

Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en Anesthésie - Réanimation.

Bruno BALLY [□]

La nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles correspond à un mouvement profond qui ne se limite ni à la France ni au seul secteur sanitaire. Elle résulte à la fois de l'évolution rapide des données à mobiliser dans l'exercice de l'activité et de l'interdépendance des acteurs provoquée par leur spécialisation croissante. L'enjeu est l'amélioration de la qualité. Ces évolutions sont d'autant plus importantes qu'en même temps les exigences des usagers du système de santé vont croissantes en termes de sécurité, de qualité et d'efficacité. Pas plus que d'autres champs d'activité, la santé ne peut rester à l'écart de ce mouvement.

D'autre part, l'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une démarche coordonnée avec la Formation Médicale Continue (FMC) et devrait contribuer à améliorer l'efficacité de cette dernière.

Qu'est-ce que l'évaluation des pratiques professionnelles ?

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ¹, mentionne dans son article 14 l'obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP) pour tous les médecins quelque soit leur mode d'exercice (public ou libéral). Le décret d'application du 14 avril 2005 ² précise les modalités de réalisation et de validation des démarches d'EPP selon une périodicité quinquennale.

Les termes de ce décret définissent l'EPP comme "*l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique*".

Il s'agit donc d'une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à analyser régulièrement les pratiques effectuées selon les recommandations professionnelles, et permettant de mesurer et d'apprécier les résultats obtenus. L'évaluation des pratiques se traduit ainsi par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci dans un but d'amélioration.

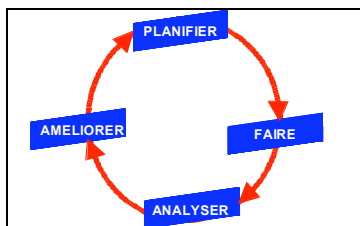
Il semble important de rappeler, au-delà de "la lettre" réglementaire, "l'esprit" de ce dispositif EPP. L'évaluation proposée par la HAS aux médecins repose sur deux piliers : c'est une **évaluation formative** et une **évaluation intégrée**. **Formative** (et non pas sanctionnante), car elle vise à favoriser la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques - en aucune manière, il ne s'agit d'une procédure de vérification à échéances régulières des pratiques. **Intégrée** (et non surajoutée) à l'exercice clinique, ainsi il doit devenir habituel, voire routinier, pour les équipes médico-soignantes de mettre en œuvre une analyse régulière de leurs pratiques. La finalité n'est pas bien sûr l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen et une étape, mais bien l'amélioration des pratiques.

Mise en œuvre

1 - Méthodes et programmes EPP :

Il est essentiel que les médecins se retrouvent dans ces procédures d'EPP et qu'ils n'aient pas le sentiment d'être submergés par une nouvelle bureaucratie. Pour cela, un choix de programmes d'EPP doit être proposé répondant en priorité à 4 critères :

- l'acceptabilité. Les programmes sont adaptés à la pratique clinique habituelle des anesthésistes réanimateurs.
- la faisabilité. L'intégration à la pratique clinique et l'utilisation des documents existants sont favorisées.
- l'efficacité. Les méthodes préconisées par la HAS, pour mettre en évidence les améliorations de la qualité des soins et l'impact sur les pratiques, sont utilisées.
- la validité. L'amélioration de la qualité pour les soignants (utilisation de références scientifiques validées, diminution de la variabilité des pratiques), les patients (amélioration du service médical rendu, augmentation de la qualité perçue par les usagers) et les gestionnaires (optimisation des prises en charge, amélioration de l'efficacité) est recherchée.



On doit à W.E Deming (1900-1993) la théorie de l'amélioration continue de la qualité schématisée par le cycle PDCA (acronyme de **P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct) ou cycle de Deming. En réalité à travers l'EPP, il s'agit d'intégrer de manière habituelle dans l'exercice clinique quotidien une telle démarche d'amélioration de la qualité : c'est-à-dire après avoir organisé (**P**) et mis en œuvre une pratique professionnelle selon des recommandations de bonnes pratiques (**D**), de prendre un temps de réflexion pour l'évaluer et analyser les résultats obtenus (**C**), afin de proposer des actions d'amélioration et de suivi (**A**) (cf. schéma ci-contre). Ces actions d'amélioration et de suivi peuvent à leur tour entrer dans un nouveau cycle PDCA constituant alors une démarche d'amélioration continue et pérenne de la qualité.

[□] **Correspondance** : Dr Bruno Bally, Service Evaluation des Pratiques, Haute Autorité de santé.
2, avenue du Stade de France, 93218 Saint Denis La Plaine CEDEX. e-mail : b.bally@has-sante.fr

La Haute Autorité de santé a publié de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité (<http://www.has-sante.fr>)³⁻⁵.

Les programmes EPP utilisables peuvent être nombreux et diversifiés. Ils ne se limitent pas à des méthodes fondées sur la mesure *a posteriori* des écarts entre la pratique et un référentiel (audit)^{6,7}. Ils peuvent inclure des approches qui, par exemple, permettent de mieux contrôler les processus de soins en plaçant l'évaluation au sein de la pratique quotidienne (chemin clinique et reminder ou aide-mémoire, revue de mortalité-morbidité...) ⁸ sans omettre les formes émergentes de pratique médicale protocolée et évaluée comme les réseaux de soins, les réunions de concertation pluridisciplinaires, les staffs protocolisés dits staffs-EPP, les dispositifs qui pourraient résulter de la négociation conventionnelle comme les contrats de bonne pratique ou les Acbus. Enfin les actions d'amélioration des pratiques dans le cadre de registres, de simulateurs sont probablement des voies à explorer en anesthésie-réanimation. Vous pouvez également consulter (et faire connaître) les différentes fiches pratiques ("*4 pages*") rédigées par le Service Evaluation des Pratiques de la HAS afin d'aider les collègues à choisir "*la méthode ou le programme*" qui leur convient le mieux ⁸.

L'objectif de la HAS n'est pas tant de promouvoir une quelconque "méthode" d'évaluation, mais bien d'inciter les professionnels à s'engager dans des modes d'exercice comportant un volet d'évaluation - ainsi, les revues de morbi-mortalité, les réunions de concertation pluridisciplinaire, les staffs-EPP, les réseaux de soins ...

2 - Quelles spécificités de l'EPP en anesthésie réanimation ?

- L'anesthésie réanimation : une spécialité exposée aux **risques**.

Celle-ci s'est investie depuis de nombreuses années dans l'identification, l'analyse et la prévention des risques. Le décret sécurité de décembre 1994 ⁹ a contribué à diviser par 10 la mortalité imputable à l'anesthésie (enquêtes INSERM-SFAR de 1982 et de 1999). L'EPP doit donc s'inscrire logiquement dans cette culture de gestion et de maîtrise du risque qui utilise les mêmes principes de l'amélioration continue de la qualité ¹⁰.

- L'anesthésie réanimation : une démarche **d'équipe**.

Dans l'exercice de l'anesthésie réanimation, les contraintes organisationnelles et en particulier la nécessaire permanence des soins font qu'au sein des établissements de santé la prise en charge d'un patient implique, le plus souvent, plusieurs médecins anesthésistes-réanimateurs (consultation d'anesthésie, phase per-opératoire, suivi post-opératoire et réanimation). Cette spécificité du processus anesthésique a conduit au développement d'une logique du travail en équipe (dossier d'anesthésie partagé, protocoles et procédures communs) contribuant à améliorer la qualité et la continuité des soins et à diminuer les écarts par rapport à une norme validée ¹¹.

La définition d'une équipe d'anesthésistes réanimateurs est ouverte, cependant on peut considérer qu'il s'agit de la plus petite entité prenant en charge un patient (par exemple : équipe d'anesthésie en ORL, équipe d'anesthésie aux urgences, équipe de réanimation etc.). De fait, l'évaluation des pratiques en anesthésie-réanimation suppose dans la plupart des cas, une approche du travail en équipe des médecins anesthésistes-réanimateurs.

Organisation

Ce sont, selon les modes d'exercice, les URML et/ou les CME qui établiront le certificat individuel d'EPP, au vu de l'avis d'un "*regard extérieur*" qui est selon les cas et le choix du médecin : un organisme agréé, un médecin habilité ou un médecin expert extérieur ¹². Ces certificats individuels seront ensuite envoyés aux Conseils régionaux de FMC qui les transmettront au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins qui délivrera *in fine* l'attestation quinquennale d'EPP.

En matière de Formation Médicale Continue, la validation de l'EPP procurera également au médecin concerné un forfait de 100 crédits sur les 250 prévus par le barème quinquennal de la FMC ¹³.

Le médecin peut réaliser sa démarche d'EPP avec le concours d'un **organisme agréé EPP** par la HAS. Ce dernier transmet alors directement son avis, concernant la démarche EPP entreprise par le praticien, à la CME (ou à l'URML) afin d'assurer la délivrance du certificat. La liste de ces organismes est communiquée aux praticiens par les URML et les CME. L'engagement précoce du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) a abouti, par décision du Collège de la HAS le 18 janvier 2006, à la reconnaissance du CFAR comme organisme agréé EPP pour la spécialité anesthésie-réanimation.

Si les évaluations des démarches EPP n'ont pas été réalisées avec le concours d'un organisme agréé : la CME, pour les établissements publics, délivre les certificats après avis de la commission EPP ^{2, 14} (commission qui comporte un médecin expert extérieur à l'établissement) ; en ce qui concerne le secteur libéral, l'URML délivre le certificat après avis d'un médecin habilité ².

Le dispositif est maintenant complet et le circuit de validation peut apparaître complexe. Il faut retenir que ce sont les URML et/ou les CME qui établissent les certificats individuels d'EPP au vu de l'avis d'un "œil externe" dont on connaît la valeur en matière d'évaluation et qui est, selon les cas et le choix du médecin, un organisme agréé, un médecin expert extérieur, ou un médecin habilité. Les certificats individuels seront envoyés aux conseils régionaux de FMC qui les transmettront au Conseil départemental de l'Ordre des médecins qui délivrera, *in fine*, l'attestation quinquennale.

Validation

Les conditions attendues, au titre de la validation individuelle de l'EPP, des démarches d'évaluation/amélioration des pratiques seront les suivantes, sur constats documentés :

- choix d'une ou plusieurs démarches d'EPP permettant des actions d'amélioration, s'inscrivant dans la durée et significatives de la pratique habituelle du médecin ;
- implication individuelle du praticien;
- suivi explicite des actions entreprises selon des modalités diverses (indicateurs, audit, bilan d'activité ...) permettant de montrer l'impact de ces démarches sur les pratiques.

Équivalences

La HAS s'est attachée à mettre en cohérence les démarches déjà entreprises par les médecins ou équipes, dans les différents "dispositifs d'amélioration de la qualité" proposés. Ainsi, le dispositif EPP prend en compte :

- les EPP réalisées pour la certification version 2 des établissements ¹⁵ qui pourront être validées par les médecins au titre de leur obligation individuelle. Réciproquement, les EPP que vont réaliser de plus en plus souvent les médecins dans le cadre de leur obligation réglementaire d'EPP pourront être présentées dans le cadre de la procédure de certification de leur établissement .
- l'accréditation des médecins exerçant une spécialité dite à risque ¹⁶ (dont l'anesthésie-réanimation fait partie), est une forme spécifique d'évaluation centrée sur la gestion du risque, qui validera *de facto* l'obligation individuelle d'EPP.

En conclusion

L'EPP ne doit pas être vue comme un contrôle supplémentaire tous les 5 ans, mais bien comme une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins **intégrée** à l'exercice médical quotidien et utilisant des **références** validées. Il s'agit d'une **évaluation formative**, structurée et explicite. Cela est réalisé en se donnant un temps de réflexion pour analyser sa pratique et la confronter avec d'autres, en mettant en place des actions d'amélioration de la qualité des soins afin d'améliorer le service rendu au patient tout en s'efforçant de diminuer les coûts de la non-qualité ¹⁷.

Bibliographie

- 1- loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (J.O. du 17 août 2004).
- 2- décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (J.O. du 15 avril 2004).
- 3- Anaes. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Juillet 2000.
- 4- Anaes. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Avril 2002.
- 5- Anaes. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Octobre 1996.
- 6- Anaes. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Juin 2003.
- 7- HAS. Evaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Juin 2005.
- 8- HAS. site de la Haute Autorité de santé :http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_5232&pcid=c_5232
- 9- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.
- 10- Marty J. Organisation, qualité et gestion du risque en anesthésie-réanimation. Collection manuel d'anesthésie, de réanimation et d'urgences, Masson éditeur, Paris 2003, 321 pages.
- 11- Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork Qual. Health Care, 2001; 34 : 26-31.
- 12- HAS. Modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de santé publics et PSPH. Octobre 2006.
- 13- arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue (J.O. du 9 août 2006).
- 14- décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement (J.O. du 16 mai 2006).
- 15- Anaes. Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation (dite certification V2). Septembre 2004.
- 16- décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé (J.O. du 23 juillet 2006).
- 17- Anaes. Coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions. Juillet 2004.

Pour en savoir plus : Tous les documents HAS / Anaes sont en téléchargement sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS). Une partie du site est consacré à l'EPP et propose en permanence des informations, des méthodes, des outils, ... pour mettre en œuvre l'EPP.

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_5232&pcid=c_5232