

De l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à l'amélioration des pratiques professionnelles (APP)

Application aux IOA

Dr Isabelle VERHEYDE
Anesthésiste réanimateur centre hospitalier de Roubaix
Coordonnateur gestion des risques liés aux soins
Directrice médicale Réseau santé qualité

Qu'est-ce qu'un soin de qualité?

Institute of medicine- 1998

- Efficace
- Efficient
- Sûr
- Conforme aux données actualisées de la science
- Adapté au patient et à ses choix

Que faisons nous dans les établissements de santé ?

- **Sous utilisation** de ressources : *manque de soins*
- **Sur utilisation** de ressources : *excès de soins*
- **Défaut de réalisation** d'un soin adéquat entraînant un *effet indésirable évitable*

Sous utilisation de ressources : manque de soins

- 44 % des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde n'ont pas eu de prescription d'aspirine à la sortie
- 37% des patients hospitalisés pour pneumonie n'ont pas eu d'hémoculture
- 58 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque n'ont pas eu d'inhibiteur d'ACE

N Engl J Med 353; 255- 264, 2005

Sur utilisation de ressources : excès de soins

- 52 % des patients ASA 1 auraient eu un bilan préopératoire non justifié
CCECQA ANAES juillet 2004
- 20% des radiographies de la cheville seraient inappropriées dans les traumatismes légers de la cheville
CCECQA ANAES juillet 2004
- 4 à 27 % des indications des coloscopies seraient inappropriées
ENDOSCOPY 2005:375 (9) 840- 846

Quel impact pour les recommandations ?

« *La diffusion simple de recommandations n'a pas à elle seule d'impact cliniquement important* »

*Anaes, janvier 2000 : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales.
(revue systématique de la littérature)*

➔ mais aussi :

- *Lomas J et al. NEJM, 1989 ;321 : 1306-11
(césarienne)*
- *Stross JK. JAMA, 1989; 262 : 2721-3
(polyarthrite rhumatoïde)*
- *Avarguès P et coll. AFAR, 1999; 18 : 719-24
(intubation difficile)*
- etc ...

Pourquoi ?

- déficit d'attention (informations multiples, accessibilité, temps limité)
- déficit d'adhésion (accord) avec les recos :
 - en général (trop "recettes", trop rigides, trop contraignantes, trop éloignées de la pratique ...)
 - avec certaines recos : méfiance, interprétation des faits, rapport coût / bénéfice incertain ...)
- déficit de visibilité des résultats attendus
- déficit d'appropriation (implication)
- déficit de motivation (inertie, habitudes, routines ...)
- résistances extérieures
 - patients (ou à son entourage)
 - recommandations (contraintes),
 - environnement (contraintes d'organisation, financières, moyens)

Cabana, Rand, Powe, Wu, Wilson, Abboud, Rubin. JAMA 1999 ; 282 : 1458-65

Que devons nous faire ?

- Analyser nos pratiques professionnelles et nos organisations
- Les améliorer
- sans perdre trop de temps
- sans consommer trop de ressources
- sans décourager les bonnes volontés

Objectifs de la HAS

- Renforcer l'évaluation de la qualité du service médical rendu par la certification
- Promouvoir les démarches d'EPP
 - Politique institutionnelle d'EPP
 - Projets d'EPP et déploiement de la démarche qualité sur les secteurs cliniques et médico-techniques
- Impliquer les équipes médicales à risque dans la démarche d'accréditation

- ÉVALUATION FORMATIVE
et non pas sanctionnante
- ÉVALUATION INTÉGRÉE A LA
PRATIQUE (RCP, RMM, staff
EPP.....)
et non surajoutée

Utiliser une démarche formative

« le professionnel apprend en permanence (*en continu*) à partir de sa pratique et les professionnels apprennent ensemble »

- **3 fonctions :**

- **régulatrice** : permet au professionnel d'ajuster/d'adapter sa pratique
- **renforçatrice** : permet au professionnel un renforcement positif de toute pratique conforme
- **correctrice** : le professionnel peut reconnaître et corriger lui-même ses erreurs

En pratique

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :

- ▶ se traduit par la mise en relation des pratiques médicales avec les recommandations (de bonnes pratiques)
- ▶ implique l'analyse des données cliniques et permet la confrontation et le suivi des résultats
- ▶ entraîne une actualisation des modalités de prise en charge et une amélioration continue de la qualité des soins

Les activités spécifiques d'EPP dans la certification V2

- **L'évaluation de la pertinence**: hospitalisation, actes à risques, prescriptions médicamenteuses (ATB), imagerie et biologie (Réf. 40).
- **L'évaluation des risques liés aux activités cliniques et médico-techniques** : revues de morbi-mortalité RMM, (Réf. 41)
- **L'évaluation des prises en charge par pathologie ou problème de santé** (Réf. 42).

⇒ Pas d'obligation de nombre

- ❑ Structuration d'une politique d'évaluation (PEP)
- ❑ Déploiement effectif et pérenne d'actions d'évaluation dans l'ensemble
des secteurs d'activité ⇒ Favoriser l'intégration des démarches à la pratique :
 - Exigences HAS :
 - **RMM** analyse de la morbi-mortalité dans les secteurs **d'anesthésie réanimation, chirurgie, oncologie**
 - **RCP** réalisation de réunions de concertation pluri-disciplinaire en **oncologie intégrant des réunions de morbi-mortalité**
 - analyse de la pertinence des soins
 - développement de démarches EPP utilisant les indicateurs

→ la gestion des risques appliquée à l'EPP

Le risque iatrogène dans les établissements de santé à l'étranger

L'étude HMPS (*Harvard Medical Practice Study*) aux États-Unis – New York – 1991

30 000 séjours hospitaliers

19% des EI sont des accidents médicamenteux

14% des EI sont des infections nosocomiales

13% des EI sont des accidents liés aux actes chirurgicaux

8% des EI sont des erreurs diagnostiques et thérapeutiques

Le *Sentinel Event Program* de la JCAHO aux États-Unis

1 747 événements iatrogènes entre 1995 et 2002

16,5% des EI sont des suicides

12,3% des EI sont des complications opératoires et périopératoires

11,4% des EI sont des erreurs médicamenteuses

11,3% des interventions chirurgicales du mauvais côté ou autre patient

1,4% des accidents d'anesthésie

État des lieux aux États Unis: la révélation

Institute of medicine : **To err is human, 1999** :

44000 à 98000 Américains meurent chaque année à cause d'une **erreur médicale** par défaut de bonne prise en charge

C'est la **8^{ème} cause De décès** ,

Accidents de la voie publique : 43000,

K sein : 42000,

SIDA : 16000

- FREQUENCE :

- Environ 10% des patients hospitalisés présentent des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins (et non à leur maladie)

GRAVITE

- 8ème cause de mortalité aux USA

- EVITABILITE :

- 30 à 50% sont évitables

- COUT :

- 2 à 4% des dépenses de santé

* Institute of medicine : *To err is human : building a safer health system*, 2000

Risque médicamenteux
Risque Inf. nosocomiales
Erreurs de diagnostic....

↳ en chirurgie



Ministère
de l'Emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère des Solidarités,
de la santé et de la famille



Études et Résultats

N° 398 • mai 2005

Une enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) a été menée entre avril et juin 2004 dans 292 unités de 71 établissements de santé. L'échantillon de séjours était constitué de 8 754 patients, suivis pendant une période maximale de 7 jours, soit au total 35 234 journées d'hospitalisation observées. Ces événements indésirables ont été considérés comme ayant un caractère de gravité à partir du moment où ils étaient cause d'hospitalisation, ou ils entraînaient une prolongation de l'hospitalisation, une incapacité à la sortie de l'unité ou un risque vital. Ils se décomposent en deux catégories : une partie d'entre eux (195) est à l'origine même du séjour à l'hôpital, tandis que l'autre (255) a été identifiée pendant la période d'hospitalisation. La survenue de tels événements indésirables

Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats



Etude Nationale des Evénements Indésirables liés aux processus de Soins

ENEIS 2005 – DRESS et CCECQA

- Entre 120 000 et 190 000 EIG **évitables** / an surviennent **pendant l'hospitalisation**
- 3 grands mécanismes ou exposition
 - interventions chirurgicales
 - médicaments
 - psychotropes chez les personnes âgées
 - prévention du risque thrombo-embolique
 - **infections liées aux soins**
- 85% des EIG analysés : présence de **causes latentes**

Résultats

2009 :

- Soit 6.2 EIG/1000 JH dont 2.6 sont évitables

Facteurs favorisants :

- Défaillance humaine(27.6 %)
- Supervision insuffisante(26.4%)
- Communication entre les professionnels
(24.1%)

Pas d'évolution avec les chiffres de 2004

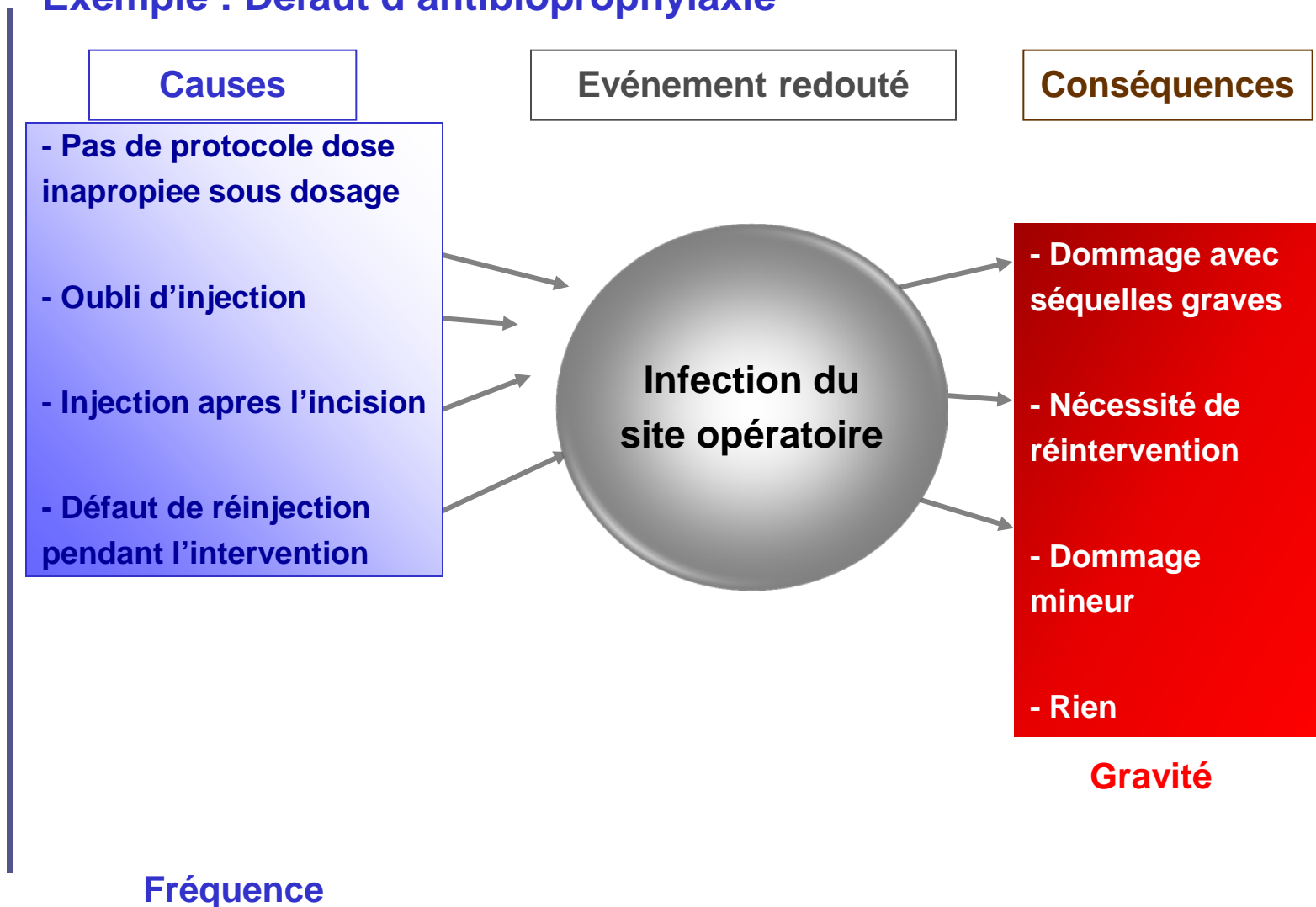
- **→ Prévenir le risque avant qu'il n'arrive**
 - Cartographie des risques dans les secteurs identifiés: bloc opératoire, urgence, réanimation, soins intensifs SSR.....

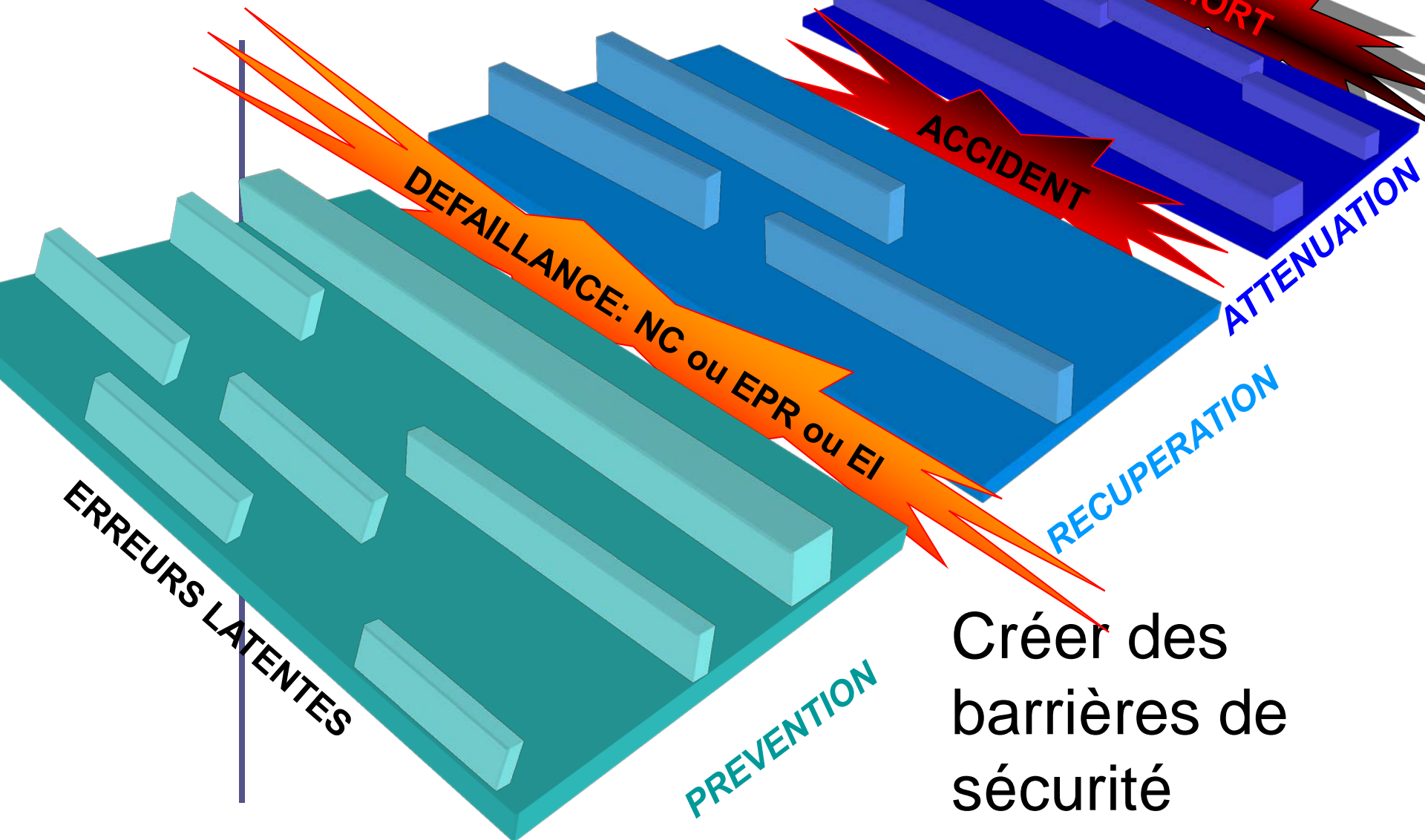
Comment identifier les risques a posteriori ?

- Le signalement des évènements indésirables (EI)
- Analyse systémique des évènements indésirables : Les Revues Mortalité-Morbidité
- Autres sources (CRUQPEC (plaintes , CLIN tableau de bord des IN indicateurs , Vigilances, etc)

Situation à risques

Exemple : Défaut d'antibioprophylaxie





Créer des
barrières de
sécurité

→ Démarche qualité et EPP

- ▶ Approche, méthodes, outils

En bref : bien faire la distinction entre :

- établir (ou actualiser) l'état de la science → Recos.
- stratégies à adopter pour utiliser ces Recos (*implémenter*)
→ les 2 sont indispensables et complémentaires

Connaissances

(RPC, consensus ...)

+

Mise en œuvre

("implémentation")

EBM



EPP

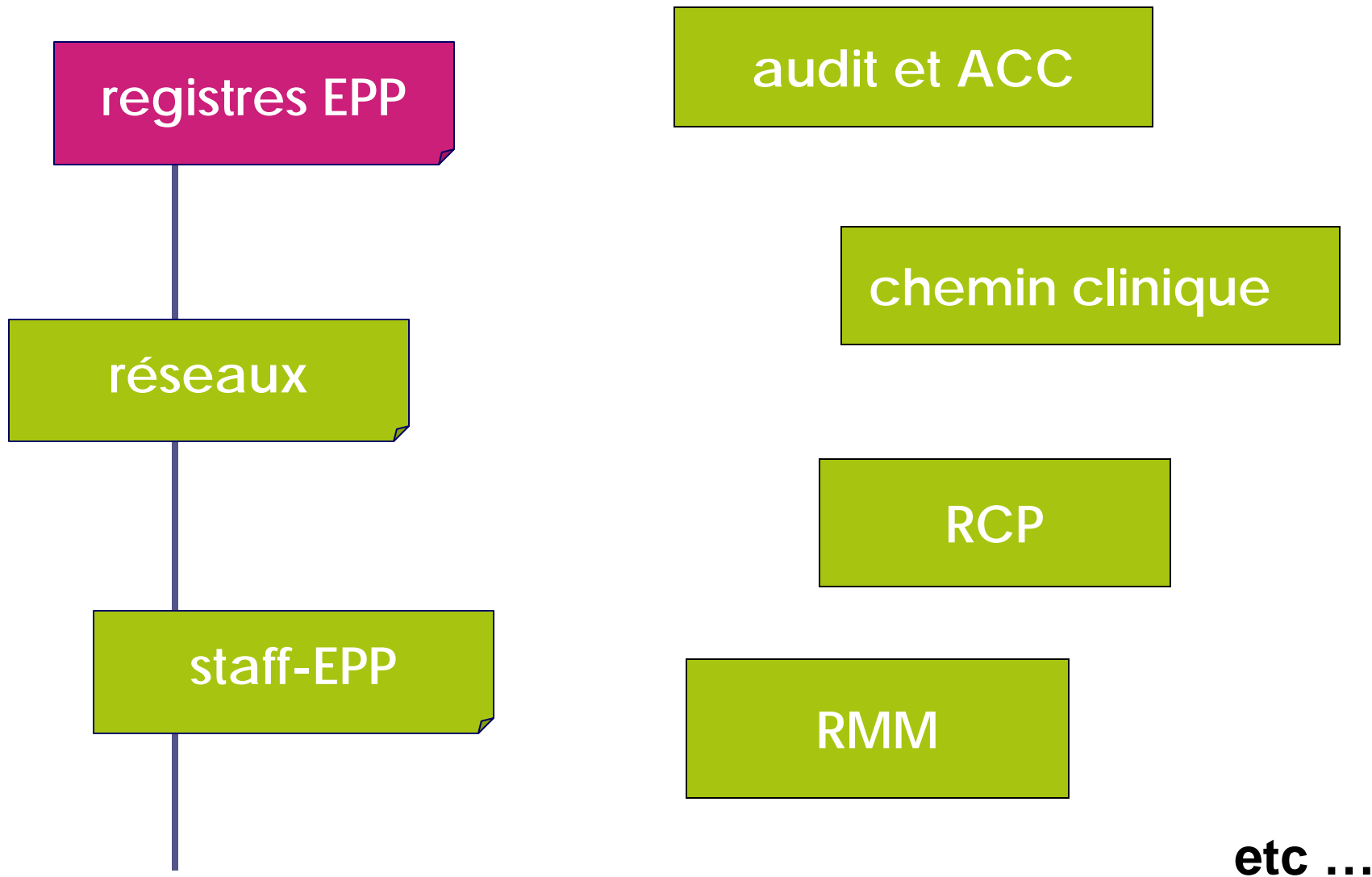
= Amélioration Qualité

= décret EPP 14 avril 2005

A. Donabedian in "introduction to Quality Assurance in Health Care"
(2003)

"Whatever we measure we tend to improve" (Leach, QSHC 2001; Anaes)
Ornstein and al. Ann.Intern. Med 2004, 141 : 523-32

les différentes démarches d' EPP

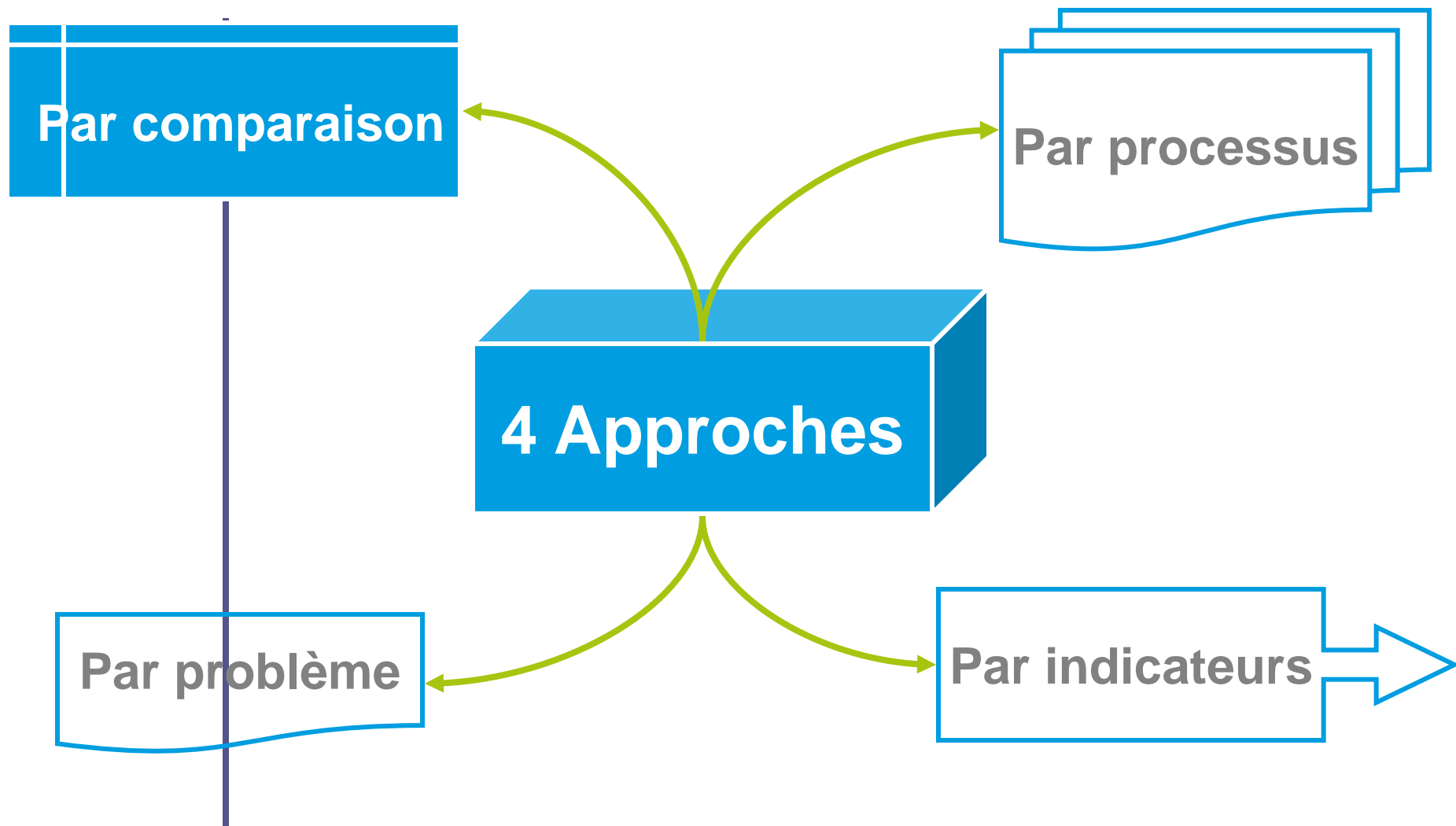


Les invariants de l'EPP

- Le choix d'un sujet porteur de potentialités d'amélioration
- L'analyse de l'organisation et des pratiques
- Le positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes)
- La définition d'objectifs d'amélioration
- La conduite d'amélioration
- La mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs)

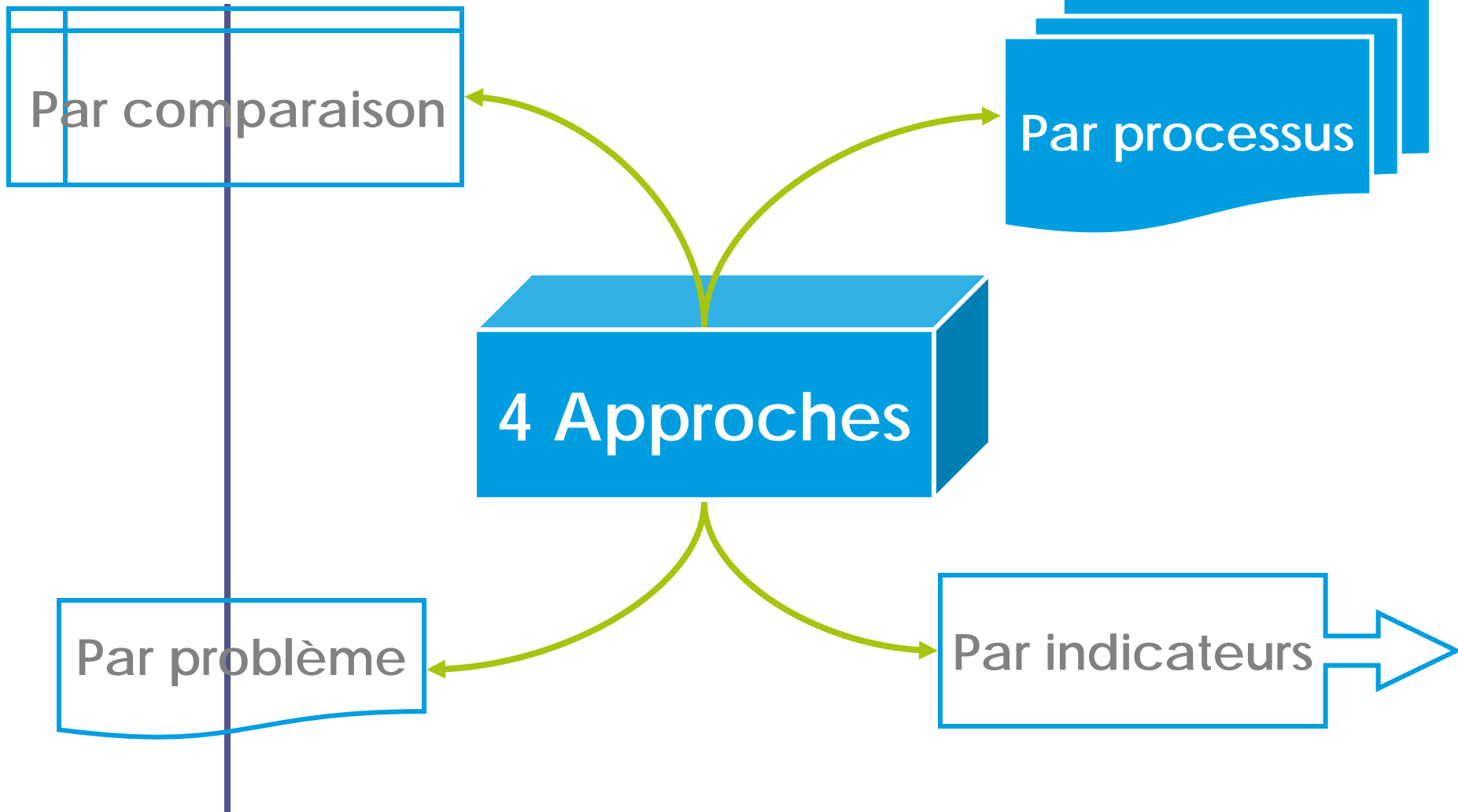
Le choix de la méthode

Objectifs	Approches	Méthodes
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Par Comparaison	Audit clinique Audit clinique ciblé Revue de pertinence
Optimiser ou améliorer une prise en charge	Par Processus	Analyse de processus Chemin clinique
Traiter un dysfonctionnement, des événements indésirables	Par Problème	Revue de morbidité mortalité- RMM <i>HAS</i> Comité de retour d'expérience- CREX <i>MEAH</i> Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés - REMED <i>SFPC</i>
Surveiller un phénomène important	Par Indicateur	Mise en place et analyse d'indicateurs



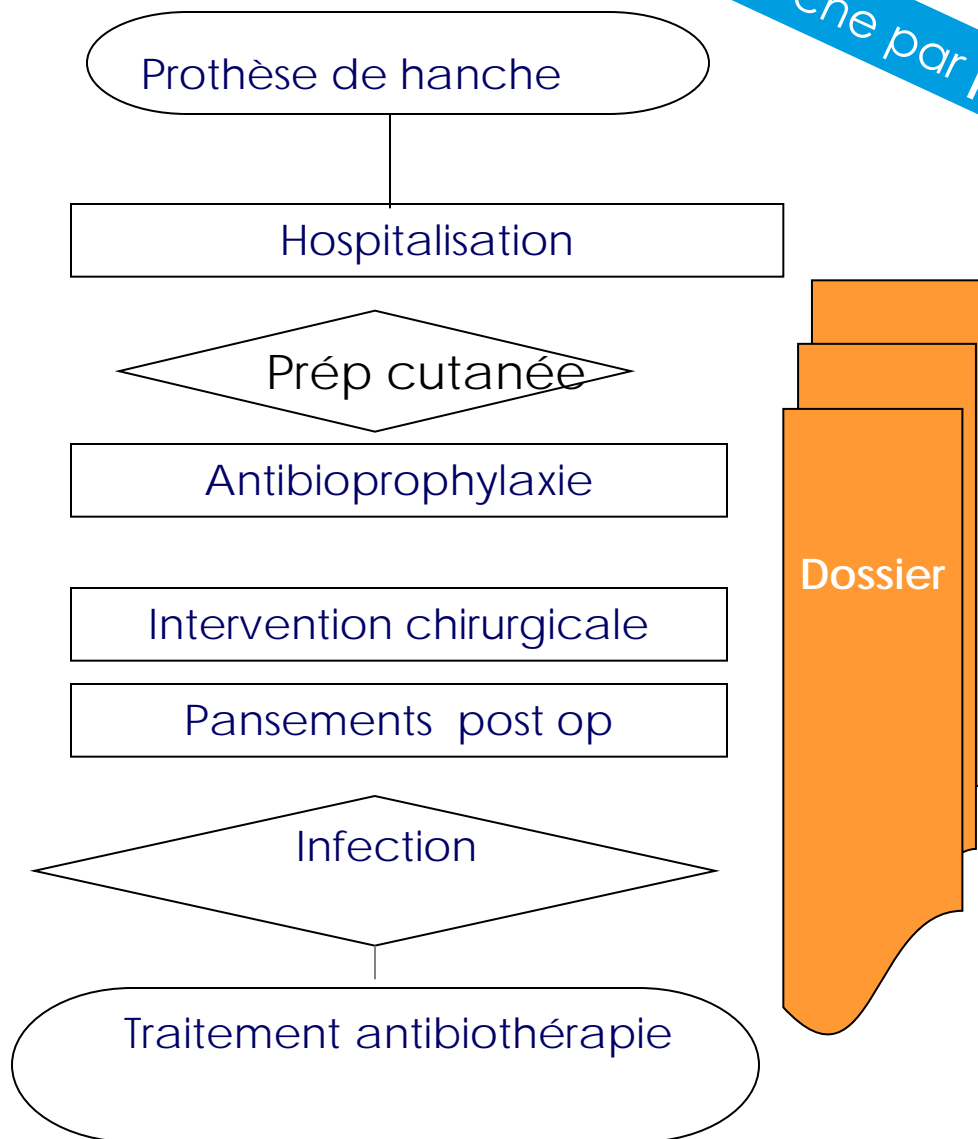
Approche par comparaison

- **Audit clinique ciblé**
 - Préparation cutanée de l'opéré
 - Pratique de la check list au bloc
 - Pratique de l'antibioprophylaxie
 - Pratique de la durée de l'antibiothérapie
- **Pertinence de l'antibiothérapie**



ACCUEIL

Chemin clinique



*Méthodes et outils d'EPP pour la
mise en place de démarches
intégrées à la pratique*

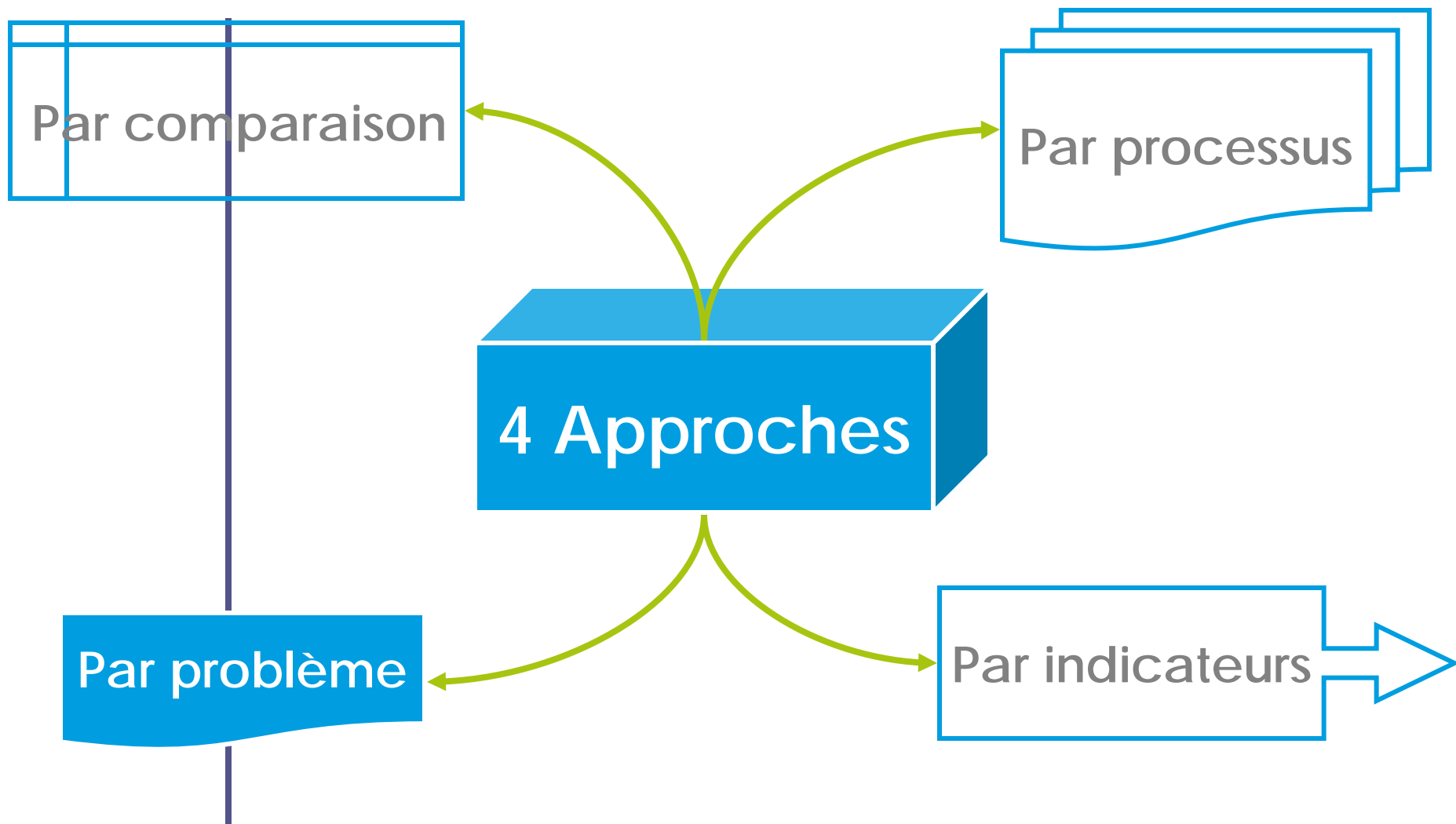
Revue morbi mortalité (RMM)

RCP

Staff EPP,

Réseaux,

Registres



Revue MORBI-MORTALITE (RMM) L'amélioration des soins par une gestion positive des évènements indésirables

- Porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge
- S'interroger sur le caractère évitable de l'évènement
- Rechercher collectivement les causes de la défaillance

L'évitabilité

- L'évitabilité d'un événement iatrogène se définit comme un « événement qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement. »

Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la QuAlité - Bordeaux

Etude ERI – Février 2003

Revue MORBI-MORTALITE (RMM) L'amélioration des soins par une gestion positive des évènements indésirables

- Un moment d'analyse collective des cas dont la prise en charge a entraîné un effet indésirable.
 - Pour comprendre et pas rechercher un coupable
 - Pour apprendre
 - Pour agir
- C'est aussi:
 - Outil pédagogique
 - Opportunité pour discuter des protocoles....
 - Outil de communication de l'équipe

Démarche revue morbi mortalité(RMM)

- Qu'est il arrivé ?
- Pourquoi cela est il arrivé? (*causes immédiates*) produit de santé, erreur humaine
- Pourquoi cela est il arrive? (*causes profondes*) organisation, locaux, charge de travail

Déroulement de la réunion(RMM)

- Présenter le cas
- Débattre afin d'évaluer le caractère évitable ou non de l'évènement analysé
- Rechercher les actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'évènement ne se reproduise
- Si possible, s'appuyer sur des référentiels publiés
- Pour chacun des évènements « évitables », identifier des actions d'améliorations :
 - Nouvelles procédures
 - Plan de suivi
 - Indicateurs (simples, peu nombreux)

Les réseaux de soins

- Mise en commun régionalement ou nationalement de pratique pour certains secteurs d'activité (Benchmarking)
 - Cardiovasculaire (anticoagulants)
 - Endocrinologie diabétologie
 - Neurologie
 - Néphrologie
 - Obstétrique
 - Réseaux d' ISO raisin

Le registre appliqué à l' IOA

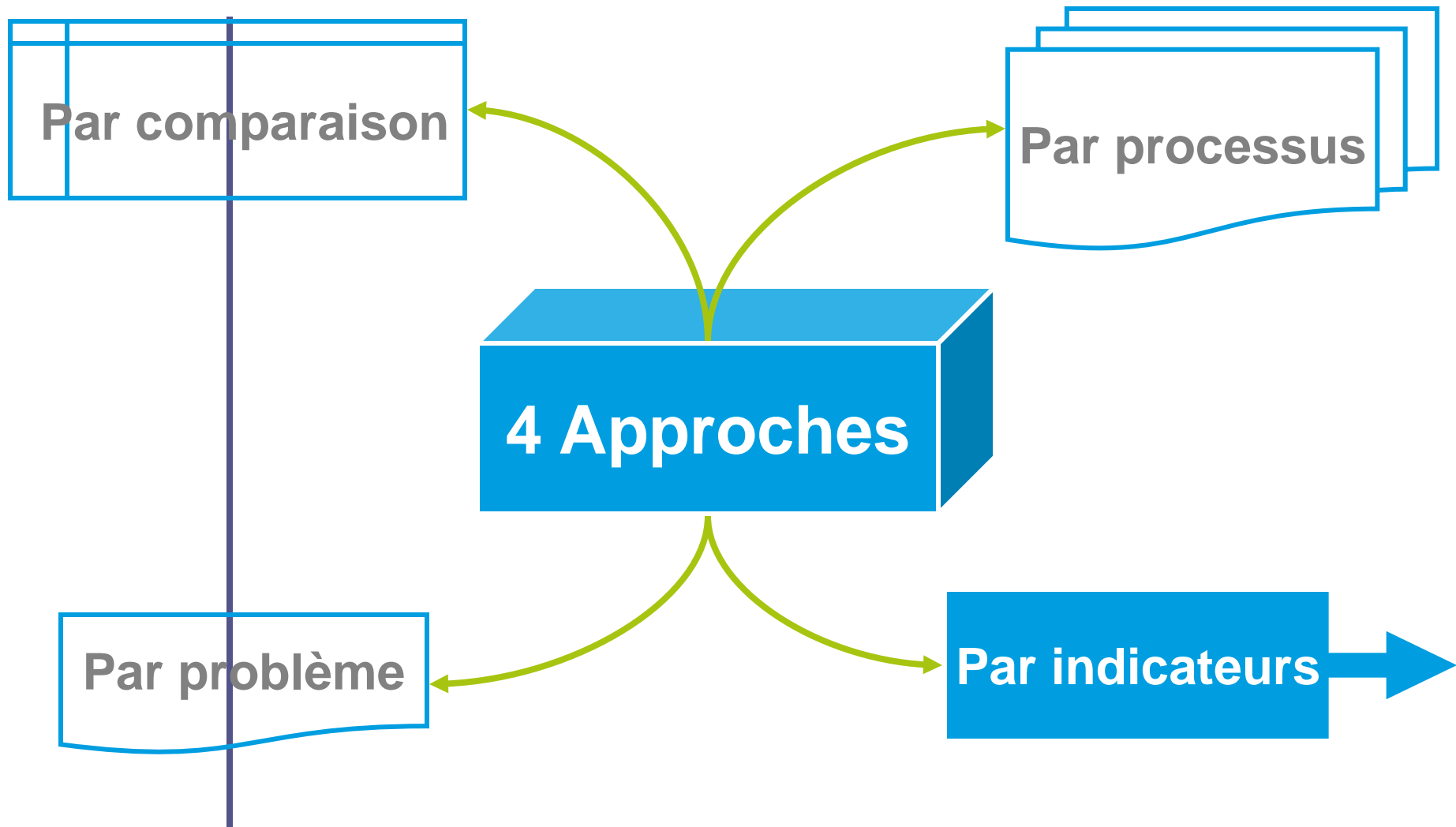
- Sociétés savantes
 - Cardiologie (anticoagulant)
 - Néphrologie
- **Fichier national SIOA**
- Collèges de bonnes pratiques
 - CFAR : antiagrégant plaquettaire, AVK
 - Chirurgie thoracique: EPITHAUR

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) appliqué à l'IOA

- Diagnostic d'IOA plus difficile
- Débattre du dossier avec plusieurs intervenants (Chirurgiens anesthésistes infectiologue, microbiologiste)
- Rédaction d'une fiche informatisée après accord du patient contenant les éléments du diagnostic, caractère complexe de l'infection les conclusions (examens complémentaires, radiologie, traitement medico chirurgical traitement antibiotique, surveillance biologique
 - **fichier national des IOA**
- Nouvelle RCP pour apprécier le suivi

Le staff EPP appliqué a l'IOA

- Le staff Antibiotique
- Reunion hebdomadaire multidisciplinaire
- Permet de valider la pertinence de l'antibiotherapie et de valider sa duree
- Réévaluation selon l'évolution clinique
- Répond au critère de réévaluation à 48h
- Permet de suivre comme indicateur la consommation antibio selon les classes



Les indicateurs

Contexte

- Généralisation d'indicateurs en cours en France (Ministère, HAS)
- Utilisation d'indicateurs dans les systèmes d'accréditation au plan international

Objectifs

- Développer la culture de la mesure de la qualité des soins
- Disposer de mesures factuelles de la qualité
- Renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins

Indicateurs et certification V2010

Annexe 4. Correspondance entre critères du manuel de certification HAS V2010 et les indicateurs généralisés

Critères	Indicateurs
Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement Critère 2.e	L'ensemble des indicateurs généralisés. Le critère prévoit que parmi les indicateurs utilisés par l'établissement figurent les indicateurs généralisés par le ministère de la Santé et par la HAS.
Maîtrise du risque infectieux Critère 8.g	Tableau de bord des infections nosocomiales Ministère de la Santé ICALIN : indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales ICSHA : indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques SURVISO : indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire
Bon usage des antibiotiques Critère 8.h	Tableau de bord des infections nosocomiales Ministère de la Santé ICATB : indice composite du bon usage des antibiotiques – Ministère de la Santé
Prise en charge de la douleur Critère 12.a	Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Indicateur HAS Cet indicateur présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient. Nombre de séjour pour lesquels il existe : - Au moins un résultat de la douleur dans le dossier du patient non algique ; OU - Au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique.
Gestion du dossier patient Critère 14.a	Tenue du dossier patient – Indicateur HAS Cet indicateur présenté sous la forme d'un score qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Pour chaque dossier tiré au sort, un score qualité est calculé à partir de 10 critères au maximum. Éléments communs à tous les dossiers du patient : 1. Présence du document médical relatif à l'admission (si applicable) 2. Examen médical d'entrée noté 3. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) 4. Présence d'un courrier de fin d'hospitalisation ou d'un compte rendu d'hospitalisation 5. Trace écrite d'un traitement de sortie (si applicable) 6. Dossier organisé et classé Éléments dépendants de la prise en charge : 7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable) 8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable) 9. Présence d'un dossier d'anesthésie (si applicable) 10. Présence d'un dossier transfusionnel (si applicable)

ICALISO : que retenir....

- Indicateur composite de type O-M-A
- Organisation (16 pts)
 - EOH : ne fait pas tout... « destinataire »
 - Implication des chirurgiens est valorisé
 - Résultats transmis à la CME
- Moyens (10 pts)
 - utilisation du système d'information hospitalier
- Actions (74 pts)
 - Prévention
 - Surveillance
 - **Evaluation des pratiques**

Actions 50 points (4)

<p>Environnement *</p> <p>(4 points)</p>	<p>Il existe une démarche de prévention lié à l'environnement (eau, air)</p>
<p>Surveillance</p> <p>(7points)</p>	<p>Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (autre qu'ISO, ou BMR ou hémodialyse)</p>
	<p>Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>
	<p>Les résultats de la surveillance ont été rendus aux services participants</p>
	<p>La commission ou la conférence médicale d'établissement de santé est destinataire des résultats des surveillances</p>
<p>Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave</p> <p>(4 points)</p>	<p>Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave</p>

ICAL ISO (actions)

Surveillance (30 points)	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance
	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau
	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire, bloc obstétrical
	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité
Évaluation des pratiques (24 points)	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années
	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années

Les évaluations...

- 12 et 12 points
- Doivent avoir été faites dans les 5 ans
- Seront considérées comme des évaluations :
 - audit,
 - visite de risque,
 - analyse de scénari,
 - revue de morbi-mortalité...
- ET la méthodologie doit avoir été validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN ou par sociétés savantes

Loi HPST (décret du 30.12.2009)

- Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre **une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités**
- Dans ce **cadre ils organisent la lutte contre les infections associées au soin** et l'iatrogénie définissent une politique du médicament et des DMS et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des DM
- ils doivent avoir des priorités d'intervention (**gestion des risques liés à leur activité infections** médicaments et DM douleur nutrition accueil) . Ils doivent s'évaluer et suivre leurs indicateurs
- **La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers . Elle propose un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi**
- L'établissement met à disposition du public les résultats publiés chaque année des **indicateurs de qualité et de sécurité des soins**

Une nouvelle gouvernance du risque

Le Directeur de l'établissement ou son représentant

*Le Président de la CME
La Conférence médicale
d'établissement.*

*Gouvernance Plans,
décisions de priorité,
décisions stratégiques*

*Pilotage stratégique des risques dans l'établissement
Définissent et évaluent ensemble la stratégie du programme d'actions de la politique d'amélioration continue de la Qualité et la Sécurité des soins de l'établissement*

*Nomment et travaillent ensemble avec le
**Coordinateur de la gestion
des risques***

*Conseillent, conçoivent la coordination du plan,
pilotent sa mise en route, créent les groupes
spécialisés avec leur feuille de route, apportent l'aide
méthodologique, veillent aux moyens
recueillent les données en retour, et rendent compte*

*Commission des
relations avec les
usagers et de la
qualité de la prise en
charge*

*Coordination
Animation*

*Ingénieurs
Qualité*

Chefs de pôles

*Commission des
soins infirmiers, de
rééducation et médo-
techniques*

*Equipe
Opérationnelle
d'Hygiène
EOH*

*Responsable du système de
management de la qualité de
la prise en charge
médicamenteuse*

Opérationnel

Groupes spécialisés,

*Groupes: Réalisent le travail thématique
opérationnel demandé selon des méthodes et
protocoles spécialisés à chaque question
traitée*

*Participants experts de
l'établissement, Toutes
directions*

*Participants experts
médecins de la CME*

- Tout soignant doit participer à des programmes d'évaluation de ses pratiques
- Evaluation **formative** (*versus* sommative) = Activité de formation, de progrès personnel (*versus* jugement)
- Privilégier **l'approche collective**, le programme d'évaluation concerne l'équipe.
- Privilégier la **pérennité**, les programmes d'évaluation doivent tendre à devenir continus.
- L'évaluation doit faire partie du métier médical et être **intégrée à l'organisation** des équipes médicales