



Comment mettre en place une Démarche qualité en CPTS

Webinaire CEPPRAAL

15/10/2024

Dr Jean-Michel ORIOL
(Directeur CEPPRAAL)

Objectifs

- Aider à répondre à la mission qualité-pertinence des soins des CPTS
- Comprendre ce qu'est une démarche qualité
- Connaître le CEPPRAAL et ce qu'il peut apporter
- Co-construire un programme dédié

Déroulé en 4 temps

- Présentation des SRA et du CEPPRAAL
- Le contexte des CPTS (et de l'exercice coordonné)
- Les principes d'une démarche qualité
- Les apports du CEPPRAAL

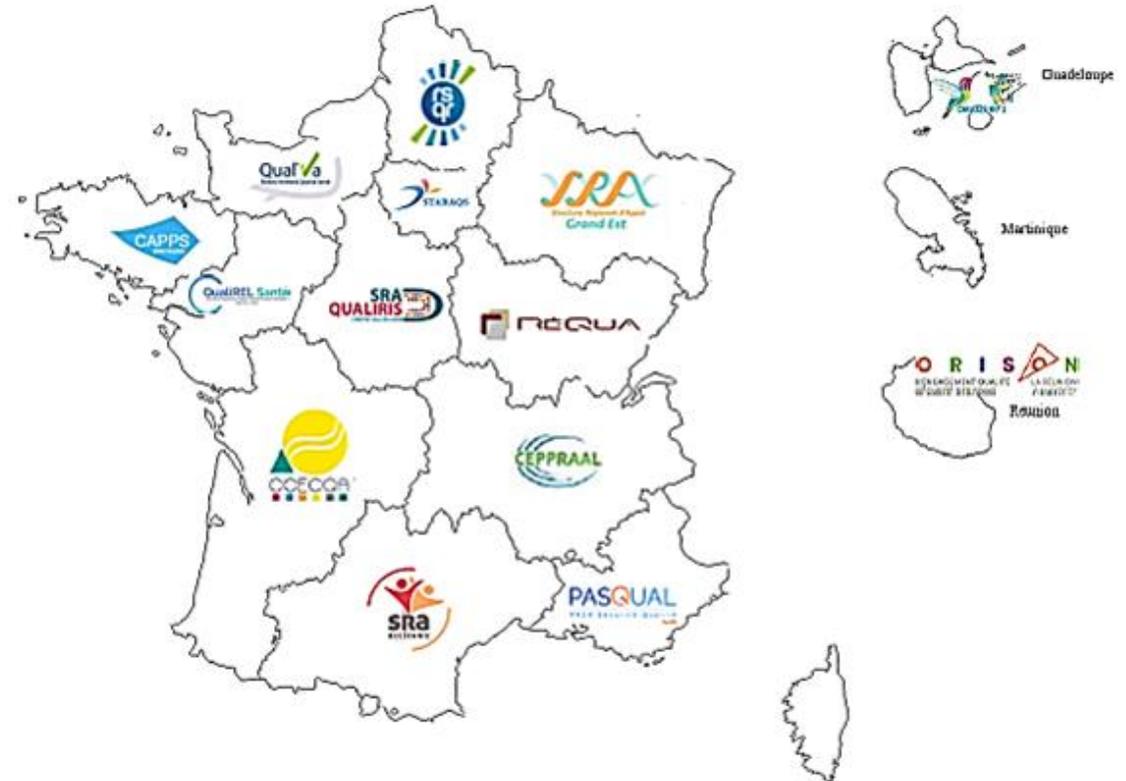
Une Structure Régionale d'Appui qualité des soins et sécurité des patients

Les SRA

- Organismes à but non lucratif
- Contribuent aux politiques régionales de santé et de soins
- Au service des professionnels pour les usagers

La FORAP

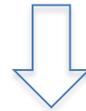
- 14 SRA
- Près de 1 000 établissements
- Partage/mutualisation
Co-construction



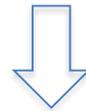
Pourquoi les SRA ?

Des acteurs pour améliorer la sécurité en santé

régulation



recommandations
accréditation
évaluations



implémentation
(facilitateur de changement)



Le CEPPRAAL

**Association, acteur régional de la qualité et de la sécurité
tout au long du parcours de santé**

19 ans d'expérience

12 ans auprès des professionnels du secteur médico-social

14 ans auprès des professionnels de ville

300 structures sanitaires et médico-sociales adhèrent au CEPPRAAL

1 500 professionnels bénéficient chaque année de nos activités

Contexte historique

- Sécurité du patient (SP) : en ville - comme en établissements de santé (ES) - une préoccupation majeure pour les soignants
- EIAS (événements indésirables associés aux soins): fréquents en ambulatoire
 - ENEIS 1 et 2 (2004 et 2009) : 4,5 % des hospitalisations en lien avec un EIG né en ville
 - ECOGEN (2014): 1 EIAS/jour/MG*
 - ESPRIT (2014): 0,5 EIAS/jour/MG*
 - ENEIS 3 (2019) : 2,6% des hospitalisations en lien avec un EIG né en ville

Les causes d'hospitalisation sont consécutives à un transfert ou une mutation dans 42% des cas ; pour les 58% restants, ils ont été identifiés en ville, mais certains peuvent être cliniquement reliés à des hospitalisations précédentes

* Détectés par le MG
- EIAS en ville/en ES : souvent évitables (a posteriori) (ENEIS 2019 : 53%)
- Création des CPTS (coordination , démarche qualité , indicateurs)

Etablissement de santé
unité de temps, de lieu
et d'action (souvent)



Soins de ville
pas d'unité de temps, ni de
lieu et ni d'action (souvent)



Contexte CPTS (1)

- Des professionnels de santé
 - Nombreux
 - Dispersés sur le territoire
 - Multiples sur le territoire (MG, IDE, Pharmacien, MKDE, SF, Dentiste, AMP, psychologue etc.)
 - Multiples autour d'un patient (nombre, type, selon le patient)
 - Modes d'exercice variables
 - libéral, salarié, mixte etc.
 - cabinet isolé, de groupe, « sans cabinet » (remplaçant etc.), en structure

Contexte CPTS (2)

- Des prises en charges qui varient selon
 - Lieux de soins
 - Variables (domicile, cabinet, EHPAD)
 - Multiples (dans le temps / dans l'espace)
 - Interfaces ville / hôpital / cabinets / domicile ...
 - Complexité des soins
 - **Virage ambulatoire ...**
 - Vieillesse de la population (polypathologie / surmédicalisation ?)
 - Médicalisation / progrès technologique ?
 - DMP
 - Impératif économique
 - Réduction des dépenses
 - Santé: besoin essentiel et "gratuit" ?

⇒ Nécessité de coordination

Contexte CPTS (3)

- Les CPTS ont vocation à structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire en lien avec le sanitaire, le médico-social et le social pour mieux relever les défis de l'organisation de l'accès aux soins, des parcours et de promouvoir les prises en charges ambulatoires.
- Il ne peut exister qu'une CPTS par territoire.
- Un enjeu majeur du plan d'égal accès aux soins et de Ma Santé 2022.

Contexte CPTS (4)

4 missions socles obligatoires

- Améliorer l'accès aux soins. Cette mission se décline en deux sous-missions :
 - la mission « Faciliter l'accès à un médecin traitant » ;
 - la mission « Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ».
- Organiser des parcours pluri professionnels autour du patient.
- Développer des actions territoriales de prévention.
- La mission "gestion de crises sanitaires exceptionnelles"
- La réalisation de ces quatre missions donne droit à un financement pérenne et annuel pour la CPTS.

Les missions optionnelles

→ 2 missions optionnelles peuvent être développées par la CPTS pour lesquelles elle percevra un financement complémentaire au titre de l'ACI :

- **Réaliser des actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins.**
- Réaliser des actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Les attendus en termes de démarche qualité en CPTS et MSP

- **la matrice de maturité (Référentiel HAS 2012)** propose quatre grands axes sur lesquels il est possible de travailler :
 - le travail en équipe pluri professionnelle
 - le système d'information
 - l'implication des patients
 - le projet de santé et l'accès aux soins.
- **L'avenant n°1 à l'accord conventionnel** interprofessionnel ouvre la possibilité de bénéficier de points lors d'une démarche qualité dans une équipe en CPTS et MSP. C'est une excellente opportunité puisque la plupart des équipes menaient ce type de démarche. Elle sont dorénavant valorisées par une rémunération.
- **Cet indicateur sur la démarche qualité est optionnel**, mais il est plutôt facile d'en bénéficier. Trois niveaux existent pour ce nouvel indicateur : diagnostic, planification et mise en œuvre, production de résultats. La valorisation est de 100 points fixes pour le diagnostic, 200 points variables pour la mise en œuvre et 300 points variables pour la production de résultats.

Les attendus en termes de démarche qualité en CPTS et MSP(2)

→ Constituer un groupe Qualité

- **Désigner un référent**
- **Identifier une action**
- **Déterminer un objectif d'amélioration**

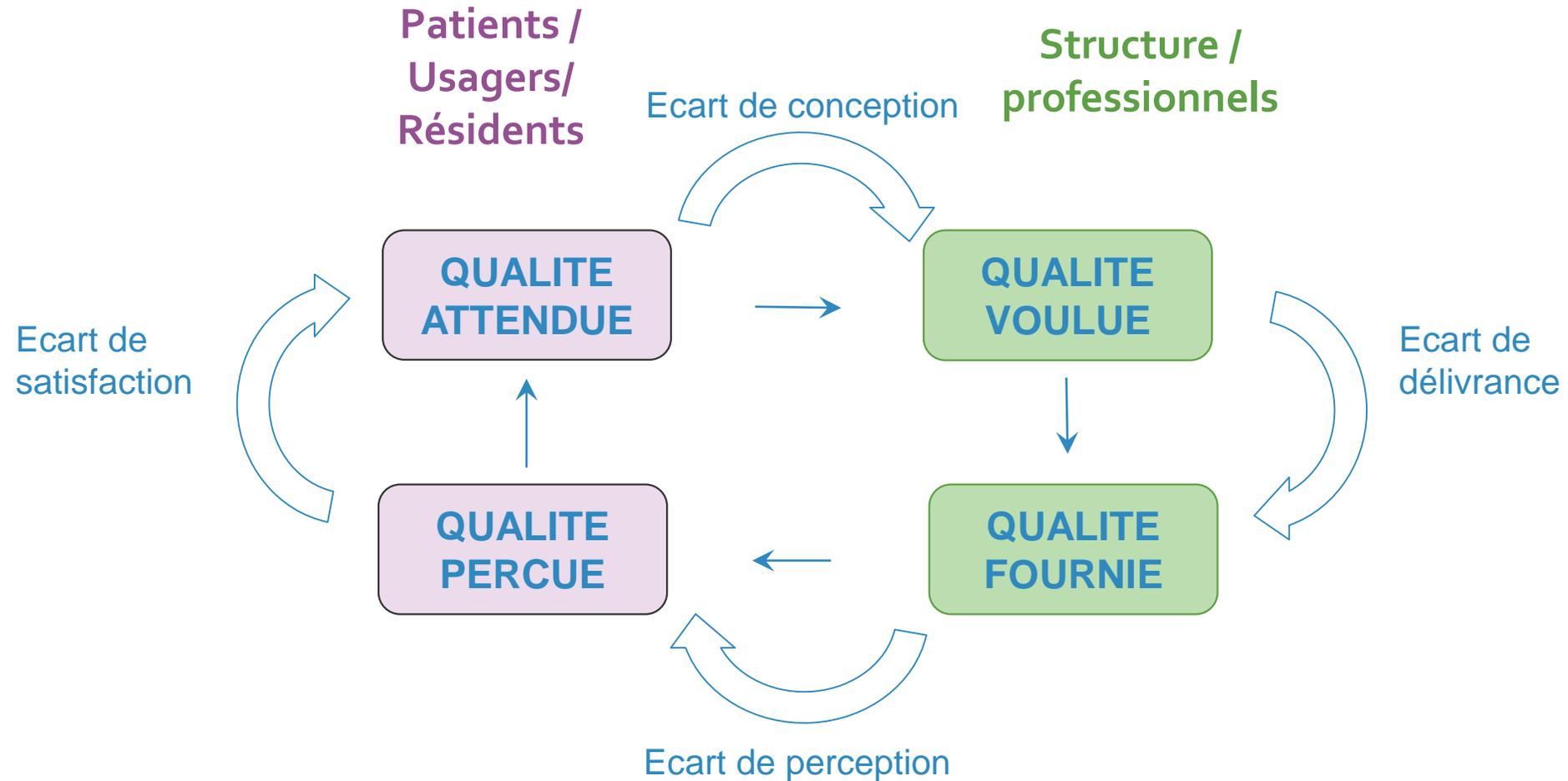


LES PRINCIPES D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Qu'est-ce que la démarche qualité en santé ?

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le **meilleur résultat en termes de santé**, conformément à l'état actuel de la science médicale, au **meilleur coût pour un même résultat**, au **moindre risque iatrogène**, et pour sa **grande satisfaction**, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS, 1987)

La qualité, une notion relative...



Qu'est-ce que la démarche qualité en santé ?

- Un **processus d'amélioration continue** de la qualité des prestations fournies.
- Une démarche **volontariste et collective**, sur une longue durée, engagée par une structure ou des professionnels, afin de **conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles**.
- Un **ensemble de méthodes, d'outils et d'actions** qui permettent d'optimiser et de fiabiliser des activités et des organisations.

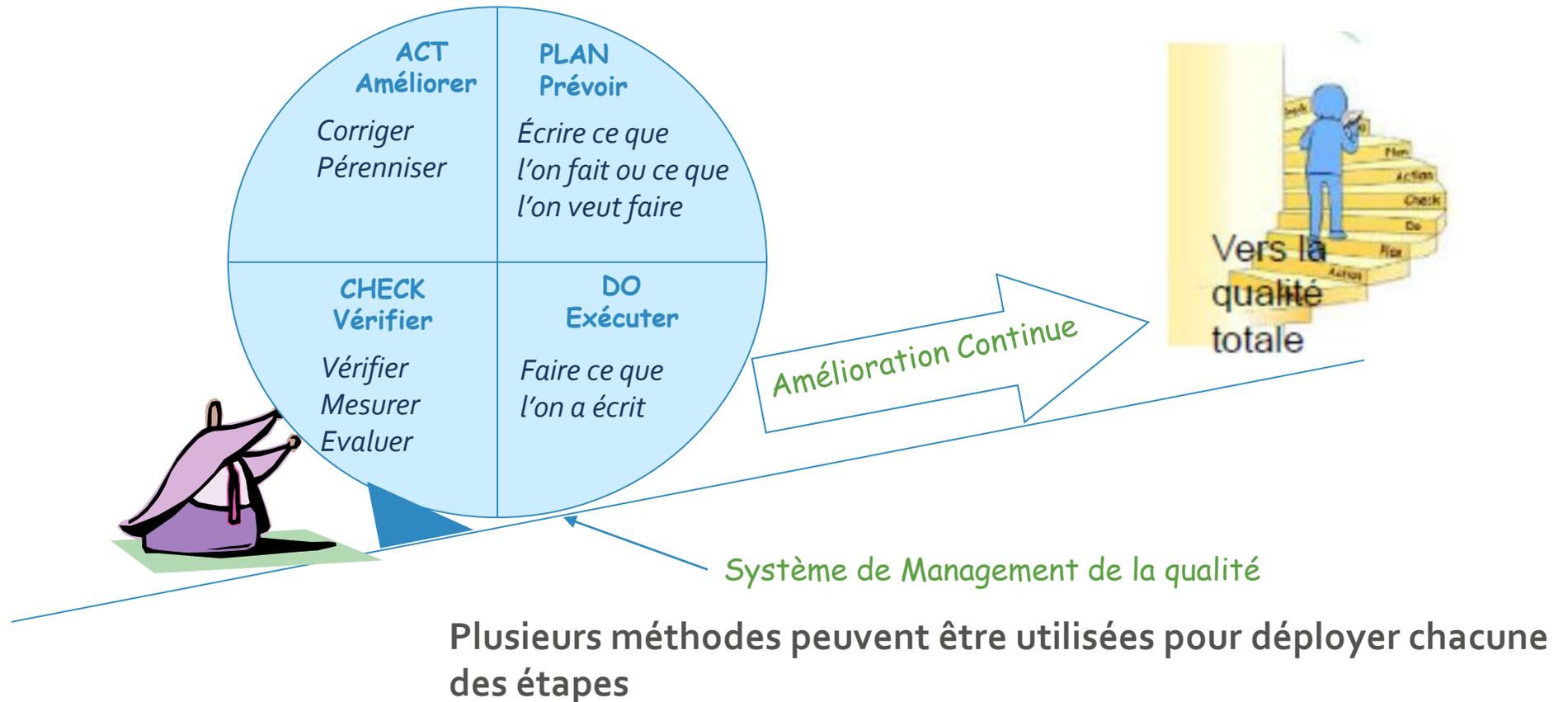
→ Elle se construit avec tous

→ Une réponse pour l'amélioration de la sécurité du patient

Démarche qualité

- Elle s'inscrit en filigrane dans les textes qui régissent les métiers de santé
- C'est un état d'esprit, une culture à partager
 - Porter un œil objectif sur sa pratique professionnelle
 - Mesurer sa performance
 - Mettre en question l'organisation de son travail quotidien
 - Evaluer ses pratiques afin de s'améliorer
 - Donner confiance

Les étapes de la démarche qualité : La roue de Deming ou le PDCA

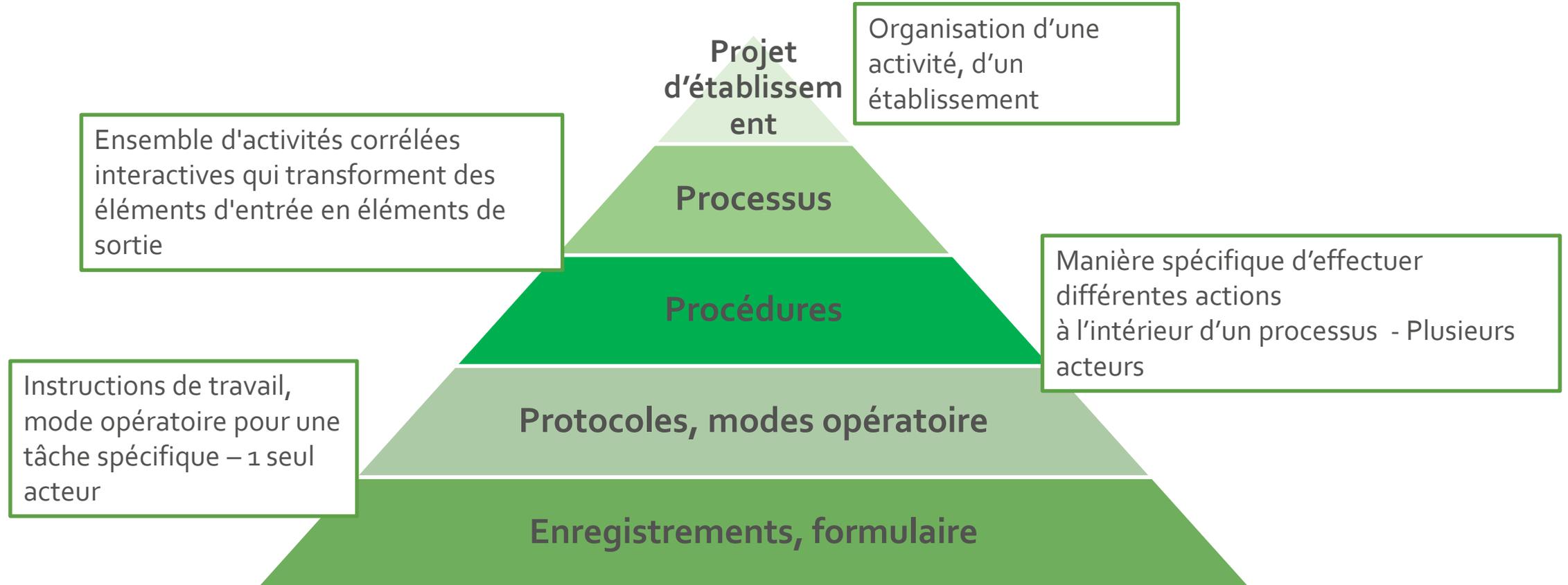


1. PLAN = PLANIFIER

- Définition d'objectifs stratégiques : vers quoi veut-on aller? Que priorise-t-on?
 - Offre de soins de proximité
 - Prise en charge la plus adaptée possible
 - Continuité des soins
 - Assurer des parcours de soins
- Assortir les objectifs d'indicateurs
- Définir un ou des pilotes de la démarche qualité
- Faire un état des lieux
- Structurer la gestion documentaire

Un outil : la gestion documentaire

Réfléchir à sa structuration



2. DO = METTRE EN ŒUVRE

- Communiquer
- Mettre à disposition la documentation qualité
- Recueillir les dysfonctionnements, les analyser, mettre en œuvre des solutions
- Former les professionnels

3. CHECK = EVALUER

- Mesurer
 - la satisfaction des usagers
 - la conformité des services à des références
 - le bon déroulement des processus
 - l'atteinte des objectifs
- Evaluer les pratiques professionnelles

Des méthodes diverses

Approche par comparaison

(Mesure d'un écart à un texte de référence)

- Audit
- Evaluation de la pertinence
- Patient traceur

Suivi d'indicateurs

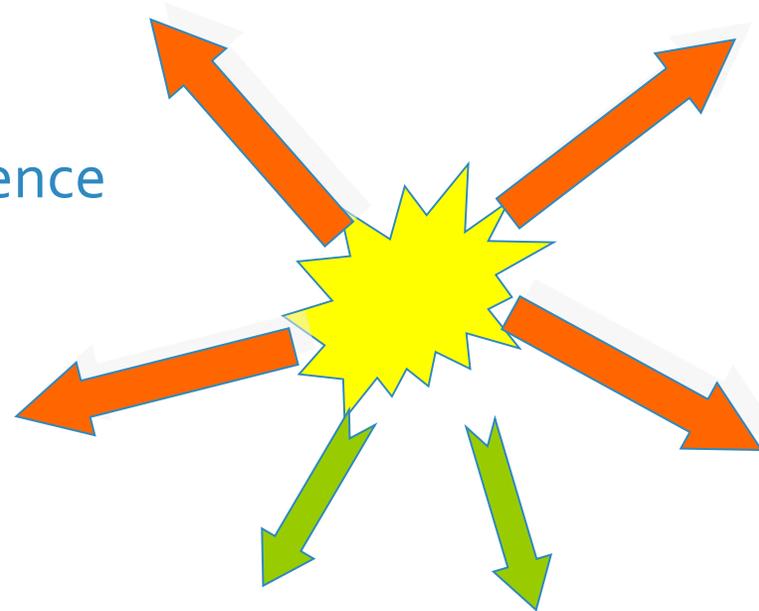
- Indicateurs de fonctionnement
- Taux de satisfaction
- ...

Approche par processus

- Analyse des processus
- Chemin clinique

Approche par problème

- Méthodes de gestion des EI (RMM)



Recherche évaluative

Eval. médico-économique

4. ACT = REAJUSTER

- En fonction des résultats des évaluations, faire évoluer les objectifs, les documents qualité, les orientations stratégiques et les moyens alloués

Pas de démarche qualité sans gestion des risques

Les 2 démarches sont indissociables

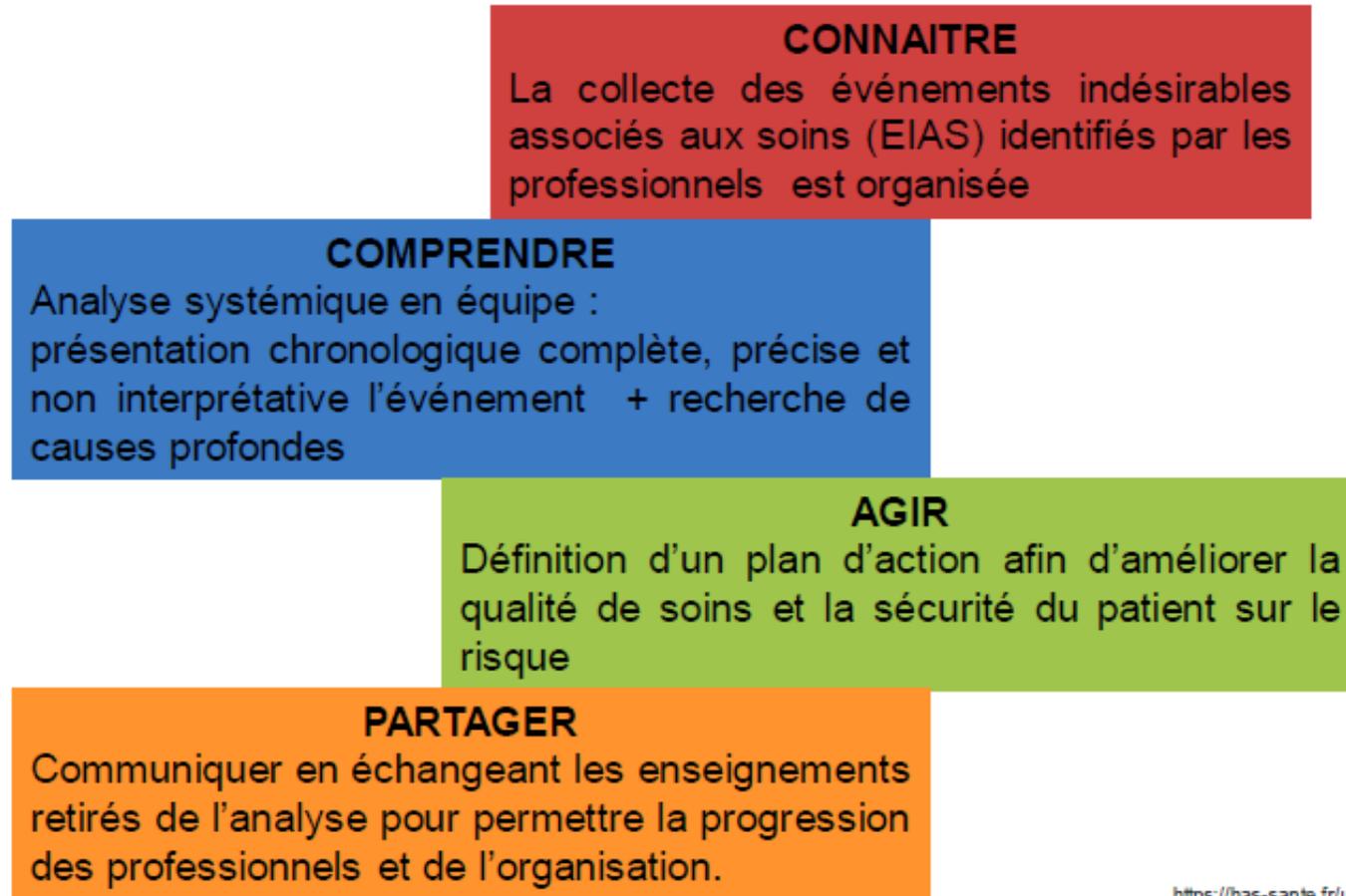
"Art L.1413-14. Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente"



Pourquoi gérer les EI ?

- Sécuriser les prises en charge
 - Diminuer les risques d'incidents/accidents
 - Améliorer la sécurité des patients en tirant des enseignements des événements indésirables qui surviennent
 - Mettre en place des barrières pour éviter que l'évènement se reproduise
- Accompagner les professionnels
 - Permettre aux équipes concernées de comprendre ce qui s'est passé pour mieux prévenir
 - Favoriser une communication positive en évitant de stigmatiser une équipe ou un professionnel
- Faire du retour d'expérience et participer au déploiement de la culture sécurité

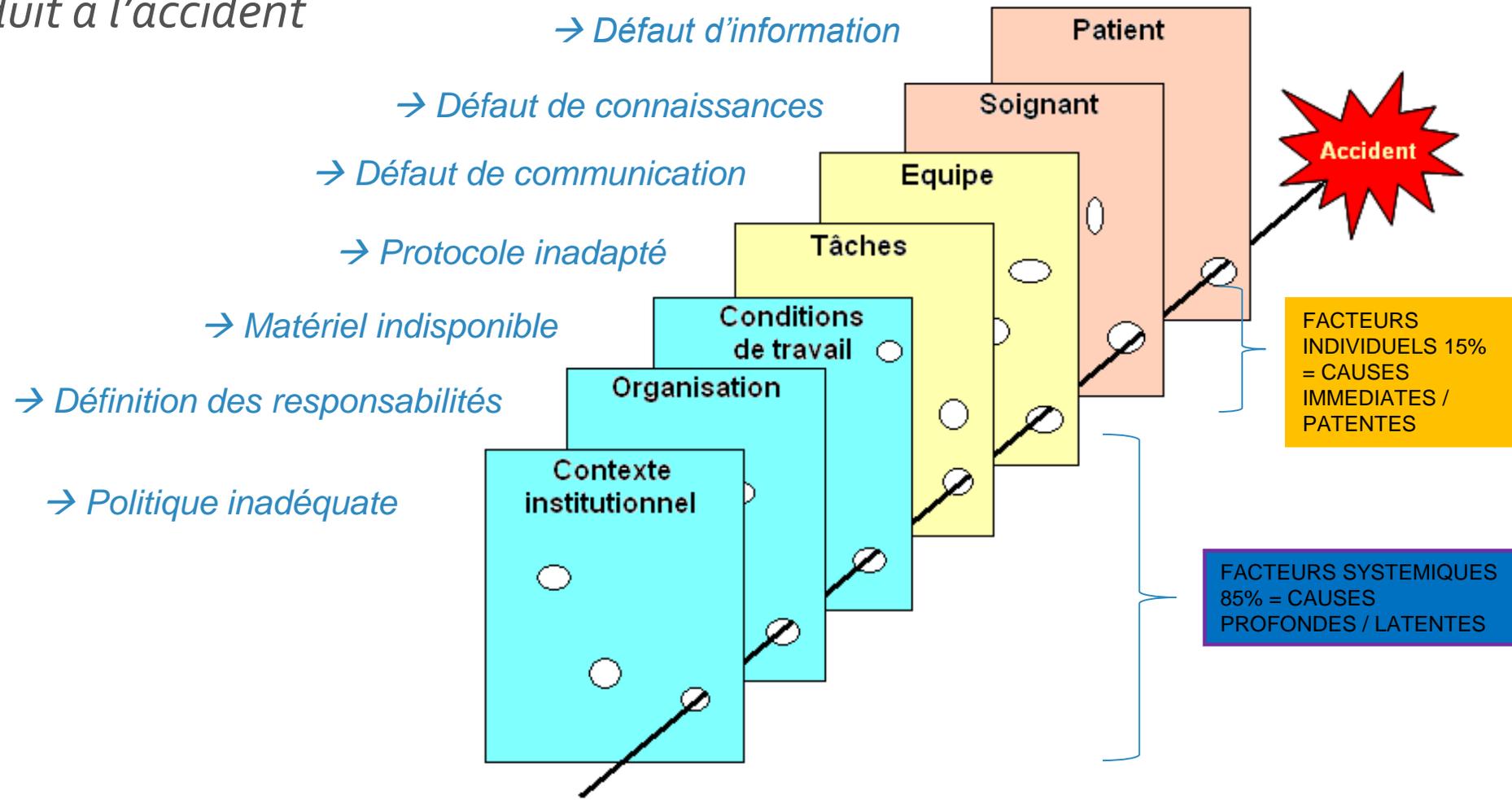
Qu'est-ce que le retour d'expérience ?



https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf

EI : mécanisme de survenue

Cascade d'erreurs : Le modèle de *Reason* : c'est la *succession de défaillances* qui conduit à l'accident



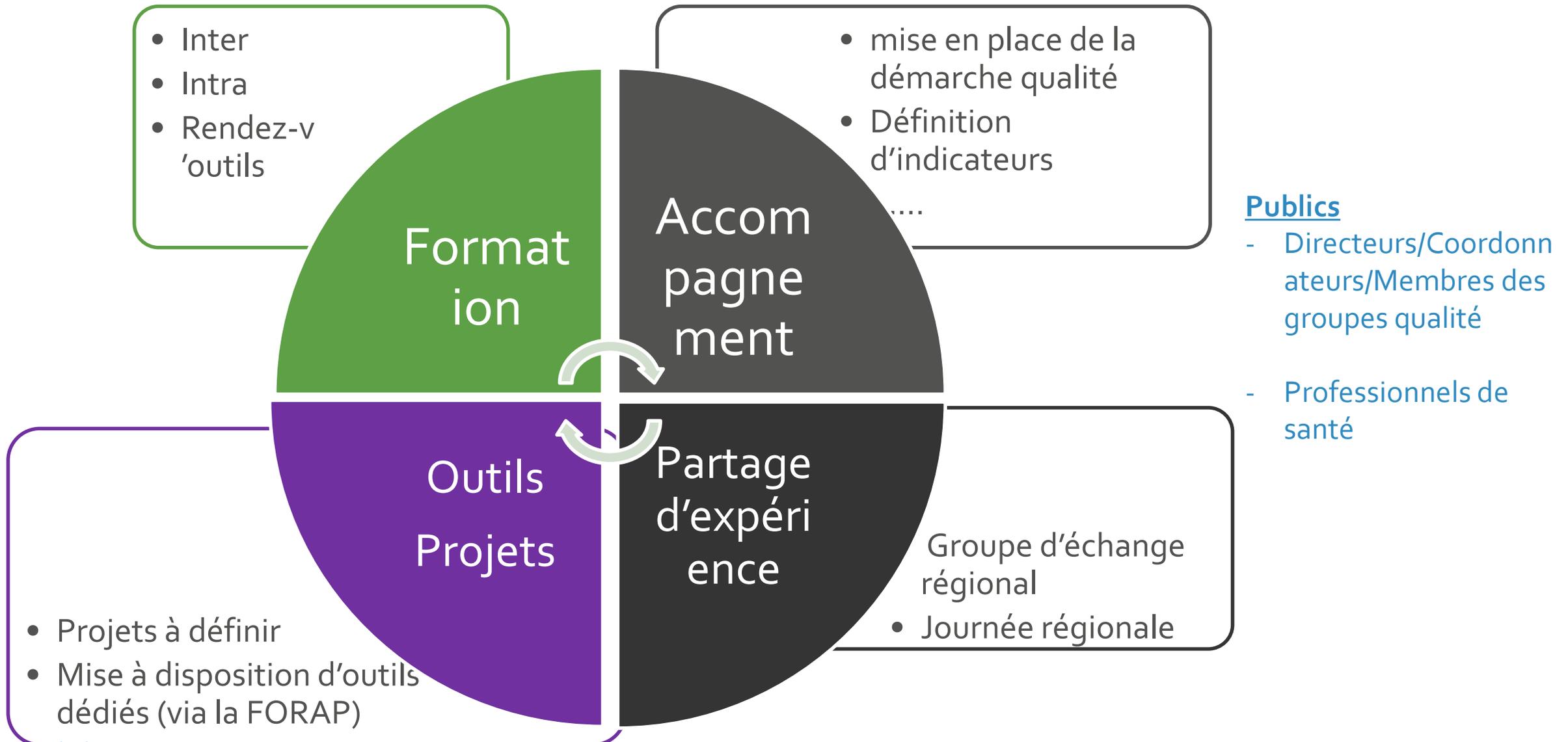
Place aux questions





LES APPORTS DU CEPPRAAL

L'accompagnement du CEPPRAAL



Publics

- Directeurs/Coordonneurs/Membres des groupes qualité
- Professionnels de santé

Nos formations pour l'exercice coordonné en ville

- Mettre en place une démarche qualité
- Sur les méthodes de la démarche qualité
 - Audit
 - RMM pluri-professionnelle
 - RMM ville-hôpital (PNSP 2023-2025)
 - Patient traceur en ville
 - Analyse de processus

→ Site en refonte actuellement. Tout sera disponible en fin d'année.

L'Audit Clinique (1)

- **L'audit clinique** est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée (recommandations de bonne pratique...) à partir de critères d'évaluation.
- En fonction des résultats d'une première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des soins.
- L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure des écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée selon les mêmes critères d'évaluation.
- **Variante** : audit clinique ciblé (ACC).

L'Audit Clinique (2)

- **Choix d'un thème**
 - Le choix du thème est défini en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient, des problèmes rencontrés, du potentiel d'amélioration et de l'existence de références scientifiques, réglementaires ou professionnelles
- **Choix des critères d'évaluation**
 - Les critères d'évaluation correspondent à un nombre limité d'objectifs d'amélioration de la qualité des soins. Leur détermination s'appuie sur l'analyse de la littérature (référentiel) et des points critiques de la pratique (grille d'audit)
- **Évaluation des pratiques**
 - Le niveau d'atteinte de chaque critère d'évaluation est calculé à partir de données cliniques des écarts constatés, notamment celles liées aux pratiques ou à l'organisation des soins.
- **Mise en place d'actions d'amélioration/ communication**
- **Réévaluation des pratiques (2^e tour d'audit)**

RMM(1)

- **RMM : Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins**
- **L'organisation d'une RMM se traduit par des réunions qui se tiennent régulièrement tout au long de l'année afin d'assurer la pérennité de la démarche. Leur fréquence est définie dans une charte ou procédure RMM. La confidentialité est assurée : les documents relatifs à une RMM (comptes rendus, bilan d'activité) ne comportent aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient et les professionnels concernés et sont archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.**

RMM(2)

- « Un évènement indésirable est un évènement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau ».

Définition retenue par l'étude ESPRIT de 2013 et préconisée par la HAS

- Les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital)
- Déclaration obligatoire sur le portail national
- RMM-Ppa et RMM-VH

Patient traceur

- **Définition** : démarche d'analyse en équipe pluri professionnelle du parcours d'un patient
 - Recueil du point de vue du patient par entretien
 - Analyse rétrospective du parcours d'un patient : étapes de prise en charge, organisation, coordination
 - Croisement des informations au cours d'une réunion d'échange
- **Cible** : patients ayant une prise en charge complexe
- **Objectifs** : consolider les bonnes pratiques et rechercher des améliorations de la qualité et sécurité des soins

Analyse de processus

- L'analyse a pour objet, champ par champ, de s'assurer de la pertinence et des modalités de maîtrise d'un processus de prise en charge ainsi que de l'organisation professionnelle associée. Ceci au regard du contexte, des risques associés, des références existantes et des résultats attendus.
 - Un processus est défini comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif. Chacune des étapes est productrice d'une contribution précise qu'il convient d'identifier en termes d'enjeux, de contenu et de qualité-sécurité des contributions.
- Analyse systématique d'une pratique existante porteuse d'enjeux, non stabilisée, génératrice de dysfonctionnements réels ou potentiels ou d'une pratique nouvelle à sécuriser avant sa mise en œuvre

Modalités CEPPRAAL

- Adhésion annuelle
 - Selon taille CPTS : 200 euros pour taille 1 et 2
: 400 euros pour taille 3 et 4
 - ⇒ Accès au réseau, aux outils
 - ⇒ Page dédiée du site Internet
 - ⇒ Participation aux projets régionaux
- Formations et accompagnements (sur devis)
- Possibilité de formation continue et de DPC (certification Qualiopi)

D'autres idées ou souhaits ?

