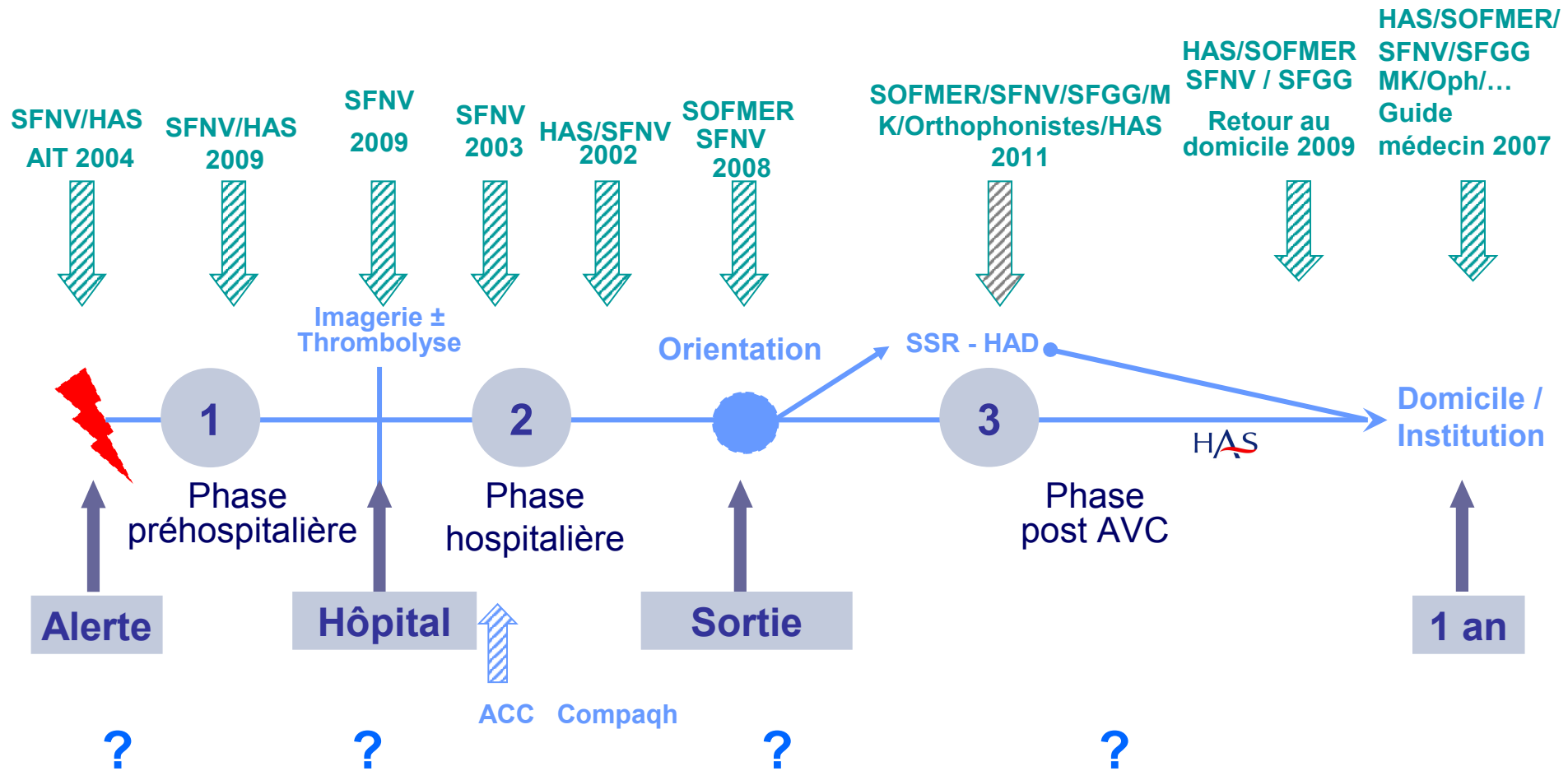




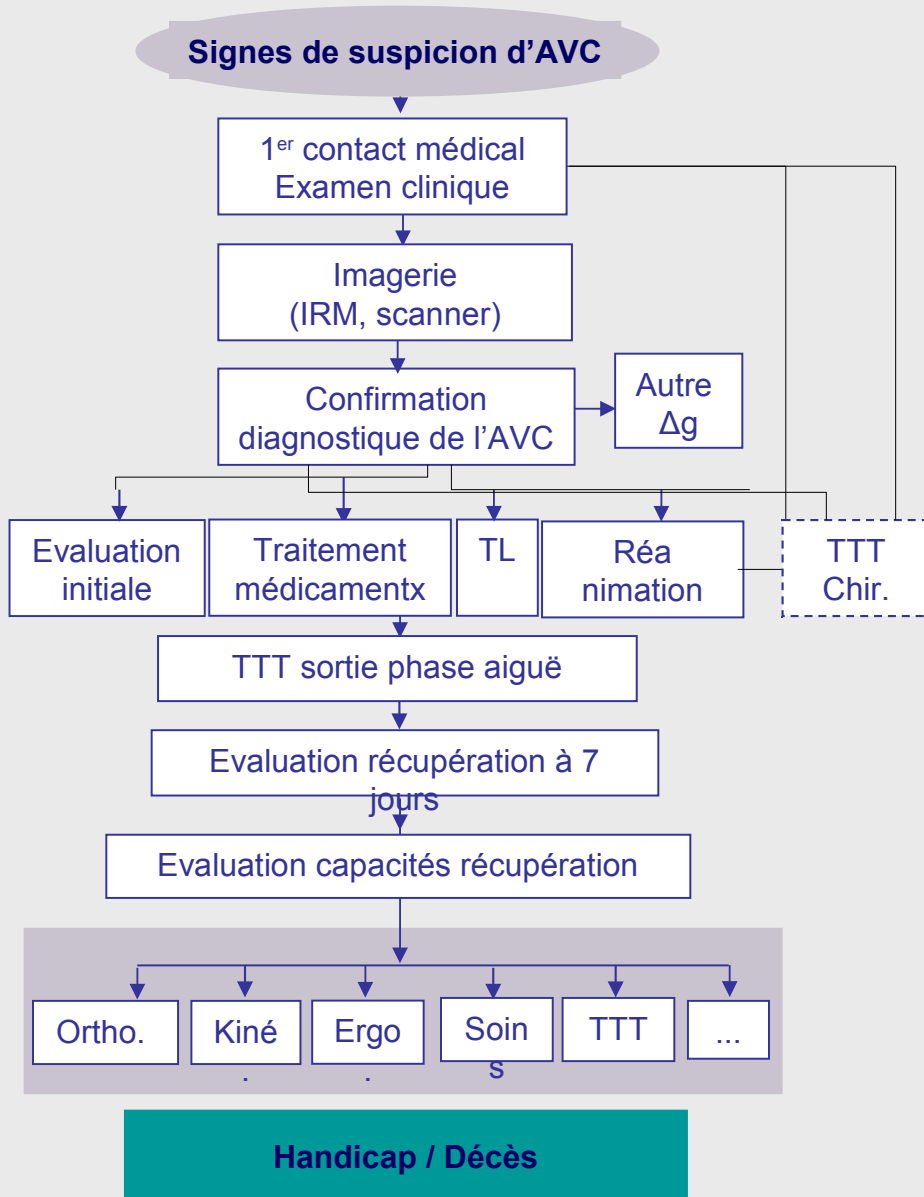
□ AVC



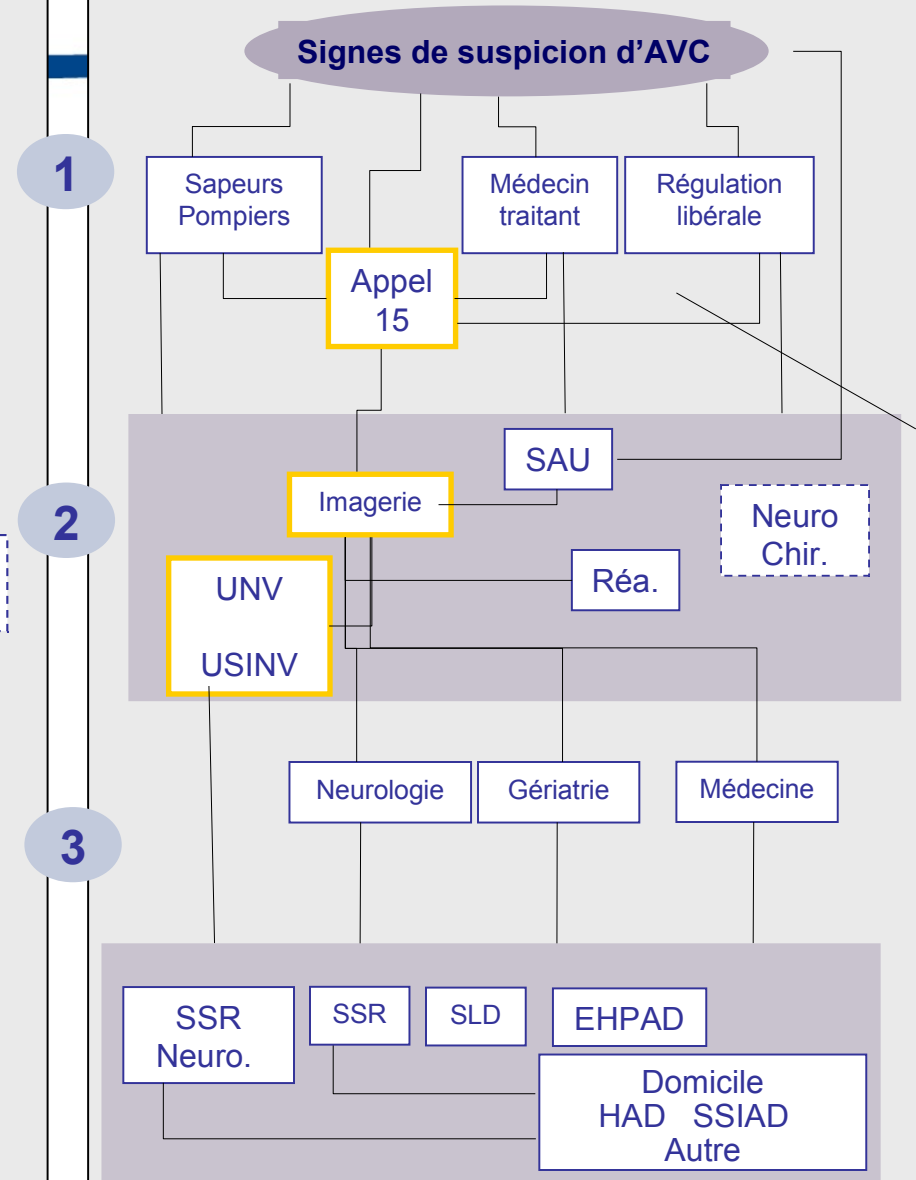
# Prise en charge de l'AVC (2009)



### Prise en charge clinique



### Parcours de prise en charge



# Des IPC sur les 3 étapes de la prise en charge des AVC

## 1 De l'alerte à la prise en charge en ES

### *Pour toute suspicion d'AVC*

- % recours au 15 (1)
- Délai symptôme / 1<sup>er</sup> contact médical / Imagerie (2-3)
- %Expertise neuro vasculaire (% appel) (4)
- % évaluation neurologique (5)
- % réalisation IRM (6)
- % Interprétation imagerie (7)

### *Pour tout AVC confirmé*

- %orientation en UNV (8)

### *AVC éligible à la TL & infarctus cérébral confirmé*

- Délai expertise neuro vasculaire (9)
- % thrombolyse (10)

*Pour tout service Organisation de la prise en charge (11)*

## 2 Prise en charge hospitalière à la phase aiguë

- Aspirine (12)
- Evaluation, diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation (taux, délai) (13-14)
- Explorations fonctionnelles complémentaires (15)
- Recherche troubles cognitifs (16)
- Pneumopathie d'inhalation (17)
- Héparine (18)
- Délai explorations vaisseaux cou pour AIT (19)
- Projet de soins / Projet de vie (20-24)
- Proposition orientation par évaluation médicale pronostic et besoins (21)
- Structure d'orientation (taux, délai) (22-23)
- Contact avec professionnels libéraux (25)
- TTT appropriés (26)
- Courrier de sortie (27)

## 3 - Prise en charge 1ère année post AVC

### *En SSR*

- Formation patient entourage au suivi du TTT (28)
- Projet de Vie/Soins adaptés (29)

### *Court Terme*

- Information recours au 15 (30)
- Mesure PA (31)
- Evaluation observance / tolérance au TTT (32)
- Exposition au tabac (33)

### *Moyen terme*

- Bilan lipidique (34)
- Hygiène de vie (alimentation, poids) (35-36)

### *Long terme*

- TTT approprié : aspirine, statines à un an (37-38)
- Consultation neurologue 1<sup>ère</sup> année (39)
- Correspondance Médecin traitant – Neurologue (40)
- Evaluation Qualité de vie/Handicap (41)

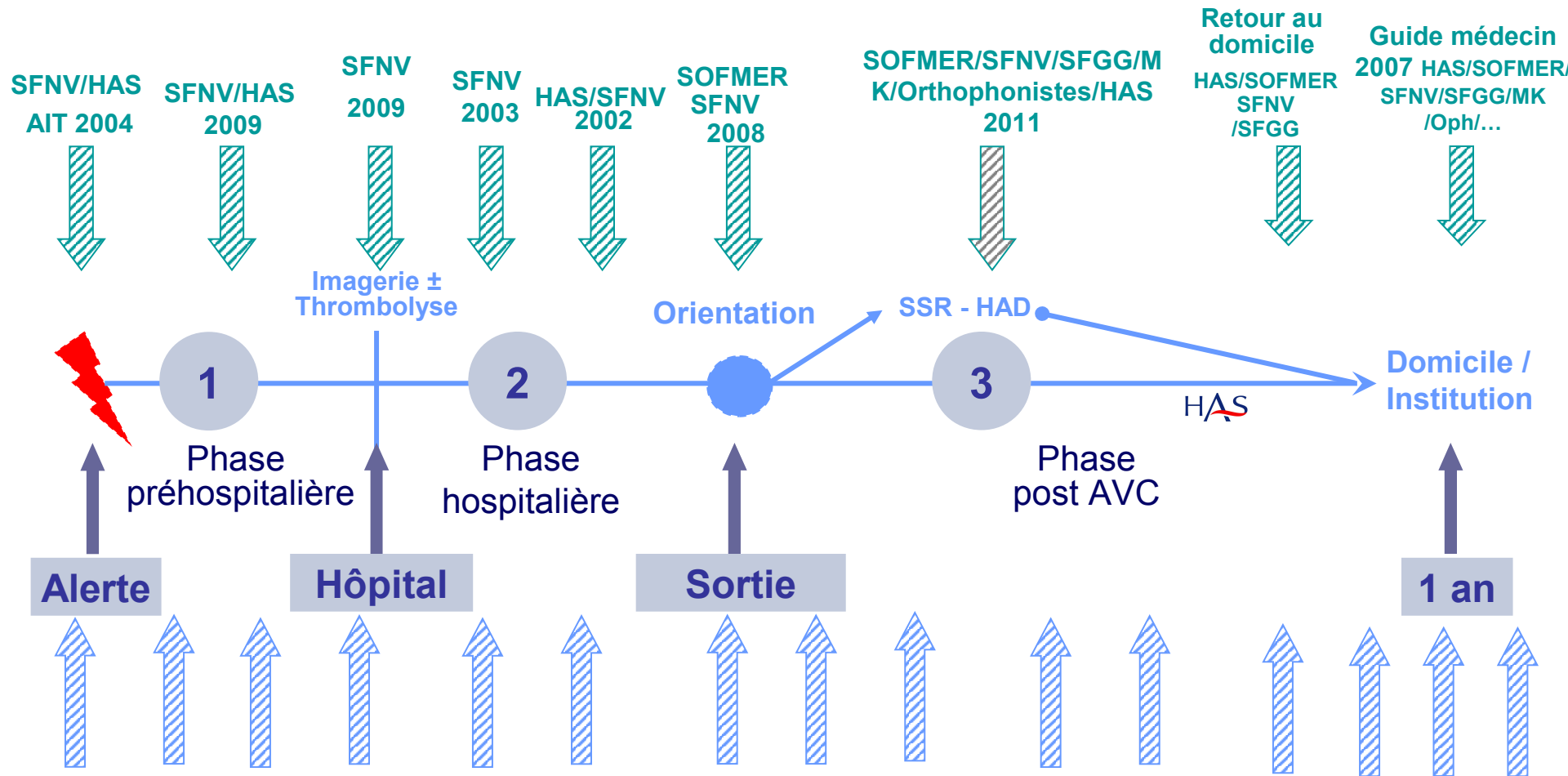
# Des Indicateurs de Pratique Clinique pour tous les professionnels de santé

41 IPC concernant toutes les spécialités et les professions impliquées dans la prise en charge des AVC ...

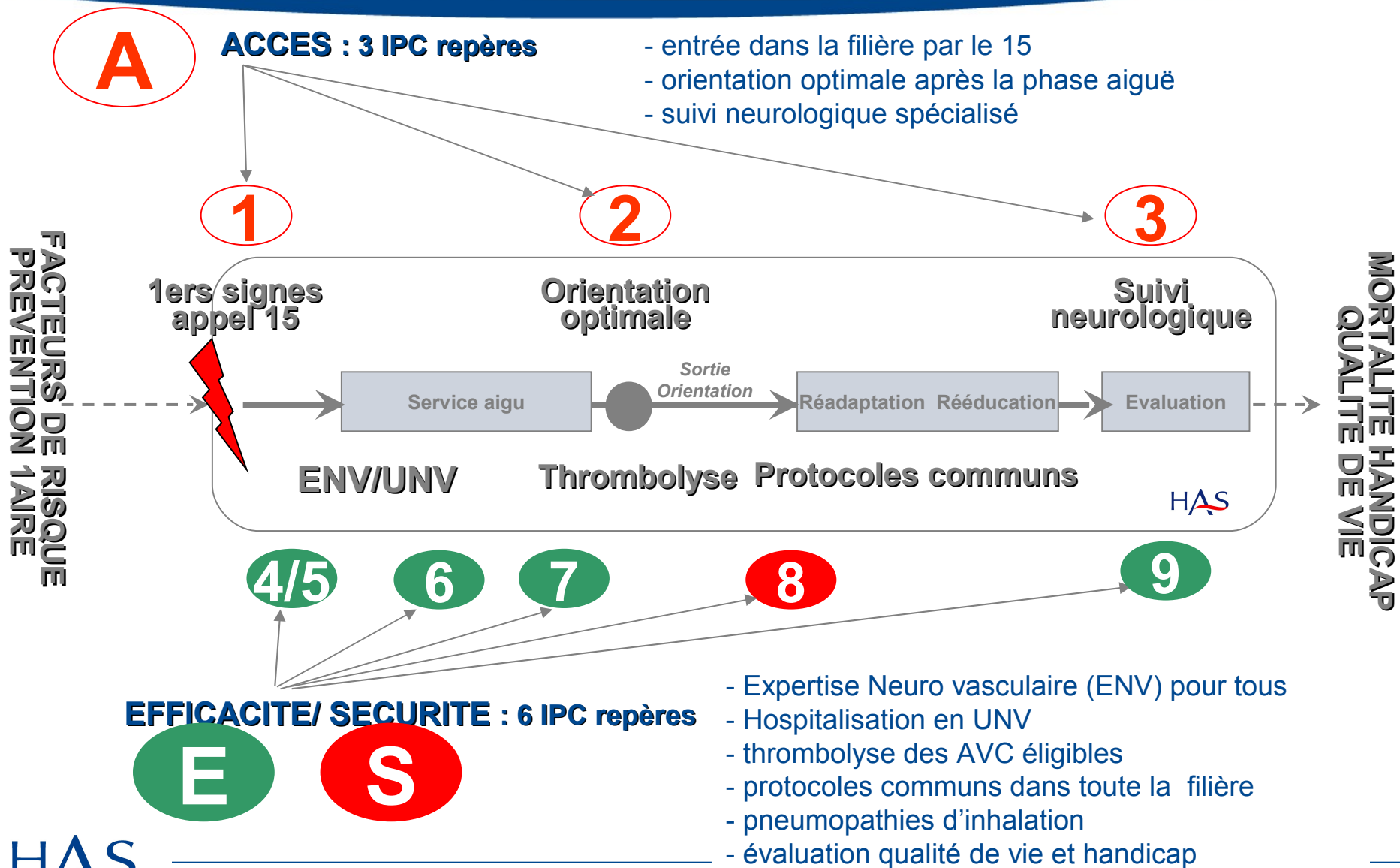
... un nombre limité de mesures pour chaque profession ou spécialité

- 9 pour les **urgentistes**    9 - Etape 1    11
- 3 pour les **radiologues**    3 - Etape 1    11
- 17 pour les services aigus (**UNV, neurologie, médecine, gériatrie**, . 17 - Etape 2    11
- 11 pour les **masseurs kinésithérapeutes**, les **orthophonistes** } 5 - Etape 2  
et les **ergothérapeutes**    6 - Etape 3
- 2 pour les services de **SSR et HAD**    2 - Etape 3    11
- 13 pour les **médecins généralistes**    12 - Etape 3    1 - Etape 1
- 9 pour les médecins de **médecine physique réadaptation**    6 - Etape 2    3 - Etape 3

# Prise en charge de l'AVC (2010)

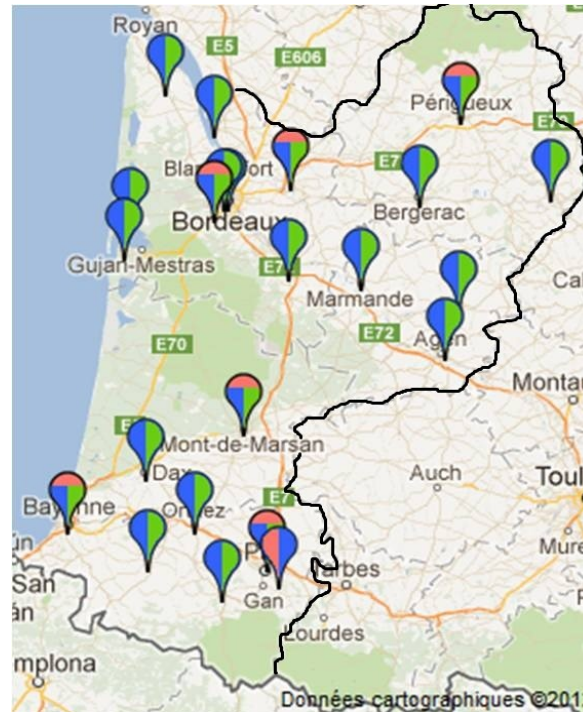


# 9 IPC repères pour évaluer une filière AVC



- Expertise Neuro vasculaire (ENV) pour tous
- Hospitalisation en UNV
- thrombolyse des AVC éligibles
- protocoles communs dans toute la filière
- pneumopathies d'inhalation
- évaluation qualité de vie et handicap

# Evaluer les parcours IDM & AVC en région, exemple de la région Aquitaine



21 Etablissements  
publics et privés  
Répartition sur 5  
départements

HAS

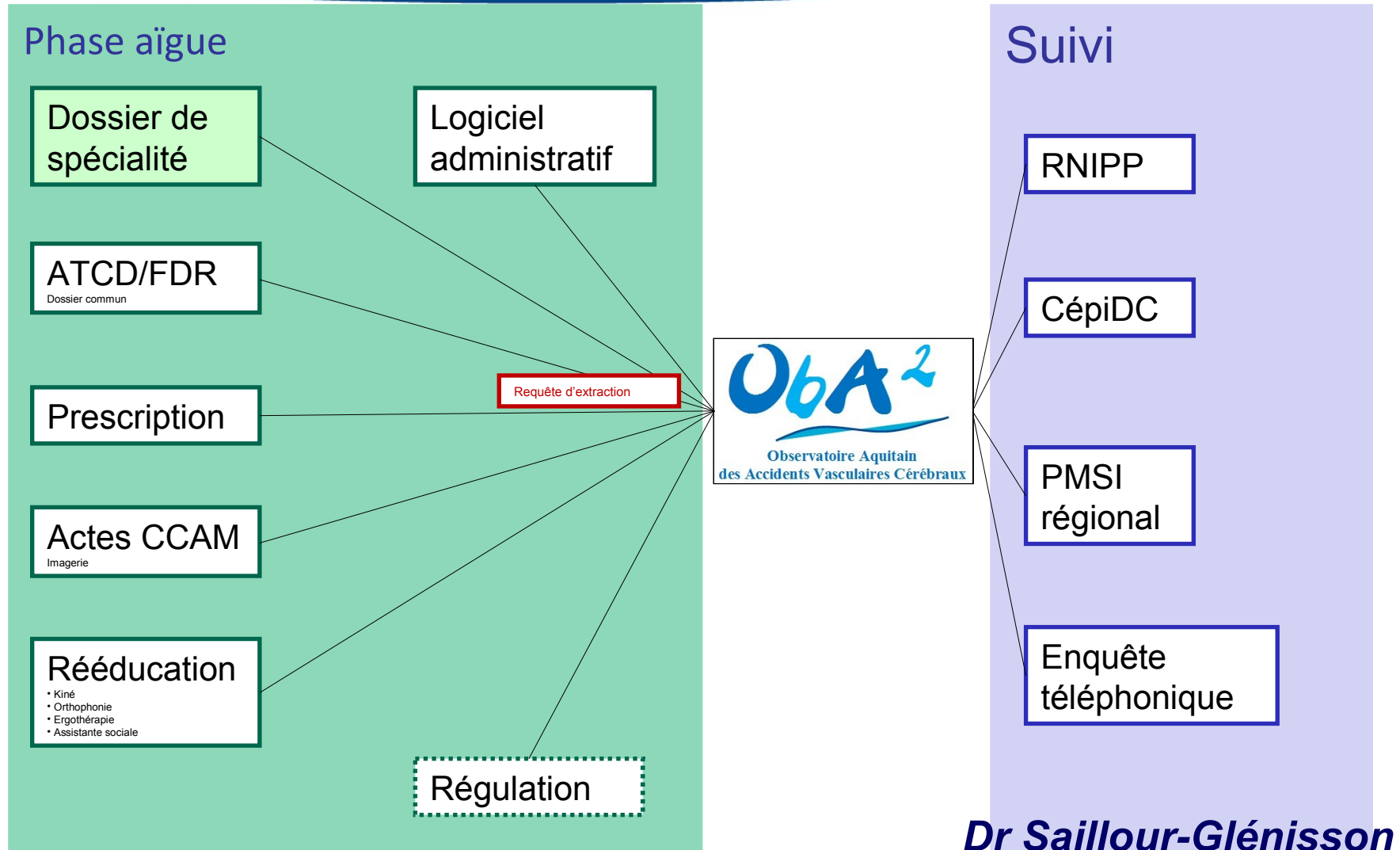
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Plate-forme d'échange HAS – Programme Pilote AVC  
« Améliorer les parcours de prise en charge des AVC »  
Plénière annuelle – 27 septembre 2012

*Dr Saillour-Glénisson*

HAS

# Registre AVC en Aquitaine : système d'information





# Registre AVC ObA2 : Objectifs

- ❑ Recenser les patients de façon pérenne
- ❑ Décrire l'activité & les pratiques en Aquitaine en amont et à la phase aigüe prise en charge, délais, orientation des patients...
- ❑ Décrire la population des patients
- ❑ Analyser l'orientation à l'issue de l'hospitalisation
- ❑ Assurer un suivi :
  - Complications pendant le séjour
  - Morbi-mortalité cardiovasculaire, réhospitalisations, handicap à 1 an

## Utilisations

- ❑ Evaluation des actions du plan régional
- ❑ Evaluation de l'état de santé des patients (santé publique)
- ❑ Amélioration des pratiques professionnelles
- ❑ Recherche

***Dr Saillour-Glénisson***



## Résultats de l'enquête réalisée en Franche-Comté 2010 Dr Bouamra

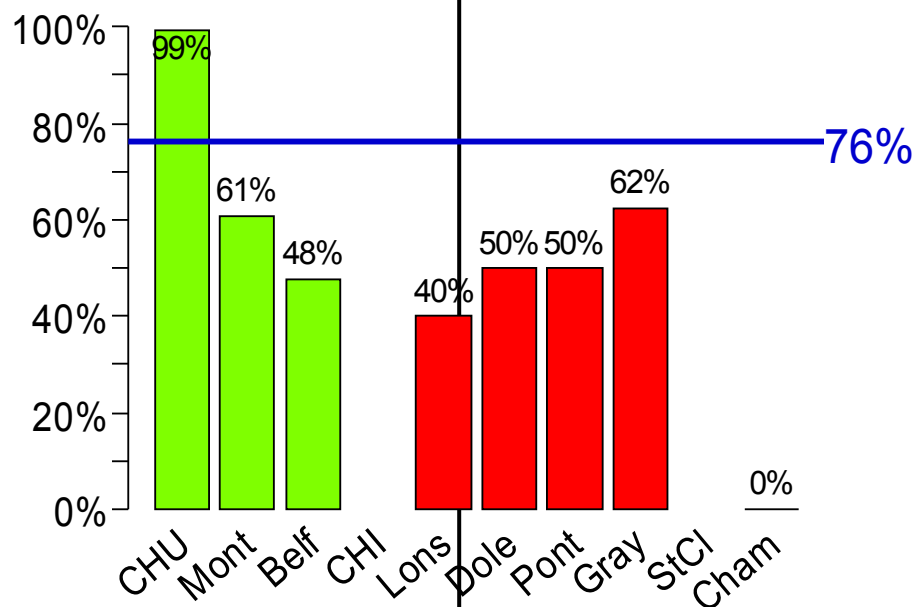


Réseau des Urgences Neurologiques  
Neurologie +3AN  
CHRU Minjoz 3 Bd Fleming  
25030 Besançon Cedex

Indicateurs	Résultat région
1. Taux d'appel au 15 en première intention	43%
2. Délai médian entre la survenue des symptômes et le 1er contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC	2h19
3. Délai médian entre le 1er contact médical dédié/admission et l'imagerie pour toute suspicion d'AVC	2h30
4. Taux de contact médecin SAMU/SAU avec le médecin UNV pour toute suspicion d'AVC	76%
5. Taux réalisation su score NIHSS en urgence pour toute suspicion d'AVC	18%
6. Taux de réalisation de l'IRM en première intention pour toute suspicion d'AVC	17%

Dr Bouamra

#### 4. Taux de contact médecin SAMU / SAU avec le médecin UNV pour toute suspicion d'AVC



Dr Bouamra

# Développement dossier informatique

**Réseau Urgences Neurologie**

Accueil neuro

Urgences neurologiques Dossier hospitalisation Suivi médical Documentation Administration réseau

Utilisateur connecté **Déconnexion**  
RENAUD RICHARD  
Connexion : 21/06/12 12:00  
Dernière connexion : 08/06/12 15:59

## Accueil

Recherche d'un patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Sexe	Aucun		

[Rechercher](#) [Annuler](#)

- Demander un avis neurologique
- Consulter/répondre aux demandes d'avis neurologique en attente
- Consulter/répondre à toutes les demandes d'avis neurologique en attente
- Valider la réponse à la demande d'avis Neurologique
- Confirmer à 24/72h
- Renseigner le devenir
- Renseigner les dossiers d'hospitalisations
- Importer les données d'Access
- Saisir un dossier de suivi
- File active des patients à suivre
- Gérer les profils
- Documents
- Accès Covalia
- Accès Covalia / réunion staff
- Geina : entrepôt d'image

**Bienvenue,**

**Aide en ligne :**

Accueil

Bienvenue sur le dossier neurologie informatisé :

Le dossier neurologie est organisé en 3 parties (urgences - hospitalisation - suivi) lesquelles sont accessibles à tous les niveaux de la prise en charge du patient dans la filière.

Sur cette page, vous pouvez

# Performance

Clinical outcomes

Rate of thrombolysis



HAS  
Paris,  
16 Décembre 2011

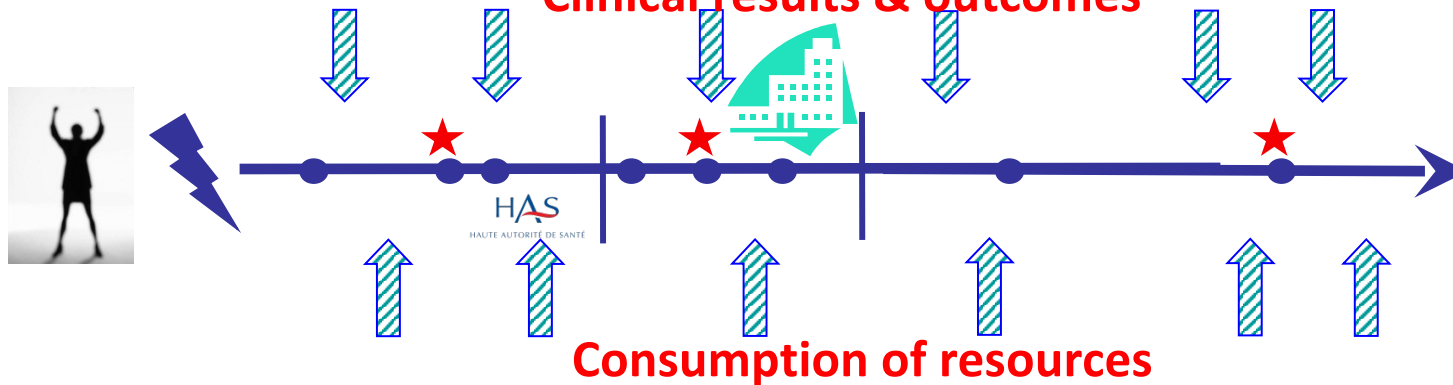
Consumption of resources



Overall Economic Impact of the Network

Rate of transfer

# Valeur



## Principles of Value-Based Health Care Delivery

Professor Michael E. Porter  
Harvard Business School  
[www.isc.hbs.edu](http://www.isc.hbs.edu)

- The central goal in health care must be **value for patients**, not cost containment, convenience, or customer service

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes}}{\text{Costs of delivering the outcomes}}$$

- Outcomes are the **full set of patient health results** over the care cycle
- Costs are the **total costs of care for a patient's condition** over the care cycle

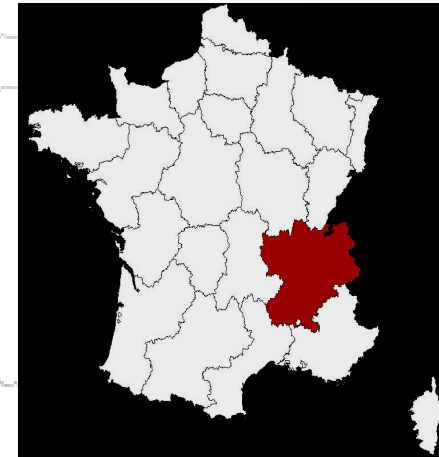
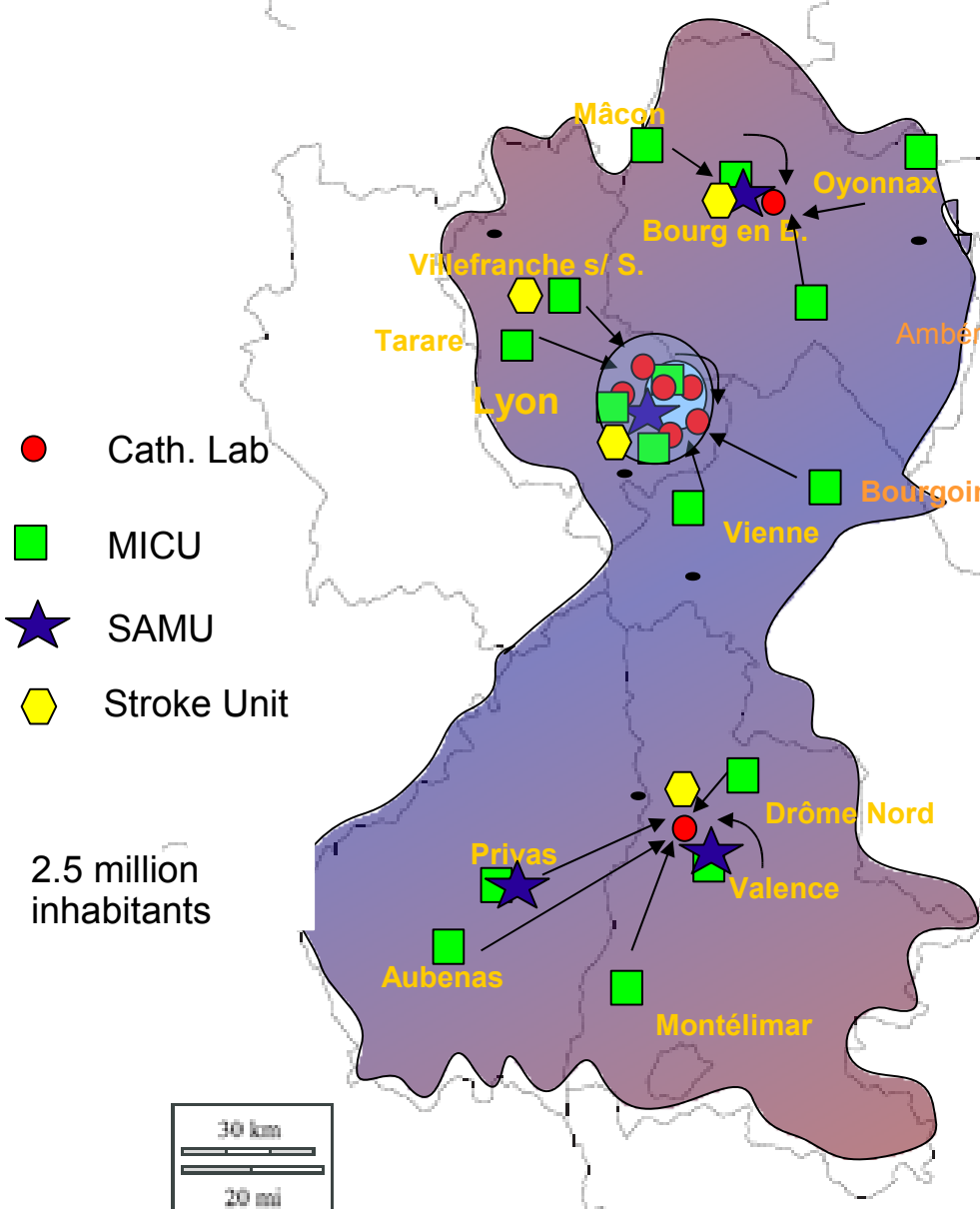


□ IDM





# Microlevel: Care pathways in Rhône-Alpes region for MI and Stroke



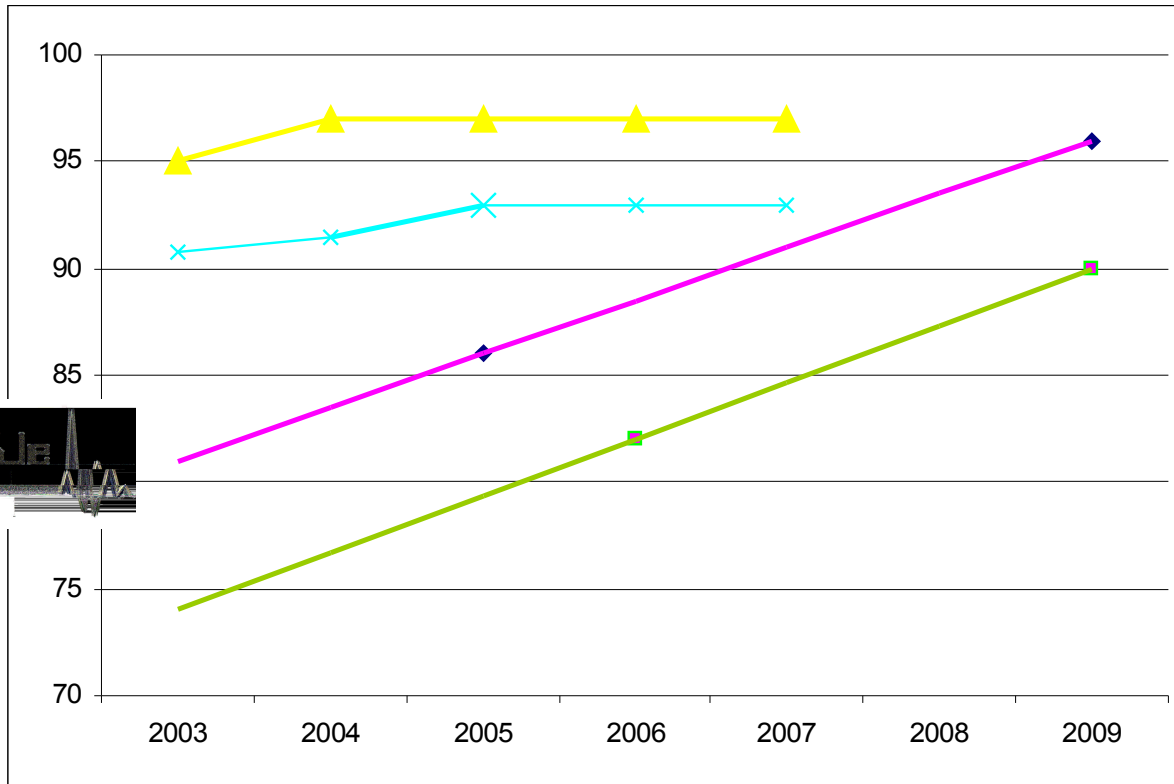
1. Network with shared protocols & procedures
2. Clinical prospective Registries

*Dr Carlos El Khoury*

# Impact clinique : le résultat

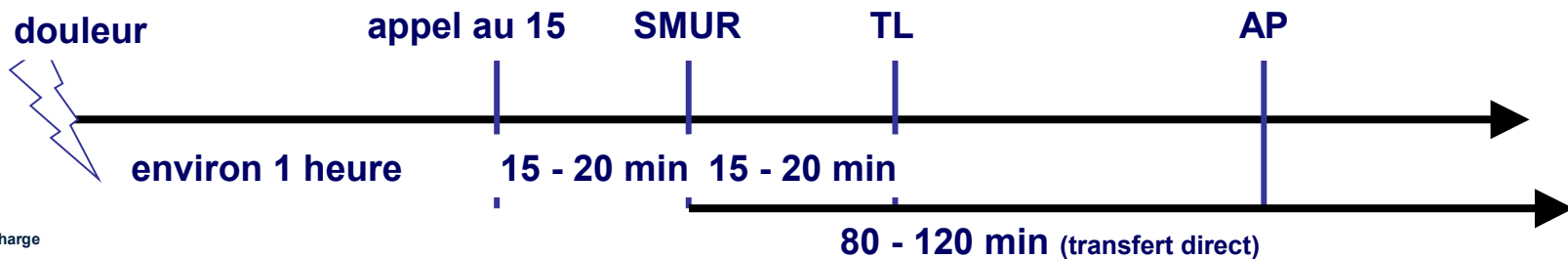
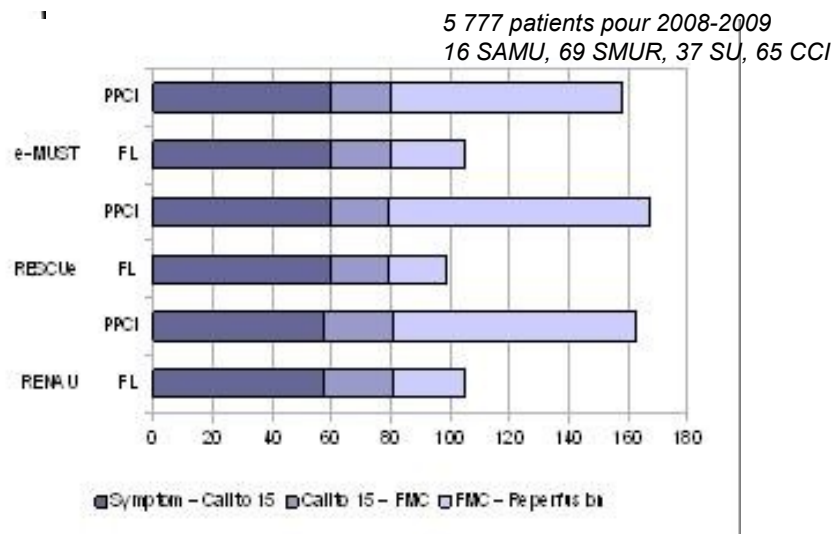
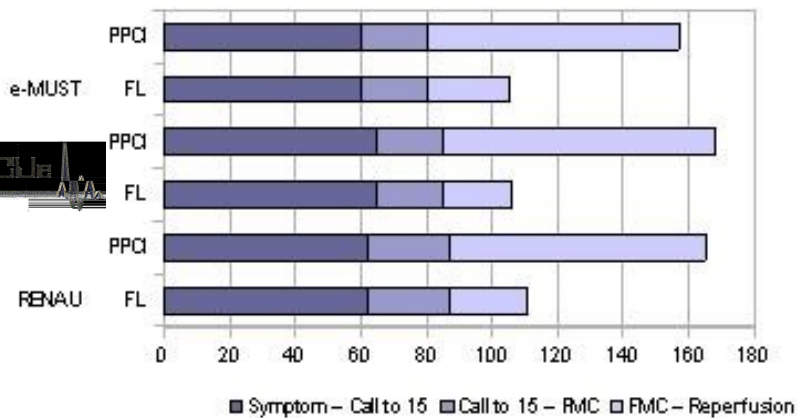
## IDM : Approche Q-ESA en France

Evolution du taux de reperfusion (EFFICACITE)  
dans 4 registres de pratique (travaux et publication en  
cours)



# Délais de prise en charge IDM

## Registres de pratiques 2008 -2009

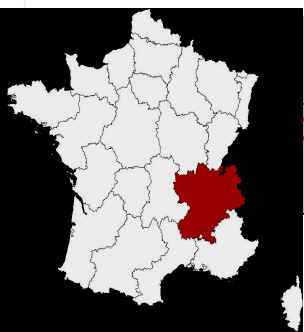


Délais de prise en charge

- X 3 appel médecin généraliste
- X 6 appel cardiologue

Etude du Dr Roullière, Fast-MI 2005

# Impact clinique : le résultat



	2004	2005	2008	2009	2010
<b>N</b>	<b>256</b>	<b>217</b>	<b>454</b>	<b>527</b>	<b>203</b>
<b>30 day-mortality</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>

Baseline RESCUe registry results 2008-2010:  
19 centers - 1184 patients with STEMI - 28-months period

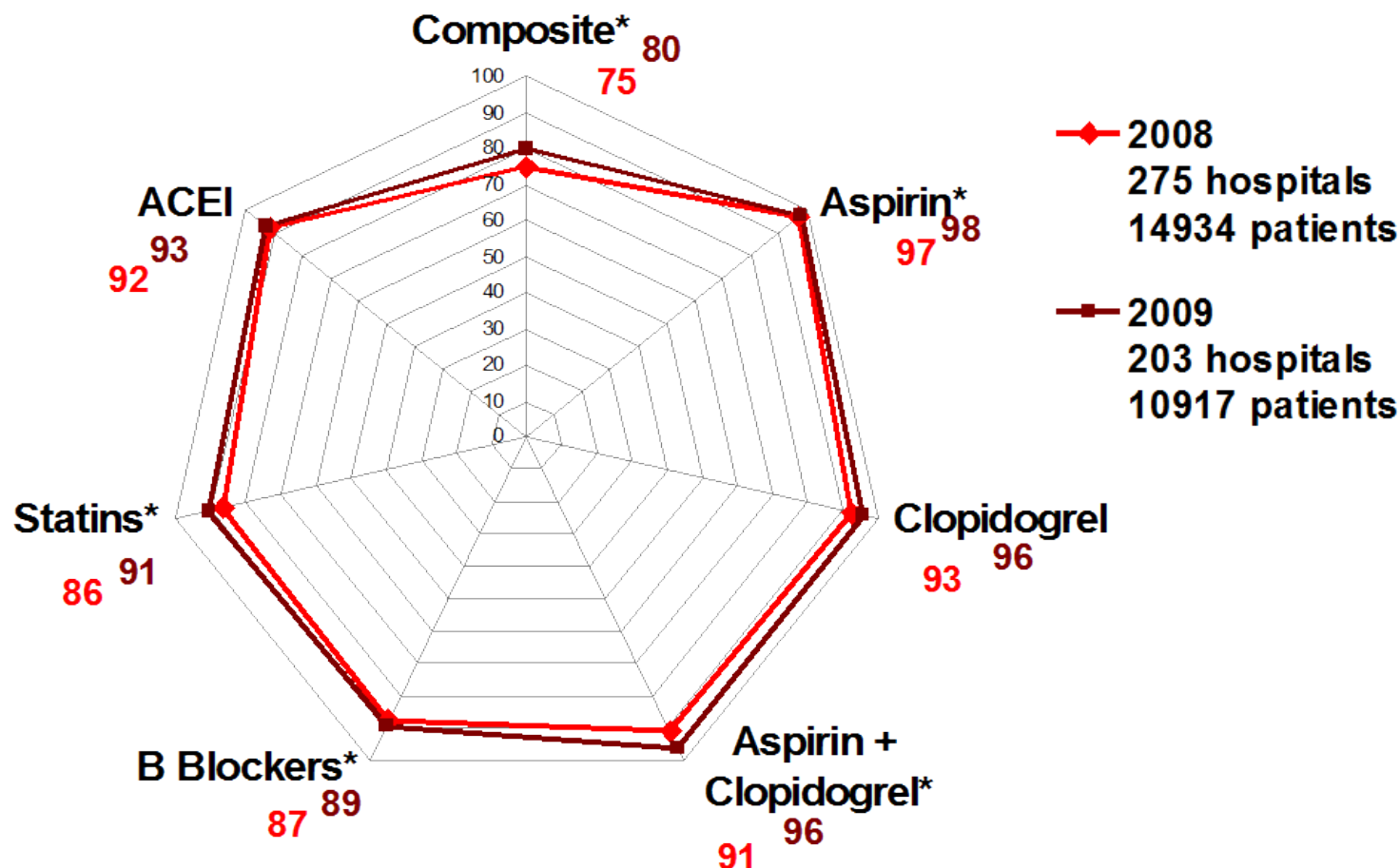
ISQUA 13 octobre 2010

« Improving patient outcomes through integrated care pathways for stroke and myocardial infarction: international experiences “

*Clinical outcomes based on patient pathways oblige a radical turn in the choice of indicators from comparisons of elements in a set (i.e. accreditation & indicators of HCOs) to clinical outcome indicators related to yearly improvements for each disease*

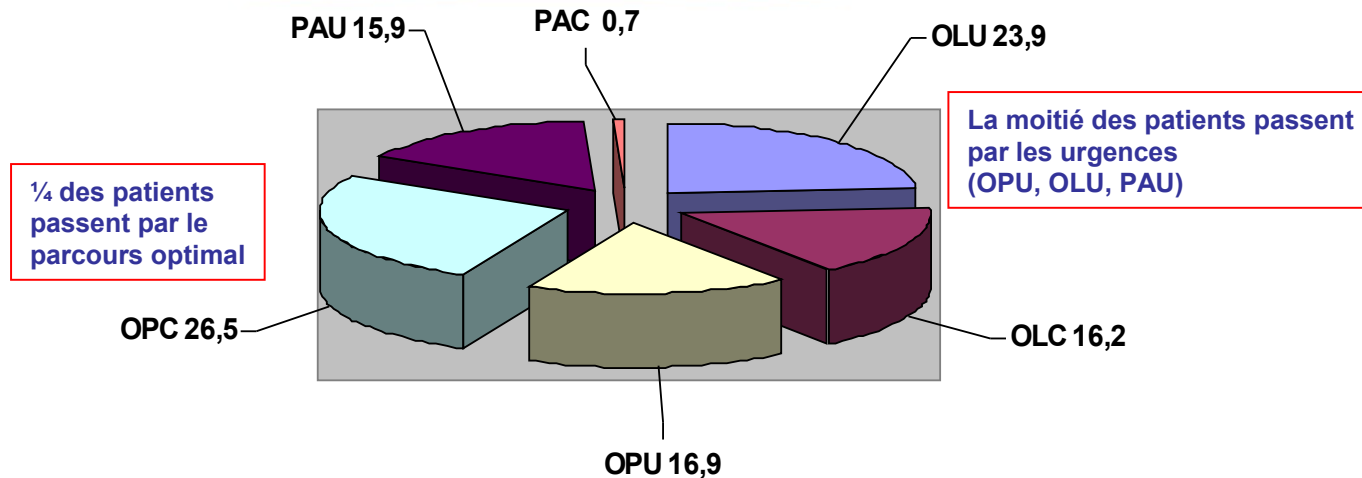
# Taux nationaux de prescriptions appropriées BASI à la sortie

## Indicateurs généralisés par la HAS en Etablissements de santé



Rapport HAS 2010 : Résultats et impact des dispositifs de certification et d'amélioration de la qualité des soins. Indicateurs de qualité généralisés par la HAS en 2008 et en 2009 dans les établissements de santé. Thème Infarctus du myocarde  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ipaqss\\_analyse\\_descriptive\\_mco.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ipaqss_analyse_descriptive_mco.pdf)  
 Diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité de soins 2010 sur le site Platines

# Performance du mode d'entrée dans la filière : Une mosaïque des 6 parcours de soins



**Etude médicoéconomique de chaque Parcours :**  
**Résultats cliniques = taux et délais de reperfusion**  
**Consommation de ressources**

**La filière recommandée OPC a les meilleurs résultats cliniques et le moindre coût!!**  
**OLU 39% reperfusion; 15 500 € - OPC 82% reperfusion, 7700 €**

## Arrivée en cardiologie

**OPC : opérateur public (Samu ou pompiers) - cardiologie (USIC ou salle de cathétérisme) :**  
**parcours optimal recommandé**

**OLC : opérateur libéral (médecin généraliste ou cardiologue) - cardiologie (USIC ou salle de cathétérisme)**

**PAC : patient - cardiologie (USIC ou salle de cathétérisme)**

## Arrivée aux urgences

**OPU : opérateur public (Samu ou pompiers) - urgences**

**OLU : opérateur libéral (médecin généraliste ou cardiologue) - urgences**

**PAU : patient - urgences**

**Fast MI 2005 - 21 régions - 223/374 cliniques et hôpitaux - (60 % des institutions françaises prenant en charge l'IDM en phase aigüe)**

Résultats extraits des travaux de thèse du Dr Roullière Le Lidec - médecin et docteur en sciences économiques « Evaluation médico-économique d'un parcours de soins. Le syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST (SCA ST+) ». Sous la direction du Pr Nicolas Danchin et du Pr Claude Le Pen.

# Un parcours chirurgical : Cancer de la prostate

## 1 *Après Confirmation diagnostique*

- Patients récusés pour la chirurgie en raison de co- morbidités compétitives
- Comptes-rendus anatomopathologiques de biopsie de prostate répondant aux standards de qualité de la SFP
- Classement en groupes pronostiques de d'Amico
- Patients pour lesquels le volume prostatique est estimé
- Bilan d'extension des cancers localisés des patients des groupes de d'Amico à risque intermédiaire ou élevé
- Taux de patients avec un cancer localisé dont le dossier est enregistré en RCP
- Taux de patients pour lesquels un PPS est disponible

## 2

### *Phase opératoire hospitalière et sortie*

- Taux de prostatectomie totale pour cancer localisé
- Taux de patients pour lesquels la préservation des bandelettes est réalisée
- Taux de patients transfusés en per opératoire ou lors du séjour hospitalier pour prostatectomie totale
- Taux de marges positives après prostatectomie totale
- Taux de compte rendus anatomo-pathologiques de la pièce de prostatectomie totale répondant aux standards de qualité de la SFP

## 3

### *Suivi post chirurgical à un an, à 3 ans*

- Taux de patients avec un PSA indétectable 3 mois après l'intervention
- Taux de patients avec fonction érectile conservée à deux ans
- Taux de patients continents urinaires à un an
- Taux de patients avec suivi au moins annuel de PSA
- Taux de patients avec traitement complémentaire dans les 3 ans suivant la prostatectomie totale
- ~~Taux de positivité des biopsies~~

en cours de publication HAS AFU

# (1) Programmes qualité et impact clinique *Pathologies* - *Parcours de prise en charge : IPC ESA*

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Les « Collaboratives de la HAS »

Une méthode participative pour améliorer  
les pratiques professionnelles

La HAS a développé une méthode de travail participative qui s'appuie sur l'analyse des situations cliniques avec l'ensemble des professions de santé impliquées dans la prise en charge analysée.  
Les professionnels sont réunis au sein d'un groupe de coopération/plaformme thématique qui constitue un espace d'échanges et de partage d'expériences pour l'amélioration des pratiques de l'ensemble des professions de santé, sur des thèmes de santé de la HAS prioritaires.  
Les « Collaboratives » ont pour objectif d'améliorer les pratiques de prise en charge avec un **impact clinique** pour les patients.

RECOMMANDATIONS  
PRATIQUES

IPC ESA

E S A

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Ensemble, améliorons la qualité en santé

Indicateurs de pratique clinique - Efficacité Sécurité Accès  
IPC-ESA

Illustration par la filière de prise en charge de l'infarctus du myocarde  
IPC-ESA IDM

#### Définition

Les Indicateurs de pratique clinique (IPC) constituent un sous-ensemble des indicateurs de qualité en santé. Ces indicateurs concernent une situation clinique ciblée : symptômes, maladie, événement indésirable, ils portent sur les pratiques cliniques et sur les processus contribuant directement aux résultats cliniques. Ils permettent d'objectiver le niveau de qualité des pratiques cliniques/professionnelles. Leur finalité est de contribuer à améliorer la qualité des soins dans ses 3 dimensions : Efficacité Sécurité Accès.

#### Principes et méthode

L'élaboration et la définition des IPC sont réalisées en liaison avec les professionnels de santé et ciblent les points clés de la pratique. L'interprétation des résultats des IPC, faite avec les professionnels de santé, prend en compte l'ensemble de la situation clinique et le contexte de l'exercice professionnel.

#### Utilisations

Les IPC sont essentiels à la mesure et au suivi de l'impact clinique des actions d'amélioration des pratiques. Ils peuvent être mis en œuvre sur l'ensemble d'une filière de prise en charge, être utilisés dans les différents secteurs de soin (ambulatoire, établissement), ou à des fins de comparaison.  
La HAS développe des IPC sur des priorités de santé publique et en généralise certains en établissement de santé. Insérés dans une démarche d'optimisation des pratiques cliniques et du service rendu au patient, les IPC médiatisent les actions d'amélioration et peuvent également supporter l'élaboration de programmes de développement professionnel continu.

HAS



## (2) Programmes qualité et impact clinique

### *Parcours gériatriques : IPC Alerte et Maitrise des situations à risque*

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

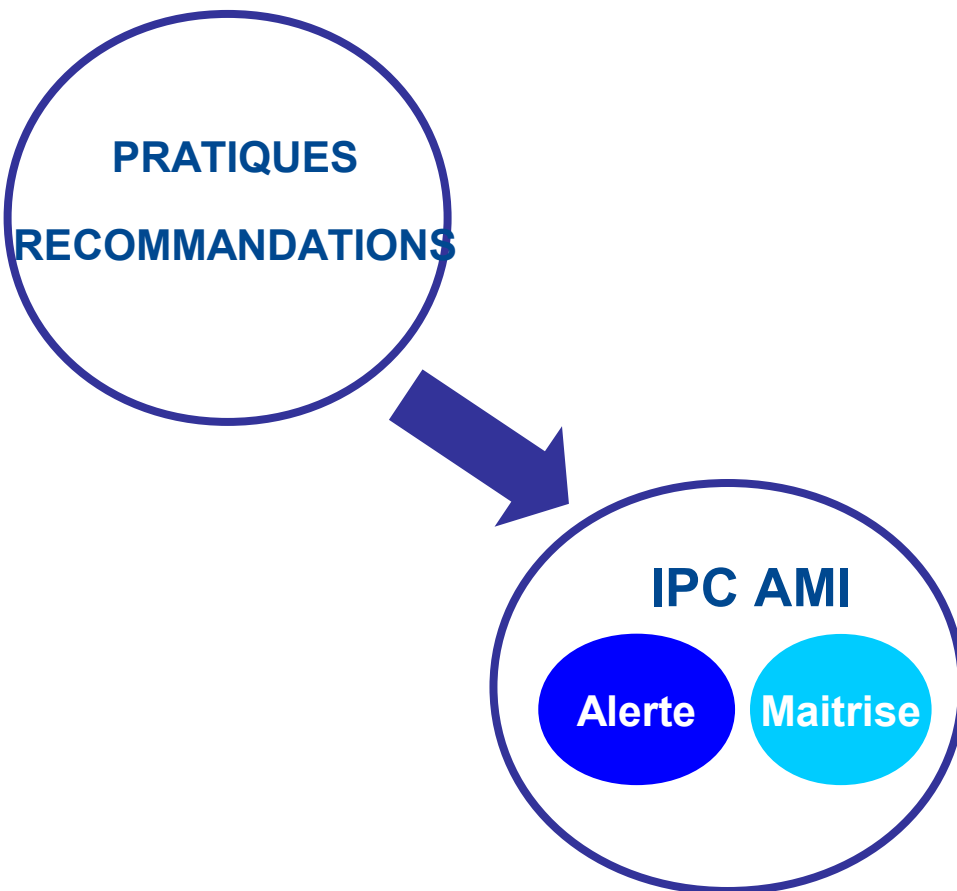
Les « Collaboratives de la HAS »

Une méthode participative pour améliorer les pratiques professionnelles

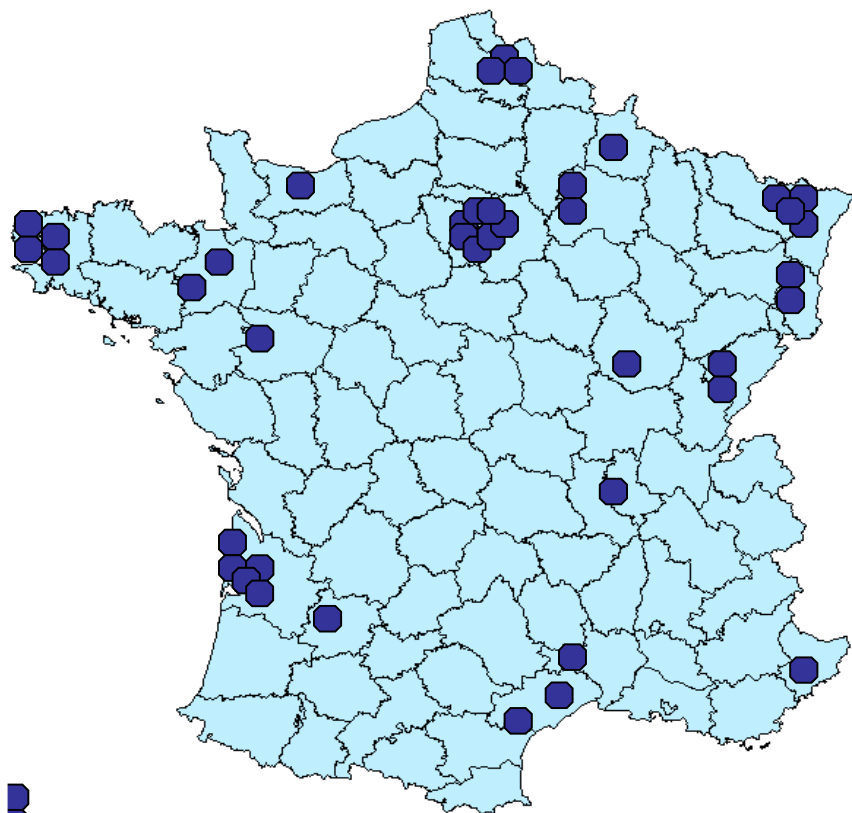
La HAS a développé une méthode de travail participative qui s'appuie sur l'analyse des situations cliniques avec l'ensemble des professions de santé impliquées dans la prise en charge analysée.

Les professionnels sont réunis au sein d'un groupe de coopération/plateforme thématique qui constitue un espace d'échanges et de partage d'expériences pour l'amélioration des pratiques de l'ensemble des professions de santé, sur des thèmes de santé de la HAS prioritaires.

Les « Collaboratives » ont pour objectif d'améliorer les pratiques de prise en charge avec un **impact clinique** pour les patients.



# Programmes Qualité Prescription – Prévention iatrogénie Sujet âgé (PMSA)



**Alerte**

## Situation clinique

- Chute
- Troubles du comportement
- Sommeil

## Situations médicamenteuses

- plus de 2 antihypertenseurs
- neuroleptiques chez l'Alzheimer
- insuffisance coronarienne sous traitée

## Qualité de vie

- Contention, escarre
- Hospitalisations évitables

....

**Maitrise**

OM

## Symposium HAS-BMJ 2010

- Programme OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs) Pr LEGRAIN
- Réduction du risque de chute et de consommation de psychotropes chez des personnes âgées à haut risque de chute Pr PUISIEUX
- Impact clinique d'une prise en charge optimisée des troubles du comportement en EHPAD Pr ROBERT
- Un travail structuré de l'équipe médicale centré sur les épisodes d'INR>5 améliore la sécurité du traitement par AVK Pr BELMIN
- Améliorer la PMSA en Alsace Pr PASSADORI
- Réduction des contentions physiques chez les PA chuteuses en SLD Dr MICHEL
- Améliorer la prévention de sescarres en gériatrie Dr JAFARBAY
- ....

# 18 indicateurs de pratique clinique

## AMI\_PMSA

### Alerte Médicament

#### Psychotropes

Confirmation de prescription si > 2 psychotropes  
Confirmation de prescription si benzodiazépine ½ vie longue  
Confirmation de prescription si neuroleptiques et M.Alzheimer  
Date d'initiation du traitement connue si psychotrope  
Recherche de chutes tous les 3 mois si psychotrope  
*+ mesure nationale Alertes 1 – 2 – 3 depuis 2008*

#### Médicaments cardiovasculaires

Confirmation de prescription si > 2 antihypertenseurs  
Confirmation de prescription si > 1 diurétique  
Contrôle INR si AVK et antibiotique / antifongique  
Suivi du bilan hydrosodé si médicaments cardiovasculaires  
Suivi hebdomadaire du poids si diurétiques  
Adaptation doses diurétiques & apport HS si fièvre (canicule)  
*+ mesure nationale Alertes 1 – 2 en 2011-2012*

### Alerte Ordonnance

Ordonnance structurée par domaine pathologique  
Pas d'associations médicamenteuses contre indiquées

### Alerte Pathologie sous traitée

Ostéoporose sous calcium et Vitamine D  
Insuffisance coronarienne sous antiagrégants plaquettaires  
Insuffisance cardiaque systolique sous inhibiteurs enzyme conversion

### Alerte Situation Clinique à risque

Recherche origine médicamenteuse si chute récente  
Rechercher origine médicamenteuse si troubles récents fonctions supérieures  
Adaptation doses diurétiques et apports hydrosodés si fièvre (ou canicule)

# Indicateur d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie (AMI) : Neuroleptiques (NL) et Alzheimer (MA)

□ **Indicateur d'Alerte = taux  
d'exposition des MA aux NL**

*mesure simple de repérage du risque par tous*

□ **Indicateur de Maîtrise = taux de  
prescriptions de NL confirmées  
appropriées**

*mesure de maîtrise du risque par le prescripteur*

# MISE en ŒUVRE du PROGRAMME AMI – ALZHEIMER

## TOUT AU LONG DU PARCOURS DU MALADE ALZHEIMER

● Troubles comportement  
● Programme AMI Alzheimer

### DOMICILE



● ●

MEDECIN TRAITANT  
INFIRMIER  
PHARMACIEN  
AUTRES PROFESSIONNELS  
ENTOURAGE

ESA

SSIAD

RESEAU ● ●

MAIA ● ●

CLIC

EQUIPE MOBILE ● ●

### EHPAD



● ●

MEDECIN TRAITANT  
INFIRMIER  
MEDECIN COORD.  
AIDE SOIGNANT  
PHARMACIEN  
AUTRES PROFESSIONNELS  
ENTOURAGE

A. JOUR ● ●

PASA ● ●

UHR ● ●

PREPIT ● ●

### HOPITAL



● ●

MCO  
GERIATRE  
PSYCHIATRE  
NEUROLOGUE  
URGENTISTE  
REANIMATEUR  
CHIRURGIEN  
AUTRES MEDECINS  
INFIRMIER  
AIDE SOIGNANT  
PHARMACIEN  
AUTRES PROFESSIONNELS  
ENTOURAGE

URGENCES ● ●

UHCD ● ●

CHIRURGIE ● ●

MEDECINE ● ●

COURT SEJOUR GERIATRIQUE ● ●

H. JOUR ● ●

UNITE AIGUE ALZHEIMER ● ●

CM/CMRR ● ●

SSR ● ●

GERIATRE

AUTRES MEDECINS

INFIRMIER  
AIDE SOIGNANT  
PHARMACIEN  
AUTRES PROFESSIONNELS  
REEDAPTATION  
ENTOURAGE

UCC ● ●

USLD ● ●

GERIATRE

AUTRES MEDECINS

INFIRMIER  
AIDE SOIGNANT  
PHARMACIEN  
AUTRES PROFESSIONNELS  
ENTOURAGE

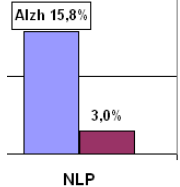
UHR ● ●

# Utilisation de l'indicateur d'Alerte latrogénique « Neuroleptique et MA »

## MACRO

Mesure Alerte  
Institutionnels

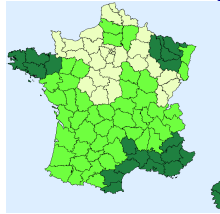
- Plateforme HAS/AM/INVS → Mesure de l'alerte nationale
- Plan Alzheimer → Indicateur qualité de vie Malades Alzheimer



## MESO

Mesure Alerte  
Institutionnels

- CNSA → Parmi les indicateurs retenus pour l'évaluation des MAIA et des gestions de cas
- Plan Alzheimer → Indicateur pour les ARS
- ARS → Parmi indicateurs évaluation EHPAD
- RSI – MSA → Programme Alerte NL/MA + Echanges confraternels
- Assurance maladie / DSS → « AMI Neuroleptiques Alzheimer » dans programme GDR en EHPAD
- ANESM → Evaluation interne des EHPAD (tr. du comportements)

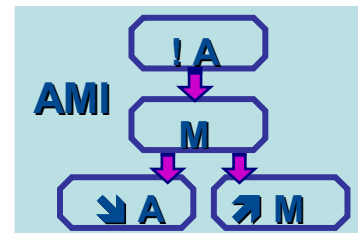


## MICRO

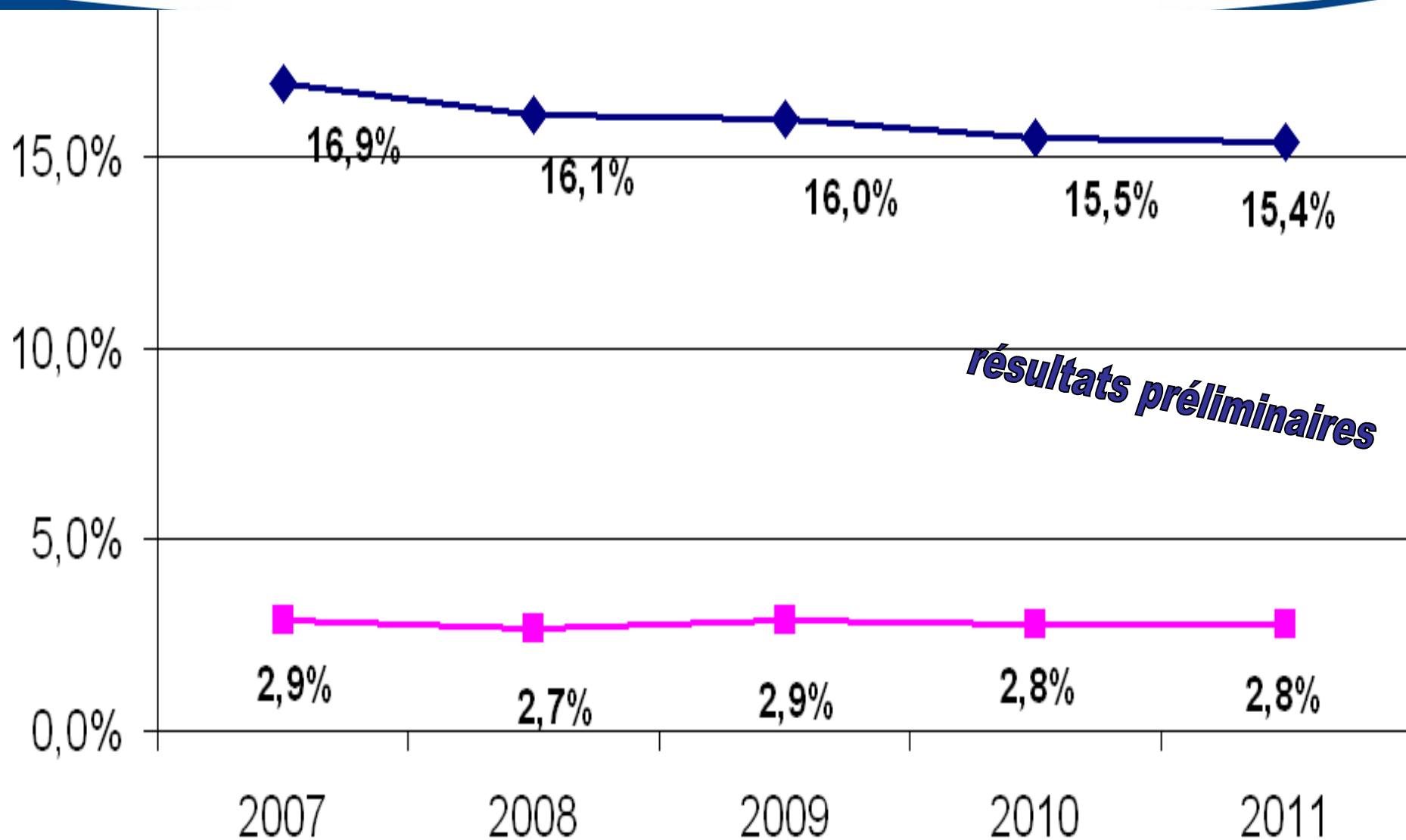
Mesure Alerte & Maitrise  
Professionnels/ES/ EHPAD

MISE en ŒUVRE du PROGRAMME  
AMI NEUROLEPTIQUES ALZHEIMER

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



# Alerte iatrogénique NL et Alzheimer



# A disposition aujourd'hui

## ❑ Des méthodes **IMPACT CLINIQUE**

- Principes d'élaboration des indicateurs de pratique clinique (IPC)
- IPC Efficacité sécurité accès
- IPC Alerte/Maitrise
- Programmes d'amélioration des pratiques
- Les Collaboratives

## ❑ Des outils sur des **THEMES de SANTE (recos, mémos, IPC....)**

- Parcours Infarctus du Myocarde
- Parcours AVC
- PMSA/Prévention de la iatrogénie
- Neuroleptiques et maladie d'Alzheimer (Boîte à outils ALCOVE 2013)
- Benzodiazépines et troubles du sommeil

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) : programmes pilotes



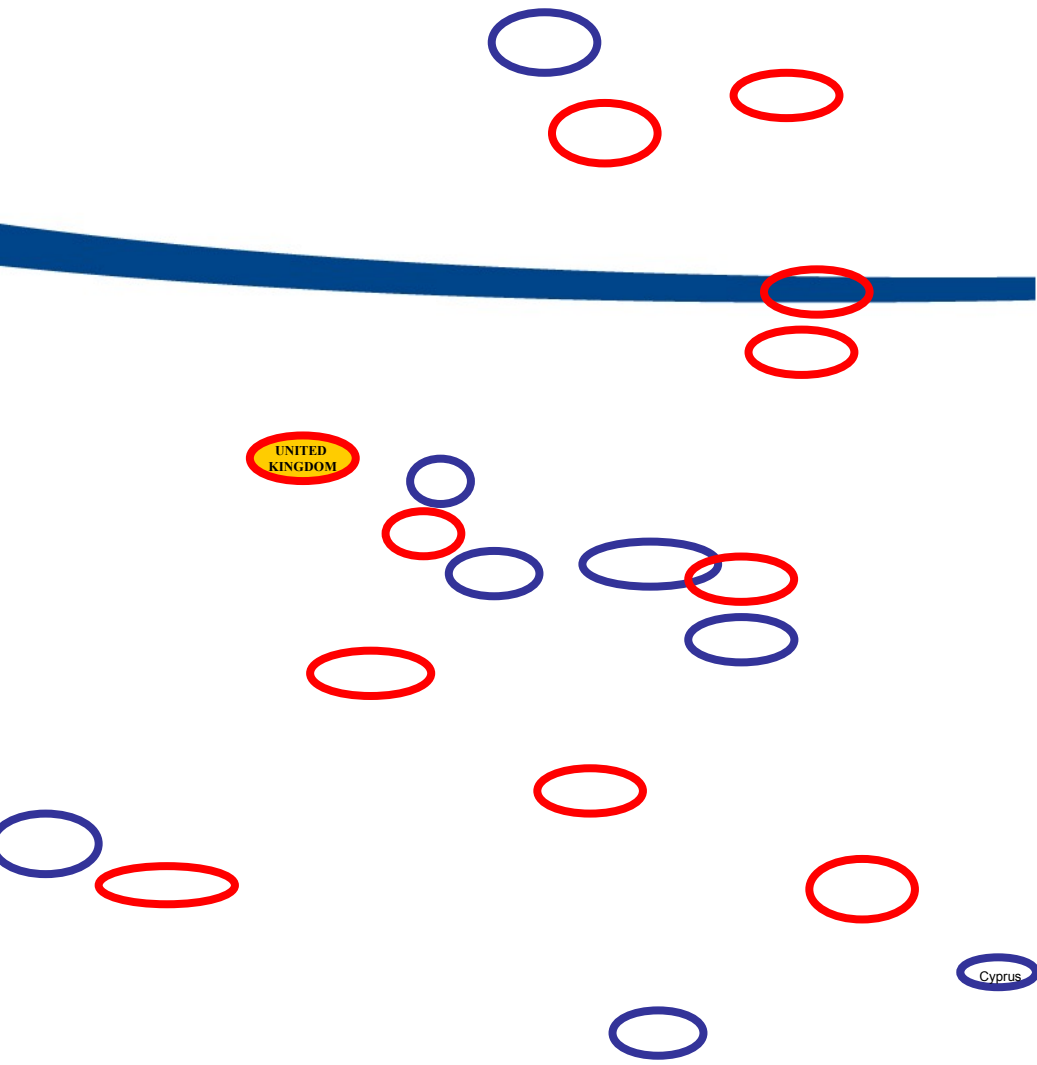


## 7 LEADERS

- France** Haute Autorité de Santé
- Spain** Instituto de Salud Carlos III
- Slovakia** Neuro Immunology Institute
- Italy** Istituto Superiore di Sanita
- UK** Department of Health
- Finland** National Institute for health & welfare
- Belgium** King Baudoin Foundation

## 30 PARTNERS in 19 MS

- | Associated Partners | Collaborative partners |
|---------------------|------------------------|
| Belgium *           | Cyprus                 |
| Finland *           | Czech Republic         |
| France *            | Hungary                |
| Greece              | Luxemburg              |
| Italy *             | Malta                  |
| Latvia              | Netherlands            |
| Lithuania           | Norway                 |
| Slovakia *          | Portugal               |
| Spain *             |                        |
| Sweden              |                        |
| United Kingdom *    |                        |



# Conclusions (1)

- ⇒ **Pas d'amélioration sans mesure**
  - ⇒ *Investissement des professions de santé indispensables*
  - ⇒ *Remettre l'expertise médicale au coeur de de la qualité et de la gestion des risques*
  
- ⇒ **Mesurer**
  - ⇒ *Pour améliorer l'impact clinique*
  - ⇒ *En raisonnant à partir de l'impact clinique (ESA – AMI)*
  - ⇒ *Avec des plateformes pluridisciplinaires*
  - ⇒ *Mesurer les Pratiques Cliniques ..... Et l'Expérience Patient*
  
- ⇒ **Impact clinique et Parcours**
  - ⇒ *à l'agenda international "Outcome research" (AHA)*
  - ⇒ *ISQUa, IFQSHC, congrès de spécialités (CIFGG, JESFC, ...)*

