

Démarche Qualité et Évaluation en Santé - Évaluation des Pratiques Professionnelles

Jean Gaudart

*Laboratoire d'Enseignement et de Recherche
sur le Traitement de l'Information Médicale*

jean.gaudart@univmed.fr

Faculté de Médecine
Université de la Méditerranée

Laboratoire
d'Enseignement
et de Recherche
sur le Traitement
de l'Information
Médicale

L'E.P.P

1. Les principes
2. La réglementation
3. Les étapes
 1. Les 7 points
 2. Le choix du sujet
 3. Le choix des référentiels
 4. Les outils
4. Exemples
 1. Contamination des hémocultures
 2. Délai d'attente

1. Les Principes de l'E.P.P



quelques mots...

1. Les Principes de l'E.P.P

1.1 Les fondements

- Fondée sur l' « Evidence Based Medicine » (EBM):
Médecine basée sur les niveaux de preuves, médecine factuelle...
⇒ Intégration des données de la recherche à la compétence clinique du soignant
- Complexité du processus de soin:
 - Décision en situation d'incertitude,
 - Variabilité des pratiques,
 - Maîtriser les risques,
 - Maîtriser les coûts.

1.2 La définition



mots clefs?

L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques

Décret 14 avril 2005 356-art 4133-1-1

- EPP:
 - analyse d'une pratique réelle \leftrightarrow recommandations, « bonnes pratiques »,
 - mise en oeuvre d'actions d'amélioration,
 - suivi.
- EPP individuelles ou collectives

*Améliorer la pratique
et le prouver*

■ *Technique*

- performance diagnostique,
- efficacité thérapeutique,
- qualité de vie,
- éducation pour la santé, ...

■ *Organisationnel*

- Utilisation optimale des ressources,
- amélioration de la sécurité des soins, ...

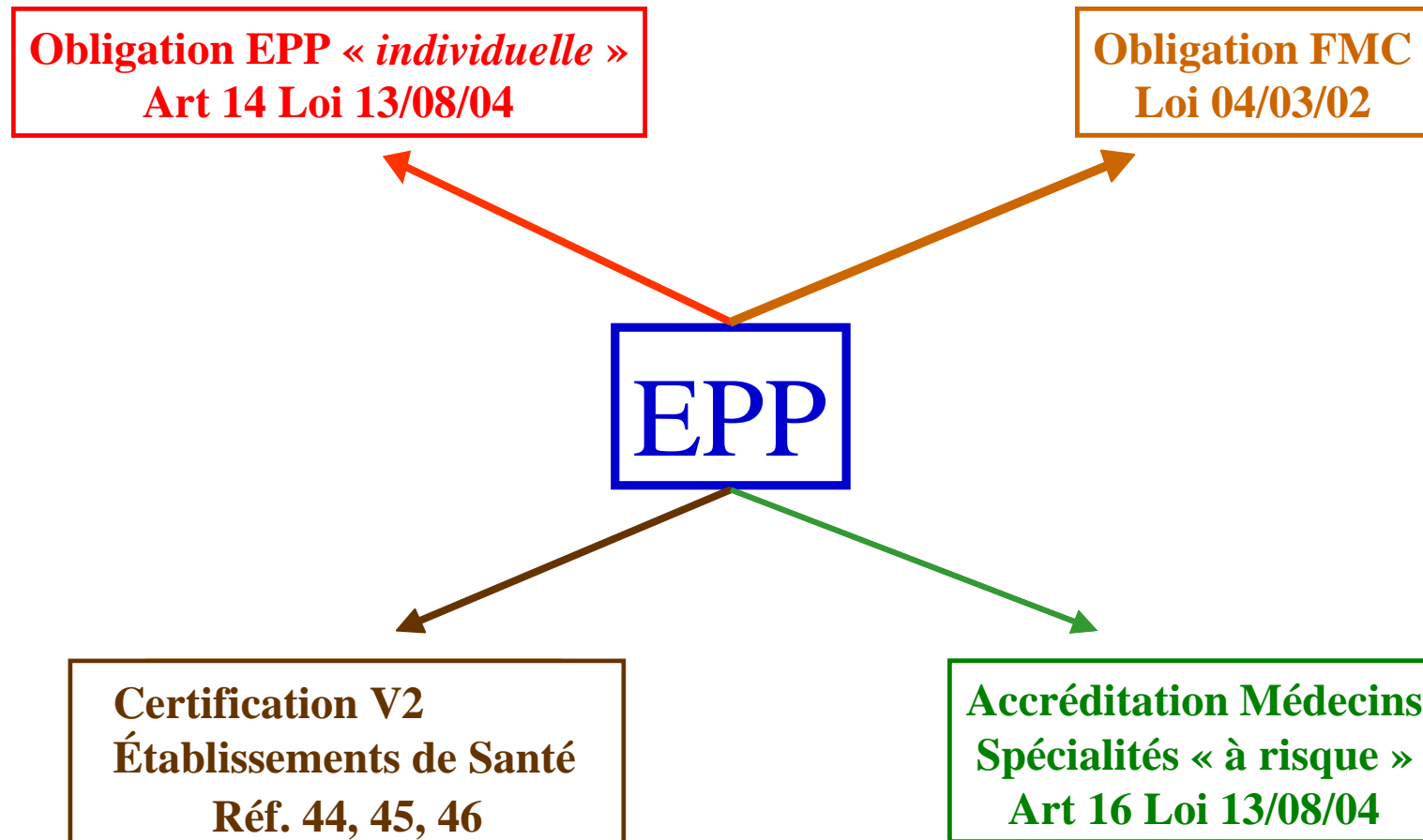
■ *Économique*

- éléments de tarification,
- comptabilité analytique, ...

2. La Réglementation

- Deuxième procédure **d'accréditation / certification**
- Loi sur **l'assurance maladie** du 13 août 2004 : obligation pour tous les **médecins** de participer à une **EPP individuelle**
- Loi de **santé publique** du 9 août 2004 : **obligation de FMC**, dont une forme recommandée est la participation à des actions d'EPP
- Article L. 4135-1 de la loi du 13 août 2004 : possibilité pour les médecins ou les **équipes** médicales de s'engager dans la **procédure d'accréditation** = engagement dans un dispositif de gestion des risques
- Décret du 14 avril 2005 : précise les modalités de l'EPP

↳ plusieurs formes d'évaluation concernent
les professionnels de santé



3. Les étapes

3.1 Les principaux points

1. Choix du sujet
 - déterminer une pathologie ou une prise en charge cible
2. Identification de la référence
 - textes, recommandations pertinentes
3. Analyse du processus et des pratiques de soins
 - outils d'évaluation
4. Mesure des écarts pratique réelle / pratique attendue
5. Plan d'action
6. Mesure des résultats
7. Maintien et suivi

3.2 Le choix du sujet

déterminer une pathologie ou une prise en charge cible



comment choisir?

3.2 Le choix du sujet

déterminer une pathologie ou une prise en charge cible

- Le sujet devra être
 - être un enjeu important dans la prise en charge,
 - fréquence de la pathologie ou de la pratique
 - dysfonctionnement connu,
 - grande variabilité des pratiques
 - être consensuel,
 - avoir un référentiel,
 - être facilement mesurable,
 - avoir un plan de correction simple,
 - avoir potentiellement un gain de qualité important

3.2 Le choix du référentiel

- Qu'est ce qu'un référentiel de pratique ?
 - Description des exigences qualité / à une pratique professionnelle
 - Proposition des critères de comparaison entre objectifs et pratique du -des- professionnel(s)
 - Mesure de l'application d'une recommandation dans la pratique quotidienne (conférences de consensus, Guides de bonnes pratiques, littérature scientifique...
 - Propositions développées avec méthode pour aider le professionnel à rechercher la prise en charge la plus appropriée dans des circonstances cliniques données

3.3 Le choix des outils

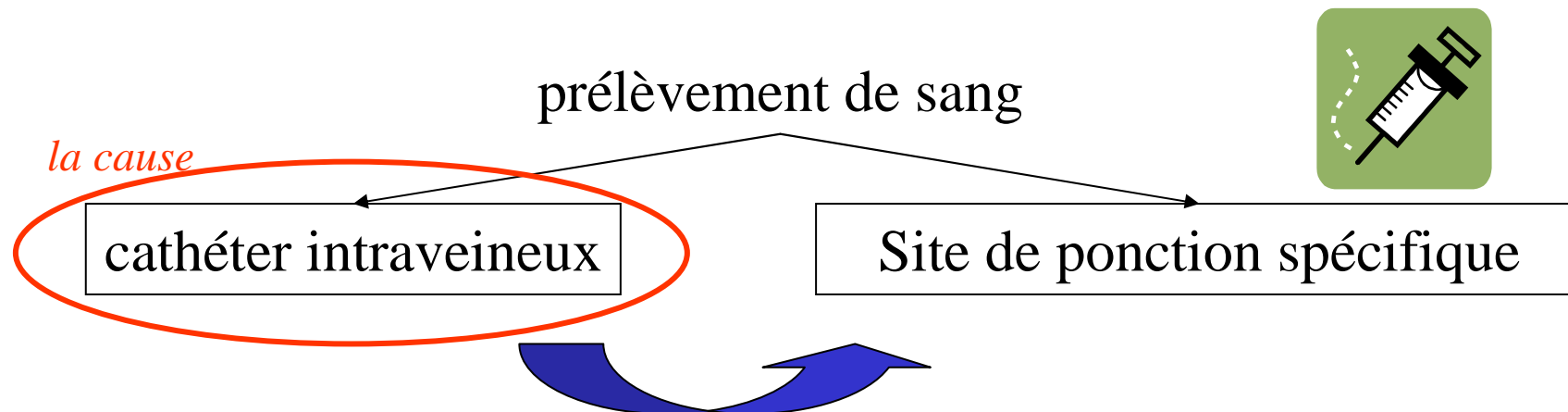
Objectifs	Approches	Méthodes
Bilan d'une pratique / l'état de l'art	par comparaison à un référentiel	<ul style="list-style-type: none"> - Audit clinique - Revue de pertinence des soins - Enquêtes de pratiques
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer une prise en charge - Maîtriser les risques d'un secteur ou activité 	par processus	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de processus - Chemin clinique - AMDEC (an. mod. défaut. eff. critic.)
- Traiter un dysfonctionnement ou faire face à un évènement indésirable	par problème	<ul style="list-style-type: none"> - Résolution de problème - Analyse de processus - Revue de morbi-mortalité - Analyse des causes
- Surveiller un phénomène important et agir en fonction des résultats	par indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place et analyse d'indicateurs - Maîtrise statistique des processus
- Implanter une démarche d'évaluation et prouver son efficacité	recherche évaluative	- Méthodes spécifiques

4.1 Exemple 1

ARTICLE: *Norberg A. et al. JAMA 2003;289:726-9*



1. Choix du sujet: *contamination des hémocultures*
 - dysfonctionnement connu et consensuel
 - fréquent: 6 à 12% par mois
 - facilement mesurable
 - référentiels
 - gain potentiel
2. Identification de la référence: *littérature scientifique*
3. Outil: *approche par résolution de problème*
4. Mesure: *prélèvement au travers d'un cathéter intra-veineux*
5. Plan: *site de ponction spécifique*
6. Mesure de l'action, suivi et maintien



Évaluer le changement de méthode
(Sce d'urgence pédiatrique)



Indicateur: Taux d'hémocultures contaminées

- définition: $Thc = \frac{nb \text{ Hémoc. Contam.}}{nb \text{ Hémoc. Total}} \times 100$
- recueil mensuel

Source: Norberg A. et al. JAMA 2003;289:726-9

• Plan d'action

- Les phases
 - Phase 1:
 - 01/01/1998 à 19/11/1998
 - prélèvement au travers d'un cathéter
 - Phase d'installation de la nouvelle technique
 - 20/11/1998 à 31/12/1998
 - Phase 2
 - 01/01/1999 à 31/12/1999
 - prélèvement sur site distinct
- Critères d'inclusions
 - enfants de 0 à 18 ans admis au Sce d'urgence pédiatrique



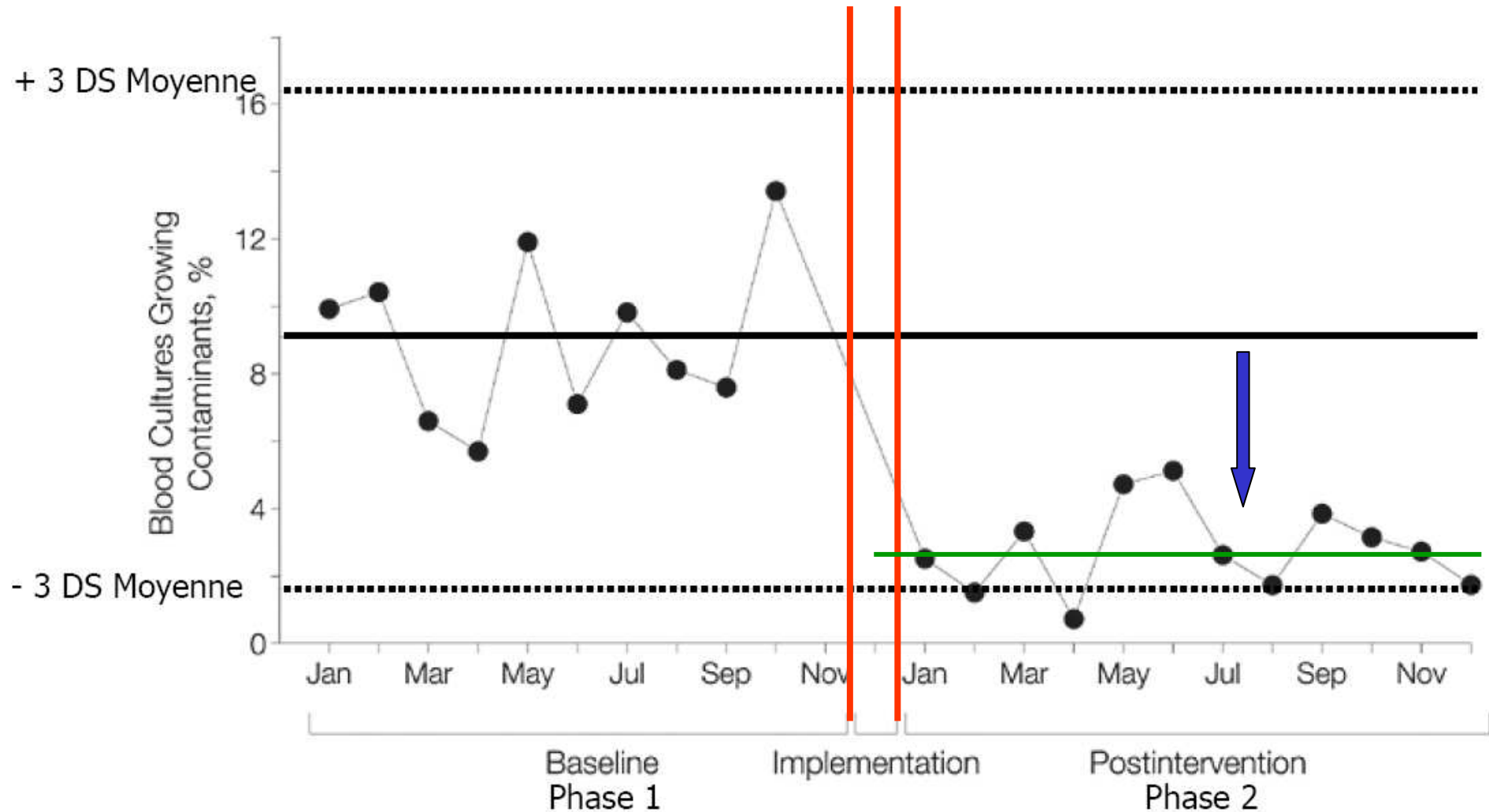
Source: *Norberg A. et al. JAMA 2003;289:726-9*

• Résultats

- Caractéristiques générales
 - pas de différence entre les patients des phases 1 et 2
- Phase 1
 - 2108 hémocultures, 223 positives, 191 contaminées
- Phase 2
 - 2000 hémocultures, 101 positives, 56 contaminées
- Comparaison Avant - Après
 - Différence significative des taux d'hémocultures contaminées ($p < 0,001$)
- Évolution mensuelle du Taux de contamination
 - ⇒ carte de contrôle



Source: *Norberg A. et al. JAMA 2003;289:726-9*



Source: Norberg A. et al. JAMA 2003;289:726-9



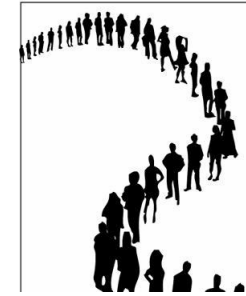
- **Conclusion**

- Il existe une diminution Avant- Après du THC ($p < 0,001$)
- Carte contrôle
 - Outil de suivi de l'indicateur
 - 12 échantillons sont inférieur à la moyenne THC phase 1

⇒ changement significatif du processus dans le sens de l'amélioration

Source: *Norberg A. et al. JAMA 2003;289:726-9*

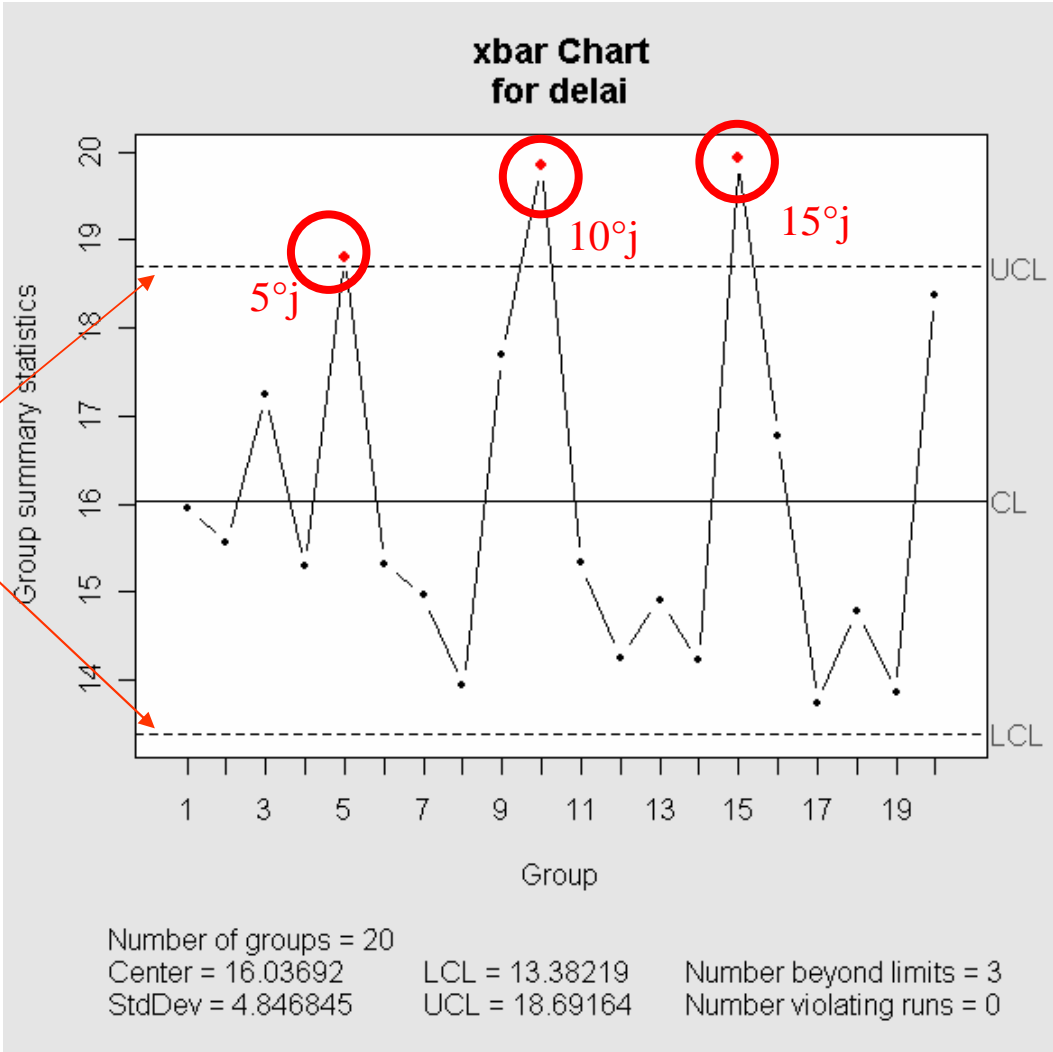
4.2 Exemple 2



1. Choix du sujet: *délai d'attente de la prise en charge, ambulatoire*
2. Identification de la référence: *littérature scientifique*
3. Outil: *approche par analyse de processus*
4. Mesure: *20 échantillons, 1 par jour de semaine, pendant 4 semaines, de 30 individus chacun,*
5. Plan: *adapter la prise en charge*
6. Mesure de l'action, suivi et maintien

• **Mesure**

limites de contrôle



- Check list

noter systématiquement les problèmes survenus au cours du monitoring

⇒ nombres d'erreurs par types de problèmes

⇒ 10 causes d'attentes

cardiologie, urgence, cancérologie, atopie, odontologie...

⇒ pour chaque cause,

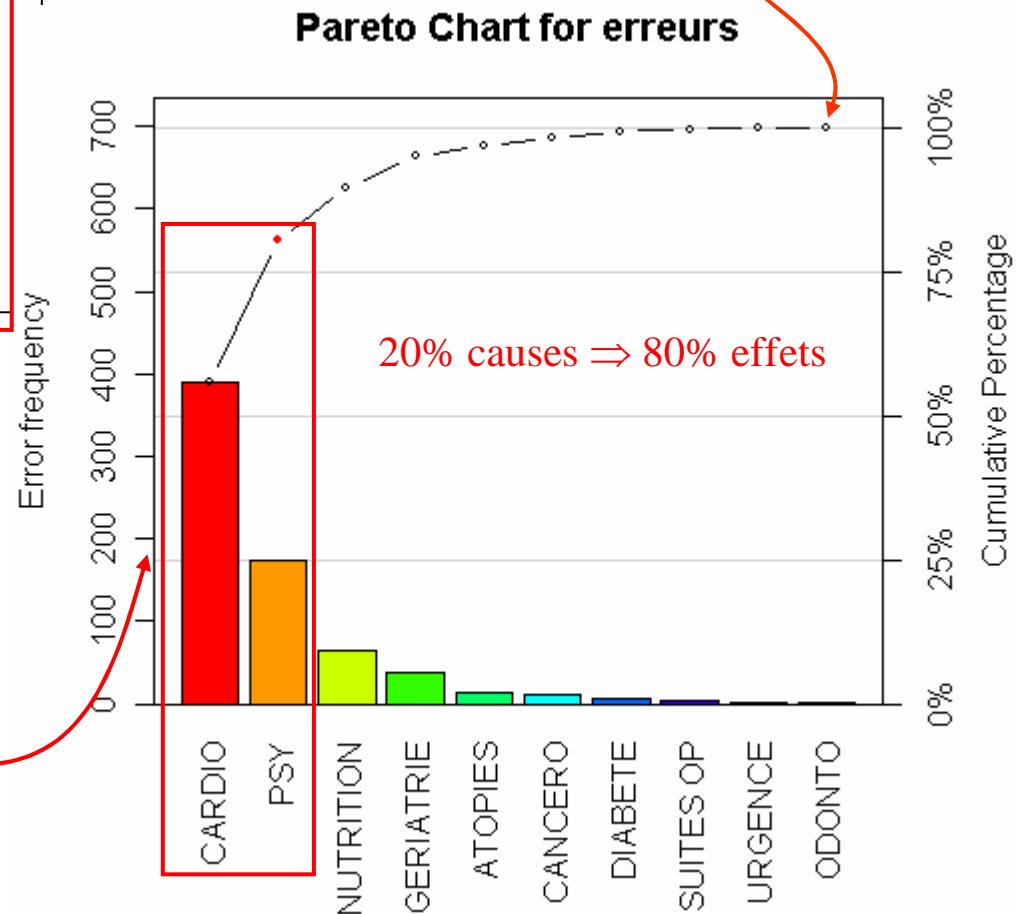
recherche de patients avec une attente hors limite

- Diagramme de V. Pareto^(†1923) / J. Juran^(†2008)
 - 20% des causes produisent 80% des effets
 - diagramme bâtonordonné par ordre de fréquences décroissantes
+ fréquences cumulées



Pareto chart analysis for erreurs

	Frequency	Cum.Freq.	Percentage	Cum.Percent.
CARD	389	389	55.65	55.65
PSY	173	562	24.75	80.40
NUT.	64	626	9.16	89.56
GER.	38	664	5.44	94.99
ATOP	13	677	1.86	96.85
CANC	10	687	1.43	98.28
DIAB	7	694	1.00	99.28
SUIT	3	697	0.43	99.71
URG	1	698	0.14	99.86
ODO	1	699	0.14	100.0



- **Analyse des valeurs extrêmes:**
Jours 5, 10, 15, 20: les vendredis, délais d'attentes plus long,
⇒ afflux de patients pour des surveillances particulières
 - en cardiologie (ECG)
 - en psychiatrie
- **Action:** mieux organiser le calendrier des surveillances particulière.

- **Guide méthodologique**

HTTP://www.has-sante.fr

➤ Toutes nos publications

➤ Evaluation, accréditation, certification

AFNOR. *Lignes directrices pour la mise en œuvre d'un système qualité dans un établissement de santé* 1998. NF FD S 99-130.

- **Indicateurs**

DREES. Les éléments de la « Performance » Hospitalière, *Études et Résultats* 1999. N°42.1-8.

- **Outils statistiques**

Winckel P, Zhang NF: *Statistical Development of Quality in Medicine*
eds. Wiley, Statistics in Practice