

LES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EPP

Dr Sylvie TOUQUET-GARNAUD

Définition de l'EPP

Il s'agit de :

« L'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'action d'amélioration des pratiques »

Art 1 du Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'EPP

- « Elle a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé.
- Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. »

Décret du 14 avril 2005

Obligation EPP « *individuelle* » médicale
Art 14 Loi 13/08/04

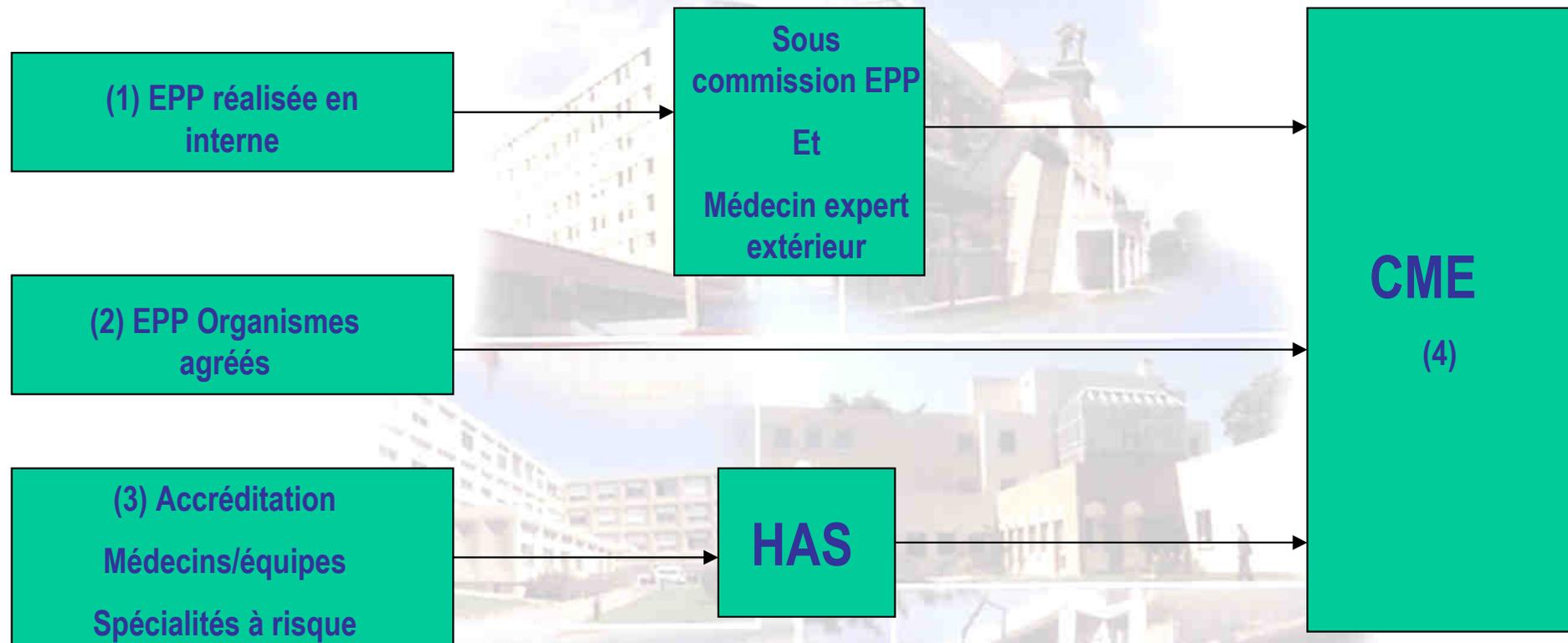
Certification V2 ES
Réf. 40, 41, 42

EPP

Obligation FMC
Loi 09/08/04

Accréditation Médecins
Spécialités « à risque » interventionnelles
(gynécologues, anesthésistes...)
Art 16 Loi 13/08/04

Circuit de validation des EPP au niveau de l'établissement



- (1) EPP réalisées en interne dans l'établissement et qui seront validées par la CME après avis du médecin expert extérieur.
- (2) EPP conduites avec le concours d'un organisme agréé.
- (3) Les médecins accrédités seront déclarés avoir satisfait *ipso facto* à leur obligation d'EPP.
- (4) CME, en formation restreinte.

EPP : Obligatoire pour TOUS les médecins

- EPP  Evaluation intégrée à l'exercice médical et incluse dans une démarche organisée d'amélioration des pratiques.
- Si la validation de cette obligation est, par définition légale, individuelle, sa réalisation en établissement de santé n'a le plus souvent de sens que dans le cadre d'un travail d'équipe mono ou pluridisciplinaire ou encore pluriprofessionnelle.

Les professions de santé sont impliquées dans la mise en place de l'EPP à travers l'obligation de formation continue (loi du 09/08/2004) :

« L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ».

Les professions concernées sont :

- Les chirurgiens dentistes (art 99, loi du 09/08/2004 – L4143-1, Code de Santé Publique –CSP-)
- Les sages-femmes (art 99, loi du 09/08/2004 – L4153-1, CSP)
- Les préparateurs en pharmacie (art 99, loi du 09/08/2004 – L4242-1, CSP)
- Les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes (art 99, loi du 09/08/2004 – L4382-1, CSP)
- Les pharmaciens en établissement public de santé ou en PSPH (art 98, loi du 09/08/2004 – L6155-1, CSP)
- Les pharmaciens (art 100, loi du 09/08/2004 – L4236-1, L4222-7, CSP)
- Les ergothérapeutes, les psychologues, les psychomotriciens, les diététiciens, les audioprothésistes, les opticiens lunetiers, les manipulateurs d'électroradiologie (livre 2 du CSP).

L'EPP dans le cadre de la certification V2

Références et critères relatifs à l'EPP

Manuel de certification version 2 (V2 2007)

Réf. 40. Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques (anciennement réf. 44 du manuel V2)

- 40.a - La pertinence des hospitalisations est évaluée
- 40.b – La pertinence des actes à risque est évaluée
- 40.c – La pertinence des prescriptions médicamenteuses est évaluée
- 40.d – La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'explorations fonctionnelle est évaluée

Réf. 41. Les professionnels évaluent le risque lié aux soins (anciennement réf. 45 du manuel V2)

41.a – Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risques et évaluent leurs conditions de sécurité.

41.b – L'analyse des événements indésirables et la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration correspondantes sont assurées

Réf. 42. La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation (anciennement réf. 46 du manuel V2)

42.a - Les enjeux liés à la prise en charge sont identifiés

42.b - Les processus et les pratiques liés à la prise en charge sont analysés

42.c - Les recommandations et les données de la littérature sont prises en compte

42.d - Les objectifs d'amélioration sont définis et les actions mises en oeuvre

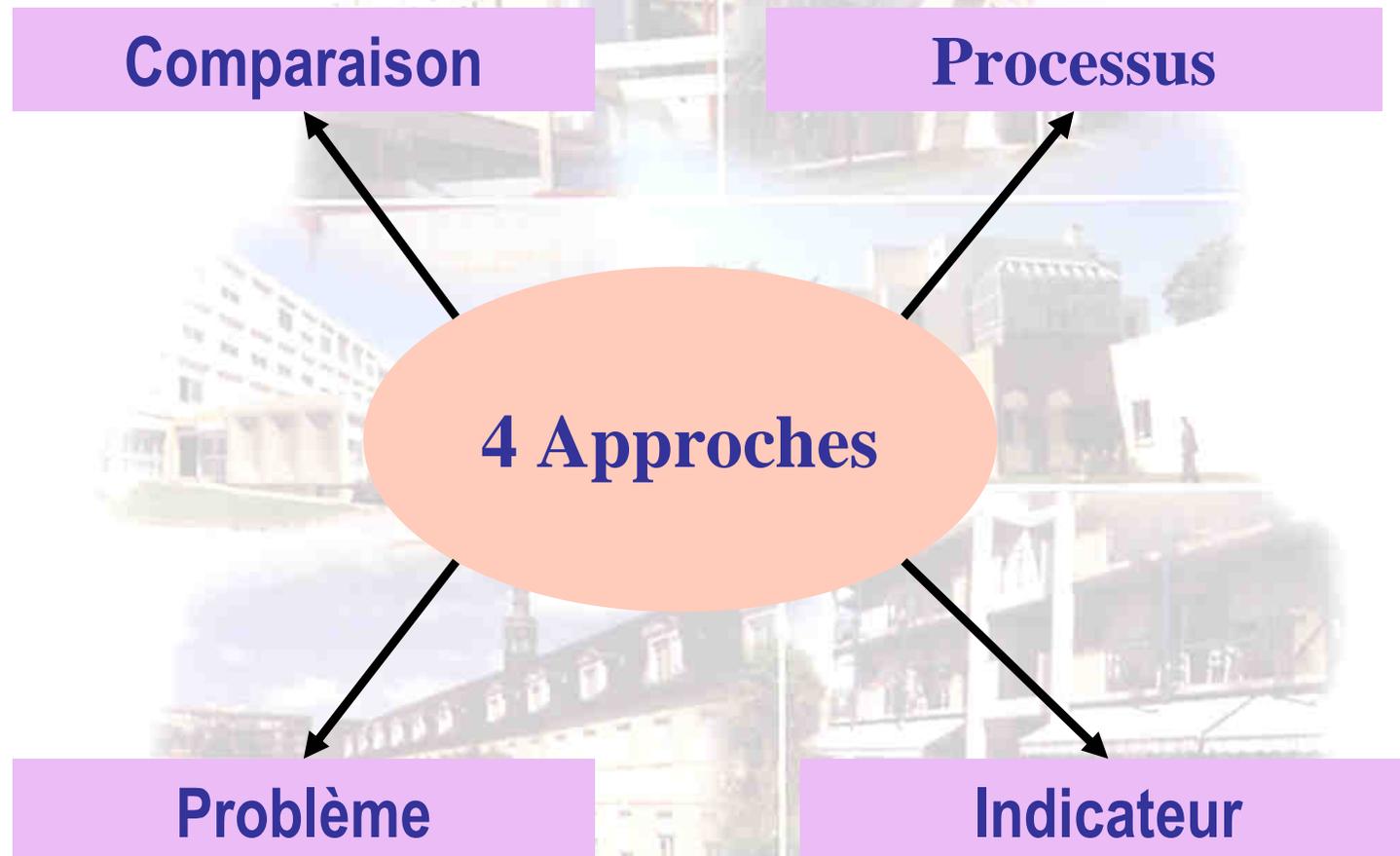
42.e - Les données et indicateurs sont définis et permettent le suivi des actions d'amélioration

42.f - Les processus de prise en charge et leurs résultats font l'objet de comparaisons

Les invariants d'un projet d'évaluation des pratiques professionnelles

1. Le choix d'un sujet porteur de potentialités d'amélioration
2. Le positionnement par rapport à des références externes reconnues (recommandations de bonnes pratiques, conférences de consensus, référentiels, pratiques d'autres équipes,...)
3. La définition d'objectifs d'amélioration à priori de l'étude
4. L'analyse des pratiques actuelles et la définition d'actions d'amélioration
5. La conduite d'amélioration
6. La mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs)
7. La communication (en amont et en aval) du projet afin de faciliter la compréhension du sens du thème, des résultats et des actions d'amélioration proposées.

Approches et méthodes de l'EPP

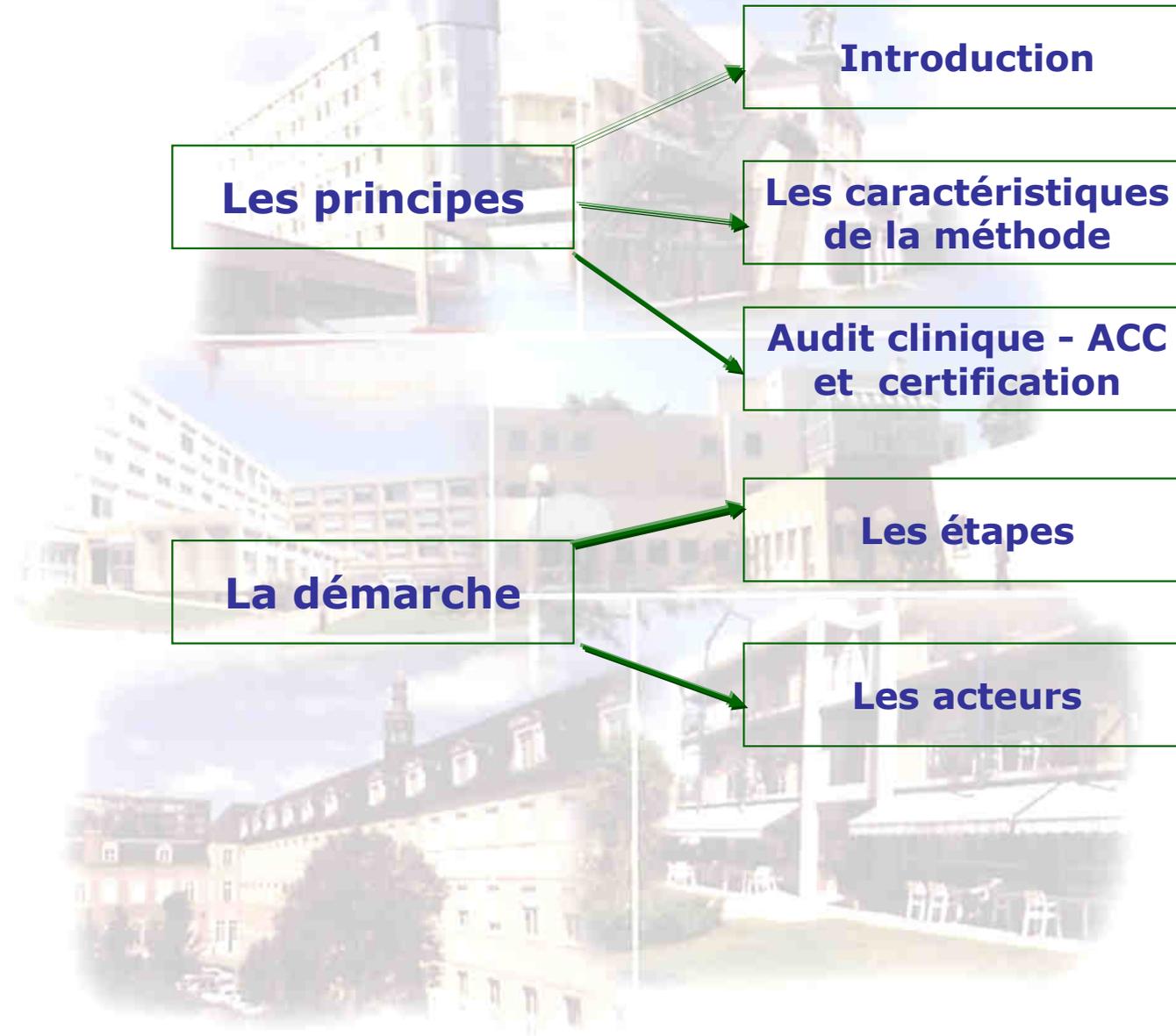


- **Objectifs :**
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art
- **Méthodes / outils :**
 - Audit clinique / ciblé
 - Revue de pertinence
 - Enquête de pratique
 - Visite académique
 - Groupe de pairs
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire
 - Staff protocolé = staff EPP

Approche par processus / problèmes / indicateurs

	Objectifs	Méthodes / outils
Par processus	Optimiser ou améliorer une prise en charge ou une étape de cette prise en charge	Analyse de processus Chemin clinique
	Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité)
Par problèmes	Traiter un dysfonctionnement	Revue de mortalité-morbidité Méthode de résolution des problèmes
	Analyser et traiter des événements indésirables	Analyse de processus Méthodes d'analyse des causes Staff protocolé = staff EPP
Par indicateurs	Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	Mise en place et analyse d'indicateurs (ex : indicateurs qualité COMPAQH) Maîtrise statistique des processus

L'AUDIT CLINIQUE - L'AUDIT CLINIQUE CIBLE



Les principes

L'audit clinique (AC) est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, de première intention, «qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer des pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer».

L'audit clinique ciblé (ACC) est une méthode qui découle de l'AC mais, qui comporte un nombre limité de critères.

Les principes

- Mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue définie par un référentiel (procédures, protocoles...).
- Evaluer le niveau de conformité des pratiques à un référentiel donné en vue de les améliorer
- C'est une méthode centrée sur les pratiques de soins. Le champ (domaine d'application) est variable allant de la pratique d'un acte à la prise en charge complète d'une pathologie (ex : amélioration de la prise en charge des hémorragies digestives hautes) sur un thème transversal (ex : évaluation du risque infectieux relatif à la pose des cathéters à chambres implantables).

La question à se poser :

La prise en charge actuelle est-elle de qualité ?

L'AC et l'ACC et leurs plans d'amélioration

Les principes

L'AC et l'ACC ne présentent de l'intérêt que s'ils sont suivis d'un plan d'amélioration, décidé et mis en œuvre par les professionnels de santé concernés puis, évalué.

«La réussite de l'audit clinique et de son plan d'amélioration dépendent de la qualité de la conduite du projet et de l'accompagnement du changement».

Les étapes

La démarche

**La réalisation et la mise en oeuvre
de l'AC ou de l'ACC s'effectuent
en 4 étapes qui s'inscrivent dans
le cycle d'amélioration
continue de la qualité,
Plan, Do, Check, Act (PDCA)
également appelé
Roue de Deming**

L'AC et l'ACC dans un PDCA

AMELIORER (ACT)

Réévaluer

Mettre en œuvre le plan d'actions

La démarche

COMPRENDRE LES RESULTATS (CHECK)

Rechercher les causes

Analyser les écarts

PLANIFIER (PLAN)

Décider l'AC / l'ACC

Impliquer les acteurs

Choisir le champ

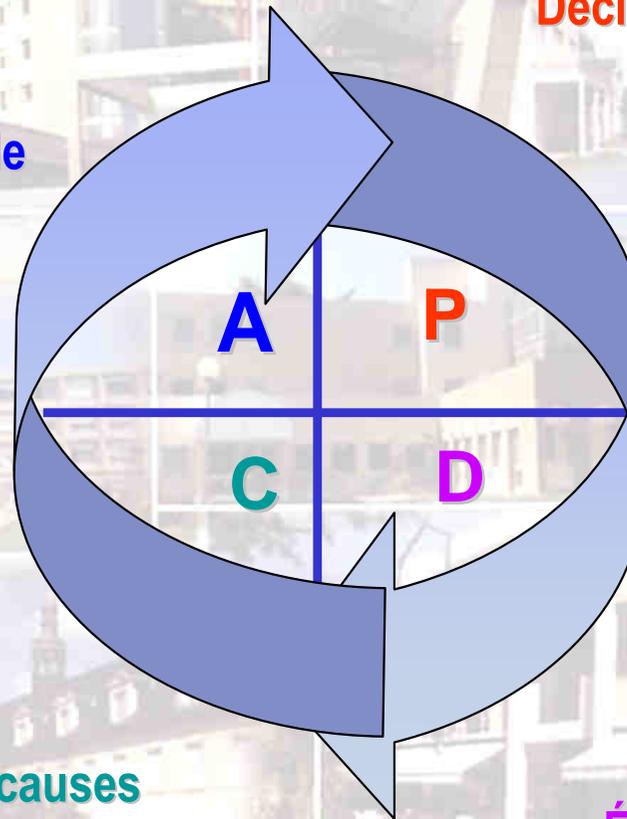
Communiquer

FAIRE (DO)

Préparer les grilles et les guides

Élaborer le protocole

Recueillir les données





L'audit clinique (AC)

PLAN (planifier)

- **La structure qualité (Sous-commission FMC-EPP, Direction Qualité, équipe EPP...) :**
 - pilote ou soutient la démarche d'audit clinique et coordonne les actions d'amélioration au niveau institutionnel.

- **Le demandeur ou commanditaire :**
 - prend l'initiative de réaliser un audit clinique, nomme le chef de projet et valide avec lui la composition de l'équipe projet, détermine les délais et négocie les moyens à allouer, s'assure de l'avancement du projet ...

La démarche

Impliquer les acteurs (2/3)

La démarche

➤ Le chef de projet :

- possède une expérience dans le gestion de projet, maîtrise la méthode de l'audit clinique, sait conduire le changement et communiquer,
- coordonne l'ensemble du travail et guide l'équipe projet, rédige le rapport.

➤ L'équipe projet :

- travaille en collaboration avec le chef de projet, elle est reconnue pour ses compétences dans la pratique à évaluer.

Impliquer les acteurs (3/3)

La démarche

- **Les autres partenaires :**
 - les professionnels des unités de soins participent à l'audit clinique et conduisent le plan d'amélioration ;
 - les autres partenaires susceptibles d'ajouter une contribution directe à la réalisation du projet sont à mobiliser.

Choisir le thème

- **Le sujet est choisi selon la fréquence ou la gravité d'une prise en charge, selon la faisabilité des possibilités d'amélioration avec l'existence de recommandations applicables**

Exemples :

- Amélioration de la prise en charge des appels pour douleur thoracique non traumatique au SAMU 45,
- Amélioration de la prise en charge des hémorragies digestives,
- Amélioration de la prise en charge des AVC en Neurologie

La démarche

Les questions à se poser :

Le thème est-il une priorité actuelle ?

Le thème correspond-il à une préoccupation forte des professionnels ?

PLAN

Vous devez élaborer un plan de communication

1. Le plan de communication :

- **Porté tout au long du projet par le chef de projet, il doit être simple, compréhensible et faire l'objet d'un document écrit.**

La démarche

- **À chaque étape du projet, il faut :**

identifier les destinataires de l'information,

⇒ définir les objectifs de communication,

⇒ déterminer les messages prioritaires,

⇒ choisir et positionner les acteurs,

⇒ sélectionner les modes de communication,

⇒ prévoir l'organisation.

PLAN

2. L'information et la communication auprès des différents acteurs :

- Elles s'effectuent

- ⇒ **au niveau institutionnel :**
donner de la visibilité à la démarche et valoriser les bénéfices obtenus et l'implication des professionnels ;
- ⇒ **au sein de l'équipe projet :**
mettre en place un système d'information et communiquer pour fédérer l'équipe projet ;
- ⇒ **au niveau des services concernés :**
choisir des méthodes de communication appropriées au fonctionnement des équipes pour être efficace et gagner leur confiance.

La démarche

DO (FAIRE)

1. **Élaborer le** référentiel d'évaluation.
2. **Construire la grille** de recueil des données **et rédiger le** guide d'utilisation.
3. **Définir le** protocole d'audit (**champ d'application, type d'étude, critères d'inclusion-d'exclusion, taille de l'échantillon, etc.**)
4. **Établir les** modalités de **recueil et de** traitement des données.
 - **L'ensemble des documents doit être testé afin d'en assurer leur compréhension.**
 - **Le chef de projet conduit et réalise cette étape avec l'équipe projet.**

La démarche

Élaborer le référentiel (1/2)

DO

Il est judicieux d'utiliser un référentiel déjà existant (au préalable s'assurer de son actualisation), il sera à créer si nécessaire.

La démarche

Il s'appuie sur des **données récentes, validées** (en priorité réglementation et les recommandations professionnelles).

Le référentiel se présente sous la forme d'une grille de recueil des données.

Élaborer le référentiel (2/2)

DO

- REFERENTIEL => Ensemble des critères
- CRITERE => Élément + Standard + Exception

La démarche

- Les critères doivent être représentatifs de la qualité des soins, ils constituent la base de comparaison et ils doivent être précis, concis et mesurables.
- ELEMENT => Ce qui doit être fait (représentatif de la qualité)
- STANDARD => Niveau de ce qui doit être fait
- EXCEPTION => Situation permettant de ne pas faire

Exemple				
Élément	Standard attendu	Résultat audit 1	Résultat audit 2	Exception
Une NFS doit être réalisée 2 fois/semaine pendant le traitement préventif par HBPM	100%	23%	75%	Durée du traitement < 5 jours

Les questions à se poser :

- Les sources sur lesquelles s'appuie le référentiel sont-elles fiables ?
- Les critères sont-ils représentatifs de la qualité de la pratique à évaluer ?

DO

Une grille de recueil des données comporte :

- ⇒ les données d'identification du dossier ou de la pratique évaluée,
- ⇒ la date et le numéro de la grille,
- ⇒ l'identification de l'auditeur.

La démarche

Les critères d'évaluation sont rédigés de façon affirmative précisant les modalités de réponse : OUI, NON.

La réponse Non Applicable (NA) est possible pour un nombre limité de critères.

Une case « commentaires » est prévue pour faciliter l'analyse des résultats.

La grille est associée à un guide d'utilisation.

DO

Le guide d'utilisation

- ⇒ précise le sens du libellé des critères ;
- ⇒ prévoit les situations où la réponse «Non Applicable» est possible ;
- ⇒ apporte les instructions relatives au recueil des données (sources d'informations).

La démarche

La grille de données et son guide d'utilisation doivent être testés

Définir le protocole d'audit

DO

- ⇒ Le champ d'application : les services participant à l'audit clinique en lien avec le thème, les objectifs poursuivis...
- ⇒ Les critères d'inclusion et d'exclusion : de la population à étudier et des pratiques à évaluer.
- ⇒ Le type d'étude : prospective pour évaluer les pratiques et rétrospective pour l'examen des documents (dossiers médicaux...).
- ⇒ Les sources et les modes de recueil des données : l'observation des pratiques, l'entretien, le questionnaire, l'analyse des documents.
- ⇒ La taille de l'échantillon : en général, 30 pratiques ou dossiers par unité de soins ou service.
- ⇒ La période d'évaluation : 6 à 8 semaines maximum pour les observations de pratiques avec élaboration d'un calendrier.

La démarche

Préciser les modalités de recueil et de traitement des données

DO

- ⇒ entraînement des auditeurs au recueil de données,
- ⇒ préparation des documents utiles aux recueils (protocole, grilles d'audit, guide d'utilisation),
- ⇒ organisation pratique de cette phase, outil QQOQCCP :
 - Qui (personnes ou catégories de personnes concernés),
 - Quoi (actions à effectuer),
 - Où (domaines touchés par le projet, lieux),
 - Quand (programmation dans le temps),
 - Comment (moyens, méthodes...),
 - Combien (quantités, budget),
 - Pourquoi et/ou Pour quoi (motifs et objectifs).
- ⇒ prévision des modalités de traitement des données (manuel ou informatisé).

La démarche

DO

Recueillir les données selon les ressources humaines et matérielles

La démarche

Les questions à se poser :

⇒ **Les critères sont-ils bien compris ?**

⇒ **Les règles de remplissage sont-elles respectées ?**

⇒ **Le recueil est-il exhaustif ?**

⇒ **Observez-vous une bonne cohérence des réponses selon les commentaires ?**

Analyser les résultats

CHECK

- ⇒ Faire les calculs nécessaires pour traiter les données
- ⇒ Présenter de façon claire vos résultats quantitatifs
- ⇒ Identifier vos points forts et analyser vos points faibles (l'analyse des écarts par rapport au référentiel)
 - Identifier la nature des problèmes selon chaque critère déficitaire
 - Identifier les causes possibles des écarts et les hiérarchiser en tenant compte de leur fréquence, de leur gravité, de leurs conséquences
- ⇒ Proposer des actions d'amélioration et finaliser le rapport d'audit
- ⇒ Prévoir une communication adaptée à cette étape afin de présenter les résultats et les propositions d'amélioration

La démarche



Zoom sur l'audit clinique ciblé (ACC)

Les principes

L'audit clinique ciblé (ACC) est un audit clinique au nombre limité de critères. Il permet un traitement rapide des données et des résultats. Ses objectifs sont de :

- ⇒ Faciliter la mise en place d'actions d'amélioration concrètes et dans un délai le plus court possible,*
- ⇒ Proposer aux équipes soignantes, un outil de management de la qualité et des compétences, pouvant être utilisé au sein de l'unité de soins ou du service,*
- ⇒ Favoriser l'adhésion des professionnels à l'évaluation des pratiques professionnelles.*

La démarche

1. Les audits cliniques peuvent être **ciblés** sur :
 - ⇒ un segment du processus de prise en charge du patient (pose de sonde urinaire, retrait de sonde urinaire),
 - ⇒ un acte lié à un métier,
 - ⇒ un thème transversal (information du patient, traçabilité),
 - ⇒ l'organisation de la prise en charge et les ressources.
2. Pour chaque Audit Clinique Ciblé : un ou plusieurs **objectifs qualité**.
3. Pour chaque objectif qualité : un nombre limité **de critères sélectionnés**.

Plan d'amélioration (1/2)

ACT

1 - Sélectionner et prioriser les actions :
(critères les + déficitaires ou mettant en jeu la sécurité des patients) (voir exemple de matrice multicritères ci-dessous)

- 1er niveau : actions concrètes, applicables immédiatement,
- 2ème niveau : actions à entreprendre sur un temps plus long ou qui nécessitent des moyens ou des changements importants.

La démarche

2 - Plusieurs approches peuvent être abordées selon les thèmes ou les axes d'amélioration :

- Approche « Processus » : amélioration d'un processus ou d'un segment de processus de prise en charge, l'actualisation, la rédaction, la validation de procédure de soins, de protocoles thérapeutiques... (ex : prise en charge des hémorragies digestives hautes actives)
- Approche « Ressources » : introduction de nouveaux matériels, équipements (ex : nouveaux appareils d'aspiration à mucosités)
- Approche « Résultats » : amélioration des résultats attendus (ex : diminuer de 20 % la consommation de Perfalgan® injectable)

ACT

La démarche

3 - Pour chaque action :

- Identifier la ou les personnes chargées de la mise en oeuvre de l'action,
- Définir un délai et le calendrier,
- Préciser les moyens.

4 - Planifier les actions (diagramme de Gantt).

5 - Réaliser les actions et en assurer le suivi.

La démarche

- ➔ **L'audit clinique et l'audit clinique ciblé sont des méthodes d'évaluation de première intention**
Elles sont rigoureuses et précises, elles offrent une bonne visibilité de la progression de la qualité des soins.
- ➔ **Les bénéfices du plan d'amélioration concernent la personne soignée, les professionnels de santé et les établissements.**
- ➔ **L'investissement humain et logistique doit être :**
 - **précis suivant la technique de gestion de projet,**
 - **partagé au travers de l'implication de tous les acteurs,**
 - **visible au travers d'un plan de communication.**
- ➔ **Les facteurs de réussite sont liés à :**
 - **l'instauration d'un climat de confiance,**
 - **la capacité des acteurs du changement à provoquer le désir d'évaluer et d'innover.**