

## Chapitre 4.1 PRINCIPES

L'évaluation consiste à donner une valeur mesurable à un service.

Les champs d'application de l'évaluation sont nombreux dans le champ de la santé.

Elle peut porter sur :

- l'**activité clinique** : description quantitative de l'appréciation de la qualité des prestations fournies.
- les **aspects économiques** : quantifier les dépenses liées directement ou indirectement aux activités médicales ; gestion économique dont le but est l'optimisation des choix budgétaires en proposant des données objectives sur l'utilisation des ressources allouées.
- les aspects **technologiques** : études des rapports coût/efficacité dans le but de justifier le bien-fondé des investissements en termes de sécurité, d'efficacité et de rentabilité dans les domaines de technologies médicales et de l'équipement.
- les aspects **structurels et organisationnels** : les moyens mis en œuvre, les personnes, les processus de fonctionnement et le système d'information.

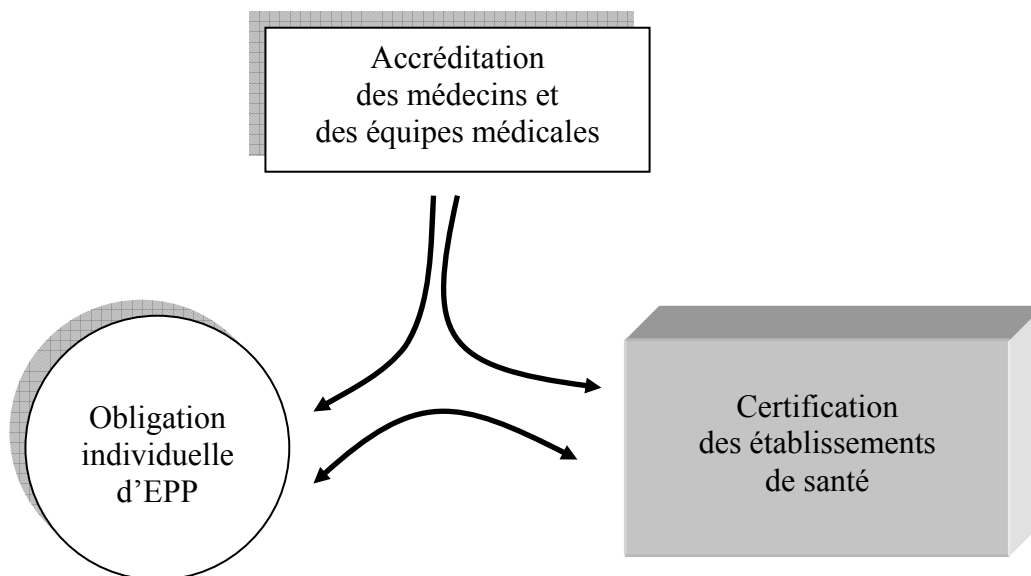
Les soins délivrés aux patients hospitalisés reposent sur une organisation complexe comportant de nombreux processus en interrelation, des métiers multiples et en évolution permanente. De plus, la qualité de leurs résultats est difficile à appréhender.

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) trouvent leur source dans le **constat d'une hétérogénéité des pratiques**, avec un écart défavorable entre l'état du savoir médical et la réalité des pratiques.

Afin de renforcer la dimension médicale de la démarche de certification, la Haute Autorité de Santé a décidé d'inclure dans les références du manuel d'accréditation des exigences en matière d'EPP.

Ces exigences nouvelles s'inscrivent par ailleurs dans une obligation plus générale introduite par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie qui rend l'EPP obligatoire pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice.

Figure 37 : PRINCIPE DES EPP



Les EPP concernent ainsi des obligations à titre personnel et à titre institutionnel.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est une démarche qui vise à l'analyse d'une pratique professionnelle ou d'une activité en référence à des recommandations, selon un protocole explicite comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration.

L'évaluation n'est pas une fin en soi, mais le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique qui doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Les pratiques professionnelles ou activités sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et d'une dimension organisationnelle.

L'EPP est une évaluation intégrée à l'exercice médical et professionnel et incluse dans une démarche organisée d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles s'appuie sur l'approche processus et sur la démarche dite de « la médecine fondée sur les preuves » (*evidence-based medicine*, EBM) qui se définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient. S'agissant d'un modèle de décision clinique, et non d'une théorie de la connaissance, l'EBM est un instrument adapté à l'évaluation des pratiques.

Pour être qualifiée d'EPP, une action devra satisfaire :

- un enjeu d'amélioration de la qualité
- l'analyse d'une pratique
- la prise en compte de références validées
- la mesure des résultats.

Le domaine des évaluations des pratiques est de fait dynamique. Elle devra intégrer les différentes évolutions.

Lors de ses Rencontres 2007, la HAS propose différentes pistes afin de renforcer les actions d'amélioration des pratiques professionnelles :

- Travail de clarification et de simplification des dispositifs existants afin d'offrir des outils cohérents, simples et lisibles ;
- Encourager des nouvelles formes de coopération entre professionnels pour une meilleure répartition des tâches entre eux-ci ;
- Mieux valoriser les efforts accomplis en renforçant l'articulation entre évaluation des pratiques et la régulation de l'offre hospitalière ;
- Amorcer une réflexion sur la pertinence des politiques de financement par la qualité « pay for performance ».

## **Chapitre 4.2 OUTILS EPP**

Des démarches et méthodes sont disponibles pour favoriser l'EPP. Leur mise en œuvre doit être facilitée pour favoriser leur appropriation par les professionnels.

Nous détaillerons :

Les outils EPP basés sur la comparaison de référentiel ;

Les outils EPP basés sur l'analyse de processus.

## A. LES OUTILS EPP BASES SUR LA COMPARAISON DE REFERENTIEL

### NOM

#### 1. AUDIT (Générique)

### TYPLOGIE

Approche par processus - Démarche *a priori* - Qualitative  
audit de gestion de risques, audit processus, audit qualité, audit système

Comparaison à un référentiel - Démarche *a posteriori* – Qualitative  
audit clinique, audit clinique ciblé, audit des pratiques

### OBJECTIFS

Dans le cadre d'une démarche générale d'amélioration, l'audit est un outil de diagnostic, qui donne une représentation d'une situation existante comparée à un référentiel identifié dans un domaine déterminé.

Il s'agit d'un « arrêt sur image » du fonctionnement de l'organisme à un moment donné.

Cette comparaison permet d'établir des écarts entre ce qui est réellement fait et ce qui devrait être fait et ainsi de définir des actions d'amélioration pour combler les écarts identifiés.

### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### PRINCIPE

Un audit peut être réalisé en :

- Interne : L'organisme fait appel à ses propres ressources.

Il est à différencier toutefois d'une simple auto évaluation.

- Externe : L'organisme fait appel à des auditeurs provenant d'une structure extérieure.

L'intérêt est d'avoir un point de vue extérieur, plus neutre et/ou un avis d'expert, l'organisme n'ayant pas encore acquis ce niveau dans le domaine audité ou enfin, il s'agit d'un organisme certificateur.

- Croisé : L'organisme met à disposition un ou plusieurs auditeurs formés pour effectuer un audit dans un autre organisme que le sien et un audit de la même façon sera effectué dans sa propre structure.

L'intérêt ici est de rester « entre pairs » tout en ayant un regard neutre et souvent novateur.

Les audits internes et croisés sont souvent mis en place afin de préparer un audit externe « validant ».

Un audit peut être :

- Général : audit appliqué à la globalité de l'établissement sur un domaine déterminé ;
- Ciblé : audit appliqué à un secteur d'activité ou à une activité sur un domaine déterminé.

## **ETAPES (ReQua 2004)**

Elles sont communes quel que soit le type d'audit réalisé.

- Lancer l'audit
- Planifier l'organisation
- Communiquer
- Choisir les enquêteurs
- Personnaliser le référentiel
- Former les enquêteurs
- Préparer l'audit
- Réaliser le recueil des données
- Formaliser l'audit, rédiger le rapport d'audit
- Analyser les résultats et décider d'un plan d'actions
- Mettre en œuvre les actions
- Suivre les actions.

## **APPLICATION CHU**

La méthodologie de l'audit au sein de l'établissement a été formalisée au CHUN à travers une procédure d'audit.

## NOM

## 2. AUDIT CLINIQUE

### DEFINITION (HAS)

L'audit clinique (AC) est une méthode d'évaluation des pratiques par comparaison à des références admises. Il mesure les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue, généralement exprimée dans les recommandations professionnelles.

C'est une méthode orientée vers l'action.

La réalisation d'un AC s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité ou peut en être le point de départ.

### TYPLOGIE

Comparaison à un référentiel - Démarche *a posteriori* – Qualitative

### OBJECTIFS

Le but d'un AC est d'améliorer la qualité des soins délivrés et non pas d'évaluer les personnes.

### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

L'AC concerne les pratiques, soit sur l'ensemble ou une partie d'un processus de prise en charge du patient (ex. : prise en charge hospitalière des suicidants), soit sur un thème transversal (ex. : le dossier du patient).

Il peut également concerner l'organisation et les ressources de l'institution.

L'audit clinique est la méthode la plus utilisée pour évaluer une pratique professionnelle.

### PRINCIPE

Il suit le PDCA

#### 1. Plan

**Définition** de la démarche d'évaluation traduite dans le référentiel :

Choisir un thème, en fonction de la fréquence, du risque encouru ou du potentiel d'amélioration ;

Etablir la grille de critères, en fonction de recommandations de bonne pratique ;

Choisir la méthode de mesure : rétrospectif ou prospectif, la source des données

(exemple : dossier patient), la taille de l'échantillon (nombre de dossiers à évaluer), la période d'évaluation, en fonction du mode de recueil des données, identification des professionnels et des structures impliquées et programmation des étapes ;

#### 2. Do

**Mesure** de la pratique au regard du référentiel, Recueillir les données ;

- 3. Check**                    **Comparaison** entre la pratique constatée et la pratique attendue.  
L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des points forts et l'analyse des écarts par rapport au référentiel. Le retour au niveau des équipes de soins est une étape importante.
- 4. Act**                        Démarche d'**amélioration par un plan d'actions** par les professionnels de leur organisation du travail et leur pratique de manière à réduire les écarts observés à l'étape précédente.

Un 2<sup>ème</sup> audit devra suivre pour réévaluer.

## INTERETS

L'audit clinique est facile à appréhender et à mettre en place.  
Il s'agit d'une approche métier, donc motivant et compréhensible par les professionnels de santé.  
Il met en évidence les écarts entre la pratique attendue et ce qui est réellement fait.

## LIMITES

L'audit clinique nécessite l'existence d'un référentiel. Dans le cas contraire, il doit être élaboré (temps nécessaire) et il se pose le problème de sa validation.

## APPLICATION CIRCUIT DU MEDICAMENT

Nous présentons ici un résumé d'un audit réalisé sur les prescriptions et utilisation des immunoglobulines IV polyvalentes.

Cette action correspond à une démarche d'EPP ponctuelle. Elle n'a pas été soumise à validation EPP institutionnelle.

*Cadre :*

OMIT : Travail sur le Bon Usage des Immunoglobulines commun entre le CHU de Nice et l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille



*Implication personnelle :*

Co réalisation et évaluation de l'audit

*Autres participants principaux :*

S. Lucas-Daver – C. Jacob – O. Blin

L'audit portait sur l'évolution de la conformité d'utilisation des immunoglobulines IV polyvalentes au CHU de Nice.

Les Immunoglobulines IV polyvalentes (IgIV) sont utilisées selon des indications variées, complexes, et souvent dépassant le cadre de l'AMM. Il est donc particulièrement important de s'assurer de la bonne utilisation de ces médicaments coûteux, non dénués de risques iatrogènes et constituant des ressources rares.

### **OBJECTIFS :**

- 1) Evaluer la conformité des indications des prescriptions des IgIV Tegeline (T) et Octagam (O) au CHU de Nice et l'évolution par rapport à l'audit de 2000 ;
- 2) Connaître précisément la population bénéficiant de traitements par IgIV.

### **METHODE :**

Recueil rétrospectif/prospectif des prescriptions des IgIV sur 6 mois ; référentiel CEDIT \*

\* Recommandations du Comité d'experts IgIV de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, CEDIT Novembre 2006.

### **RESULTATS :**

Les IgIV représentent pour cette période 39 245 g (91% T) soit 1 333 453 € (90 % T).

Prescripteurs : n = 45 répartis sur 33 UF (11 services) ;

209 patients (96 H et 113 F) d'âge moyen 47 ans issus à 38% de médecine interne-infectiologie-rhumatologie, 37% neurologie, 11% hématologie, 9% pédiatrie, 3,5% ophtalmologie.

Principales indications : déficit immunitaire primitif (16%) et secondaire (12%), allogreffe (7,2%) myasthénie (7,2%) PTI adulte (7,2%) Guillain Barré (6,3%).

La répartition selon CEDIT était de 85,5% groupe I (indications reconnues), 8,2% groupe II (à évaluer) et 6,3% groupe III (non reconnues) : cas particuliers de patients en multi échecs documentés.

Par rapport à 2000 : même répartition entre les services, consommation en valeur augmentée de 60%, nette amélioration du taux de conformité (2000 : groupe I : 65%, II : 6% et III : 29%).

### **DISCUSSION :**

Le suivi des IgIV est obligatoire au niveau des indications (CBU) et comptable (Fichcomp). Le taux de conformité 2007 très satisfaisant et nettement amélioré par rapport à 2000, démontre que les différents travaux et sensibilisations menés au CHU de Nice associant médecins et pharmaciens se sont révélés efficaces et méritent d'être poursuivis. En effet, la rapide évolution des informations scientifiques aboutit à des changements réguliers de classification des indications : passage d'un groupe non validé à un groupe validé, ou inversement.



## NOM

### 3. AUDIT CLINIQUE CIBLE

#### DEFINITION (HAS)

L'Audit Clinique Ciblé (ACC) constitue une méthode d'audit clinique simplifié.

Il utilise un nombre limité de critères, est réalisable sur une période courte de l'ordre de 6 mois incluant la mise en œuvre d'actions d'amélioration immédiates.

L'ACC vise à une faisabilité et une acceptabilité maximales, tenant notamment compte de la charge de travail des professionnels de santé.

#### TPOLOGIE

Comparaison à un référentiel - Démarche *a posteriori* – Qualitative

Prospectif si auto-évaluation des professionnels, rétrospective si analyse de dossier du patient.

#### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

#### APPLICATION CIRCUIT DU MEDICAMENT

Nous présentons ici la démarche réalisée en 2007 et qui se poursuit en 2008 par le service de Rhumatologie à laquelle nous participons.

Cette action a été validée institutionnellement comme démarche d'EPP continue en janvier 2008.

##### *Cadre :*

EPP continue portant sur le bon usage des biphosphonates IV

##### *Implication personnelle :*

Action EPP validée en tant que membre de l'équipe

##### *Autres participants principaux :*

Pr L. Euller – Ziegler (Chef de service Rhumatologie)





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en Établissements de Santé

### Fiche synthèse de présentation des actions/programmes d'EPP

**Ce document est proposé par la HAS dans le cadre de la procédure de validation individuelle des démarches d'EPP réalisées en établissement de santé.**

**Ce support dont le format a été voulu le plus simple possible a été validé le 17 mai 2006 par le Groupe Contact national comportant outre la HAS, la représentation des CME, des trois CNFMC, des URML, de l'Ordre des Médecins et de la Conférence des Doyens.**

Les 3 feuillets doivent être renseignés par le médecin responsable du projet. Chaque médecin engagé dans le programme doit remplir personnellement la fiche 3 d'engagement individuel. L'ensemble des documents doivent être adressés à la sous-commission de la CME en charge de l'EPP

**ACTION/PROGRAMME D'EPP****① IDENTIFICATION****ÉTABLISSEMENT : CHU de Nice****NOM DE L'ACTION OU PROGRAMME : Bon Usage des Bisphosphonates IV en Rhumatologie**Démarche réalisée dans le cadre de la certification V2 : OUI  NON **MÉDECIN(S) RESPONSABLE (S) DE L'ACTION / DU PROGRAMME**

Nom, prénom : Professeur EULLER-ZIEGLER Liana

Discipline : Rhumatologie

Adresse professionnelle : Service de Rhumatologie du CHU de Nice - Hôpital de l'ARCHET 1 151,  
Route Saint Antoine de Ginestière – 06200 NiceTéléphone : 04 92 03 55 12 Fax : 04 93 86 68 39 E mail : [euller-ziegler.l@chu-nice.fr](mailto:euller-ziegler.l@chu-nice.fr)**LISTE DES MÉDECINS ENGAGÉS (nom, prénom, adresse professionnelle, spécialité)**

Dr ALBERT-SABONNADIÈRE Christine (CCA), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr ALLAM Yacine (Praticien Attaché), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr BREUIL Véronique (PH), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr BROCCQ Olivier (PH), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr CHAMI-STEMMANN Hasna (Praticien adjoint), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr FLORY Philippe (PH temps partiel), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr GRISOT Christian (PH temps partiel), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Dr ROUX Christian (MCU-PH), Service de Rhumatologie même adresse, Rhumatologue

Pr Jean-François QUARANTA - Prof Conv. Univ. Nice Sophia Antipolis – Santé Publique – Coordination des Vigilances Sanitaires et de la Gestion des Risques – Pôle Qualité Risques T2A Information Santé Publique – Hôpital de Cimiez – CHU de Nice – 4, avenue Victoria – B.P. 1179 – 06003 NICE Cedex 1

*Le cas échéant, liste des autres professionnels, en précisant leur métier*

Mr COLLOMP Rémy, Pharmacien – Président du CPP Sud Méditerranée V, Pharmacie du groupe hospitalier l'Archet

## **ACTION PROGRAMME D'EPP**

### **② DESCRIPTION**

*Ce descriptif général de l'action, commun à tous les médecins engagés, est rédigé par le(s) responsable(s) de l'action en liaison avec la CME*

#### **Domaine / thématique choisie**

*Fréquence, marge d'amélioration possible, faisabilité en terme de moyens et en termes de recommandations...*

#### **Thématique :**

Rhumatologie / thérapeutique – Staff EPP : Bon usage des Biphosphonates IV (optimisation du rapport bénéfice risque de leurs utilisations)

Le choix de cette thématique a été basé sur plusieurs constats :

- de nombreux médecins (libéraux ou hospitaliers) adressent leurs patients pour avis d'experts au service de Rhumatologie qui se doit de garantir une prise en charge optimale
- les indications pour ces médicaments sont multiples, parfois complexes et au sein des bisphosphonates, des choix sont possibles
- le traitement par bisphosphonates IV peut présenter des risques graves pour le patient
- les traitements par bisphosphonates IV sont coûteux et ont un impact sur le budget du service.

**Fréquence** : trimestrielle

**Marge d'amélioration** possible : Oui. En effet, plusieurs cas cliniques nécessitent vu leur complexité des avis collégiaux. Par ailleurs, la prise en charge des patients sous bisphosphonates IV est multidisciplinaire : médical, pharmaceutique, dentaire et parfois chirurgical et donc une organisation est à définir précisément.

**Faisabilité** : Le service de Rhumatologie dispose d'une cohorte importante de patients bénéficiant de traitements par bisphosphonates IV permettant ainsi un suivi et une évaluation pertinents.

Des recommandations existent en ce qui concerne les bisphosphonates IV : Indications AMM, recommandations des CHU et/ou de l'APHP, recommandations nationales des sociétés savantes.

Ces données constituent un ensemble d'informations pour lesquelles une harmonisation et un travail de présentation étaient nécessaires afin d'aboutir à un outil valide, complet (de l'indication à l'administration et surveillance) et surtout applicable en pratique, adapté à la structure du CHUN.

L'organisation au sein du service de Rhumatologie est bien déterminée permettant ainsi une rapide diffusion et application des recommandations émises.

Participation à l'innovation thérapeutique

#### **Calendrier**

#### **Date de début de la démarche, durée, étapes intermédiaires...**

Début de l'action : 2006

Durée actuelle : 1 an

Etapes intermédiaires :

- réflexion engagée au dernier trimestre 2006
- élaboration du référentiel : premier trimestre 2007
- adaptations du référentiel : réunions du 20 février et du 19 avril 2007 pour validation version définitive Juin 2007
- analyse de dossiers pré-consensus : 7 juin 2007

- analyse de dossiers post-consensus : 27 novembre 2007

### **Mode de recueil et d'analyse des données : collectives**

*Préciser le cas échant, la méthode d'EPP utilisée (audit, revue de pertinence, chemin clinique, revue de morbi-mortalité, indicateurs, autres...)*

METHODOLOGIE Audit clinique ciblé

Tirage au sort des dossiers de patients traités par des Bisphosphonates IV au sein du service de Rhumatologie du CHUN

Evaluation : pertinence des indications

Période : avant et après diffusion du référentiel

Nombre de dossiers évalués : 60

Points étudiés : cf fiches pré et post consensus (pièces jointes)

Présentation des dossiers par Dr C.Roux

Evaluation collégiale de la pertinence des indications par rapport au référentiel.

### **Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)**

*Origine, date, niveau de preuve, modalités de mise à la disposition des médecins engagés dans le programme*

Référentiel de l'équipe, constitué à partir :

- Indications AMM
- Analyse de la littérature (Dr V. Breuil)
- Données du groupe de travail national sur les bisphosphonates (non publié – Dr V Breuil membre)
- Indications des pharmaciens de CHU (2006)
- Suivi des médicaments T2A / Groupe Juste Prescription AP-HP, mai 2005

### **Résultats obtenus**

#### **Points forts observés, points à améliorer**

Points forts :

- Elaboration d'un référentiel valide, applicable en pratique et adapté à la structure du CHUN
- Très bonne implication des membres de l'équipe : appropriation de la démarche pédagogique et de l'outil
- Large mise en œuvre effective des recommandations émises
- Amélioration observées bien au-delà de la simple indication originale : impact sur le suivi du patient (précautions lors des administrations, consultations dentaires, réflexions de fond sur le risque en cas de grossesse ou souhait d'enfant, prescription des actes parallèles ..) aboutissant ainsi à une nette amélioration du rapport bénéfices risques global du patient

Points à améliorer :

- Pérennisation en démarche continue : en fait déjà engagée (voir infra)
- Améliorer les outils afin de faciliter le suivi
- Inclure dans l'évaluation des indicateurs de résultats (efficacité sur pathologie et satisfaction du patient)

### **Actions d'amélioration des pratiques**

*Actions décidées, modalités de mise en œuvre et modalités de suivi...*

- Elaboration du référentiel de Bon Usage des Bisphosphonates
- Diffusion des documents et mise en œuvre du consensus d'équipe au sein du service de Rhumatologie en lien avec les autres services concernés
- Suivi par analyse de dossiers post-consensus
- Pérennisation par mise en œuvre de cette réflexion d'équipe / réunions de concertation décisionnelles avec dès maintenant prises de décision collégiales tracées
- Retour d'expérience par discussion en équipe sur le suivi des décisions prises
- Réflexion en cours sur suivi en continu via un logiciel de prescription, qui faciliterait encore plus l'intégration à la pratique (la mise en place de la prescription connectée a été demandée dans le cadre d'Hôpital 2012)

### Développements ultérieurs envisagés

*Extension d'une action ponctuelle, pérennisation d'un dispositif, modification d'un programme continu...*

- transformation en programme continu : déjà engagée :
  - mise en œuvre de cette réflexion d'équipe / réunions de concertation décisionnelles avec dès maintenant prises de décision collégiales tracées
  - révision du référentiel sur une base annuelle, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques
- extension de la démarche à d'autres molécules , également avec suivi dans le cadre de nos réunions de concertation décisionnelles

### Actions de communication

#### **En interne ou en externe dans le cadre de partage d'expérience, de publications ou de communications scientifiques**

*- en interne*

*- envisagée : au niveau de l'établissement*

*- envisagée : avec les praticiens d'exercice mixte hospitalier et libéral (Attachés du service) et de la même façon avec les rhumatologues libéraux, échelle départementale et dans un second temps régional*

Lien avec le programme institutionnel d'EPP

Démarche s'intégrant à la politique d'EPP mis en place dans l'établissement et sa Sous-Commission EPP/FMC,

en lien avec la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement ainsi qu'avec la COMEDIMS.

***LEZ - Document présenté le 21.12.2007***

## NOM

### 4. REVUE DE PERTINENCE – PERTINENCE DES SOINS

#### DEFINITION

La revue de pertinence de soins est une méthode d'évaluation qui permet, à partir d'une grille de critères choisis et organisés en logigramme, d'évaluer et d'améliorer les soins reçus par un patient à l'hôpital.

#### TYPLOGIE

Comparaison à un référentiel - Démarche *a posteriori* – Qualitative

#### OBJECTIFS

La revue de pertinence des soins a pour objectif d'évaluer l'adéquation entre les soins et les besoins reçus par un patient. Elle évalue le caractère approprié des soins dispensés.

Les quatre principales causes de non pertinence à explorer sont :

- un problème d'organisation des soins : ex / attente d'un rendez-vous d'examen ;
- un problème lié aux structures de relais : indisponibilité de la structure ;
- un problème lié à la décision médicale : attente d'un avis collégial de staff ;
- un problème lié au patient ou à sa famille : refus du patient de sortir.

#### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Elle est généralement appliquée à la prise en charge d'un patient aux admissions : services des urgences, services accueillant des entrées directes non programmées, ou aux journées d'hospitalisation, les services adultes de médecine et de chirurgie.

#### PRINCIPE

Il est très proche de celui des audits cliniques ou audits cliniques ciblés.

La différence porte sur la présentation des critères, sous forme de logigramme.

Ce logigramme est constitué de plusieurs critères hiérarchisés, chacun des critères permettant d'apprécier le caractère justifié ou non d'un soin.

Les critères retenus peuvent varier en fonction de la discipline.

Une grille sera remplie par patient.

L'évaluation s'arrêtera dès que la séquence des soins est jugée pertinente.

## INTERETS

Cette technique permet de mettre en évidence les causes des dysfonctionnements qui peuvent être regroupées en 4 catégories : liées au médecin ou au soignant, liées à l'établissement, liées au patient, liées à l'environnement extrahospitalier.

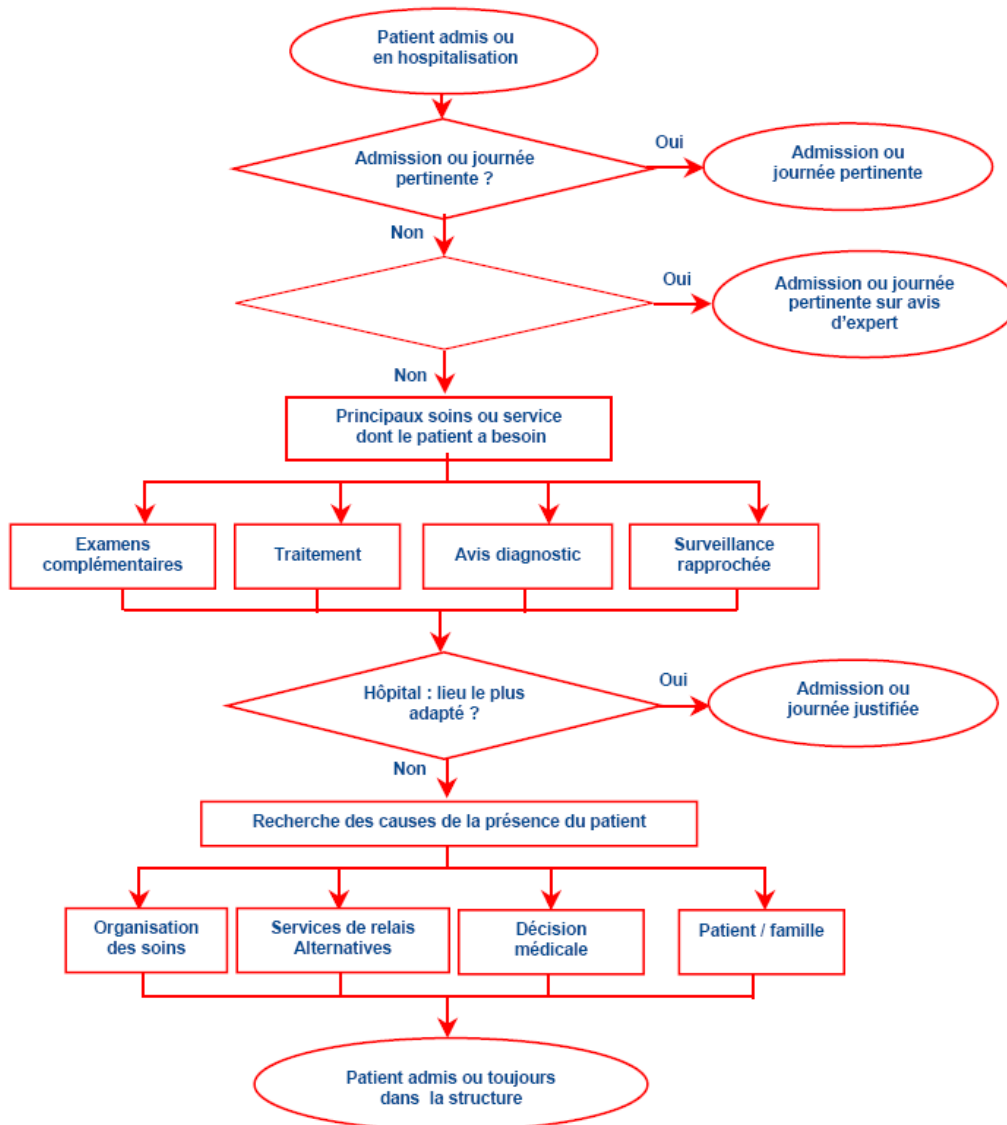
Elle permet donc d'identifier des déficits organisationnels internes à l'établissement et/ou externes.

## LIMITES

La HAS a élaboré des grilles, mais chaque établissement devra s'assurer qu'elles conviennent à leurs propres activités, notamment dans certaines disciplines spécifiques.

## APPLICATIONS

**FICHE HAS. Exemple de logigramme établi pour évaluer la pertinence des hospitalisations (d'après M. le Docteur Patrick NACHIN, Directeur RéQua)**





## NOM

### 5. REVUE DES PRATIQUES

#### DEFINITION

Comme l'audit clinique, la revue des pratiques est une méthode d'évaluation des pratiques par comparaison à des références admises.

Elle mesure les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue, généralement exprimée dans les recommandations professionnelles.

La différence porte sur le mode de recueil des données qui est ici déclaratif.

#### TYPOLOGIE

Comparaison à un référentiel - Démarche *a posteriori* ou *a priori* – Qualitative

#### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

#### PRINCIPE

Une fois le thème retenu et la grille de critères élaborée en fonction de recommandations de bonne pratique, le recueil des données sera fait par les professionnels sur le mode déclaratif, de façon prospective ou rétrospective.

Comme pour les audits, l'analyse des résultats a pour but de mesurer les écarts, puis de proposer les mesures d'amélioration.

#### INTERETS

Le principal intérêt d'une revue des pratiques est sa faisabilité car elle nécessite moins de ressources pour réaliser le recueil des données, tout en sensibilisant les professionnels concernés.

#### LIMITES

Le niveau réel des pratiques est difficile à apprécier car il peut exister des écarts, parfois importants, entre les déclarations et la réalité.

## NOM

## 6. REVUE MORBI-MORTALITE

### DEFINITION

La revue de morbi-mortalité (RMM) va comparer une pratique clinique à une démarche optimale (référentiel).

La différence par rapport aux démarches précédemment présentées (audit clinique, revue des pratiques) est que cette démarche est basée sur l'analyse d'évènements réels, qui se sont produits au sein d'un service et qui ont eu, pour conséquence, une augmentation de risque de morbidité d'un patient, voire son décès.

### TYPOLOGIE

Résolution de problème & Comparaison à un référentiel - Démarche *a posteriori* – Qualitative

### OBJECTIFS

La RMM a pour objectif l'analyse de tous les décès et de certains accidents morbides prédéterminés ou non, au sein d'un service.

La RMM vise à identifier et analyser l'ensemble des évènements qui a conduit à l'augmentation du risque de morbidité des patients ou à leur décès et dans quelle mesure, l'évènement aurait pu être évité.

### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Les RMM sont adaptables à toutes les pratiques. Chaque unité de soins peut choisir les évènements à suivre en fonction de ses activités ou des incidents relevés.

### PRINCIPE

L'objectif est de :

- porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
- s'interroger sur le caractère évitable de l'évènement (morbide ou léthal) ;
- rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge.

Le déroulement des RMM doit être formalisé :

- Périodicité des réunions et leur durée ;
- Charte éthique avec respect de la confidentialité ;
- Mode et critères de sélection et d'analyse collective des dossiers ;

- Liste des personnes participant, si possible multidisciplinaire, généralement limité à l'équipe du service mais pouvant associer les gestionnaires de risques ;
- Les règles de traçabilité et d'archivage des débats et des conclusions.

Des actions d'amélioration peuvent être identifiées, et mises en œuvre, avec désignation d'un responsable de l'action, définition des objectifs et détermination des indicateurs de suivi de l'action.

## **La démarche minimale pour conduire une analyse des événements mortels ou morbides (Fiche HAS)**

*Qu'est-il arrivé ?*

1. Quel est l'événement ? quel est le dommage ou la conséquence ?
2. Quelle est la chaîne des événements qui a mené à l'événement indésirable ?

*Pourquoi cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?*

3. La survenue est-elle liée à un produit de santé ou à une procédure de soins (intervention, acte de soins) ?
4. Y-a-t-il eu une erreur humaine à l'origine de l'événement indésirable, et notamment : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Une meilleure supervision aurait-elle été nécessaire ?

*Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes profondes) ?*

5. L'organisation des activités, et les responsabilités, étaient-elles explicitement définies ?
6. La communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage, a-t-elle été suffisante ?
7. La composition des équipes de soins était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence ?
8. Les locaux, les équipements, les fournitures et les produits de santé étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?
9. Y a-t-il eu un défaut de culture qualité ou sécurité, un défaut dans la politique de l'établissement ou dans la gestion des ressources humaines ?

*Défenses prévues et prévention :*

10. Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elle été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?

## **INTERETS**

Les RMM permettent d'accéder à une meilleure transparence des événements et renforcer la cohésion d'une équipe.

## **LIMITES**

Un minimum de culture Qualité – Risques doit exister au niveau du service de soins afin d'éviter les mises en cause au niveau individuel.

## B. LES OUTILS EPP BASES SUR L'ANALYSE DE PROCESSUS

### NOM

#### 1. ANALYSE DE PROCESSUS

### DEFINITION

L'analyse de processus est une approche d'amélioration de la qualité qui considère une activité dans sa globalité. Elle s'attache à mettre en évidence quelles sont les étapes défailtantes au sein d'une succession d'activités (processus). La modification de ces étapes est alors nécessaire pour obtenir une amélioration de la qualité.

### TYPOLOGIE

Analyse par processus - Démarche *a priori* – Qualitative

### OBJECTIFS

En mettant en évidence les interfaces organisationnelles, l'analyse par processus souligne les points critiques et cible les pratiques qui nécessitent des évaluations spécifiques.

### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

L'analyse de processus est la méthode de base des programmes d'amélioration de la qualité.

### PRINCIPE

Il est proche du principe d'audit, mais appliqué au processus :

- Choisir le processus à étudier, en fonction de la fréquence, du potentiel d'amélioration et de la criticité du processus,
- Décrire le processus étudié en procédant à son découpage organisationnel ou fonctionnel,
- Identifier les étapes déficientes,
- Proposer un nouveau processus.

Une 2<sup>ème</sup> analyse de processus sera faite ultérieurement pour mesurer l'impact des actions correctives.

## **INTERETS**

L'analyse par processus permet une approche globale d'une activité en mettant en évidence les interfaces organisationnelles.

Elle est obligatoirement multidisciplinaire afin de tenir compte de la vision des différents acteurs.

## **LIMITES**

Le périmètre du processus ainsi que la finesse du découpage-description doivent être adaptés à la thématique cible.

## **APPLICATION**

C'est cette démarche qui est utilisée comme 1<sup>ère</sup> étape de notre approche institutionnelle du Circuit du médicament.

## NOM

## 2. CHEMIN CLINIQUE

### DEFINITION

La méthode du « chemin clinique » ou CC est une démarche d'analyse et d'amélioration des processus au cours de laquelle les professionnels définissent *a priori* les modalités de prises en charge d'une pathologie donnée.

Il sera ainsi décrit tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution.

### TYPLOGIE

Analyse par processus - Démarche *a priori* – Qualitative

### OBJECTIFS

Le « chemin clinique » vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable.

Il repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques.

### DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Il concerne essentiellement la pratique clinique.

### PRINCIPE

Pour élaborer un CC, il est nécessaire de :

- définir la prise en charge pour laquelle il est réalisé ;
- analyser les recommandations de pratiques professionnelles pour chaque étape de la prise en charge ;
- décrire précisément tous les actes permettant de réaliser cette prise en charge.

### INTERETS

Le chemin clinique est une méthode structurante, centrée sur le patient, faisant appel à l'analyse des processus, la planification des soins, journalière, voire horaire, l'élaboration de procédures de soins et de protocoles thérapeutiques.

Le chemin clinique permet ainsi d'éviter les oublis et la répétition inutile d'actes. Il permet d'améliorer la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant la même pathologie.

Le chemin clinique prend en considération, outre les pratiques des professionnels, les interfaces organisationnelles, puisque la prise en charge d'une pathologie implique souvent des structures transversales ou plusieurs services cliniques. Il permet ainsi d'optimiser la gestion et la circulation de l'information.

Cette méthode contribue à (HAS) :

- réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge ;
- s'approprier les recommandations professionnelles ;
- mettre en oeuvre des protocoles validés de prise en charge des patients ;
- améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients ;
- améliorer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge ;
- rationaliser les soins et la gestion des risques.

## **LIMITES**

Le « chemin clinique » a pour but de rédiger un document décrivant une prise en charge optimale, mais il ne prévoit pas à son niveau d'évaluation des pratiques et donc de propositions d'amélioration.

Il faudra donc le coupler, situation la plus fréquente, par une analyse par rapport à ce référentiel à la suite de son élaboration.

## **APPLICATION**

Nous présentons ici l'exemple du chemin clinique couplé à un audit dans le cadre du cancer du colon (Arab) réalisé au CHU de Nice.

Le point de départ du travail pour le groupe multidisciplinaire a été de formaliser la cartographie du processus de prise en charge du cancer du côlon. Puis, le chemin clinique a été construit et validé par consensus.

Les grandes étapes du chemin clinique du cancer du côlon qui ont été identifiées sont :

- la 1re consultation de chirurgie (CS1) : anamnèse, examen clinique, examens complémentaires, conclusions
- la 2e consultation de chirurgie (CS2) : résultats de CS1, conclusions, éducation – information ;
- la consultation anesthésique pré-opératoire : conclusions, éducation – information ;
- la chirurgie : compte rendu opératoire ;
- l'anatomo-pathologie : données macroscopiques, histologie, conclusion et classification de la tumeur ;
- la réunion de concertation pluridisciplinaire : composition et nom des participants, objectifs, classification de la tumeur, critères pris en compte, décision ;
- la chimiothérapie ;
- la radiothérapie ;
- le traitement symptomatique ;
- la surveillance : rythme, examens complémentaires, rendez-vous.

La 2ème étape a été la réalisation d'un audit clinique rétrospectif sur 28 dossiers.

Des étapes ou points « critiques » essentiels de la prise en charge ont été caractérisés (nombre de ganglions prélevés, nombre de RCP réalisées...). Ils peuvent au travers de leur mesure fournir des indicateurs de suivi et de résultats.

Parmi les actions d'amélioration identifiées par les auteurs, figurait une restructuration du dossier du patient avec comme objectif prochain, son informatisation.





La combinaison des approches Risques / EPP est sans conteste une démarche porteuse d'amélioration des pratiques mais aussi de l'organisme.

Le principe est de :

- codifier et standardiser les pratiques,
- réduire les risques relatifs à tous les processus complexes,
- évaluer les pratiques par les professionnels eux-mêmes.

Au cours de la 1ère Journée nationale de l'EPP fin 2006, 15 sur les 85 démarches publiées concernaient le médicament ou des activités pharmaceutiques.

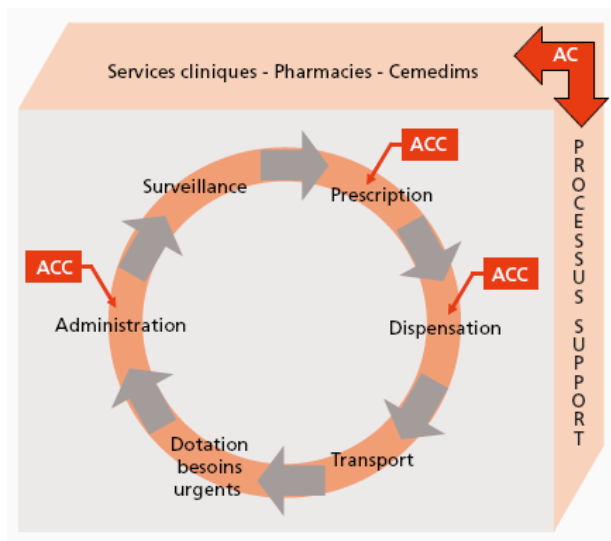
Les thèmes étaient :

- Les événements indésirables en réanimation médicale, en anesthésie ;
- Risque iatrogène : en unité centralisée de préparation des chimiothérapies, audit d'administration ;
- L'antibiothérapie : antibioprophylaxie en chirurgie de première intention ;
- Risque nosocomial : lié aux dispositifs intra-vasculaires ;
- Evaluation des pratiques thérapeutiques : dans l'insuffisance cardiaque, la maladie thrombo-embolique par les héparines de bas poids moléculaire (HBPM), sonde urinaire, inhibiteur de la Pompe à Protons, prescriptions de diazépam dans le sevrage alcool et benzodiazépine ;
- Approche économique : dépenses induites par les prescriptions médicales dans un service de réanimation médicale.

## APPLICATION CIRCUIT DU MEDICAMENT

Les outils EPP sont tout à fait adaptés pour une évaluation du circuit du médicament.

Ainsi (Darmon 2007) a utilisé une combinaison d'audit clinique et d'audit clinique ciblé afin d'évaluer les services de soins, les pharmacies et la Comedims. Le principe est précisé ci-dessous.



Nous présentons ici une démarche d'EPP ciblée sur le circuit du médicament et ses erreurs, menée actuellement par le groupe de travail Iatrogénie au sein de la SFPC, groupe auquel nous participons.

*Cadre :*

Groupe de travail iatrogénie SFPC

Lien avec travail thèse Ecole des Mines



*Implication personnelle :*

Membre du groupe de travail

Participation à la validation de l'outil (méthode DELPHI)

*Autres participants principaux :*

E. Dufay (responsable du groupe de travail) ; A. Mousnier (membre du groupe de travail)

## NOM

# REMEDI - REVUE DES ERREURS LIÉES AU MÉDICAMENT ET DISPOSITIF ASSOCIÉ

## DEFINITION

La Revue des Erreurs liées au Médicament et Dispositif associé est une méthode d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène.

Proche des revues de morbi-mortalité, la REMEDI ciblant les erreurs médicamenteuses a pour objectif d'être validé par la HAS comme outil EPP.

## TPOLOGIE

Analyse par problèmes - Démarche *a posteriori* – Qualitative

## OBJECTIFS

La REMEDI vise à optimiser l'organisation de la prise en charge des patients au cours de laquelle le médicament et le dispositif médical éventuellement associé sont utilisés. Formalisée, elle permet aux professionnels de s'inscrire dans une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles.

## DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
☑	☑☑	☑☑

Elle cible le processus et ses interfaces relatifs à la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique des patients hospitalisés, résidents ou ambulatoires, marquée par la survenue d'une erreur médicamenteuse événement indésirable et que l'on peut améliorer.

La revue cible uniquement les événements indésirables évitables ou le dommage observé chez le patient comme conséquence de cet acte thérapeutique inapproprié.

## PRINCIPE

Durant la conduite d'une REMEDI, trois analyses sont menées :

La 1ère analyse consiste à comprendre pourquoi l'événement s'est produit sans porter de jugement de valeur sur les personnes et leurs actes.

La 2ème analyse consiste à retrouver tous les actes qui ont permis de rattraper la situation. Cet exercice permet indubitablement de positiver et renforcer la démarche globale d'une REMEDI.

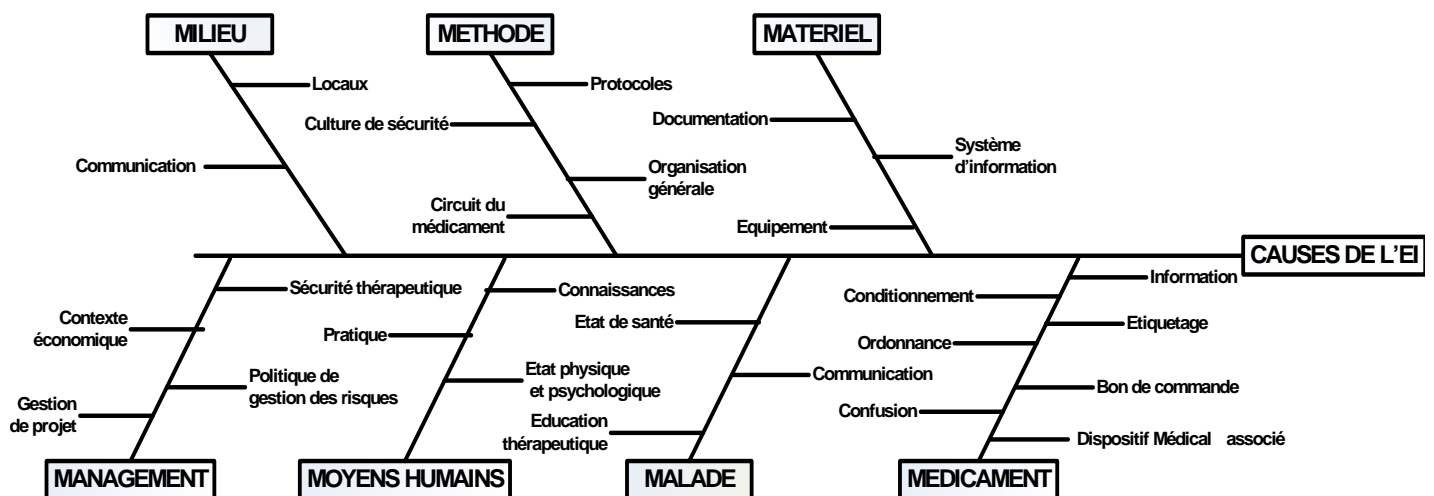
La 3ème analyse pose le problème du comment, autrement dit quelles actions doivent être formalisées, mises en œuvre et évaluées et qui sécuriseront le processus de prise en charge du patient.

Ces actions d'amélioration sont autant issues des causes de survenue de l'EM que des moyens de remédier aux dommages subis par le patient.

La conduite de la revue est formalisée.

<b>La conduite de REMED en 19 questions (en cours de validation)</b>
<p>Qui gère et anime la revue ?</p> <p>Qui doit bénéficier de l'intégralité de la réflexion du groupe de travail ?</p> <p>Quelle information est restituée au niveau institutionnel ?</p> <p>L'événement indésirable est une erreur médicamenteuse ou a-t'il une erreur médicamenteuse pour origine ?</p> <p>Qui faut-il contacter pour savoir ce qui s'est passé ?</p> <p>Quel est le ou les produit(s) de santé impliqué(s) dans la survenue de l'événement indésirable ?</p> <p>Quelles sont les caractéristiques de l'erreur médicamenteuse ?</p> <p>Quels sont les situations, les dysfonctionnements et les facteurs déclenchants contributifs de l'erreur, voire du dommage? Autrement dit, pourquoi ?</p> <p>Quel est le gradient de causalité avec l'erreur médicamenteuse?</p> <p>Quel aurait dû être le processus de prise en charge dans la réalité ?</p> <p>Quels sont les différentes actions réduisant le risque de survenue d'un événement analogue? Autrement dit, comment ?</p> <p>Quel est le processus de prise en charge idéal ?</p> <p>Quelles sont les recommandations à formuler et à diffuser ?</p> <p>Quelles sont les mesures qui auraient le plus d'impact sur les pratiques?</p> <p>Comment mettre en œuvre les mesures ?</p> <p>Quelles mesures sont abouties et opérationnelles?</p> <p>Où sont archivés les documents utilisés ou produits au cours de la REMED ?</p>

La méthode retenue pour l'analyse des causes est celle des 7 M.



## **INTERETS**

La REMED associe l'analyse des causes et l'aspect récupération dont l'intérêt a été cité précédemment. Le ressenti de la pratique d'une telle démarche par les professionnels devrait être ainsi positif, renforcé par les analyses factuelles, objectives et consensuelles.

## **LIMITES**

Actuellement, la REMED fait appel à plusieurs étapes : analyse des causes, pondération, etc. qui rendent la méthode un peu lourde en pratique.

Son application prochaine sur des cas concrets par différents établissements (Etude MERVEIL) devrait améliorer et valider l'outil.

